

**KARYA TULIS ILMIAH  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. L.K DENGAN “SIROSIS HEPATIS”  
DI RUANG KELIMUTU RSUD PROF DR.W.Z. JOHANNES KUPANG**



**DI SUSUN OLEH :  
VERONIKA KOSTODIA  
NIM: PO.530320116346**

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

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. L.K DENGAN “SIROSIS HEPATIS”**  
**DI RUANG KELIMUTU RSUD.PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG**

**Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Ujian Akhir**  
**Program Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**DISUSUN OLEH :**  
**VERONIKA KOSTODIA**  
**NIM : PO.530320116346**

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

## PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : VeronikaKostodia  
Nim : PO.530320116346  
Program Studi : D III Keperawatan  
Institusi : JurusanKeperawatanPoltekkes  
KemenkesKupang

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

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

Kupang, 10 Juni 2019

Pembuat Pernyataan



**Veronika Kostodia**

**NIM. PO.530320116346**

Mengetahui:

Pembimbing



**Elisabeth Herwanti, SKp.,M.Kes**

**NIP. 195809011985022001**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Veronika Kostodia NIM: PO.530320116346 dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn.L.K Dengan Sirosis Hepatis diruang Kelimutu RSUD . PROF. DR. W.Z. JOHANNES KUPANG "

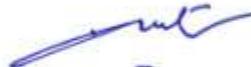
Telah disetujui oleh pembimbing untuk di seminarkan didepan Dewan Penguji Prodi D-III pada tanggal, 09 Juni 2019.

Disusun oleh :

Veronika kostodia

NIM.PO.530320116346

Pembimbing



Elisabeth Herwanti, SKp., M.Kes

NIP. 195809011985022001

**LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**"ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.L.K DENGAN "SIROSIS  
HEPATIS"DIRUANG KELIMUTU RSUD PROF.DR.W.Z.JOHANES KUPANG**

**Disusun Oleh :**

  
**Veronika Kostodia**  
**NIM: PO.530320116346**

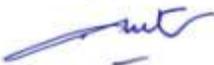
**Telah Diuji Pada Tanggal, 10 Juni 2018**

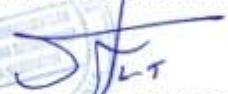
**Dewan Penguji**

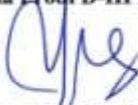
**Penguji I**

  
**Ns. Kori Litbong, SKep., M.Kes**  
**Nip. 197802022002122001**

**Penguji II**

  
**Elisabeth Herwanti, SKp., M.Kes**  
**Nip. 195809011985022001**

  
**Mengesahkan**  
**Ketua Jurusan Keperawatan**  
  
**Dr. Florentianus Tat, S.KP., M.Kes**  
**NIP :196811281993031005**

**Mengetahui**  
**Ketua Prodi D-III Keperawatan**  
  
**Margaretta Teli, S.Kep.Ns., MSc-PH**  
**NIP :197707272000032002**

## **BIODATA PENULIS**

Nama : VeronikaKostodia  
TempatTanggalLahir : Nangalimang,13 Mei 1978  
JenisKelamin : Perempuan  
Alamat : NapungLangir,Kel.Wolomarang,Kec.Alok Barat,KabupatenSikka.  
RiwayatPendidikan : 1.Tamat SDK Nangalimang,Tahun 1991  
2.Tamat SMP Negeri 2 MaumereTahun 1995  
3.Tamat SMA BaktyarsaMaumereTahun 1998  
4.PadaTahun 2016 Kulia di Program Studi KeperawatanPoliteknikKesehatanKemenkes Kupang.

## **MOTTO**

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

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat dan rahmatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tugas akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Tn.L.k dengan Sirosis Hepatis di Ruang Kelimutu RSUD Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang. Penyusunan Laporan N Karya Tulis Ilmiah ini dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan D-III Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

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

1. Ibu Elisabeth Herwanti SKep.M.Kes. sebagai pembimbing dan penguji II yang telah banyak member bimbingan ,masukan serta memberikan dorongan semangat,sehingga penulis dapat menyelesaikanUjian Akhir Program.
2. Ibu Ns.Kori Limbong S.Kep. M.Kep. selaku penguji I atas segala masukan dan petunjuknya sehingga penulis dapat menyelesaikan Ujian Akhir Program.
3. Bapak Petrus Kale, S.Kep, Ns selaku Pembimbing Klinik/CI di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
4. IbuR.H. Kristina, SKM, M.Kes.selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Ujian Akhir Program.
5. Bapak Dr.Florentianus Tat, SKp.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Ujian Akhir Program.

6. Seluruh staf Ruang Kelimutu yang telah membantu penulis selama mengikuti Ujian Akhir Program di Rumah Sakit dan dalam proses penyelesaian Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Para Dosen Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang yang telah membimbing penulis selama mengikuti pendidikan baik di kampus maupun di lahan praktek.
8. Bapak Estakius Arkadius, suamiku tercinta, Aloysius Eko Feliksitus, anakku tersayang yang telah mendukung penulis sampai penulis menyelesaikan studi D III keperawatan
9. Rekan-Rekan Seperjuangan UAP, Ruangan Kelimutu yang telah memberikan Sumbangsihnya tumpah pamrih. Trima Kasih tak Terhingga buat semuanya.
10. Semua Pihak yang tidak dapat Penulis Sebutkan satu persatu, yang telah berjasa terhadap penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.

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

Kupang, 10 Juni 2019

Penulis

## **ABSTRAK**

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

**Nama: Veronika Kostodia  
NIM : PO.530320116346**

Sirosis adalah penyakit hati kronis yang dicirikan dengan distorsi arsitektur hati yang normal oleh lembar-lembar jaringan ikat dan nodul-nodul regenerasi sel hati, yang tidak berkaitan dengan vaskulatur normal.

Tujuan penulisan ini adalah untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami sirosis hepatis yang meliputi pengkajian, penegakan diagnose, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Diruangan Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohanes Kupang. Sumber informasi didapatkan dari anamneses dari pasien dan keluarga, pemeriksaan fisik, serta data penunjang berupa hasil laboratorium.

Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 27-29 Mei 2019, pasien masih merasa sesak napas, nyeri, lemah dan belum bisa beraktivitas secara normal. Masalah keperawatan yang didapatkan adalah Ketidakefektifan pola napas, Nyeri akut dan Intoleransi aktivitas. Implementasi yang dilakukan adalah: yang pertama: mengatur pasien dengan posisi semifowler, membantu pasien ADLs, yang kedua: Kolaborasi yaitu pemasangan oksigen dan melayani terapi, untuk itu disarankan kepada penulis, pasien dan institusi serta klinik dapat mengetahui asuhan keperawatan pada pasien Sirosis hepatis yang membutuhkan perawatan dan penanganan yang cepat dan efektif oleh medis, oleh karena itu peran perawat dalam pemberiana suhan keperawatan dan dukungan keluarga sangat menentukan keberhasilan dari setiap prosedur keperawatan yang dilakukan.,

**Kata Kunci :**Asuhan Keperawatan pasien Sirosis Hepatis.

## DAFTAR ISI

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

3.1.5 Evaluasi keperawatan .....	28
<b>3.2 Pembahasan .....</b>	<b>29</b>
3.2.1 Pengkajian .....	30
3.2.2 Diagnosa keperawatan.....	31
3.2.3 Intervensi keperawatan.....	32
3.2.4 Implementasi keperawatan .....	33
3.2.5 Evaluasi keperawatan .....	34
<b>3.3 Keterbatasan Studi Kasus .....</b>	<b>35</b>
<b>BAB 4 PENUTUP .....</b>	<b>36</b>
4.1 Kesimpulan .....	36
4.2 Saran .....	39
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>41</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>41</b>

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

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

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

Berdasarkan dari data organisasi kesehatan dunia atau World Health Organization (WHO) 2010, penyakit sirosis hepatis menempati urutan kelima tertinggi penyakit kronis yang ada di dunia dan lebih dari 600.000 ribu kasus baru didiagnosis secara global setiap tahun.

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 bahwa jumlah orang yang didiagnosis Hepatis di fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan gejala-gejala yang ada, menunjukkan peningkatan dua kali lipat apabila dibandingkan dengan data tahun 2007 dan 2013. Di Indonesia data prevalensi sirosis hati belum ada, hanya laporan-laporan dari beberapa pusat

pendidikan saja. Di RS Dr. Sardjito Yogyakarta jumlah pasien sirosis hati berkisar 4,1% dari pasien yang dirawat di Bagian Penyakit Dalam dalam kurun waktu 1 tahun 2004 (tidak dipublikasi) (Nurdjanah, 2009).

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

Berdasarkan latar belakang diatas penulis sangat tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan dengan judul “Asuhan Keperawatan Tn. “ L. K.” dengan Sirosis Hepatis di Ruangan Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang .

Komplikasi pada kesehatan, pembesaran hati, obstruksi portal dan asites, varises gastrointestinal, edema, rupture pembuluh darah, perdarahan, gagal hati yang kronis karena terjadi penurunan fungsi di organ hati secara drastic, terserang infeksi, kanker hati, kolestasis, dan penyakit ginjal, defisiensi vitamin dan anemia, kemunduran mental (Brunner & Suddart, 2002).

Peran perawat disini adalah melakukan asuhan keperawatan secara mandiri dan kolaborasi untuk meminimalkan kemungkinan perdarahan gastrointestinal, pemberian suplemen vitamin dan nutrisi, pemberian preparat diuretic, meminimalkan perubahan cairan serta elektrolit, asupan protein dan kalori yang adekuat. (Brunner & Suddart, 2002).

## **1.2 Tujuan Penulisan**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Sirosis Hepatis sesuai dengan konsep dan teori yang didapatkan selama proses pendidikan.

### **1.2.2 Tujuan khusus**

Setelah melakukan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis diharapkan mampu :

1. Melakukan pengkajian data pada pasien yang menderita sirosis hepatis baik melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien sirosis hepatis.
3. Membuat rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatis.
4. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatis
5. Mengevaluasi atas tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien sirosis hepatis
6. Mendokumentasi semua hasil pengkajian, analisa data, perumusan diagnosa, rencana tindakan, tindakan yang telah dilakukan, serta evaluasi tindakan.

## **1.3 Manfaat Penulisan**

### **1.3.1 Manfaat Teori**

Dapat dijadikan referensi sebagai pengembangan ilmu keperawatan khususnya pada pasien dengan sirosis hepatis.

### **1.3.2 Manfaat Praktis**

#### **1. Bagi Mahasiswa**

Menambah wawasan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatis

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya bagi Asuhan Keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatis

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

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperoleh dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat khususnya untuk memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatis

4. Bagi Pasien

Agar pasien mendapat asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhannya

## **.BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Teori**

##### **2.1.1 Pengertian Sirosis Hepatis**

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

##### **2.1.2 Etiologi Sirosis Hepatis**

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

*a. Sirosis Laennec*

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

*b. Sirosis Pascanekrotik*

Biasanya terjadi setelah nekrosis berbercak pada jaringan hati.

*c. Sirosis Bilier*

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

(Black & Hawks, 2014) berpendapat, penyebab sirosis belum teridentifikasi jelas, meskipun hubungan antara sirosis dengan minum alkohol berlebihan telah ditetapkan dengan baik. Negara-negara dengan insiden sirosis

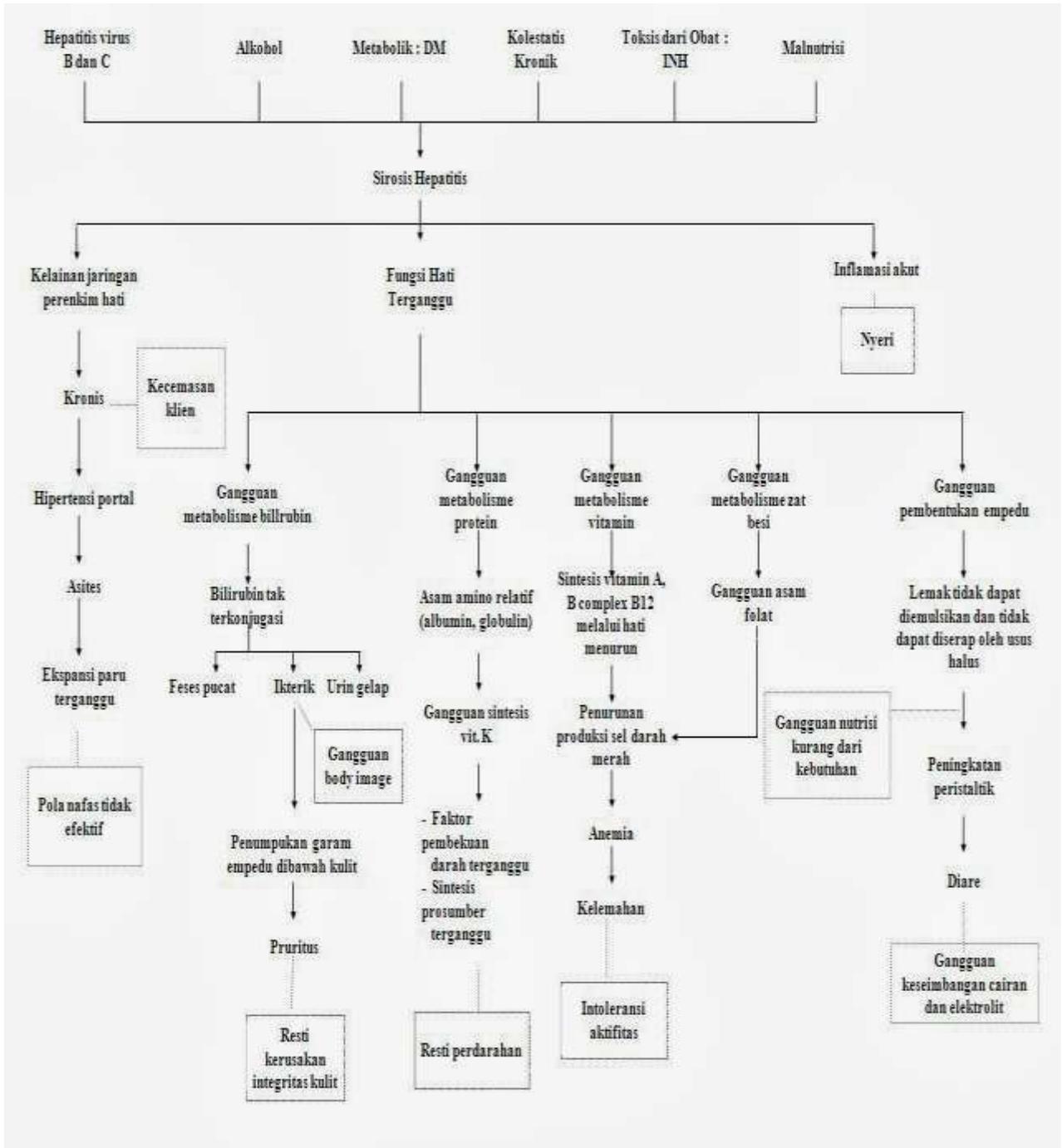
tertinggi memiliki konsumsi alkohol per kapita terbesar. Kecenderungan keluarga dengan predisposisi genetik, juga hipersensivitas terhadap alkohol, tampak pada sirosis alkoholik.

