

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.R DENGAN DIAGNOSA MEDIS
SIROSIS HEPATIS DI RUANG E2
RSPAL Dr. RAMELAN
SURABAYA



Oleh :
BIMA BINTARA PUTRA
NIM. 192.1004

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA

2022

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN DIAGNOSA MEDIS
SIROSIS HEPATIS DI RUANG E2
RSPAL Dr. RAMELAN
SURABAYA

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Oleh :

BIMA BINTARA PUTRA

NIM. 192.1004

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA

2022

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 17 Januari 2022

BIMA BINTARA PUTRA

NIM. 192.1004

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Bima Bintara Putra

NIM : 1921004

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Diagnosa Medis
Sirosis Hepatis Di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan
Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, akan kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, 17 Januari 2022

Pembimbing



Yoga Kertapati, M.Kep., Sp.Kep.Kom

NIP. 03042

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 14 Februari 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Bima Bintara Putra

NIM : 1921004

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.R Dengan Diagnosa Medis

Sirosis Hepatis

Di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang

Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Senin, 21 Februari 2022

Bertempat di : Stikes Hang Buah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Buah Surabaya.

Penguji I : Faridah, SST., M.Kes

Penguji II : Dul Majid, S Kep.Ns, M.Kep

Penguji III : Yoga Kertapati, M.Kep., Sp.Kep.Kom

Mengetahui,

Stikes Hang Buah Surabaya

Ka Prodi D-III Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes.

NIP. 03.007

Ditetapkan di : Stikes Hang Buah Surabaya

Tanggal : 14 Februari 2022

Kata Pengantar

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL, Sp.KL selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. A.V Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, Skep.,Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Ibu Faridah, SST., M.Kes selaku penguji I, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak selaku penguji dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak Yoga Kertapati, M.Kep., Sp.Kep.Kom., selaku penguji dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Ibu Nur Muji Astuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku wali kelas terimakasih atas bimbingan dan masukan serta dorongan semangat yang diberikan kepada penulis selama penulis menjalani pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan HangTuah Surabaya.
8. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Kedua Orangtua saya tercinta yang selalu mensupport dan memberikan yang terbaik, baik lahir maupun batin, gelar dan karya tulis ilmiah ini saya persembahkan untuk beliau.

10. Senior, letting, dan adek letting di dalam keluarga mess Progsus Stikes Hang Tuah Surabaya yang saling membantu untuk menyelesaikan karya tulis ini.

11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya, Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 17 Januari 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Akademisi	6
1.4.2 Dari Segi Praktisi, Tugas Akhir Ini Dapat Bermanfaat Bagi	6
1.5 Metode Penulisan	7
1.5.1 Metode	7
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data	7
1.5.3 Sumber Data	8
1.5.4 Studi Kepustakaan	8
1.6 Sistematika Penulisan	8
1.6.1 Bagian Awal	9
1.6.2 Bagian Inti	9
1.6.3 Bagian Akhir	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Penyakit	10
2.1.1 Anatomi dan Fisiologi Hati	10
2.1.2 Definisi Sirosis Hepatis	14
2.1.3 Etiologi Sirosis Hepatis	15
2.1.4 Manifestasi Klinis Sirosis Hepatis	16
2.1.5 Tanda dan Gejala Sirosis Hepatis	17
2.1.6 Patofisiologi Sirosis Hepatis	17
2.1.7 Komplikasi Sirosis Hepatis.....	18
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang Sirosis Hepatis	19
2.1.9 Pencegahan Sirosis Hepatis	20
2.1.10 Penatalaksanaan Sirosis Hepatis	21
2.2 Konsep Dasar Lansia	22
2.2.1 Definisi Lansia	22
2.2.2 Klasifikasi Lansia	23
2.2.3 Penyakit-Penyakit Pada Lansia	23

2.3 Konsep asuhan keperawatan	25
2.3.1 Pengkajian	25
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	28
2.3.3 Perencanaan Keperawatan	29
2.3.4 Pelaksanaan Keperawatan	36
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	37
2.4 Kerangka Masalah	38
BAB 3 TINJAUAN KASUS	39
3.1 Pengkajian	39
3.1.1 Identitas	39
3.1.2 Keluhan Utama.....	39
3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang	39
3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu	40
3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga	40
3.1.6 Genogram	41
3.1.7 Riwayat Alergi.....	41
3.1.8 Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi).....	41
3.1.9 Pemeriksaan Penunjang	47
3.1.10 Terapi Obat	48
3.2 Analisa Data	49
3.3 Prioritas Masalah	51
3.4 Rencana Keperawatan	52
3.5 Pelaksanaan Keperawatan	56
BAB 4 PEMBAHASAN	80
4.1 Pengkajian	80
4.2 Diagnosa Keperawatan	86
4.3 Perencanaan Keperawatan	88
4.4 Pelaksanaan Keperawatan	90
4.5 Evaluasi	92
BAB 5 PENUTUP.....	94
5.1 Kesimpulan	94
5.2 Saran	96
DAFTAR PUSTAKA	97
Lampiran 1	99
Lampiran 2	102

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Hati	10
Gambar 2.2 Posisi Hati	11
Gambar 2.3 Kerangka Masalah	38
Gambar 3.1 Genogram	41

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Perawatan Diri	45
Tabel 3.2 Daftar Laboratorium Keperawatan	47
Tabel 3.3 Daftar Obat	48
Tabel 3.4 Analisa Data	49
Tabel 3.5 Prioritas Masalah	51
Tabel 3.6 Rencana Keperawatan	52
Tabel 3.7 Tindakan dan Evaluasi Keperawatan	56

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Manajemen Nyeri.....	99
Lampiran 2 SOP Perawatan Selang NGT (Nasogastric Tube).....	102

DAFTAR SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buag Air Kecil
BB	: Berat Badan
C	: Celcius
IV	: Intra Vena
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IM	: Intra Muskular
Kg	: Kilo Gram
KH	: Kriteria Hasil
KRS	: Keluar Rumah Sakit
MK	: Masalah Keperawatan
ML	: Mili Liter
MRS	: Masuk Rumah Sakit
N	: Nadi
Ny	: Nyonya
RM	: Rekam Medik
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
RS	: Rumah Sakit
S	: Suhu
SMRS	: Sebelum Masuk Rumah Sakit
SOAP	: Subjektif, Obyektif, <i>Assesment, Planing</i>
SOP	: Standar Operasional Prosedur
TD	: Tekanan Darah
TTV	: Tanda-Tanda Vital

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kata sirosis berasal dari kata Yunani *kirrhos*, yang berarti "orange atau kuning kecoklatan," dan osis, yang berarti "kondisi." Definisi sirosis oleh *World Health Organization* (WHO) adalah proses difus yang ditandai oleh fibrosis dan perubahan arsitektur hati yang normal menjadi nodul-nodul yang abnormal secara struktural sehingga tidak memiliki bentuk lobular yang normal . (Anisa dan Hasan, 2020)

Fibrosis adalah respons umum terhadap cedera hati yang ditandai oleh akumulasi dari *extracellular matrix* (ECM). Cedera hati yang berkepanjangan atau berkelanjutan menyebabkan peradangan kronis, deposisi ECM yang berlebihan, dan perkembangan jaringan parut . (Anisa dan Hasan, 2020)

Prevalensi sirosis hepatitis di dunia diperkirakan 0,3% dalam *French Screening Programme*, dan kejadian tahunan adalah 15,3–132,6 per 100.000 orang dalam studi di Inggris dan Swedia tahun 2013. Berdasarkan studi Inggris dan Swedia tersebut juga dijelaskan bahwa sirosis hepatitis merupakan urutan ke-14 penyebab tersering kematian di seluruh dunia pada orang dewasa dengan perkiraan 1,03 juta kematian per tahun di seluruh dunia, 170.000 per tahun di Eropa, dan 33.539 per tahun di Amerika Serikat (Anisa and Hasan, 2020).

Penyakit sirosis hepatitis di Indonesia mulai tahun 2000- 2016 tercatat sebanyak 26,9 juta pasien (WHO, 2018). Hasil Riskesdas (2018), prevalensi

hepatitis di Indonesia adalah 0,4%. Tiga provinsi dengan prevalensi hepatitis tertinggi adalah Papua (0,7%), Nusa Tenggara Barat (0,6%) dan Gorontalo (0,6%). Prevalensi hepatitis di Jawa Timur adalah (0,3%) . Karakteristik umum dari sirosis hepatis sendiri meliputi nyeri abdomen, dispepsia kronis dan asites. (Sawitri and Sani, 2020)

Secara umum frekuensi sirosis hepatis di Indonesia lebih banyak penderita pria daripada wanita dengan perbandingan 2-4,5: 1, dan terbanyak pada decade ke lima. Sedangkan prevalensinya mencapai 0,6%-14,5% (Sutrisna, 2020). Berdasarkan Data Rekam Medis Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya di ruang E2 pada bulan Januari - Desember tahun 2021 kasus penyakit Sirosis Hepatis mencapai angka 95 kasus. Pada awal bulan Januari 2022 kasus penyakit Sirosis Hepatis khususnya di ruang E-2 mencapai angka 8 kasus, dengan rata-rata wanita usia >45 tahun.

Risiko seseorang untuk terkena sirosis meningkat karena beberapa faktor, seperti konsumsi alkohol yang berlebihan, terlalu sering begadang dan kurang tidur. Selain itu, beberapa jenis makanan juga dapat meningkatkan faktor risiko tersebut, seperti terlalu banyak mengonsumsi makanan berlemak, makanan manis, camilan yang tidak sehat yang mengandung banyak pengawet. Jenis-jenis makanan tersebut berbahaya untuk liver atau hati jika terlalu banyak dikonsumsi.(Fimela, 2018)

Pada stadium awal, sirosis biasanya tidak menimbulkan gejala. Sering kali, sirosis ditemukan pada pemeriksaan medis rutin. Pada pemeriksaan darah, dapat dilakukan pemeriksaan fungsi hati, fungsi ginjal, hepatitis B dan C,

pembekuan, dan koagulasi darah. Pencitraan juga dapat membantu dokter untuk mendiagnosis sirosis, seperti *magneticresonance elastography* atau *transient elastography* untuk mendeteksi pengerasan liver. Pencitraan lain juga dapat dilakukan melalui *CT scan*, MRI dan USG. Sementara itu, diagnosis terhadap sirosis tidak diperlukan pemeriksaan biopsi yang invasif, tetapi pemeriksaan ini menunjukkan tingkat keparahan dan penyebab kerusakan liver. (Hansa, 2020)

Sirosis hati lebih banyak ditemukan pada penderita yang memiliki riwayat penyakit hepatitis B dengan persentase sebanyak 38,9% sedangkan persentase penderita dengan riwayat hepatitis C sebanyak 29,2%. Faktor lain yang ditemukan pada penelitian ini adalah perlemakan hati non-alkoholik sebanyak 2,7%, hepatitis autoimun 1,4%, defisiensi α 1-antitripsin 1,4%, hemokromatosis 2,7%, hepatitis A 4,17%, obstruksi bilier 2,7% dan kriptogenik sebanyak 2,7%. (Alifah, 2019).

Sirosis Hepatis ini seringkali juga ditandai dengan anemis pada kedua konjungtiva mata dan ikterus pada kedua sklera. Tanda-tanda kerontokan rambut pada ketiak, konjungtiva mata dan ikterus pada kedua sklera, pada daerah abdomen ditemukan perut yang membesar pada seluruh regio abdomen dengan tanda-tanda ascites seperti pemeriksaan shifting dullness dan gelombang undulasi dan pemeriksaan bising usus. (Made, Saskara dan Suryadarma, 2020). Jika tidak segera ditangani sirosis hepatis ini bisa berkembang menjadi kanker hati. (Fimela, 2018)

Maka dari itu gaya hidup seperti minum alkohol dan begadang harus dikurangi dan juga pola makan harus dijaga dengan tujuan menjauhkan dari penyakit sirosis hepatis. Lebih penting lagi terapkan pola hidup sehat seperti olahraga, istirahat yang cukup, dan pola makan yang teratur untuk mencegah penyakit sirosis hepatis. (Hansa, 2020).

Perawat mempunyai peran dan tugas yang cukup besar untuk membantu mengatasi masalah yang dihadapi pasien dalam kasus Sirosis Hepatis. Sebagai pengelola, perawat diharapkan mampu memberikan informasi dan pengetahuan yang *up to date* dan benar. Dalam menjalankan fungsinya ini tidak lepas dari upaya pencegahan yang dilakukannya, maka perawat harus dapat memberikan penyuluhan dan pengarahan khususnya kepada pasien, keluarga, masyarakat, serta meningkatkan peran perawat didalam pengembangan bidang keperawatan khususnya pada kasus sirosis hepatis.

Atas dasar berbagai permasalahan diatas maka dipandang perlu untuk meneliti mengenai asuhan keperawatan pada pasien Ny.R dengan diagnosa medis Sirosis Hepatis di ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut tentang asuhan keperawatan tentang Diabetes Melitus, maka penulis akan melakukan pengkajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis Sirosis Hepatis dengan rumusan masalah sebagai berikut:

1. Apa saja pengkajian keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis Sirosis Hepatis di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?