### **2.1.3 Patofisiologi Sirosis Hepatis**

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

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

**Pathway Sirosis Hepatis :**



Pathway : Gambar (Black & Hawks, 2014)

#### **2.1.4 Klasifikasi Sirosis Hepatis**

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

1. *Sirosis Portal Laennec* (Alkoholik, Nutrisional).

Dimana jaringan parut secara khas mengelilingi daerah portal. Sirosis ini paling sering disebabkan oleh alkoholisme kronis dan merupakan tipe sirosis yang paling sering ditemukan di Negara Barat

2. *Sirosis Pascanekrotik*

Dimana terdapat pita jaringan parut yang lebar sebagai akibat lanjut dari hepatitis virus akut yang terjadi sebelumnya.

3. *Sirosis Bilier*

Dimana pembentukan jaringan parut terjadi dalam hati di sekitar saluran empedu. Tipe ini biasanya terjadi akibat obstruksi biliar yang kronis dan infeksi (kolangitis): insidennya lebih rendah daripada insiden sirosis Laennec dan pascanekrotik.

4. *Sirosis biliaris* primer terjadi kerusakan progresif pada duktus biliaris intrahepatik. Terutama (90%) mengenai wanita antara 40-60 tahun, dan keluhan utamanya berupa tanda-tanda koleastatis: pruritus, ikterus, disertai tinja pucat, urin gelap, dan steatorea, pigmentasi, dan xantelasma. (Brunner & Suddart, 2002).

#### **2.1.5 Manifestasi Klinis Sirosis Hepatis**

1. Keluhan pasien

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

2. Tanda Klasik:

Tanda klasik yang sering dijumpai antara lain : telapak tangan merah, pelebaran pembuluh darah, ginekomastia bukan tanda yang spesifik, peningkatan waktu yang protombin adalah tanda yang lebih khas,

ensefalopi hepatis dengan hepatitis fulminan akut dapat terjadi dalam waktu singkat dan pasien akan merasa mengantuk, delirium, kejang, dan koma dalam waktu 24 jam, onset ensefalopati hepatis dengan gagal hati kronik lebih lambat dan lemah (Setiati, Siti. 2014).

### **2.1.6 Komplikasi Sirosis Hepatis**

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

#### **1. Hipertensi Portal**

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

#### **2. Asites**

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

#### **3. Varises Gastroesofagu**

Varises gastroesofagus merupakan kolateral portosistemik yang paling penting. Pecahnya varises esophagus (VE) mengakibatkan perdarahan varises yang berakibat fatal. Varises ini terdapat sekitar 50% penderita sirosis hepatis dan berhubungan dengan derajat keparahan sirosis hepatis.

#### **4. Peritonitis Bakterial Spontan**

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

#### **5. Ensefalopati Hepaticum**

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

#### 6. Sindrom Hepatorenal

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

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

### **2.1.7 Penatalaksanaan Sirosis Hepatis**

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

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

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

### **2.1.8 Pemeriksaan penunjang Sirosis Hepatis**

Pemeriksaan penunjang menurut (Price & Wilson, 2012) :

#### **1. Radiologis**

##### **a. Foto polos abdomen.**

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

##### **b. Ultrasonografi (USG)**

Metode yang disukai untuk mendeteksi hepatomegalimegali atau kistik didalam hati.

##### **c. CT scan**

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

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

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

## 2. Laboratorium

- a. Ekskresi hati dan empedu : Mengukur kemampuan hati untuk mengonjugasi dan mengekskresi pigmen empedu, antara lain
  - 1) Bilirubin serum direk (Terkonjugasi)  
Meningkat apabila terjadi gangguan ekskresi bilirubin terkonjugasi (Nilai normalnya 0,1-0,3 mg/dl).
  - 2) Bilirubin serum indirek (Tidak terkonjugasi)  
Meningkat pada keadaan hemolitik dan sindrom Gilbert (Nilai normalnya 0,2-0,7 mg/dl).
  - 3) Bilirubin serum total  
Bilirubin serum direk dan total meningkat pada penyakit hepatoseluler (Nilai normalnya 0,3-1,0 mg/dl).
- b. Metabolisme Protein
  - 1) Protein serum total : sebagian besar protein serum dan protein pembekuan disintesis oleh hati sehingga kadarnya menurun pada berbagai gangguan hati. (Nilai normalnya 6-8 gr/dl)  
Albumin serum (Nilai normalnya : 3,2-5,5 gr/dl)  
Globulin serum (Nilai normalnya : 2,0-3,5 gr/dl)
  - 2) Massa Protrombin (Nilai normalnya : 11-15 detik)  
Meningkat pada penurunan sintesis protrombin akibat kerusakan sel hati atau berkurangnya absorpsi vitamin K pada obstruksi empedu.  
Vitamin K penting untuk sintesis protrombin  
Prothrombin time (PT) memanjang (akibat kerusakan sintesis protombin dan faktor pembekuan)
- c. Biopsi hepar dapat memastikan diagnosis bila pemeriksaan serum dan pemeriksaan radiologis tak dapat menyimpulkan

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian**

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

1. Identitas klien
2. Riwayat kesehatan :
  - a. Riwayat Kesehatan Sekarang  
Biasanya klien datang dengan mengeluh lemah/letih, otot lemah, anoreksia(susah makan), nausea, kembung, pasien merasa perut terasa tidak enak berat badan menurun, mengeluhperut semakin membesar, perdarahan pada gusi, gangguan BAK (inkontinensia urin), gangguan BAB (konstipasi/ diare), juga sesak nafas
  - b. Riwayat Kesehatan Dahulu
    - 1) Apakah ada riwayat konsumsi alkohol?
    - 2) Apakah ada riwayat penyakit hepatitis kronis sebelumnya?
    - 3) Apakah ada riwayat gagal jantung kiri/kanan?
    - 4) Riwayat pemakaian obat obatan, merokok, pirampisin
  - c. Riwayat Kesehatan Masa Kecil  
Tanyakan apakah ada anggota keluarga yang menderita hepatitis/sirosis hepatitis?
3. Pemeriksaan fisik  
Kaji adanya lateragi, asites, dispnea, kaji adanya pembesaran pada hepar (hepatomegali), apakah ada edema pada seluruh tubuh, kaji adanya kulit keringdan ikterik, apakah ada perdarahan pada gusi
4. Eritema palmaris, pruritus
5. Tremor
6. Cavut medusa
7. Varises esophagus, hemel

8. Atropi testis, ginekomastia.

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015

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

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan (Berdasarkan NOC & NIC, 2013 Edisi Kelima)

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

**Diagnosa 1 :** Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik. **NOC :** Pain Level, pain control, comfort level, **Kriteria Hasil :** 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan). 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri). 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. 5) Tanda vital dalam rentang normal. **NIC : Pain Management :** 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 3) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk

mengetahui pengalaman nyeri pasien. 4) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri. 5) Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau. 6) Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau. 7) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan. 8) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. 9) Kurangi faktor presipitasi nyeri. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal). 10) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi. 11) Ajarkan tentang teknik non farmakologi. 12) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri Tingkatkan istirahat.

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

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

**NOC :** Nutritional Status : Food and Fluid Intake (Status Nutrisi : Intake Makanan dan Cairan. **Outcome/Kriteria Hasil :** 1) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan. 2) Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan. 3) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi. 4) Tidak ada tanda tanda malnutrisi. 5) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti. **NIC : Nutrient Therapy (Terapi Nutrisi) :** 1) Kaji status nutrisi klien.. 2) Jaga kebersihan mulut, ajarkan oral hygiene pada klien/keluarga. 3) Kolaborasi pemberian

nutrisi secara parenteral. 4) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi setelah klien selesai diindikasikan untuk puasa. **Body Weigh Management/Manajemen Berat Badan :** 1) Timbang berat badan klien secara teratur. 2) Diskusikan dengan keluarga klien hal-hal yang menyebabkan penurunan berat badan. 3) Pantau hasil laboratorium, seperti kadar serum albumin, dan elektrolit. **Vomiting Management (Manajemen Mual):** 1) Dukung pasien untuk mempelajari strategi untuk manajemen mual. 2) Kaji frekuensi mual, durasi, tingkat keparahan, factor frekuensi, presipitasi yang menyebabkan mual. 3) Kontrol lingkungan sekitar yang menyebabkan mual. 4) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi mual (relaksasi, guide imagery, distraksi).

**Diagnosa 3 :** Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelelahan dan penurunan berat badan. **NOC :** 1) Energy conservation. 2) Self Care : ADLs

**Kriteria Hasil :** 1) Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR. 2) Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri. **NIC : Energy Management :** 1) Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas. 2) Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan. 3) Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan. 4) Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat. 5) Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan. 6) Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas. 7) Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien. **Activity Therapy :** 1) Kolaborasikan dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat. 2) Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. 3) Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social. 4) Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan. 5) Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, kruk. 6) Bantu untuk mengidentifikasi

aktivitas yang disukai. 7) Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang. 8) Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas. 9) Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas. 10) Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan. 11) Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual

**Diagnosa 4 :** Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilitas sekunder terhadap kelemahan. **NOC : Tissue Integrity : Skin and Mucous Membranes** (Integritas jaringan : kulit dan membrane mukosa). **Kriteria Hasil :** 1) Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi). 2) Tidak ada luka/lesi pada kulit. 3) Perfusi jaringan baik. 4) Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang. 5) Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami **NIC : Pressure Management :** 1) Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar. 2) Hindari kerutan pada tempat tidur. 3) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. 4) Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali. 5) Monitor kulit akan adanya kemerahan. 6) Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan. 7) Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien. 8) Monitor status nutrisi pasien. 9) Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat

**Diagnosa 5 :** Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru. **NOC : Respiratory status : Ventilation, Respiratory status : Airway patency, Vital sign Status.** **Kriteria Hasil :** 1) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips). 2) Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal). 3) Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan). **NIC : Airway Management :** 1) Buka jalan

nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu. 2) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 3) Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan. 4) Lakukan fisioterapi dada jika perlu. 5) Keluarkan sekret dengan batuk atau suction. 6) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 7) Berikan bronkodilator bila perlu. 8) Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab. **Terapi Oksigen.** 1) Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea. 2) Pertahankan jalan nafas yang paten. 3) Atur peralatan oksigenasi. 4) Monitor aliran oksigen. 5) Pertahankan posisi pasien. 6) Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi

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

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

**Diagnosa 7** : Risiko perdarahan. **NOC** : Kontrol risiko dan keamanan. **NIC** : 1) Monitor dengan ketat risiko perdarahan pada pasien. 2) Monitor tanda dan gejala pendarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi). 3) Pertahankan agar pasien tetap tirah baring jika terjadi perdarahan aktif. 4) Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan. 5) Anjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K. 6) Instruksikan kepada orang tua untuk memonitor tanda-tandan perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan.

#### **1.2.4 Implementasi Keperawatan**

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

#### **1.2.5 Evaluasi Keperawatan**

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

Evaluasi yang diharapkan antara lain :

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

**BAB 3**  
**HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

**3.1 Hasil Studi Kasus**

**3.1.1 Pengkajian**

**1. Identitas Pasien**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 26 Mei 2019 di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang dengan data-data sebagai berikut, nama : Tn. L. K., tanggal lahir : 29 April 1960, umur : 59 tahun, jenis kelamin : laki-laki, diagnosa medis : Sirosis Hepatis , no RM : 0. 50.55.77, pendidikan terakhir : SD, Alamat : Desa Kombalki, Kec. Polen, TTS, tgl MRS : 25 Mei 2019, tgl pengkajian : 26 Mei 2018, pekerjaan : Petani.

**2. Identitas Penanggungjawab**

Nama : Ny. Y. K., Jenis kelamin : perempuan, alamat : Desa Kombalki, Kec. Polen, TTS, pekerjaan : PNS, hubungan dengan klien : anak kandung.