2. Apa saja masalah keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien dengan Diagnosa Medis Sirosis Hepatis di ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ?
3. Apa saja Intervensi Keperawatan yang diberikan pada pasien dengan Diagnosa Medis Sirosis Hepatis di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ?
4. Bagaimanakah pelaksanaan Implementasi yang diberikan pada pasien dengan Diagnosa Medis Sirosis Hepatis di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ?
5. Apa saja yang harus di evaluasi pada pasien dengan Diagnosa Medis Sirosis Hepatis di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa dapat melakukan identifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan Sirosis Hepatis di ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Sirosis Hepatis di ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
2. Membuat perumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa Sirosis Hepatis di ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Membuat intervensi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Sirosis Hepatis di ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Sirosis Hepatis di ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

5. Melakukan evaluasi pada pasien dengan diagnosa Sirosis Hepatis di ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
6. Melakukan dokumentasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa Sirosis Hepatis di ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.4 Manfaat

Berhubungan dengan tujuan, maka tugas karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

1.4.1 Akademis

Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis sirosis hepatitis

1.4.2 Dari Segi Praktisi, Tugas Karya Tulis Ilmiah Ini Akan Bermanfaat Bagi :

- a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat bermanfaat bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatitis dengan baik dan benar.

- b. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini bermanfaat bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan pembuatan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis sirosis hepatitis.

c. Bagi profesi kesehatan

Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman asuhan keperawatan yang lebih baik terkait dengan pasien sirosis hepatis.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang bersifat memaparkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Dalam buku Stikes Hang Tuah (2022) ada 3 teknik Pengumpulan Data yaitu :

a. Wawancara

Data diperoleh dari hasil percakapan dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.

b. Observasi

Data yang diambil dari hasil pengamatan secara visual maupun percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium sebagai pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosa keperawatan dan untuk tindakan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

Dalam Stikes Hang Tuah (2022) ada 2 jenis Sumber Data yaitu :

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

b. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga ataupun orang terdekat pasien, catatan rekam medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan penunjang dan tim kesehatan lainnya.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber referensi yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang sedang dibahas.(Stikes Hang Tuah, 2022)

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam Stikes Hang Tuah (2022). Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1.6.1 Bagian awal

Memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.2 Bagian inti

Terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

a. BAB 1 :

Pendahuluan, berisi tentang latar belakang, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

b. BAB 2 :

Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnose sirosis hepatis, serta kerangka masalah.

c. BAB 3 :

Tinjauan Kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

d. BAB 4 :

Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

e. BAB 5 :

Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1.6.3 Bagian akhir

Terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

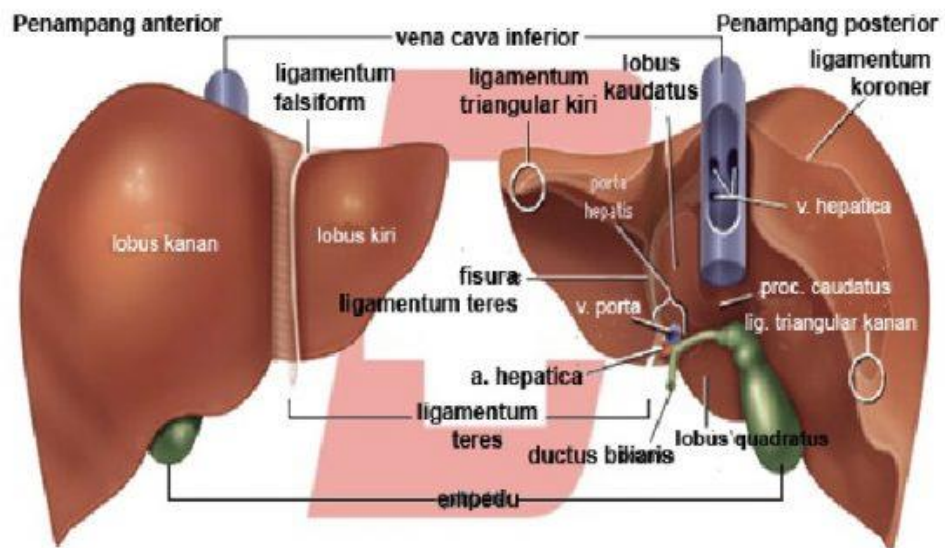
BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan medikal bedah sirosis hepatis. Konsep penyakit akan diuraikan anatomi fisiologi, definisi, etiologi, patofisiologi, pathway, manifestasi klinis, penatalaksanaan, komplikasi. Konsep asuhan keperawatan mengenai penyakit sirosis hepatis dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

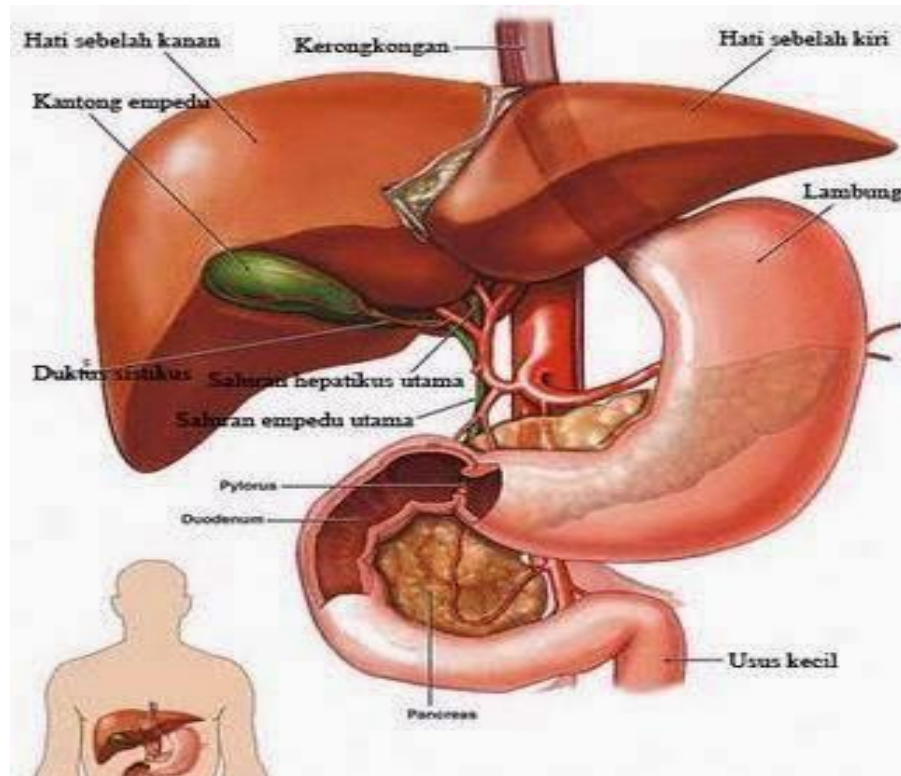
2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Anatomi Dan Fisiologi Hati



Sumber: (Pearce, 2015)

Gambar 2.1 Anatomi Hati



Sumber: (Mohamad, 2014)

Gambar 2.2 Posisi Hati

Hati (hepar) adalah organ yang paling besar di dalam tubuh kita, warnanya coklat dan beratnya sekitar 1500 gram. Letaknya di bagian atas dalam rongga abdomen di sebelah kanan bawah diafragma. Hati terletak di kuadran kanan atas abdomen, dibawah diafragma dan terlindungi oleh tulang rusuk (costae), sehingga dalam keadaan normal (hepar yang sehat tidak teraba). Hati menerima darah teroksigenasi dari arteri hepatica dan darah yang tidak teroksigenasi tetapi kaya akan nutrient vena porta hepatica (Setiadi, 2016).

Hati merupakan organ unik yang mempunyai kemampuan regenerasi yang luar biasa. Kemampuan regenerasi ini terjadi sepanjang usia manusia. Terapi fibrosis hati yang berkembang saat ini lebih banyak terfokus pada bagaimana

mengobati sel/ jaringan yang sakit berdasarkan patogenesis dan melupakan potensi sel-sel sehat. Sel sehat ini masih mempunyai potensi untuk regenerasi dan memperbaiki daerah yang sakit. Bila kedua hal ini dapat dilakukan bersama-sama maka akan mempercepat proses regenerasi hati. Artikel ini akan mengeksplorasi kontribusi hepatosit, sel stelata, sel punca endogen, sel Kupfer, dan enzim proteolitik pada proses homeostasis dan perbaikan hati khususnya pada kondisi fibrosis (*Fathiyah Safitri 2018*).

1. Pembagian Hati

Hati terbagi atas 2 lapisan utama, yaitu:

- a. Permukaan atas berbentuk cembung, terletak dibawah diafragma
- b. Permukaan bawah tidak rata dan memperlihatkan lekukan *fisura transversus* dan *fisura longitudinal* yang memisahkan belahan kanan dan kiri dibagian atas hati, selanjutnya hati terbagi 4 belahan yaitu lobus kanan, lobus kiri, lobus kaudata, dan lobus quadratus.

2. Pembuluh darah pada hati

Hati mempunyai 2 jenis peredaran darah yaitu:

- a. Arteri hepatica, yang keluar dari aorta dan memberi 80 % darah pada hati. Darah ini mempunyai kejenuhan 95-100% masuk ke hati akan membentuk jaringan kapiler setelah bertemu dengan kapiler vena, akhirnya keluar sebagai vena hepatica.
- b. Vena porta, yang terbentuk dari linealis dan vena mesentrika superior menghantarkan 20% darahnya ke hati. Darah ini mempunyai kejenuhan 70% sebab beberapa O₂ telah diambil oleh limfe dan usus, guna darah ini

membawa zat makanan ke hati yang telah diabsorpsi oleh mukosa dan usus halus. Darah berasal dari vena porta bersentuhan erat dengan sel hati dan setiap lobulus disaluri oleh sebuah pembuluh sinusoid darah atau kapiler hepatica. Pembuluh darah halus berjalan diantara lobulus hati disebut vena interlobuler. (Setiadi, 2016).

3. Fungsi hati menurut Made, Saskara and Suryadarma (2020)

a. Sekresi

1. Hati memproduksi empedu dibentuk dalam sistem retikulo endotelium yang dialirkan ke empedu yang berperan dalam emulsifikasi dan absorpsi lemak.
2. Menghasilkan enzim glikogenik yang mengubah glukosa menjadi glikogen.

b. Metabolisme

1. Hati berperan serta dalam mempertahankan homeostatik gula darah.
2. Hati menyimpan glukosa dalam bentuk glikogen dan mengubahnya kembali menjadi glukosa jika diperlukan oleh tubuh.
3. Hati mengurai protein dari sel-sel tubuh dan sel darah merah yang rusak dan hasil penguraian protein menghasilkan urea dari asam amino berlebih dan sisa nitrogen.
4. Hati menerima asam amino diubah menjadi ureum dikeluarkan dari darah oleh ginjal dalam bentuk urin.
5. Hati mensintesis lemak dari karbohidrat dan protein.

c. Penyimpanan

1. Hati menyimpan glikogen, lemak, vitamin A,D,E,K dan zat besi yang disimpan sebagai ferritin, yaitu suatu protein yang mengandung zat besi dan dapat dilepaskan bila zat besi diperlukan.
2. Mengubah zat makanan yang diabsorpsi dari usus dan disimpan disuatu tempat dalam tubuh, dikeluarkannya sesuai dengan pemakaiannya dalam jaringan.

d. Detoksifikasi

1. Hati melakukan inaktivasi hormon dan detoksifikasi toksin dan obat serta memfagositosis eritrosit dan zat asing yang terdisintegrasi dalam darah.
2. Mengubah zat buangan dan bahan racun untuk diekskresi dalam empedu dan urin (mendektosifikasi).
3. Membentuk dan menghancurkan sel-sel darah merah selama 6 bulan masa kehidupan fetus yang kemudian diambil alih oleh susum tulang belakang.

2.1.2 Definisi Sirosis Hepatis

Sirosis hepatis adalah suatu kondisi dimana jaringan hati yang normal digantikan oleh jaringan parut (fibrosis). Jaringan parut ini mempengaruhi struktur normal dan regenerasi sel-sel hati. Sel-sel hati menjadi rusak dan mati sehingga hati secara bertahap kehilangan fungsinya. Salah satu masalah yang dialami pasien dengan sirosis hepatis

adalah nyeri perut karena adanya inflamasi di hati.(Sawitri and Sani, 2020).

Sirosis Hepatis (SH) merupakan penyakit hati menahun membaaur (difus) yang ditandai dengan pembentukan jaringan ikat dan benjolan kecil. Biasanya diawali dengan peradangan, kematian jaringan sel hati yang luas, penambahan jaringan ikat secara difus dan upaya pertumbuhan kembali benjolan kecil hati.1 Sirosis dapat terjadi pascahepatitis (akut atau kronis) atau pascanekrosis (setelah jejas toksik) atau menyertai penyumbatan kelenjar empedu kronis (sirosis biliaris). Penggolongan SH dapat secara morfologik (ukuran benjolan kecil), kefungsiian (ada tidaknya gejala klinis) dan penyebab penyakit.(Muin *et al.*, 2016)

2.1.3 Etiologi Sirosis Hepatis

Etiologi sirosis hepatis menurut Made, Saskara and Suryadarma (2020) diantaranya yaitu :

1. Hepatitis virus B & C.
2. Alkohol.
3. Metabolik.
4. Kolestasis kronik/sirosis siliar sekunder intra dan ekstra hepar.
5. Obstruksi aliran vena hepatic, seperti penyakit vena oklusif, sindrom budd chiari, perikarditis konstriktiva, payah jantung kanan.
6. Gangguan imunologis, seperti : hepatitis lupoid, hepatitis kronik aktif.
7. Toksis dan obat, seperti : INH, metildopa.
8. Operasi pintas usus halus pada obesitas.

9. Malnutrisi, infeksi seperti malaria.
10. Etiologi tanpa diketahui penyebabnya.
11. Sirosis yang tidak diketahui penyebabnya dinamakan sirosis kriptogenik/heterogenous.

2.1.4 Manifestasi Klinis Sirosis Hepatis

Manifestasi klinis pada Sirosis Hepatis menurut Made, Saskara and Suryadarma (2020) yaitu:

1. Keluhan Pasien :
 - a. Pruritis.
 - b. Urin berwarna gelap.
 - c. Ukuran lingkaran pinggang meningkat.
 - d. Turunnya selera makan dan turunnya berat badan.
 - e. Ikterus (kuning pada kulit dan mata) muncul belakangan.
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. Ensefelopati hepatitis dengan hepatitis fulminan akut dapat terjadi dalam waktu singkat dan pasien akan merasa mengantuk, delirium, kejang, dan koma dalam waktu 24 jam.
 - f. Onset ensefelopati hepatitis dengan gagal hati kronik lebih lambat dan lemah.

2.1.5 Tanda dan Gejala Sirosis Hepatis

Tanda dan gejala menurut Wahyudo (2014) yaitu :

1. Mudah lelah dan lemas
2. Selera makan berkurang
3. Perasaan perut kembung
4. Mual
5. Berat badan menurun
6. Pada laki-laki dapat timbul impotensi, testis mengecil dan dada membesar, serta hilangnya dorongan seksualitas.
7. Gangguan pembekuan darah
8. Perdarahan gusi
9. Epistaksis
10. Gangguan siklus haid (Pada Wanita)
11. Ikterus dengan air kemih berwarna seperti teh pekat
12. Serta perubahan mental, meliputi mudah lupa, sukar konsentrasi,

2.1.6 Patofisiologi Sirosis Hepatis

Patofisiologi sirosis hepatis menurut Made, Saskara dan Suryadarma (2020) yaitu: pada sirosis, jaringan hati fungsional secara bertahap menjadi rusak dan diganti oleh jaringan parut fibrosa. Ketika hepatosit dan lobul hati menjadi rusak, fungsi metabolik hati akan menghilang. Nodul yang berstruktur abnormal yang dikelilingi oleh jaringan ikat akan terbentuk. Jaringan ikat fibrosa akan membentuk pita konstrikatif yang mengganggu aliran darah dan empedu dalam lobul hati. Darah tidak lagi mengalir secara bebas melalui hati ke vena kava

inferior. Keterbatasan aliran darah akan menyebabkan hipertensi portal, meningkatkan tekanan dalam sistem vena portal.

Ada tipe-tipe sirosis atau pembentukan parut dalam hati menurut Made, Saskara dan Suryadarma (2020):

1. Sirosis Alkoholik

Sirosis alkoholik atau sirosis Laennec adalah hasil akhir dari penyakit hati alkoholik. Perkembangan kondisi secara langsung berhubungan dengan konsumsi alkohol: jumlah total alkohol yang dikonsumsi, lama tahun dalam mengonsumsi alkohol secara berlebihan, dan kadar alkohol dalam darah.

2. Sirosis Pascahepatik

Penyakit hati progresif stadium lanjut disebabkan oleh hepatitis B atau C kronik, hepatitis autoimun, atau dari penyakit hati berlemak nonalkoholik, dikenal sebagai sirosis pascahepatik atau pascanekrotik.

3. Sirosis Empedu

Ketika aliran empedu mengalami obstruksi di dalam hati atau dalam sistem empedu, menahan empedu yang rusak dan merusak sel hati yang dekat dengan duktus empedu interlobular.

2.1.7 Komplikasi Sirosis Hepatis

Komplikasi sirosis hepatis menurut Made, Saskara and Suryadarma (2020), yaitu:

1. Komplikasi pada wanita :
 - a. Hipertensi portal

- b. Perdarahan
 - c. Asites
 - d. Ginekomastia (pembesaran payudara)
2. Komplikasi pada pria
- a. Perubahan neurologis
 - b. Edema perifer
 - c. Anemia
 - d. Rendahnya sel darah putih

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang Sirosis Hepatis

Pemeriksaan Penunjang menurut Made, Saskara and Suryadarma(2020)

1. Pemeriksaan laboratorium

a. Darah

Pada sirosis hati meliputi kadar Hb yang rendah (anemia), jumlah sel darah putih menurun (leukopenia), dan trombositopenia. Peningkatan enzim transaminase/SGOT dan SGPT serta gamma GT akibat kebocoran dari sel-sel yang rusak. Pemeriksaan marker serologi pertanda virus untuk menentukan penyebab sirosis hati seperti HBsAg, HBeAg, HBV-DNA, HCV-RNA, dan sebagainya. Pemeriksaan laboratorium bilirubin, transaminase dan gamma GT tidak meningkat pada sirosis inaktif.

b. Albumin

Kadar albumin yang rendah merupakan cerminan kemampuan sel hati yang kurang. Penurunan kadar albumin dan peningkatan kadar

globulin merupakan tanda kurangnya daya tahan hati dalam menghadapi stress seperti tindakan operasi.

c. Pemeriksaan kadar elektrolit

Penting dalam penggunaan diuretik dan pembatasan garam dalam diet. Dalam hal ensefalopati, kadar Na 500-1000, mempunyai nilai diagnostik suatu kanker hati primer

2. Pemeriksaan fisik

Perkiraan besar hati, biasanya hati membesar pada awal sirosis, bila hati mengecil artinya prognosis kurang baik. Besar hati normal selebar telapak tangannya sendiri (7-10 cm).(Made, Saskara and Suryadarma, 2020)

2.1.9 Pencegahan Sirosis Hepatis

1. Membatasi Konsumsi Alkohol

Konsumsi alkohol berlebih bisa meningkatkan terjadinya sirosis karena alkohol bisa memberatkan beban kerja hati dan merusak fungsinya secara terus-menerus secara perlahan. Itu sebabnya bagi kamu yang gemar konsumsi alkohol, dianjurkan untuk tidak konsumsi secara berlebihan. Standar batas konsumsi alkohol untuk orang dewasa adalah maksimal 20 gram alkohol per hari. Ukuran ini setara dengan 1.5 kaleng bir atau *wine* per hari.

2. Melindungi Diri dari Infeksi Virus Hepatitis

Infeksi virus hepatitis B dan C bisa menyebabkan sirosis. Itu sebabnya kamu perlu melindungi diri dari hepatitis untuk mencegah terjadinya sirosis, yaitu dengan tidak berganti-ganti pasangan dan

menggunakan kondom saat berhubungan seksual (*safe sex*), serta melakukan vaksinasi untuk mencegah hepatitis B.

3. Menerapkan Pola Makan Sehat

Konsumsi makanan sehat bergizi seimbang, terutama sayuran dan buah-buahan. Demi mencegah perlemakan hati yang bisa menyebabkan kerusakan, kamu dianjurkan mengonsumsi makanan yang rendah lemak untuk membantu menurunkan lemak berlebih dalam tubuh.

4. Rutin Berolahraga

Berolahraga bukan hanya bisa menurunkan berat badan, tapi juga menjaga berat badan tetap ideal agar terhindar dari risiko kelebihan berat badan (*overweight*) dan obesitas. Selain itu, olahraga mencegah perlemakan hati yang merupakan faktor risiko sirosis. Pilih olahraga yang kamu sukai dan lakukan secara rutin, setidaknya 15 - 30 menit tiap hari. (Munizzi, 2013)

2.1.10 Penatalaksanaan Sirosis Hepatis

Penatalaksanaan menurut (Muin *et al.*, 2016) yaitu :

1. Istirahat yang cukup sampai terdapat perbaikan ikterus dan asites
2. Pengaturan makanan yang cukup dan seimbang misalnya cukup kalori, cukup protein 1 gr/kgBB/hari dan vitamin.
3. Memperbaiki gizi bila perlu dengan pemberian asam amino esensial berantai cabang dengan glukosa, vitamin B kompleks.

4. Diet rendah garam (200-500 mg perhari), kadang – kadang asites dan edema telah dapat diatasi dengan diet rendah garam dan istirahat yang cukup.
5. Membatasi jumlah pemasukan cairan selama 24 jam, hanya sampai 1 liter atau kurang.
6. Pengobatan diuretic berupa spironolakton 50-100 mg/hari (awal) dan dapat ditingkatkan sampai 300 mg/hari bila setelah 3-4 hari tidak ada perubahan.
7. Bila terjadi asites refrakter (asites yang tidak dapat dikendalikan dengan terapi medikamentosa yang intensif), dilakukan terapi parasintesis. Pada umumnya parasintesis aman apabila disertai dengan infus albumin sebanyak 6-8 gr untuk setiap liter cairan asites. Selain albumin, dapat digunakan dekstran 70%.

2.2 Konsep Dasar Lansia

2.2.1 Definisi Lansia

Usia lanjut didefinisikan sebagai penurunan, kekurangan, ketidakterdayaan yang meluas terhadap berbagai penyakit dan perubahan alami, hilangnya keserbagunaan dan kelancaran, serta perubahan fisiologis yang berkaitan dengan usia (Rahman, 2016).

Tua adalah suatu kondisi yang digambarkan oleh ketidakmampuan individu untuk menjaga keseimbangan kondisi tekanan fisiologis. Kekecewaan ini terkait dengan penurunan kapasitas untuk hidup dan peningkatan kesadaran individu, karena faktor-faktor tertentu yang lebih

tua tidak dapat memenuhi kebutuhan mendasar mereka baik secara nyata, mendalam dan sosial (Rahman, 2016).

Seseorang dikatakan tua jika berusia 60 tahun atau lebih. Tua adalah sekelompok usia pada orang yang telah memasuki fase terakhir dari tahap kehidupan mereka. Perkumpulan yang tergolong Lansia ini akan mengalami interaksi yang disebut Proses Penuaan (Manangkot & Sukawana, 2016).

2.2.2 Klasifikasi Lansia

Usia lanjut juga dibedakan menjadi tiga batasan usia, yaitu tua muda (70-75), tua (75-80) dan sangat tua (>80 tahun). Lansia dikelompokkan menjadi usia dewasa muda (*elderly adulthood*), 18 atau 29-25 tahun, usia dewasa penuh (*middle years*) atau maturitas, 25-60 tahun atau 65 tahun, lanjut usia (*geriatric age*) lebih dari 65 tahun atau 70 tahun yang dibagi lagi dengan 70-75 tahun (*young old*), 75-80 tahun (*old*), lebih dari 80 (*very old*). (Manangkot & Sukawana, 2016)

2.2.3 Penyakit – Penyakit pada Lansia

Berdasarkan dari beberapa artikel yg telah dibaca oleh penulis berikut ini adalah penyakit –penyakit yang sering terjadi pada lansia :

1. Hipertensi
2. Diabetes Mellitus
3. Malnutrisi
4. Kehilangan kemampuan untuk mendengar
5. Masalah kesehatan gigi

6. Katarak
7. Arthritis (radang sendi)
8. Osteoporosis
9. Infeksi saluran kencing
10. Sirosis hepatis
11. Inkontinensia urine
12. Penyakit Ginjal Kronis
13. Penyakit Jantung
14. Kolesterol tinggi
15. Stroke
16. Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK)
17. Pneumonia
18. Kanker
19. Penyakit Alzheimer dan demensia

Berdasarkan dari daftar nama penyakit diatas penyakit Sirosis Hepatis tertera didaftar penyakit yang sering terjadi pada lansia. Hal ini dikarenakan semakin meningkatnya usia semakin menurun pula fungsi organ tubuh. Penurunan ini mengakibatkan fungsi organ tubuh tidak dapat bekerja secara maksimal serta dapat mempengaruhi organ lain dan memicu komplikasi . Faktor yang mempengaruhi banyaknya pasien yang terkena penyakit hepar pada usia lansia yaitu dikarenakan keturunan (*genetik*) serta faktor zat-zat toksik seperti obatobatan, alkohol dan gaya hidup tidak sehat yang meracuni hepar . Oleh karena itu dibutuhkan upaya preventif dan promotif berupa deteksi dini faktor risiko risiko Sirosis Hepatis serta pemberian pemahaman dan edukasi kepada

masyarakat tentang hal yang berkaitan dengan Sirosis Hepatis.(Robiyanto, Liana and Purwanti, 2019)

2.3 Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari Klien yang meliputi unsur bio-psiko-spiritual yang komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal klien agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan. Pengkajian pada pasien dengan sirosis hepatis menurut Mulyati, Yeti and Sukamrini (2013) meliputi:

a. Identitas pasien

Sirosis hepatis sering dijumpai pada kaum laki-laki dibanding perempuan dengan rata-rata umur terbanyak 30-49 tahun dengan puncaknya sekitar 40-49 tahun

b. Keluhan utama

Nyeri abdomen kuadran atas, nafsu makan menurun, badan terasa lemah, pembengkakan abdomen, dan sesak nafas.

c. Riwayat kesehatan sekarang

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

d. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien dengan sirosis hepatis memiliki riwayat penggunaan alkohol dalam jangka waktu yang lama, sebelumnya ada riwayat hepatitis kronis, riwayat gagal jantung, riwayat pemakaian obat-obatan, dan merokok.

e. Pemeriksaan Fisik

1. Meliputi keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital (adanya peningkatan tekanan darah pada pasien sirosis hepatis dengan riwayat hipertensi) , Suhu, Nadi, RR , Antropometri (TB, BB SMRS, BB Setelah MRS).