**3. Riwayat Kesehatan**

a. Keluhan utama

Nyeri dan sesak napas

b. Riwayat kesehatan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami sakit yang lain.

c. Riwayat penyakit sekarang

1) Keluhan saat masuk rumah sakit

Sesak napas

2) Keluhan saat dikaji

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

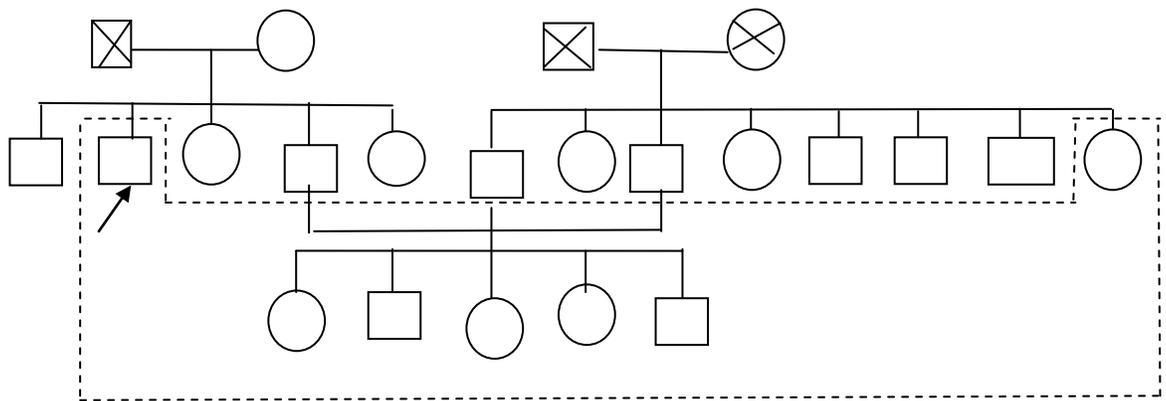
d. Riwayat penyakit sebelumnya

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

e. Riwayat kesehatan keluarga

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

**Genogram Keluarga:**



- Keterangan :
- ☒ : Laki-laki meninggal
  - ☒ (with arrow) : Pasien
  - ☒ (with X) : Perempuan meninggal
  - : Tinggal Serumah
  - ☐ : Laki-laki hidup
  - : Perempuan hidup

**4. Pemeriksaan Fisik**

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

pasien mengatakan porsi yang disajikan dihabiskan tetapi sedikit demi sedikit. Tanda-tanda vital TD: 110/70 mmHg, N: 94 kali/menit, RR : 24 kali/menit dan S: 36,5 °C. Berat badan 50 kg, tinggi badan 160 cm, IMT : 19,5 dan status gizi baik.

## **5. Pemeriksaan Penunjang**

### **a. Pemeriksaan darah**

Dilakukan pada tanggal 25 Mei 2019 antara lain :

- 1) HB : 10,9 g/dl (Nilai normalnya 12,0-16,0 g/dl).
- 2) Jumlah eritrosit: 3,70 L (Nilai normalnya 4.20-5,40 L).
- 3) Hematokrit 30,8 L % (Nilai normalnya 37-47 L).
- 4) Jumlah trombosit : 36  $10^3$ /ul (Nilai normalnya 150-400  $10^3$ /ul).
- 5) Jumlah limfosit : 0,53 L (Nilai normalnya 1,00-3,70 L).
- 6) Jumlah Lekosit 7,17 % (Nilai normalnya 4,50-13,50 %).

### **b. Radiologi :**

USG : Jantung : Katub normal, sistol-diastol normal

## **6. Terapi**

Di ruangan Kelimutu Tn. L. K mendapatkan terapi infus NACL 0,9% 28 tetes/menit, ketorolak injeksi 3 x 30 mg (per 8 jam), Ranitidin injeksi 2 x 200 mg per 12 jam.

### **3.1.2 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015.**

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

1. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan tekanan Ekspansi paru terganggu yang ditandai dengan pasien mengatakan sesak napas, tampak pasien sesak napas, RR 24 x/mnt, tampak adanya tarikan dinding dada, dan klien tampak lemah
2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi) yang ditandai pasien mengatakan perutnya semakin membesar, ukuran perut 103 cm, sakit pada

perut kanan seperti terstusuk-tusuk, wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi, skala nyeri 4 dan tampak abdomen membesar (asites)

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

### 3.1.3 Intervensi Keperawatan

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

**Diagnosa keperawatan pertama :** Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan Ekspansi paru terganggu **Goal :** Pasien akan mempertahankan pola napas yang efektif selama dalam perawatan. **Obyektif :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola napas pasien efektif. **Goal :** Pasien akan mempertahankan pola napas yang efektif selama dalam perawatan. **Obyektif :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam pola napas pasien efektif. **NOC :** kesehatan fisiologis : jantung paru (status pernapasan : ventilasi yaitu keluar masuknya udara dari dan kedalam paru, meningkat dari 3 (deviasi sedang dari kisaran normal) menjadi 5 (Tidak adak deviasi dari kisaran normal). **Indikator/Outcome :** Frekuensi pernapasan : Irama pernapasan : Kedalaman inspirasi. : Penggunaan otot .napas.: Suara napas tambahan : Retraksi dinding dada : Dispnoe saat istirahat : Dispnoe saat latihan. **NIC :** fisiologis kompleks (lanjutan) : manajemen pernapasan : manajemen ventilasi mekanik yaitu membantu pasien yang mendapatkan pernapasan dengan alat bantu tanpa insersi trachea. **Aktivitas-Aktivitas :** 1) Kaji status pernapasan. 2) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 3) Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan. 4) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 5) Berikan bronkodilator bila

perlu. 6) Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab. 7) Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub>. 8) Atur peralatan oksigenasi. 9) Monitor aliran oksigen. 10) Pertahankan posisi pasien. 11) Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi

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

**Diagnosa keperawatan ketiga :** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan **Goal :** Pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktivitas selama

dalam perawatan. **Obyektif** : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien meningkat dalam beraktivitas : fungsi kesehatan : pemeliharaan kesehatan : toleransi terhadap aktivitas, yaitu : respon fisiologis terhadap pergerakan yang memerlukan energy dalam aktivitas sehari-hari, meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu). **Indikator/Outcome** : saturasi oksigen ketika beraktivitas : frekuensi nadi ketika beraktivitas : frekuensi pernapasan ketika beraktivitas : kemudahan bernapas ketika beraktivitas : tekanan darah sistolik ketika beraktivitas, : tekanan darah diastolik ketika beraktivitas : kekuatan tubuh bagian bawah. **NIC** : fisiologis dasar : manajemen aktivitas dan latihan : manajemen energi, yaitu pengaturan energi yang digunakan untuk menangani atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan fungsi. **Aktivitas-aktivitas** : 1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan. 2) Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Gunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. 4) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 5) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 6) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 7) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 8) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan

### **3.1.3 Implementasi Keperawatan**

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

**Hari pertama** dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1** : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan Ekspansi paru terganggu. **Implementasi** : Jam 08.00, mengkaji status pernapasan. Jam 08.30, mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Jam 08.40,

mengidentifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan, Jam 09.00, mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. Jam 09.05, memberikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab. Jam 09.10, memonitor respirasi dan status O<sub>2</sub>. Jam 08.00, mengatur peralatan oksigenasi. Jam 09.15, memonitor aliran oksigen. Jam 08.00, mempertahankan posisi pasien. Jam 09.20, memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.

**Diagnosa keperawatan 2 :** Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi). **Implementasi :** Jam 09.25, Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : **P :** Pada saat ditekan dan tertekuk. **Q :** Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk. **R :** Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan. **S :** Skala nyeri 4 (Dengan menggunakan angka 0-10). **T :** Nyeri dirasakan sewaktu-waktu Jam 09.25, mengoservasi tanda-tanda vital. Jam 09.40, mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan yaitu : sering memegang daerah perut kanan. Jam 09.50, memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya infeksi pada hati yang dapat menyebabkan sakit. Jam 10.05, mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. Jam 10.10, menganjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri misalnya jangan menekan daerah perut dan hati-hati dalam melakukan aktivitas fisik. Jam 12.00, melayani terapi ketorolak 30 mg/iv.

**Diagnosa keperawatan 3 :** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. **Implementasi :** Jam 10.20, mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan. Jam 10.25, menganjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. Jam 10.30, menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. Jam 10.35, memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. Jam 10.40, menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. Jam 10.50, memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Jam 11.00, memonitor/catat

waktu dan lama istirahat/tidur pasien. Jam 11.05, membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan

**Hari kedua** dilakukan pada tanggal 28 Mei 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1** : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan Ekspansi paru terganggu. **Implementasi** : Jam 08.00, mengkaji status pernapasan. Jam 08.30, mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Jam 08.40, mengidentifikasi pasien perlunya pemasangan oksigen, Jam 09.00, mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. Jam 09.05, memberikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab. Jam 09.10, memonitor respirasi dan status O<sub>2</sub>. Jam 08.00, mengatur peralatan oksigenasi. Jam 09.15, memonitor aliran oksigen. Jam 08.00, mempertahankan posisi pasien. Jam 09.20, memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.

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

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. **Implementasi** : Jam 10.20, mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. Jam 10.25, menganjurkan pasien menganjurkan

perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. Jam 10.30, menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. Jam 10.35, memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. Jam 10.40, menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan.

. Jam 10.50, memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Jam 11.00, memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. Jam 11.05, membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.

**Hari ketiga** dilakukan pada tanggal 29 Mei 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1** : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan Ekspansi paru terganggu. **Implementasi** : Jam 08.00, mengkaji status pernapasan. Jam 08.30, mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Jam 08.40, mengidentifikasi pasien dalam pemasangan oksigen. Jam 09.00, mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. Jam 09.05, memberikan pelembab udara dengan minum air hangat. Jam 09.10, memonitor respirasi dan status O<sub>2</sub>. Jam 08.00, mengatur peralatan oksigenasi. Jam 09.15, memonitor aliran oksigen. Jam 08.00, mempertahankan posisi pasien. Jam 09.20, memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.

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

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

**Diagnosa keperawatan 3:** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. **Implementasi:** Jam 10.20, mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. Jam 10.25, menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. Jam 10.30, menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. Jam 10.35, memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. Jam 10.40, menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan.

. Jam 10.50, memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Jam 11.00, memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. Jam 11.05, membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.

### 3.1.4 Evaluasi Keperawatan

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

**Evaluasi hari pertama** tanggal 27 Mei 2019. **Diagnosa keperawatan 1 :** Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan Ekspansi paru terganggu. **Jam 13.00, S :** Pasien mengatakan sesak napas. **O:** tampak pasien sesak napas, RR 24 x/mnt, tampak adanya tarikan dinding dada, klien tampak lemah. **A :** Masalah belum teratasi. **P :** Intervensi nomor 1-10 dilanjutkan

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

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

**Evaluasi hari kedua** tanggal 28 Mei 2019 **Diagnosa keperawatan 1 :** Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan ekspansi paru terganggu. **Jam 13.00, S :** Pasien mengatakan sesak napas. **O :** tampak pasien sesak napas, RR 24 x/mnt, tampak adanya tarikan dinding dada, klien tampak lemah. **A :** Masalah belum teratasi. **P :** Intervensi nomor 1-10 dilanjutkan

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

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

**Evaluasi hari ketiga** tanggal 29 Mei 2019 **Diagnosa keperawatan 1 :** Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan ekspansi paru terganggu. **Jam 13.00, S :** Pasien mengatakan sesak napas. **O:** tampak pasien sesak napas, RR 24 x/mnt, tampak adanya tarikan dinding dada, klien tampak lemah. **A:** Masalah belum teratasi. **P :** Intervensi nomor 1-10 dilanjutkan

**Diagnosa keperawatan 2 :** Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi).**Jam 13.15, S:** pasien mengatakan perutnya semakin membesar,

sakit pada perut kanan seperti terstusuk-tusuk. **O:** wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi, skala nyeri 4, tampak abdomen membesar (asites). **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi nomor 1, 4-9 dilanjutkan.

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

## **3.2 Pembahasan**

Pada bagian ini membuat pembahasan mengenai adanya kesenjangan antara teori dan proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 sampai dengan 29 Mei 2019 di ruangan Kelimutu RSUD Prof.DR. W.Z. Yohannes Kupang. Pembahasan yang dimaksud adalah meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

### **3.2.1 Pengkajian**

Pengkajian keperawatan menurut Brunner & Suddart, 2002 yaitu berfokus pada awitan gejala dan factor-faktor pencetus khususnya penyalahgunaan alcohol dalam waktu yang lama. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu.

Berdasarkan hasil pengkajian yang di dapatkan adalah Tn. L. K., pada saat ini mengalami sakit yang sedang, pada saat dilakukan pemeriksaan fisik pada pada tanggal 27 Mei 2019 pada Tn. L. K. yaitu : Pasien mengatakan sesak napas, perutnya semakin membesar, sakit pada perut kanan seperti terstusuk-tusuk, ada luka pada kaki kiri, ada benjolan di selangkangan kiri dan dibawah pusar, secara

inspeksi : tingkat kesadaran compos mentis, GCS 15 (E4 V5 M6), tampak sesak, adanya tarikan dinding dada dan abdomen membesar. Auskultasi : tidak ada suara napas tambahan, bising usus baik (30 kali/menit), Palpasi : pernapasan dangkal, nadi sedikit meningkat, adanya nyeri tekan, dan dinding abdomen mengeras. Perkusi : perut kembung. Pola makan teratur, napsu makan baik, pasien mengatakan porsi yang disajikan dihabiskan tetapi sedikit demi sedikit. Tanda-tanda vital TD: 110/70 mmHg, N: 94 kali/menit, RR : 24 kali/menit dan S: 36,5 °C. Berat badan 50 kg, tinggi badan 160 cm, IMT : 19,5 dan status gizi baik.