2. Pernafasan (B1 : *Breath*)

Meliputi pemeriksaan bentuk dada, pergerakan dada, ada tidak nya penggunaan otot bantu nafas tambahan, irama nafas, pola nafas, suara nafas, suara nafas tambahan, ada tidaknya sesak nafas, batuk, sputum, sianosis.

3. Kardiovaskuler (B2 : *Blood*)

Meliputi pemeriksaan Ictus cordis teraba atau tidak, irama jantung normal (lub-dup) atau tidak (ada suara tambahan (S3 dan S4), ada tidaknya bunyi jantung tambahan, CRT (normalnya <2detik), akral dingin atau hangat, oedem, hepatomegali, ada tidaknya perdarahan.

4. Persyarafan (B3 : *Brain*)

Meliputi pemeriksaan GCS (E : 4 , V : 5 , M : 6), Refleks Fisiologis (Biceps, Triceps, Patella), Refleks patologis (kaku kuduk, Bruzinski I, Bruzinski II, Kernig, 12 nervus kranial, ada

tidaknya nyeri kepala maupun paralisis, penciuman (meliputi : bentuk hidung, septum, polip), wajah dan penglihatan (mata, pupil, refleks, konjuntiva anemis, tidak adanya gangguan, sclera anikhterik), Pendengaran (telinga simetris, tidak ada kelainan, kebersihan telinga, tidak adanya penggunaan alat bantu), Lidah (kebersihan lidah, uvula simetris dan tidak ada radang, palatum tidak pucat, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada gangguan bahasa).

5. Perkemihan (B4 : *Blader*)

Meliputi pemeriksaan kebersihan genitalia, ekskresi, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, frekuensi eliminasi urin SMRS dan setelah MRS, jumlah, warna, dan tidak ada penggunaan kateter urine pada pasien.

6. Pencernaan (B5 : *Bowel*)

Meliputi pemeriksaan mulut pasien bersih atau tidak, membrane mukosa kering, gigi tanggal semua, faring tidak ada radang, Diit SMRS dan setelah MRS, terpasang NGT, porsi makan, frekuensi minum dan frekuensi makan, pemeriksaan abdomen (meliputi : bentuk perut, kelainan abdomen, hepar, lien, nyeri abdomen), pemeriksaan Rectum dan anus (tidak ada hemoroid), Eliminasi BAB SMRS dan setelah MRS, frekuensi, warna dan konsistensi.

7. Muskuluskeletal dan integument (B6 : Bone)

Meliputi pemeriksaan rambut dan kulit kepala, tidak ada scabies, warna kulit pucat, kebersihan kuku, turgor kulit menurun, ROM, kekuatan otot, Deformitas tidak ada, fraktur tidak ada.

8. Endokrin

Meliputi pemeriksaan tidak ada pembesaran KGB, mengalami hiperglikemi, tidak mengalami hipoglikemi, tidak menderita diabetes mellitus.

9..Kemampuan perawatan diri

Meliputi kemampuan mandi, berpakaian, toileting/eliminasi, mobilitas di tempat tidur, alat bantu, kemampuan berjalan, naik tangga, berbelanja, berpindah.

f. Analisa Data

Dari hasil pengkajian kemudian data tersebut dikelompokkan lalu dianalisa sehingga dapat ditarik kesimpulan masalah yang timbul dan untuk selanjutnya dapat dirumuskan diagnosa keperawatan.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan keterbatasan ekspansi dada karena asites (SDKI D.0005 Hal 26)
2. Nyeri akut berhubungan dengan gejala penyakit (SDKI D.0077 Hal 172)
3. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI D.0015 Hal 48)

4. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, tekanan osmotik menurun (SDKI D.0022 Hal 62)
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, intake yang tidak adekuat (anoreksia, vomiting, nausea) (SDKI D.0019 Hal 56)
6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen (SDKI D.0056 Hal 128)
7. Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan imobilitas fisik, pruritus (SDKI D.0129 Hal 282)

2.3.3 Perencanaan keperawatan

Intervensi Keperawatan pada Sirosis Hepatis menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

1. Diagnosis Keperawatan 1

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan keterbatasan ekspansi dada karena asites (SDKI D.0005 Hal 26)

1. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 30 menit diharapkan pola nafas kembali efektif
2. Kriteria hasil: pasien tidak tampak sesak, tidak ada pernafasan cuping hidung,

tidak ada retraksi dada, frekuensi nafas dalam batas normal (16-20 x/menit)

3. Intervensi:

- a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

Rasional: Untuk mendeteksi tanda awal terjadi gangguan pada sistem pernafasan.

- b. Posisikan pasien semi fowler

Rasional: Untuk meningkatkan ekspansi paru

- c. Lakukan fisioterapi dada

Rasional: Untuk memperlancar napas

- d. Ajarkan teknik batuk efektif

Rasional: Untuk mengurangi sesak

- e. Kolaborasi pemberian terapi oksigen sesuai kebutuhan pasien

Rasional: Untuk menurunkan distress pernafasan yang disebabkan oleh hipoksemia.

2. Diagnosis Keperawatan 2

Nyeri akut berhubungan dengan gejala penyakit (SDKI D.0077 Hal 172)

1. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang

2. Kriteria hasil: nyeri hilang, tanda-tanda vital dalam batas normal (TD= 120/80 mmHg, N= 60-100 x/menit, RR= 16-20 x/menit, S= 36-36,5°C)

3. Intervensi:

1) Observasi tanda-tanda vital

Rasional: Untuk memantau keadaan pasien

2) Kaji skala nyeri

Rasional: Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan oleh pasien

3) Ajarkan teknik distraksi maupun relaksasi

Rasional: Untuk mengurangi rasa nyeri yang dialami secara non farmakologis.

4) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat analgesik.

Rasional: Untuk menangani nyeri secara farmakologis

3. Diagnosis Keperawatan 3

Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI D.0015 Hal 48)

1. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan perifer efektif

2. Kriteria hasil: pasien tidak lemah, konjungtiva merah muda, tekanan darah normal (120/80 mmHg)

3. Intervensi:

1) Kaji dan catat keluhan pasien seperti pusing, sulit tidur

Rasional: Untuk mengetahui keluhan pasien

2) Observasi tanda-tanda vital

Rasional: Untuk mengidentifikasi adanya perubahan tanda-tanda vital

3) Lakukan cek laboratorium (darah lengkap)

Rasional: Untuk mengetahui perubahan hasil setelah dilakukan tindakan

- 4) Beri informasi tentang diet bagi penderita anemia

Rasional: Agar pasien dan keluarga mengetahui diet yang tepat untuk penderita anemia

- 5) Kolaborasi pemberian tranfusi darah jika kadar hemoglobin menurun

Rasional: Untuk meningkatkan kadar hemoglobin pasien.

4. Diagnosis Keperawatan 4

Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, tekanan osmotik menurun (SDKI D.0022 Hal 62)

1. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan dapat mengurangi retensi cairan dalam area ekstrasvaskuler

2. Kriteria hasil: pitting edema berkurang, intake dan output seimbang, tanda-tanda vital dalam batas normal (TD= 120/80 mmHg, N= 60-100 x/menit, RR= 16-20 x/menit, S= 36-36,5°C)

3. Intervensi:

- 1) Kaji pitting edema

Rasional: Untuk mengetahui adanya tanda kelebihan cairan

- 2) Kaji asites pasien dengan cara mengukur lingkar abdomen pasien

Rasional: Untuk mengetahui adanya tanda kelebihan cairan

3) Kaji intake dan output pasien/24 jam (misalnya setiap jam 6 pagi)

Rasional: Untuk mengetahui keseimbangan masukan dan haluaran

4) Observasi tanda-tanda vital

Rasional: Untuk mengetahui tanda awal komplikasi akibat kelebihan volume cairan

5) Kolaborasi pemberian terapi diuretik (misalnya furosemide)

Rasional: Membantu pengeluaran garam dan air dalam tubuh.

5. Diagnosis Keperawatan 5

Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, intake yang tidak adekuat (anoreksia, vomiting, nausea) (SDKI D.0019 Hal 56)

1. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi

2. Kriteria hasil: pasien tidak tampak lemah, tidak ada penurunan berat badan, konjungtiva merah muda, dan mukosa bibir lembab

3. Intervensi:

1) Observasi dan catat asupan nutrisi (cair dan padat)

Rasional: Untuk mengetahui zat gizi dan suplemen yang dikonsumsi pasien

- 2) Tentukan makan yang disukai pasien

Rasional: Untuk meningkatkan nafsu makan pasien

- 3) Beri makanan sedikit tapi sering

Rasional: Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien

- 4) Beri makanan yang hangat

Rasional: Untuk meningkatkan nafsu makan pasien

- 5) Kolaborasi pemberian makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Rasional: Untuk memenuhi asupan kalori dan protein

6. Diagnosis Keperawatan 6

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen (SDKI D.0056 Hal 128)

1. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan dapat meningkatkan toleransi aktivitas
2. Kriteria hasil: pasien bebas dari kelemahan, mampu melakukan aktivitas secara mandiri, tanda-tanda vital dalam batas normal (TD= 120/80 mmHg, N= 60-100 x/menit, RR= 16-20 x/menit, S= 36-36,5°C)
3. Intervensi:

- 1) Bantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas kemampuan
Rasional: Untuk mengetahui kemampuan pasien
- 2) Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda (sesuai kebutuhan pasien)
Rasional: Mengetahui kondisi pasien saat ini
- 3) Pantau respon pasien terhadap setiap aktivitas
Rasional: Untuk mengetahui respon tubuh pasien
- 4) Observasi tanda-tanda vital
Rasional: Untuk menilai respon tubuh pasien.

7. Diagnosis Keperawatan 7

Gangguan Integritas kulit/Jaringan berhubungan dengan imobilitas fisik, pruritus (SDKI D.0129 Hal 282)

1. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan dapat mengurangi kerusakan kulit atau dekubitus
2. Kriteria hasil: mempertahankan integritas kulit, tidak ada luka ataupun dekubitus, suhu tubuh pasien dalam batas normal (36-36,5°C)
3. Intervensi:
 - 1) Batasi natrium seperti yang diresepkan
Rasional: Meminimalkan pembentukan edema
 - 2) Berikan perhatian dan cermat pada kulit

Rasional: Jaringan dan kulit yang edema mengganggu suplai nutrient dan sangat rentan terhadap tekanan serta trauma

- 3) Ubah posisi pasien setiap 2 jam sekali

Rasional: Meminimalkan adanya decubitus dan untuk meningkatkan mobilisasi.

- 4) Tinggikan posisi ekstremitas bawah

Rasional: Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan edema pada ekstremitas bawah.

2.3.4 Pelaksanaan Keperawatan

Dalam Buku Stikes Hang Tuah (2022) Implementasi Keperawatan adalah tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan Intervensi keperawatan yang telah dibuat tergantung dari situasi dan kondisi pasien pada saat itu. Tujuan dari implementasi adalah:

1. Melakukan, membantu/ mengarahkan kinerja aktifitas kehidupan sehari hari.
2. Memberikan arahan keperawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada pasien.
3. Mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan yang berkelanjutan dari pasien.