Pada kasus Tn.L. M., meliputi : HB 10,9 g/dl (Nilai normalnya 12,0-16,0 g/dl), jumlah eritrosit: 3,70 L (Nilai normalnya 4.20-5,40 L), hematokrit 30,8 L % (Nilai normalnya 37-47 L), jumlah trombosit :  $36 \cdot 10^3/\text{ul}$  (Nilai normalnya 150-400  $10^3/\text{ul}$ ), jumlah limfosit : 0,53 L (Nilai normalnya 1,00-3,70 L). jumlah Lekosit 7,17 % (Nilai normalnya 4,50-13,50 %), radiologi : USG : Jantung : Katub normal, sistol-diastol normal

Hasil tersebut sesuai dengan penjelasan bahwa fungsi hati menurun. Kerusakan sel hati yang dimulai di sekitar duktus biliaris akan menimbulkan pola sirosis. Pola ini merupakan penyebab 2% kematian akibat sirosis. (Price & Wilson, 2009. Sirosis hati biasanya memiliki konsistensi noduler, dengan berkas fibrosis (jaringan parut) dan daerah kecil jaringan regenerasi. Terdapat kerusakan luas hepatosit. Perubahan bentuk hati mengubah aliran system vascular dan limfatik serta jalur duktus empedu. Periode eksaserbasi ditandai dengan statis empedu, endapan jaundis (Black & Hawks, 2014). Hipertensi vena poerta berkembang pada sirosis berat. Vena porta menerima darah dari usus dan limpa. Jadi peningkatan didalam tekanan vena porta menyebabkan: aliran balik meningkat pada tekanan resistan dan pelebaran vena esofagus, umbilicus, dan vena rektus superior, yang mengakibatkan perdarahan varises, asites (akibat pergeseran hidrostastik atau osmotic mengarah pada akumulasi cairan didalam peritoneum), bersihan sampah metabolic protein tidak tuntas dengan akibat meningkatnya ammonia, selanjutnya mengarah kepada ensefalopati hepaticum.

### **3.2.2 Diagnosa Keperawatan**

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

Berdasarkan pemahaman dari defenisi NANDA 2015-2017 diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus sirosis hati adalah : nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, intoleransi aktifitas, risiko kerusakan integritas kulit, ketidakefektifan pola napas, kelebihan volume cairan, gangguan citra tubuh, ketidakmampuan coping keluarga, risiko ketidakseimbangan elektrolit, risiko perdarahan, risiko gangguan fungsi

Penjelasan tersebut sesuai dengan diagnosa keperawatan pada kasus Tn. L. K. yaitu : 1) ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan ekspansi paru terganggu yang ditandai dengan pasien mengatakan sesak napas, tampak pasien sesak napas, RR 24 x/mnt, tampak adanya tarikan dinding dada, dan klien tampak lemah, 2) nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi) yang ditandai dengan pasien mengatakan perutnya semakin membesar, sakit pada perut kanan seperti tertusuk-tusuk, wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi, skala nyeri 4 dan tampak abdomen membesar (asites), 3) intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, yang ditandai pasien mengatakan lelah setelah beraktivitas ke kamar mandi, tampak lemas setelah beraktivitas, tampak ada luka di kaki kiri, tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat tampak terdapat benjolan dan mengeras saat diraba, TTV : TD : 110/70 mmHg, nadi: 94 kali/menit, Suhu : 36,5 °C.

### **3.2.3 Intervensi Keperawatan**

Berdasarkan NOC & NIC 2013 edisi kelima, perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan. Diharapkan perawat mampu memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan/hasil yang diharapkan, memilih intervensi yang paling tepat, dan menulis dan mendokumentasikan rencana

keperawatan. Prioritas pertama di artikan bahwa masalah ini perlu mendapat perhatian, karena dapat mempengaruhi status kesehatan pasien secara umum dan memperlambat penyelesaian masalah yang lain. Pada kasus Tn. L. K., dengan sirosis hepatis, terdapat tiga (3) masalah keperawatan yang berurutan sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan pola napas, nyeri akut dan intoleransi aktivitas. Tujuan dari masalah keperawatan 1 yaitu di harapkan pasien akan mempertahankan pola napas yang efektif selama dalam perawatan dengan rencana sebagai berikut : 1) Kaji status pernapasan. 2) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 3) Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan. 4) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 5) Berikan bronkodilator bila perlu. 6) Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab. 7) Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub>. 8) Atur peralatan oksigenasi. 9) Monitor aliran oksigen. 10) Pertahankan posisi pasien. 11) Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.

Tujuan dari masalah keperawatan 2 yaitu di harapkan pasien dapat meningkatkan rasa nyaman nyeri selama dalam perawatan dengan rencana sebagai berikut : 1) Lakukan pengkajian nyeri kompre hensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus. 2) Observasi tanda-tanda vital. 2) Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 3) Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 4) Ajarkan tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri. 5) Anjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang dapat menyebabkan nyeri. 6) Kolaborasi pemberian therapy analgetik.

Tujuan dari masalah keperawatan 3 yaitu di harapkan pasien akan mampu mempertahankan aktivitas selama dalam perawatan dengan rencana sebagai berikut : 1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2) Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Gunakan instrumen yang valid untuk

mengukur kelelahan. 4) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 5) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 6) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 7) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 8) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan

### **3.2.4 Implementasi Keperawatan**

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

Pada hari senin, 27 Mei 2019 di lakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola napas, nyeri akut dan intoleransi aktivitas pada Tn. L. K.. dengan diagnosa medis sirosis hepatitis yaitu :

**Diagnosa keperawatan 1** : ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan ekspansi paru terganggu. **Implementasi** : Jam 08.00, mengkaji status pernapasan. Jam 08.30, mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Jam 08.40, mengidentifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan, Jam 90.00, mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. Jam 09.05, memberikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab. Jam 09.10, memonitor respirasi dan status O<sub>2</sub>. Jam 08.00, mengatur peralatan oksigenasi. Jam 09.15, memonitor aliran oksigen. Jam 08.00, mempertahankan posisi pasien. Jam 09.20, memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.

**Diagnosa keperawatan 2** : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi).. **Implementasi** : Jam 09.25, Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : **P** : Pada saat ditekan dan tertekuk. **Q** : Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk. **R** : Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan. **S** : Skala nyeri 4 (Dengan menggunakan angka 0-10). **T** : Nyeri dirasakan sewaktu-waktu Jam 09.25, mengoservasi tanda-tanda vital. Jam 09.40, memberikan informasi

kepada orang tua pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya radang pada hati yang dapat menyebabkan sakit. Jam 10.05, mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. Jam 10.10, menganjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri misalnya jangan menekan daerah perut dan hati-hati dalam melakukan aktivitas fisik.

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

### **3.2.5 Evaluasi Keperawatan**

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

Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 27-29 Mei 2019, pasien masih merasa lemah dan belum bisa beraktivitas secara normal. Hal ini disebabkan karena fungsi hati yang belum tuntas penanganannya.

### **3.3 Keterbatasan Studi Kasus**

Studi kasus ini hanya dilakukan pada 1 pasien saja tanpa harus membandingkan dengan klien yang lain dengan kasus yang sama, karena hanya 1 kasus yang dirawat di ruangan Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohannes Kupang, sehingga penulis tidak dapat menggambarkan dan membandingkan masalah keperawatan pasien sirosis hepatis yang diambil sebagai studi kasus dengan pasien lainnya, serta kurang efektifnya waktu studi kasus.

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **4.1 Kesimpulan**

Dari hasil kasus yang telah menguraikan tentang Asuhan Keperawatan pada Tn. L. K., dengan sirosis hepatis di ruang Kelimutu RSUD. PROF. Dr. W. Z. Yohanes Kupang, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada Tn. L. K. dengan sirosis hepatis.

- 4.1.1 Pengkajian pada kasus Tn. L. K., dengan sirosis hepatis sebagai berikut : pasien mengatakan sesak napas, pasien mengatakan perutnya semakin membesar, sakit pada perut kanan seperti terstusuk-tusuk, pasien mengatakan lelah setelah beraktivitas ke kamar mandi, tampak pasien sesak napas, RR 24 x/mnt, tampak adanya tarikan dinding dada, dan klien tampak lemah, wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi, skala nyeri 4 dan tampak abdomen membesar (asites), tampak lemas setelah beraktivitas, tampak ada luka di kaki kiri, tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat tampak terdapat benjolan dan mengeras saat diraba, TTV : TD : 110/70 mmHg, Nadi : 94 kali/menit, Suhu : 36,5 °C
- 4.1.2 Dalam diagnosa keperawatan, tidak semua diagnosa yang tercantum dalam tinjauan pustaka tercantum pada tinjauan kasus, tetapi penulis menetapkan diagnosa sesuai masalah yang di alami oleh Tn. L. K., dimana diagnosa yang muncul yaitu ketidakefektifan pola napas, nyeri akut dan intoleransi aktivitas.
- 4.1.3 Intervensi yang disusun menggunakan *Nursing Outcome Classification* (NOC) dan *Nursing Intervention Classification* intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan sesuai dengan diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan intoleransi aktivitas, dan intervensi yang di tetapkan yaitu :

**Diagnosa keperawatan pertama :** Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan nyeri. **Intervensi :** 1) Kaji status pernapasan. 2) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 3) Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan. 4) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 5) Berikan bronkodilator bila perlu. 6) Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab. 7) Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub>. 8) Atur peralatan oksigenasi. 9) Monitor aliran oksigen. 10) Pertahankan posisi pasien. 11) Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi

**Diagnosa keperawatan kedua :** Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi). **Intervensi :** 1) Lakukan pengkajian nyeri kompre hensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus. 2) Observasi tanda-tanda vital. 3) Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 4) Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 5) Ajarkan tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri. 6) Anjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang dapat menyebabkan nyeri. 7) Kolaborasi pemberian therapy analgetik

**Diagnosa keperawatan ketiga :** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas. **Intervensi :** 1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2) Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Gunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. 4) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 5) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 6) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 7) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 8) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan

4.1.4 Pada implementasi keperawatan dengan diagnosa ketidakefektifan pola napas, nyeri akut dan intoleransi aktivitas, tindakan yang dilakukan yaitu

**Diagnosa keperawatan pertama :** Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan nyeri. **Implementasi :** 1) Mengkaji status pernapasan. 2) Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 3) Mengidentifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan. 4) Menguskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 5) Memberikan bronkodilator bila perlu. 6) Memberikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab. 7) Memonitor respirasi dan status O<sub>2</sub>. 8) Mengatur peralatan oksigenasi. 9) Memonitor aliran oksigen. 10) Mempertahankan posisi pasien. 11) Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi

**Diagnosa keperawatan kedua :** Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi). **Implementasi :** 1) Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus. 2) Mengobservasi tanda-tanda vital. 3) Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 4) Memberikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 5) Mengajarkan tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri. 6) menganjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang dapat menyebabkan nyeri. 7) Melakukan kolaborasi pemberian therapy analgetik

**Diagnosa keperawatan ketiga :** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas. **Implementasi :** 1) Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2) menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. 4) memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 5) Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 6)

Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat.

7) Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 8) Memantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan

4.1.5 Evaluasi yang dilakukan dengan menggunakan metode *subjektif, Objektif, Assesment* dan *Planning* (SOAP). Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 27-29 Mei 2019, hasil yang didapatkan Tn L. K., antara lain pasien masih merasa pusing, dan belum bisa beraktivitas dengan baik. Hal ini disebabkan karena gangguan fungsi hati yang belum tuntas penanganannya.

## **4.2 Saran**

### **4.2.1 Bagi institusi pelayanan kesehatan**

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

### **4.2.2 Bagi Perawat Ruangan**

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

### **4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan**

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

## DAFTAR PUSTAKA

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

## **LAMPIRAN**



**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)880025  
Fax (0380) 8800256, Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)



**LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN STUDI KASUS**

NAMA MAHASISWA : VERONIKA KOSTODIA  
NIM : PO. 530320116347  
NAMA PEMBIMBING : ELISABETH HERWANTI, S.Kp. M.Kes  
NIP : 195809011985022001

<b>NO.</b>	<b>TANGGAL</b>	<b>REKOMENDASI PEMBIMBING</b>	<b>PARAF PEMBIMBING</b>
1	Sabtu, 25-05-2019	-Konsultasi pengambilan judul	
2.	Rabu, 29-05-2019	-Konsultasi BAB 1 dan BAB 2 -Konsultasi BAB 3 ( Asuhan Keperawatan)	
3.	Jumat, 31-05-2019	-konsultasi revisi BAB 1,BAB 2 dan BAB 3	
4.	Minggu, 02-06-2019	-Konsultasi revisi BAB 3 (topic pembahasan ) BAB 4 (Penutup) dan Daftar Pustaka.	
5.	Minggu, 09-06-2019	-Konsultasi hasil revisi BAB 3, BAB 4 -Konsultasi Power Point -Tanda tangan lembar persetujuan ujian sidang oleh pembimbing. -ACC ujian sidang	
6.	Selasa, 11-06-2019	-Konsultasi revisi BAB 3 (penentuan diagnose) -Konsultasi lembar Abstrak	
7.	Rabu, 12-06-2019	-Konsultasi revisi lembar Abstrak dan Bab 3 -	

8.	Kamis, 13-06-2019	-Konsultasi revisi pathway dan lembaran pengesahan	
----	----------------------	---	--