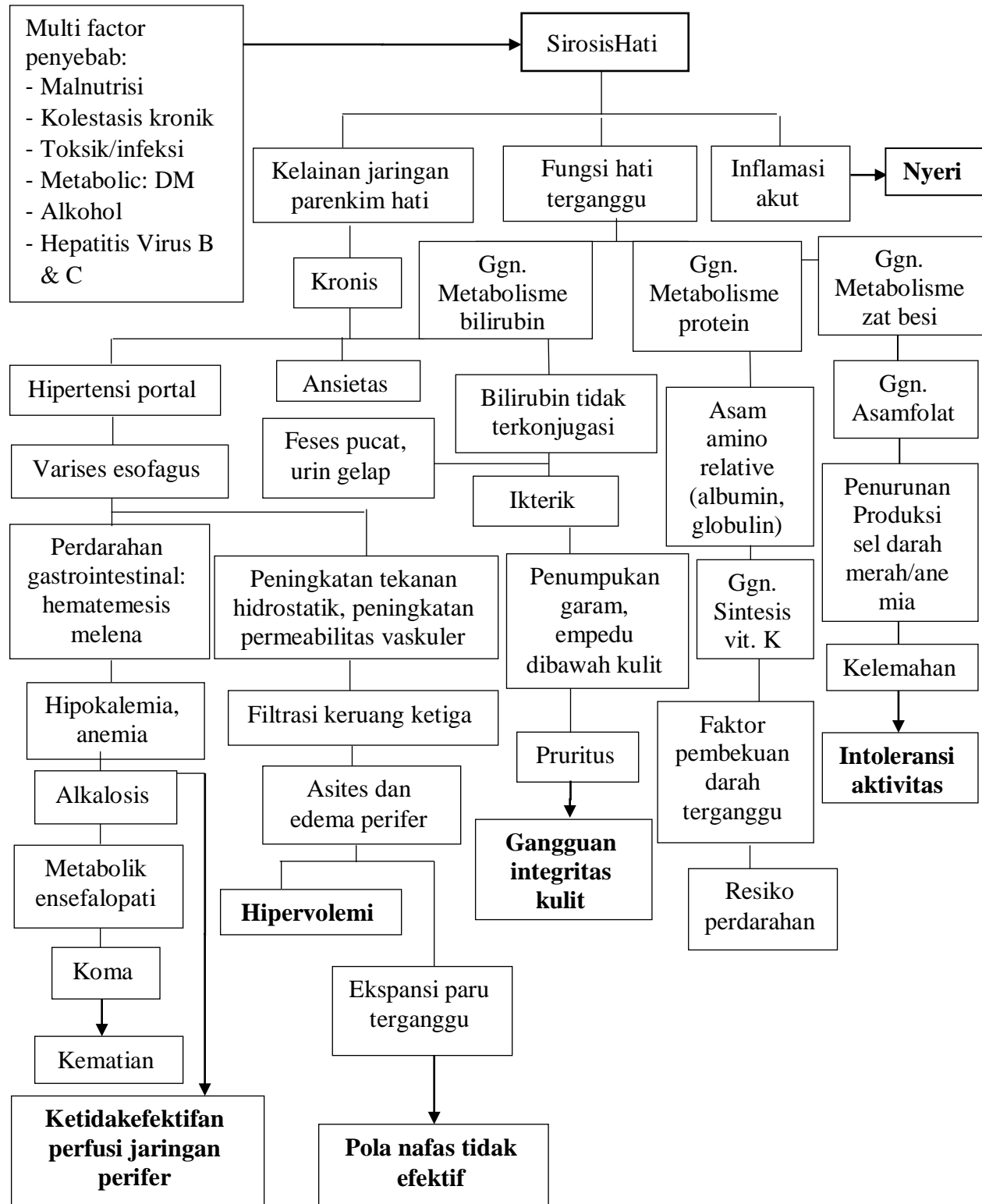
2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari intervensi keperawatan yang tercapai atau

tidak tercapai. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil (Siswanto, Hariyati, & Sukihananto, 2013).

Tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan selama proses keperawatan berlangsung atau menilai respons pasien, sedangkan evaluasi hasil dilakukan atas target tujuan yang diharapkan (Siswanto, Hariyati, & Sukihananto, 2013)

2.4 Kerangka Masalah



Sumber: SDKI (2016)

Gambar 2.3 Kerangka Masalah Sirosis Hepatis

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan dengan sirosis hepatitis, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan 19 Januari 2022, dengan data pengkajian pada tanggal 17 Januari 2022 jam 08.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file No. Register 00-00-68-xx sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang Perempuan bernama Ny. R usia 84 tahun beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia. Pasien adalah ibu rumah tangga. Pasien tinggal di Tambak Dalam Surabaya. Pendidikan terakhir SD. Pasien mempunyai anak 2 yang pertama jenis kelamin perempuan dan yang kedua jenis kelamin laki-laki.

3.1.2 Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri abdomen bagian kanan

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Keluarga pasien mengatakan pada tanggal 04 januari 2022 pasien jatuh dari kamar mandi setelah itu keluarga pasien membawa pasien untuk pijat, 3 hari kemudian pada tanggal 07 Januari 2022 pasien mengeluh perutnya kembung dan bertambah besar disertai dengan nyeri saat beraktifitas

maupun tidak beraktifitas, nyeri di bagian perut di bagian abdomen kanan secara terus menerus, nyeri terasa seperti diremas remas dengan skala nyeri 6. Pasien sering meringis saat nyeri selain itu pasien juga mengeluh mual seperti ingin muntah dan sering bersendawa, susah kentut, belum BAB selama 10 hari, saat pasien ingin BAB pengeluaran feses lama dan sulit saat BAB disertai dengan mengejan. Keluarga pasien juga mengatakan saat makan hanya 1-2 suap saja dan tidak suka makan buah dan sayur, kemudian selang 3 hari pada tanggal 10 Januari 2022 keluarga pasien membawa pasien ke IGD RS PKU Muhammadiyah untuk dilakukan pemeriksaan setelah itu RS PKU Muhammadiyah merujuk pasien ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya setelah dilakukan pemeriksaan dan didapatkan pasien terdiagnosa sirosis hepatitis kemudian pasien dirawat inap di ruang E2, selama pasien dirawat di ruang E2 pasien masih sulit BAB, BAB keluar sedikit, sudah mendapat terapi lactulax sirup 3x1 setengah ½ sendok makan sebelum makan, pasien terpasang NGT, diit susu hepatosol 6x100 cc dan jus buah 1x sehari

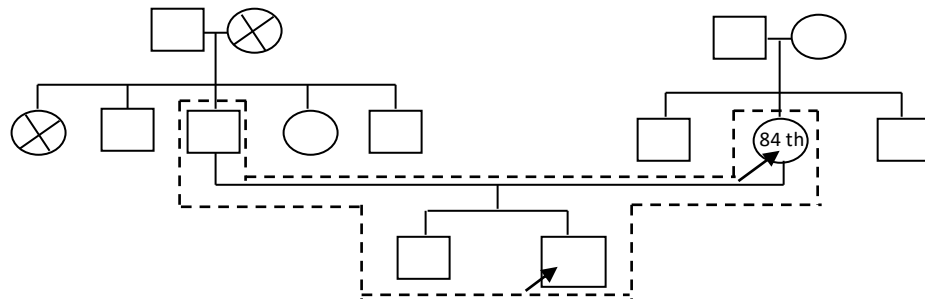
3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan tidak pernah melakukan operasi sebelumnya dan tidak ada riwayat penyakit hipertensi dan diabetes

3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga pasien mengatakan bahwa tidak ada riwayat penyakit turunan pada keluarganya seperti hipertensi dan diabetes.

3.1.6 Genogram



Gambar 3.1 Genogram Ny. R dengan Sirosis Hepatis di Ruang E2

Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Hubungan Keluarga
- : Tinggal Serumah
- ⊗ : Meninggal
- ↗ : Pasien

3.1.7 Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi makanan dan obat.

3.1.8 Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, observasi tanda-tanda vital tekanan darah 128/80 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36,3°C, *respiratori rate* 20x/menit, antropometri pasien didapatkan data tinggi badan 155 cm, berat badan sebelum sakit 54 kg, berat badan setelah sakit 58 kg.

1. Pernafasan (Breath)

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, tidak terdapat otot bantu nafas tambahan, irama nafas pasien regular, pola nafas spontan, pasien tidak sesak nafas, pasien tidak batuk, dan tidak ada sputum. Pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada dada dan pada pemeriksaan perkusi terdapat terdapat suara sonor. Pada pemeriksaan auskultasi tidak ada suara nafas tambahan, *respiratory rate* 20x/menit.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

2. Kardiovaskuler (Blood)

Pada pemeriksaan inspeksi tidak terdapat sianosis, konjungtiva tidak anemis, CRT <2 detik, tidak ada nyeri dada, nadi 88x/menit, akral teraba hangat kering merah, dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. Pada perkusi suara peka, dan pada pemeriksaan auskultasi irama jantung regular, bunyi jantung S1S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan seperti murmur atau gallop.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3. Persarafan (Brain)

Kesadaran composmentis, GCS 456, mata membuka dengan spontan (4), verbal orientasi baik (5), motorik menurut perintah (6), total 15 pasien sadar baik. Refleks fisiologis: biceps +/+, triceps +/+, patella +/+, refleks patologis: babinsky -/-, burdzinsky -/-. Pada pemeriksaan nervus kranial I: pasien mampu mengenali bau, nervus kranial II: pasien dapat membaca nama papan perawat, nervus kranial III: pasien mampu

membuka kelopak mata, nervus kranial IV: pasien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah, nervus kranial V: pasien mampu mengunyah dengan baik, nervus kranial VI: pasien mampu menggerakkan mata ke arah lateral, nervus kranial VII: pasien mampu tersenyum simetris, nervus kranial VIII: pasien dapat mendengar dengan baik, nervus kranial IX: pasien tidak mengalami kesulitan menelan, nervus kranial X: pasien mampu menelan dengan baik dan tidak kesulitan untuk membuka mulut, nervus kranial XI: pasien mampu menahan tahanan pada kedua pundaknya, nervus kranial XII: pasien mampu menjulurkan lidahnya dengan simetris.

Pada pemeriksaan inspeksi kepala tidak ditemukan benjolan, rambut berwarna hitam, tidak mengeluh nyeri kepala, dan tidak ada paralisis. Bentuk hidung simetris, septum ditengah dan tidak ada polip, tidak ada kelainan. Mata simetris, pupil isokor, tidak ada kelainan, reflek cahaya +/+, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, lapang pandang pasien normal. Pada pendengaran baik, dan tidak ada gangguan, lidah tampak bersih, uvula di tengah, tidak ada kesulitan menelan, dan pasien berbicara dengan normal.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

4. Perkemihan (Bladder)

Organ genetalia tampak bersih. Pada pemeriksaan palpasi tidak terdapat distensi urin pada kandung kemih, tidak ada nyeri tekan. Eliminasi urin SMRS frekuensi 8-10x/hari, jumlah \pm 2000cc/24 jam, warna kuning jernih, eliminasi urin MRS frekuensi 6-8x/hari, jumlah \pm

1600cc/24 jam, warna kuning jernih, pasien buang air kecil ke kamar mandi di bantu dengan menggunakan pampers.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

5. Pencernaan (Bowel)

Pada inspeksi mulut pasien bersih, membran mukosa lembab, tidak terdapat gigi palsu, makan yang dikonsumsi SMRS yaitu nasi, lauk dan 1x sehari ½ habis porsi makan, sedangkan di RS pasien hanya mengkonsumsi susu 6x100 cc dan jus buah 1x sehari . Pasien merasa mual dan ingin muntah, pasien terpasang NGT. Bentuk perut simetri, dan membesar , terdapat nyeri tekan abdomen bagian kanan, peristaltic 6x/menit, tidak ada pembesaran limpa, rectum normal tidak ada hemoroid.

Eliminasi alvi SMRS frekuensi 10x sehari, dengan konsistensi cair, berwarna kuning kecoklatan dan berbau khas, sedangkan eliminasi alvi MRS frekuensi tidak bisa BAB selama 5 hari, konsistensi keras, berwarna tidak ada, pasien tidak menggunakan colostomy.

Masalah keperawatan: Nausea, konstipasi,nyeri akut

6. Musculoskeletal & Integumen (Bone)

Rambut pasien hitam, kulit kepala bersih tidak ada benjolan dan lesi, warna kulit sawo matang, tidak icteric, kuku bersih, turgor kulit elastic, kemampuan gerak sendi bebas.

Kekuatan otot 5555 | 5555 tidak ada kelainan tulang dan jaringan

5555	5555
5555	5555

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

7. Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroïd, tidak ada hiperglikemia, tidak ada hipoglikemia.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

8. Seksual-Reproduksi

Menstruasi terakhir 30 tahunan yang lalu tidak ada masalah selama menstruasi, pasien tidak melakukan pemeriksaan payudara sendiri, tidak ada masalah seksual.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

9. Kemampuan Perawatan Diri

Tabel 3.1 Perawatan Diri

	SMRS	MRS
Mandi	1	3
Berpakaian/dandan	1	3
Toileting/eliminasi	1	3
Mobilitas di tempat tidur	1	3
Berpindah	1	3
Berjalan	1	3
Naik tangga	1	3
Berbelanja	1	2
Memasak	1	2
Pemeliharaan rumah	1	2

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

10. Personal Hygiene

Pasien selama MRS mandi 1x sehari dengan diseka, selama MRS belum pernah keramas, ganti pakaian 2x sehari, menyikat gigi 1x sehari

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

11. Istirahat-Tidur

Selama pasien MRS tidak ada masalah dengan pola tidurnya, untuk tidur malam pukul 21.00 sampai 02.00, untuk tidur siang pukul

12.00 sampai 14.00, jumlah pola tidur pasien 7 jam. Kebiasaan sebelum tidur yaitu mendengarkan musik.

Masalahkeperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

12. Kognitif perceptual-Psiko-Sosio-Spiritual

a. Persepsi terhadap sehat sakit

Pasien menyadari bahwa penyakitnya ini adalah ujian dari Allah, pasien selalu berdoa dan akan berusaha mematuhi setiap pengobatan agar lekas sembuh. Pasien mengatakan bahwa kesehatan itu benar-benar sangat berharga.

b. Konsep diri

Harga diri pasien semakin bertambah karena keluarga selalu member dukungan dan motivasi, pasien ingin cepat pulang dan berkumpul dengan keluarga, pasien mengatakan menyadari identitasnya sebagai seorang istri. Kemampuan bicara pasien normal, bahasa sehari-hari yang digunakan adalah bahasa Indonesia, aktivitas sehari-hari sebelum MRS bekerja dan menonton televise, sebelum MRS sebulan sekali pasien jalan-jalan dengan keluarga, untuk olahraga sebelum MRS pasien tidak pernah melakukan olahraga, sistem pendukung pasien dari keluarga dan anak-anak, selama di rumah sakit pasien tetap berdoa supaya cepat sembuh.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.9 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Lab tanggal 17 Januari 2022

Tabel 3.2 Daftar Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil (Satuan)	Nilai normal (satuan)
Hemoglobin	13,3	12,8-15,6 g/dl
Leukosit	8,72	4.500-13.500/mm ³
Hematokrit	38,8	33-45 %
Trombosit	272,00	150.000-440.000
Kalium	3,11	3,6-5,0 mmol/L
Natrium	128,9	136-145 mmol/L
Klorida	122	96-106 mmol/L
Albumin	3,62	3,8-5,4 g/dl
Kreatinin	0,57	0,6-1,5 mg/dL
BUN	25	10-24 mg/dl
SGOT	27	0-35 U/L
SGPT	14	0-37 U/L
Bilirubin total	0,99	0,10-1.00 mg/dL
Bilirubin Direk	0,57	0,00-0,20 mg/dL
Total Protein	6,69	6.0-8.0 g/dL
Alkali Fostafase	73,9	30-120 U/L

2. Photo Radiologi

USG : Abdomen

Tanggal pemeriksaan : 12 Januari 2022

Kesimpulan : Meteorismus

RONTGEN : Thorax

Tanggal pemeriksaan : 10 Januari 2022

Kesimpulan : Corprominent

3.1.10 Terapi Obat

Pada tanggal 17 – 19 Januari 2022

Tabel 3.3 Daftar Obat

TERAPI OBAT	DOSIS	CARA PEMBERIAN	INDIKASI
Inpepsa	3x1 500 mg/5ml	Sirup	Pengobatan pada tukak lambung dan usus
Omeprazole	1x1 ml/gram	Oral	Mengobati gangguan lambung
Domperidone	3x1 10 mg	Oral	Meredakan rasa mual
Ondancetron	2x1 4 ml/gram	Oral	Meredakan rasa muntah
Spirolacton	1x1 100 mg	Oral	Untuk menurunkan tekanan darah
Furosemid	1-0-0	IV	Mengeluarkan cairan melalui urine
Curcuma sirup	3x1	Oral	Menambah nafsu Makan
Clinoleic 20%	250/ml	Infus	Untuk nutrisi parental
Lactulax sirup	200 ml	Oral	Untuk mengatasi konstipasi
Urdafalk	250 mg	Oral	Untuk menghancurkan batu empedu

Tindakan lain: Tidak ada tindakan lain

Surabaya, 17 Januari 2022

(Bima Bintara Putra)

3.2 Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

NO.	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>Ds:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri abdomen sebelah kanan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: Nyeri saat beraktivitas maupun tidak beraktivitas - Q: Seperti di remas remas - R: Abdomen bagian kanan atas - S: Skala 6 (dari 1-10) - T: Nyeri terasa hilang timbul <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV : Tekanan Darah : 130/80 mmHg Nadi : 88x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36,3 °C - Pasien tampak meringis - Kesadaran compos mentis - Ada distensi abdomen - Bentuk perut membesar - Pasien terpasang NGT 	<p>Agen pencedera fisiologi (inflamasi)</p>	<p>Nyeri Akut</p>
2.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh mual. - Pasien mengatakan merasa ingin muntah <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV : Tekanan Darah : 130/80 mmHg Nadi : 88x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36,3 °C - Pasien tampak pucat - Terdapat distensi abdomen - Bentuk perut membesar - Pasien terpasang NGT 	<p>Faktor Sistem Pencernaan</p>	<p>Nausea</p>

3.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan tidak bisa BAB selama 10 hari- Pasien mengatakan saat ingin BAB pengeluaran fesesnya lama dan sulit- Mengejan saat defekasi <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none">- Perut kembung- Peristaltik usus menurun 6x/menit- Terdapat distensi abdomen	Ketidakcukupan asupan serat	Konstipasi
----	---	-----------------------------	------------

3.3 Prioritas Masalah

Tabel 3.5 Prioritas Masalah

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal		Nama perawat
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi). (SDKI,D.0077 Hal 172)	17 Januari 2022	Teratasi sebagian 19 Januari 2022	<i>Bima</i>
2.	Nausea berhubungan dengan Faktor Sistem (SDKI,D.0076 Hal 170)	17 Januari 2022	Belum Teratasi 19 Januari 2022	<i>Bima</i>
3.	Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat (SDKI, D.0049 Hal 113)	17 Januari 2022	Teratasi Sebagian 19 Januari 2022	<i>Bima</i>

3.4 Rencana Keperawatan

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019), (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Tabel 3.6 Rencana Keperawatan

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) (SDKI D.0077 Hal 172)	Luaran Utama : Tingkat Nyeri (SLKI L.08066 Hal145) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. Skala nyeri berkurang. 2. Pasien dapat tidur dengan nyenyak. 3. Pasien tidak meringis kesakitan.	Intervensi Utama : Manajemen nyeri (SIKI, I.08238, Hal 201) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi. 2. Berikan teknik nonfarmakologi (terapi musik, tarik nafas dalam). 3. Fasilitasi istirahat dan tidur. 4. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 5. Kolaborasi pemberian anaetik	1. Mengetahui tingkat nyeri. 2. Agar dapat memberikan teknik relaksasi pada pasien 3. Untuk mengurangi rasa nyeri 4. Agar pasien paham untuk mengurangi rasa nyeri 5. Untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien

		4. Skala nyeri 0		
2.	Nausea berhubungan dengan Faktor sistem pencernaan (SDKI D.0076 Hal 170)	<p>Luaran Utama :</p> <p>Tingkat Nausea (SLKI, L.08065, Hal. 144)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan perasaan tidak nyaman menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan mual menurun 2. Perasaan ingin muntah menurun. 3. Perasaan asam dimulut menurun 4. Pucat membaik 	<p>Intervensi utama :</p> <p>Manajemen Mual (SIKI, 1.03117, Hal. 197)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan 2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup 3. Identifikasi penyebab mual 4. Monitor mual (mis. Frekuensi,durasi dan tingkat keparahan) 5. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab nual (misal kecemasan,ketakutan dan kelelahan) 6. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 7. Kolaborasi pemberian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui respon non verbal pada pasien terhadap mual muntah yang dialami pasien. 2. Agar dapat mengetahui pengaruh mual terhadap keseharian pasien 3. Agar dapat mengetahui penyebab utama mual yang dirasakan pasien 4. Agar dapat mengetahui perkembangan mual yang dirasakan pasien 5. Agar dapat menurunkan tingkat mual yang dialami

			8. antimietic	<p>pasien.</p> <p>6. Agar dapat memfasilitasi istirahat pada pasien.</p> <p>7. Agar dapat mengatasi mual muntah pada pasien.</p>
3.	<p>Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat (SDKI D.0049 Hal 113)</p>	<p>Luaran Utama : Eliminasi Fekal (SLKI L.04033, Hal 23)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien bisa BAB lancar dengan baik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan defekasi menurun 2. Mengejan saat defekasi menurun 	<p>Intervensi Utama : Manajemen Konstipasi (SIKI I.04155 Hal 193)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala konstipasi 2. .Periksa peristaltic usus 3. Periksa karakteristik feses 4. Anjurkan diet tinggi serat 5. Kolaborasi penggunaan obat pencahar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui penyebab konstipasi 2. Untuk mengetahui gerak peristaltic usus 3. Agar dapat memonitor feses pasien 4. Agar memperlancar BAB pasien 5. Untuk membantu pasien agar BAB lancar

		3. Distensi abdomen menurun 4. Konsistensi feses membaik 5. Peristaltik usus membaik (5-34 x/menit)		
--	--	---	--	--

3.5 Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.7 Tindakan dan Evaluasi Keperawatan

NO.DX	WAKTU (tgl & jam)	TINDAKAN	TT	WAKTU (tgl&jam)	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	TT
1	Senin 17 Januari 2022 08.00	Mengidentifikasi nyeri lokasi, skala, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri - Lokasi nyeri berada di abdomen bagian kanan terasa seperti di remas remas - Nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 6 (dari 1-10)	<i>Bima</i>	Senin 17 Januari 2022 14.00	Dx 1 S : Pasien mengatakan nyeri abdomen bagian kanan. - P= Nyeri saat beraktifitas maupun tidak - Q= Seperti di remas remas - R= Abdomen bagian kanan - S=6(dari 1-10) - T= Hilang timbul O : - TTV TD= 130/80 mmHg N= 86 x/menit S= 36,2 derajat Celcius - Tampak meringis	<i>Bima</i>
	08.15	Mengatur posisi nyaman semi-fowler.	<i>Bima</i>			
	09.00	Menjelaskan strategi untuk meredakan nyeri (Teknik relaksasi pernafasan)	<i>Bima</i>			

1	10.30	Memberikan hasil kolaborasi obat oral analgetic (Inpepsa 3x1 500mg/5ml dan salofalk 250 mg 2 tab)	<i>Bima</i>		- Pasien tampak memegang area yang sakit	<i>Bima</i>
	12.00	Mengobservasi TTV : TD= 130/80 mmHg N= 86 x/menit S= 36,2 derajat celcius	<i>Bima</i>		A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
	14.00	Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift siang	<i>Bima</i>		Dx 2 S : Pasien mengatakan masih merasa mual.	
	17.00	Memberikan terapi oral salofalk 2 tab	<i>Rahma</i>		O :	
	18.00	Mengobservasi TTV TD= 135/85 mmHg N= 84 x/menit S= 36,5 derajat celcius	<i>Rahma</i>		- TTV TD= 130/80 mmHg N= 86 x/menit S= 36,2 derajat Celsius	
	19.00	Meriview tehnik relaksasi kepada pasien	<i>Rahma</i>		- Pasien masih mengeluh mual - Pasien mengeluh ingin muntah - Pasien sedikit tampak pucat	
	21.00	Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift malam	<i>Rahma</i>		A :	
	22.00	Menganjurkan pasien untuk	<i>Anis</i>		Masalah belum teratasi	

1	01.30	istirahat Mengobservasi pasien → pasien tampak istirahat	<i>Anis</i>		P : Intervensi dilanjutkan	
	04.00	Mengingatkan pasien untuk beribadah dan berdoa	<i>Anis</i>		Dx 3 S :	<i>Bima</i>
	05.00	Mengobservasi TTV TD= 133/80 mmHg N= 80 x/menit S= 36,5 derajat celcius	<i>Anis</i>		Pasien mengatakan belum bisa BAB O :	
	06.00	Memberi terapi oral salofalk 250 mg 2 tab	<i>Anis</i>		- TTV TD= 130/80 mmHg N= 86 x/menit S= 36,2 derajat Celsius	
	06.30	Mengobservasi keluhan pasien	<i>Anis</i>		- Peristaltik usus 6x/menit	
	07.00	Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift pagi	<i>Anis</i>		- Perut kembung	
					A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	

2	<p>Senin 17 Januari 2022</p> <p>09.00</p> <p>09.30</p> <p>10.30</p> <p>12.00</p> <p>14.00</p> <p>15.45</p> <p>17.00</p>	<p>Mengidentifikasi penyebab mual (Mual karena perut kembung)</p> <p>Memberikan terapi untuk mengurangi mual (mengatur posisi tidur pasien dan melatih pernafasan)</p> <p>Memberikan terapi oral domperidone 1 tab</p> <p>Mengobservasi TTV : TD= 130/80 mmHg N= 86 x/menit S= 36,2 derajat celcius</p> <p>Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift siang</p> <p>Mengobservasi keluhan pasien</p> <p>Memberikan terapi oral domperidone 1 tab dan ondancetron 4 mg</p>	<p><i>Bima</i></p> <p><i>Bima</i></p> <p><i>Bima</i></p> <p><i>Bima</i></p> <p><i>Bima</i></p> <p><i>Rahma</i></p> <p><i>Rahma</i></p>	<p>Senin 17 Januari 2022 21.00</p>	<p>Dx 1 S : Pasien mengatakan nyeri abdomen bagian kanan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - P= Nyeri saat beraktifitas maupun tidak - Q= Seperti di remas remas - R= Abdomen bagian kanan - S= 6 (dari 1-10) - T= Hilang timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV TD= 135/85 mmHg N= 84 x/menit S= 36,5 derajat Celsius - Tampak meringis - Pasien tampak - Memegangi area yang sakit <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p><i>Rahma</i></p>
---	---	--	--	--	--	---------------------

2	18.00	Mengobservasi TTV : TD= 135/85 mmHg N= 84 x/menit S= 36,5 derajat celcius	<i>Rahma</i>	Dx 2 S : pasien mengatakan masih merasa mual. O :	<i>Rahma</i>
	19.30	Mengobservasi keluhan mual pasien	<i>Rahma</i>	- TTV TD= 135/85 mmHg N= 84 x/menit S= 36,5 derajat Celsius	
	21.00	Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift malam	<i>Rahma</i>	- Pasien masih mengeluh mual	
	22.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat	<i>Anis</i>	- Pasien mengeluh ingin muntah	
	01.30	Mengobservasi pasien → pasien tampak istirahat	<i>Anis</i>	- Pasien sedikit tampak pucat	
	05.00	Mengobservasi TTV TD= 136/80 mmHg N= 76 x/menit S= 36,5 derajat Celsius	<i>Anis</i>	A : Masalah belum teratasi P :	
	06.00	Memberikan terapi oral ondancetron 4 mg	<i>Anis</i>	Intervensi dilanjutkan	
	07.00	Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift pagi	<i>Anis</i>		

3	Senin 17 Januari 2022				Dx 3 S : Pasien mengatakan belum bisa BAB O : - TTV TD= 135/85 mmHg N= 84 x/menit S= 36,5 derajat Celsius - Perut kembung - Peristaltik usus 6x/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	<i>Anis</i>
	08.00	Memonitor perawatan kebersihan selang NGT (membersihkan selang NGT dan mulut pasien)	<i>Bima</i>			
	09.00	Mengobservasi BAB pasien BAB masih keluar sedikit dengan konsistensi cair	<i>Bima</i>			
	09.30	Memposisikan pasien semi flower	<i>Bima</i>			
	11.30	Memberikan diit pasien (susu) dan terapi kanamycin caps 250 mg, curcuma 1 tab, urdafalk 1 tab, dan lactulax syrup	<i>Bima</i>			
	12.00	Mengobservasi TTV : TD= 130/80 mmHg N= 86 x/menit S= 36,2 derajat Celsius	<i>Bima</i>	Selasa 18 Januari 2022 07.00	Dx 1 S : Pasien mengatakan nyeri abdomen bagian kanan. 1. P= Nyeri saat beraktifitas maupun tidak 2. Q= Seperti di remas remas 3. R= Abdomen	<i>Anis</i>

3	14.00	Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift siang	<i>Bima</i>		bagian kanan	
	15.45	Mengobservasi keluhan pasien	<i>Rahma</i>		4. S= 6 (1-10) 5. T= Hilang timbul	
	17.00	Memberikan terapi oral kanamycin caps 250 mg, curcuma 1 tab, urdalfalk 1 tab, dan lactulax syrup	<i>Rahma</i>		O : - TTV TD= 136/80 mmHg N= 76 x/menit S= 36,5 derajat Celsius	
	18.00	Mengobservasi TTV : TD= 135/85 mmHg N= 84 x/menit S= 36,5 derajat celsius	<i>Rahma</i>		- Tampak meringis - Pasien tampak memegang area yang sakit	
	19.00	Memposisikan pasien senyaman mungkin	<i>Rahma</i>		A : Masalah belum teratasi	
	21.00	Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift malam	<i>Rahma</i>		P : Intervensi dilanjutkan	
	22.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat	<i>Anis</i>		Dx 2 S : pasien mengatakan masih merasa mual.	
	01.30	Mengobservasi pasien → pasien tampak istirahat	<i>Anis</i>		O : - TTV TD= 136/80 mmHg N= 76 x/menit	<i>Anis</i>
05.00	Mengobservasi TTV :	<i>Anis</i>				

3	06.00 07.00	<p>TD= 136/80 mmHg N= 76 x/menit S= 36,5 derajat celcius</p> <p>Memberikan diit pasien (susu dan jus buah) dan terapi kanamycin caps 250 mg,curcuma 1tab,urdafalk 1 tab, dan lactulax syrup</p> <p>Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift pagi</p>	<i>Anis</i> <i>Anis</i>	<p>S= 36,5 derajat Celsius</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih mengeluh mual - Pasien mengeluh ingin muntah - Pasien sedikit tampak pucat <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 3 S : Pasien mengatakan belum bisa BAB O : - TTV TD= 136/80 mmHg N= 76 x/menit S= 36,5 derajat Celsius</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perut kembung - Peristaltik usus - 6x/menit <p>A : Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p>	<i>Anis</i>
---	--------------------	---	--------------------------------	--	-------------

NO.DX	WAKTU (tgl & jam)	TINDAKAN	TT	WAKTU (tgl & jam)	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	TT
1	Selasa 18 Januari 2022			Selasa 18 Januari 2022 14.00	Dx 1 S : Pasien mengatakan rasa nyeri sudah berkurang - P= Nyeri saat beraktifitas maupun tidak - Q= Seperti di remas remas - R= Abdomen bagian kanan - S= 5 (dari 1-10) - T= Hilang timbul O : - TTV TD= 128/83 mmHg N= 88 x/menit S= 36,1 derajat Celsius - Tampak sedikit meringis	<i>Bima</i>
	08.15	Mengidentifikasi nyeri : - Nyeri masih hilang timbul dengan skala nyeri 5 (dari 1- 10)	<i>Bima</i>			
	08.30	Mengatur posisi nyaman semi- fowler.	<i>Bima</i>			
	09.00	Jelaskan strategi untuk meredakan nyeri	<i>Bima</i>			
	10.30	Kolaborasi pemberian analgetic (Inpepsa 3x1 500mg/5ml dan salofalk 250 mg 2 tab)	<i>Bima</i>			
1	12.00	Mengobservasi TTV : TD= 128/83 mmHg	<i>Bima</i>			

		N= 88 x/menit S= 36,1 derajat celcius			- Pasien tampak memegang area yang sakit	
	14.00	Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift siang	<i>Bima</i>		A : Masalah belum teratasi P :	
	16.00	Mengobservasi keluhan pasien	<i>Putri</i>		Intervensi dilanjutkan	
	18.00	Mengobservasi TTV TD= 132/80 mmHg N= 82 x/menit S= 36,2 derajat celcius	<i>Putri</i>		Dx 2 S : Pasien mengatakan mual berkurang.	<i>Bima</i>
	19.00	Meriview tehnik relaksasi kepada pasien	<i>Putri</i>		O : - TTV TD= 128/83 mmHg N= 82 x/menit S= 36,2 derajat Celsius	
	21.00	Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift malam	<i>Putri</i>		- Pasien masih mengeluh kadang mual	
	22.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat	<i>Bianca</i>		- Pasien mengeluh ingin muntah	
	24.00	Mengobservasi pasien → pasien tampak istirahat	<i>Bianca</i>		A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	

	04.00	Mengingatkan pasien untuk beribadah dan berdoa				
	05.00	Mengobservasi TTV TD= 133/80 mmHg N= 80 x/menit S= 36,5 derajat celcius	<i>Bianca</i>			<p>Dx 3 S : Pasien mengatakan sudah bisa BAB tapi sedikit O : - TTV TD= 128/83 mmHg N= 82 x/menit S= 36,2 derajat - Perut kembung - Peristaltik usus 7x/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>
	06.00	Memberi terapi oral salofalk 2 tab	<i>Bianca</i>			
	06.30	Mengobservasi keluhan pasien	<i>Bianca</i>			
	07.00	Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift pagi	<i>Bianca</i>			
			<i>Bianca</i>			
2	Selasa 18 Januari 2022 09.00	Memonitor keluhan mual pasien		Selasa 18 Januari 2022 21.00	<p>Dx 1 S : Pasien mengatakan nyeri agak sedikit berkurang. - P= Nyeri saat</p>	<i>Nurul</i>

2		(Mual sudah agak berkurang)	<i>Bima</i>		beraktifitas maupun tidak	
	10.00	Memberikan terapi untuk mengurangi mual (mengatur posisi tidur pasien dan melatih pernafasan)	<i>Bima</i>		- Q= Seperti di remas remas	
	10.30	Memberikan terapi oral domperidone 1 tab	<i>Bima</i>		- R= Abdomen bagian kanan	
	12.00	Mengobservasi TTV : TD= 128/83 mmHg N= 88 x/menit S= 36,1 derajat celcius	<i>Bima</i>		- S= 5 (dari 1-10)	
	14.00	Timbang terima dengan perawat jaga shift siang	<i>Bima</i>		- T= Hilang timbul	
	15.45	Mengobservasi keluhan pasien	<i>Nurul</i>		O :	
	17.00	Memberikan terapi oral domperidone 1 tab dan ondancetron 4 mg	<i>Nurul</i>		- TTV	
	18.00	Mengobservasi TTV : TD= 132/80 mmHg N= 82 x/menit S= 36,2 derajat celcius	<i>Nurul</i>		TD= 132/80 mmHg N= 82 x/menit S= 36,2 derajat	
				- Tampak meringis		
				- Pasien tampak memegang area yang sakit		
				A :		
				Masalah belum teratasi		
				P :		
				Intervensi dilanjutkan		
				Dx 2	<i>Nurul</i>	
				S :		
				pasien mengatakan masih merasa mual.		
				O :		

2	19.30	Mengobservasi keluhan mual pasien	<i>Nurul</i>		- TTV TD= 132/80 mmHg N= 82 x/menit S= 36,2 derajat Celsius	
	21.00	Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift malam	<i>Nurul</i>		- Pasien masih sedikit agak mual	
	22.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat	<i>Nurul</i>		- Pasien mengeluh ingin muntah di saat mual	
	01.30	Mengobservasi pasien → pasien tampak istirahat	<i>Fitri</i>		A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
	05.00	Mengobservasi TTV TD= 133/80 mmHg N= 80 x/menit S= 36,5 derajat Celsius	<i>Fitri</i>		Dx 3 S : Pasien mengatakan sudah bisa BAB tapi sedikit	<i>Nurul</i>
	06.00	Memberikan terapi oral ondancetron 4 mg	<i>Fitri</i>		O : - TTV TD= 132/80 mmHg N= 82 x/menit S= 36,2 derajat Celsius	
	07.00	Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift pagi	<i>Fitri</i>		- Perut kembung - Peristaltik usus 7x/menit A : Masalah belum teratasi	

3	<p>Selasa 18 Januari 2022</p> <p>08.00</p> <p>09.00</p> <p>11.30</p> <p>12.00</p> <p>14.00</p>	<p>Memonitor kebersihan pada selang NGT (Membersihkan selang NGT dan mulut pasien)</p> <p>Memposisikan pasien semi flower</p> <p>Memberikan diit pasien (susu) dan terapi kanamycin caps 250 mg,curcuma 1tab,urdafalk 1 tab, dan lactulax syrup</p> <p>Mengobservasi TTV : TD= 130/80 mmHg N= 86 x/menit S= 36,2 derajat Celsius</p> <p>Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift siang</p>	<p><i>Bima</i></p> <p><i>Bima</i></p> <p><i>Bima</i></p> <p><i>Bima</i></p> <p><i>Bima</i></p>	<p>Rabu 19 Januari 2022 07.00</p>	<p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 1</p> <p>S : Pasien mengatakan nyeri agak sedikit berkurang.</p> <ul style="list-style-type: none"> - P= Nyeri saat beraktifitas - maupun tidak - Q= Seperti di remas remas - R= Abdomen bagian kanan - S= 5 (dari 1-10) - T= Hilang timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV TD= 132/80 mmHg N= 82 x/menit S= 36,2 derajat - Tampak meringis - Pasien tampak memegang area yang sakit <p>A : Masalah belum teratasi</p>	<p><i>Fitri</i></p>
---	--	--	--	---	--	---------------------

3	15.45	Mengobservasi keluhan pasien	<i>Fitri</i>		P : Intervensi dilanjutkan	
	17.00	Memberikan terapi oral kanamycin caps 250 mg, curcuma 1 tab, urdalfalk 1 tab, dan lactulax syrup	<i>Fitri</i>			
	18.00	Mengobservasi TTV : TD= 135/85 mmHg N= 84 x/menit S= 36,5 derajat Celsius	<i>Fitri</i>		Dx 2 S : pasien mengatakan masih merasa mual. O :	<i>Fitri</i>
	19.00	Memposisikan pasien senyaman mungkin	<i>Fitri</i>		- TTV TD= 132/80 mmHg N= 82 x/menit S= 36,2 derajat Celsius	
	21.00	Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift malam	<i>Fitri</i>		- Pasien masih sedikit agak mual - Pasien mengeluh ingin muntah di saat mual	
	22.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat	<i>Fitri</i>		A : Masalah belum teratasi	
	01.30	Mengobservasi pasien → pasien tampak istirahat	<i>Fitri</i>		P : Intervensi dilanjutkan	
	05.00	Mengobservasi TTV : TD= 136/80 mmHg	<i>Fitri</i>		Dx 3 S : Pasien mengatakan sudah	

		N= 76 x/menit S= 36,5 derajat celcius			bisa BAB tapi sedikit	<i>Fitri</i>
	06.00	Memberikan diit pasien (susu dan jus buah) dan terapi kanamycin caps 250	<i>Fitri</i>		O :	
	07.00	mg,curcuma 1tab,urdafalk 1 tab, dan lactulax syrup	<i>Fitri</i>		- TTV TD= 132/80 mmHg N= 82 x/menit S= 36,2 derajat	
		Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift pagi			- Perut kembung - Peristaltik usus 7x/menit	
					A :	
					Masalah belum teratasi	
					P :	
					Intervensi dilanjutkan	

NO DX	WAKTU (tgl & jam)	TINDAKAN	TT	WAKTU (tgl&jam)	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	TT
1	Rabu 19 Januari 2022			Rabu 19 Januari 2022 14.00	Dx 1 S : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang. - P= Nyeri saat beraktifitas maupun tidak - Q= Seperti di remas remas - R= Abdomen bagian kanan - S= 4 (dari 1-10) - T= Hilang timbul O : - TTV TD= 134/80 mmHg N= 86 x/menit S= 36,6 derajat - Tampak meringis - Pasien tampak - memegang area yang sakit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	<i>Bima</i>
	08.00	Mengidentifikasi skala nyeri : Nyeri masih kerasa sedikit hilang timbul dengan skala nyeri 4 (dari 1-10)	<i>Bima</i>			
	08.30	Mengatur posisi nyaman semi- fowler.	<i>Bima</i>			
	09.30	Jelaskan strategi untuk meredakan nyeri	<i>Bima</i>			
	10.30	Kolaborasi pemberian analgetic (Inpepsa 3x1 500mg/5ml dan salofalk 2 tab)	<i>Bima</i>			
	12.00	Mengobservasi TTV : TD= 134/80 mmHg N= 86 x/menit S= 36,6 derajat celcius	<i>Bima</i>			
	14.00	Timbang terima dengan perawat jaga shift siang	<i>Bima</i>			

1	16.00	Mengobservasi keluhan pasien	<i>Rahma</i>			
	18.00	Mengobservasi TTV TD= 135/80 mmHg N= 82 x/menit S= 36,2 derajat celcius	<i>Rahma</i>		Dx 2 S : pasien mengatakan masih sedikit agak mual O :	<i>Bima</i>
	19.00	Meriview tehnik relaksasi kepada pasien	<i>Rahma</i>		- TTV TD= 134/80 mmHg N= 86 x/menit S= 36,6 derajat Celsius	
	21.00	Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift malam	<i>Rahma</i>		- Pasien masih mengeluh sedikit mual - Pasien mengeluh ingin muntah saat mual	
	22.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat	<i>Zera</i>		A : Masalah belum teratasi	
	24.00	Mengobservasi pasien → pasien tampak istirahat	<i>Zera</i>		P : Intervensi dilanjutkan	
	04.00	Mengingatkan pasien untuk beribadah dan berdoa	<i>Zera</i>		Dx 3	
	05.00	Mengobservasi TTV TD= 129/80 mmHg N= 80 x/menit S= 36,4 derajat celcius	<i>Zera</i>		S : Pasien mengatakan sudah bisa kentut dan BAB keluar sedikit O : - TTV TD= 134/80 mmHg	<i>Bima</i>

1	06.00 06.30 07.00	Memberi terapi oral salofalk 2 tab Mengobservasi keluhan pasien Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift pagi	<i>Zera</i> <i>Zera</i> <i>Zera</i>		N= 86 x/menit S= 36,6 derajat - Perut kembung - Peristaltik usus 9x/menit A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
2	Rabu 19 Januari 2022 09.00 09.30	Mengidentifikasi keluhan mual pasien (Mual sudah berkurang) Memberikan terapi untuk mengurangi mual (mengatur posisi tidur pasien dan melatih pernafasan)	<i>Bima</i> <i>Bima</i>	Rabu 19 Januari 2022 21.00	Dx 1 S : Pasien mengatakan maish sedikit nyeri - P= Nyeri saat beraktifitas maupun tidak - Q= Seperti di remas remas - R= Abdomen bagian kanan	<i>Nurul</i>

2	11.00	Memberikan terapi oral domperidone 1 tab	<i>Bima</i>		- S= 4(dari 1-10) - T= Hilang timbul	
	12.00	Mengobservasi TTV : TD= 134/80 mmHg N= 86 x/menit S= 36,6 derajat celcius	<i>Bima</i>		O : - TTV TD= 135/80 mmHg N= 82 x/menit S= 36,2 derajat	
	14.00	Timbang terima dengan perawat jaga shift siang	<i>Bima</i>		- Tampak meringis - Pasien tampak memegang area yang sakit	
	15.45	Mengobservasi keluhan pasien	<i>Nurul</i>		A : Masalah sebagian teratasi	
	17.00	Memberikan terapi oral domperidone 1 tab dan ondancetron 4 mg	<i>Nurul</i>		P : Intervensi dilanjutkan	
	18.00	Mengobservasi TTV : TD= 135/80 mmHg N= 82 x/menit S= 36,2 derajat celcius	<i>Nurul</i>		Dx 2 S : pasien mengatakan mual berkurang.	
	19.30	Mengobservasi keluhan mual pasien	<i>Nurul</i>		O : - TTV TD= 135/80 mmHg N= 82 x/menit S= 36,2 derajat Celsius	<i>Nurul</i>
	21.00	Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift malam	<i>Nurul</i>		- Pasien masih sedikit mual	

2	22.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat	<i>Lala</i>		- Pasien masih sedikit ingin muntah di saat mual	<i>Neurul</i>
	01.30	Mengobservasi pasien → pasien tampak istirahat	<i>Lala</i>		A : Masalah belum teratasi P :	
	05.00	Mengobservasi TTV TD= 129/80 mmHg N= 80 x/menit S= 36,4 derajat Celsius	<i>Lala</i>		Intervensi dilanjutkan Dx 3 S :	
	06.00	Memberikan terapi oral ondancetron 4 mg	<i>Lala</i>		Pasien mengatakan belum bisa BAB O :	
	07.00	Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift pagi	<i>Lala</i>		- TTV TD= 134/80 mmHg N= 86 x/menit S= 36,6 derajat - Perut kembung - Peristaltik usus 8x/menit - Perut masih sedikit agak kembung A : Masalah sebagian teratasi P : Intervensi dilanjutkan	

3	Rabu 19 Januari 2022			Kamis 20 Januari 2022 07.00	<p>Dx 1</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sudah berkurang rasa nyerinya.</p> <ul style="list-style-type: none"> - P= Nyeri saat beraktifitas maupun tidak - Q= Seperti di remas remas - R= Abdomen bagian kanan - S= 4 (dari 1-10) - T= Hilang timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak meringis - Pasien sudah tidak tampak memegang area yang sakit <p>A :</p> <p>Masalah sebagian teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	<i>Kino</i>
	08.00	Memonitor kebersihan perawatan selang NGT (Membersihkan selang NGT dan membersihkan mulut pasien)	<i>Bima</i>			
	09.00	Memposisikan pasien semi flower	<i>Bima</i>			
	11.30	Memberikan diit pasien (susu) dan terapi kanamycin caps 250 mg, curcuma 1 tab, urdalfalk 1 tab, dan lactulax syrup	<i>Bima</i>			
	12.00	Mengobservasi TTV : TD= 134/80 mmHg N= 86 x/menit S= 36,6 derajat Celsius	<i>Bima</i>			
	14.00	Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift siang	<i>Bima</i>			
	15.45	Mengobservasi keluhan pasien	<i>Rahma</i>			

	17.00	Memberikan terapi oral kanamycin caps 250 mg, curcuma 1 tab, urdalfalk 1 tab, dan lactulax syrup	<i>Kino</i>		Dx 2 S : Pasien mengatakan sudah tidak mual	<i>Kino</i>
	18.00	Mengobservasi TTV : TD= 135/80 mmHg N= 82 x/menit S= 36,2 derajat celsius	<i>Kino</i>		O : - TTV TD= 130/80 mmHg N= 86 x/menit S= 36,2 derajat Celsius	
	19.00	Memposisikan pasien senyaman mungkin	<i>Kino</i>		- Pasien sudah tidak mengeluh mual	
	21.00	Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift malam	<i>Kino</i>		- Pasien sudah tidak mengeluh ingin muntah	
	22.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat	<i>Kino</i>		- Pasien sudah tidak tampak pucat	
	01.30	Mengobservasi pasien → pasien tampak istirahat	<i>Kino</i>		A : Masalah teratasi	
	05.00	Mengobservasi TTV : TD= 129/80 mmHg N= 80x/menit S= 36,4 derajat celcius	<i>Jeje</i>		P : Intervensi dihentikan	

	06.00	Memberikan diit pasien (susu dan jus buah) dan terapi kanamycin caps 250 mg,curcuma 1tab,urdafalk 1 tab, dan lactulax syrup	<i>Jeje</i>		Dx 3 S : Pasien mengatakan sudah bisa kentut dan BAB tetapi sedikit	<i>Kino</i>
	07.00	Melaksanakan timbang terima dengan perawat jaga shift pagi	<i>Jeje</i>		O : - Perut sudah agak tidak kembung - Peristaltik usus 9x/menit A : Masalah sebagian teratasi P : Intervensi dilanjutkan	

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan kepada pasien dengan diagnosis sirosis hepatis di Ruang E-2 RSPAL Dr. ramelan Surabaya, yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap melakukan pengkajian secara langsung kepada pasien dan keluarga, penulis tidak mengalami kesulitan. Hal ini, disebabkan oleh adanya hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien dengan perawat melalui komunikasi secara langsung. Sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif. Pengkajian dilakukan dengan cara anamnesa pada keluarga pasien, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang medis.

a. Anamnesa

1. Data Demografi

Pada tinjauan pustaka identitas pada klien yang harus diketahui diantaranya yaitu nama, umur, jenis kelamin, agama, status, alamat, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, penanggung jawab. Pada tinjauan kasus tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus karena yang ditanyakan penulis terhadap klien sama dengan tinjauan pustaka.

2. Keluhan Utama

Pada tinjauan pustaka sirosis hepatis dijelaskan bahwa pada klien dengan sirosis hepatis biasanya mengeluh nyeri abdomen kuadran atas, nafsu makan menurun, pembengkakan pada abdomen. Sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan data klien memiliki keluhan utama nyeri pada kepala. Maka dapat disimpulkan bahwa antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak mengalami kesenjangan.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Keluarga pasien mengatakan pada tanggal 04 Januari 2022 pasien jatuh dari kamar mandi setelah itu keluarga pasien membawa pasien untuk pijat, 3 hari kemudian pada tanggal 07 Januari 2022 pasien mengeluh perutnya kembung dan bertambah besar disertai dengan nyeri saat beraktifitas maupun tidak beraktifitas, nyeri di bagian perut di bagian abdomen kanan secara terus menerus, nyeri terasa seperti diremas remas dengan skala nyeri 6. Pasien sering meringis saat nyeri selain itu pasien juga mengeluh mual seperti ingin muntah dan sering bersendawa, susah kentut, belum BAB selama 10 hari, saat pasien ingin BAB pengeluaran feses lama dan sulit saat BAB disertai dengan mengejan. Keluarga pasien juga mengatakan saat makan hanya 1-2 suap saja dan tidak suka makan buah dan sayur, kemudian selang 3 hari pada tanggal 10 Januari 2022 keluarga pasien membawa pasien ke IGD RS PKU Muhammadiyah untuk dilakukan pemeriksaan setelah itu RS PKU

Muhammadiyah merujuk pasien ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya setelah dilakukan pemeriksaan dan didapatkan pasien terdiagnosa sirosis hepatis kemudian pasien dirawat inap di ruang E2, selama pasien dirawat di ruang E2 pasien masih sulit BAB, BAB keluar sedikit, sudah mendapat terapi lactulax sirup 3x1 setengah $\frac{1}{2}$ sendok makan sebelum makan, pasien terpasang NGT, diit susu heptosol 6x100 cc dan jus buah 1x sehari.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan tidak pernah melakukan operasi sebelumnya dan tidak ada riwayat penyakit hipertensi dan diabetes.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan bahwa tidak ada riwayat penyakit turunan pada keluarganya seperti hipertensi dan diabetes.

6. Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi makanan dan obat.

b. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, observasi tanda-tanda vital tekanan darah 128/80 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36,3°C, *respiratori rate*

20x/menit, antropometri pasien didapatkan data tinggi badan 155 cm, berat badan sebelum sakit 54 kg, berat badan setelah sakit 58 kg.

2. B1. *Breathing* (Pernafasan)

Saat dilakukan pengkajian Ny.R yaitu inspeksi didapatkan bentuk dada normo chest, tidak ada nafas tertinggal, gerakan toraks kanan dan kiri simetris, tidak ada penggunaan otot bantu nafas tambahan, tidak ada kelainan pada pernafasan, pola nafas eupnea, tidak memakai masker oksigen, tidak ada sesak nafas, tidak ada batuk, tidak ada sputum, tidak sianosis, kemampuan aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga. Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan Irama nafas regular, Vocal fremitus normal, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan. Penulis menyimpulkan bahwa pada pasien Ny. R tidak ditemukan adanya masalah keperawatan. Maka penulis menyimpulkan bahwa pada tinjauan kasus ini pasien tidak mengalami gangguan pada saluran pernafasan.

3. B2. *Blood* (Sirkulasi)

Pada pemeriksaan inspeksi tidak terdapat sianosis, konjungtiva tidak anemis, CRT <2 detik, tidak ada nyeri dada, nadi 88x/menit, akral teraba hangat kering merah, dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. Pada perkusi suara peka, dan pada pemeriksaan auskultasi irama jantung regular, bunyi jantung S1S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan seperti murmur

atau gallop. Maka dapat disimpulkan bahwa pada tinjauan kasus ini pasien tidak mengalami gangguan pada saluran B2 *Blood*.

4. B3. Brain (Persyarafan)

Kesadaran composmentis, GCS 456, mata membuka dengan spontan (4), verbal orientasi baik (5), motorik menurut perintah (6), total 15 pasien sadar baik. Refleks fisiologis: biceps +/+, triceps +/+, patella +/+, refleks patologis: babinsky -/-, burdzinsky -/-. Pada pemeriksaan nervus kranial I: pasien mampu mengenali bau, nervus kranial II: pasien dapat membaca nama papan perawat, nervus kranial III: pasien mampu membuka kelopak mata, nervus kranial IV: pasien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah, nervus kranial V: pasien mampu mengunyah dengan baik, nervus kranial VI: pasien mampu menggerakkan mata ke arah lateral, nervus kranial VII: pasien mampu tersenyum simetris, nervus kranial VIII: pasien dapat mendengar dengan baik, nervus kranial IX: pasien tidak mengalami kesulitan menelan, nervus kranial X: pasien mampu menelan dengan baik dan tidak kesulitan untuk membuka mulut, nervus kranial XI: pasien mampu menahan tahanan pada kedua pundaknya, nervus kranial XII: pasien mampu menjulurkan lidahnya dengan simetris.

Pada pemeriksaan inspeksi kepala tidak ditemukan benjolan, rambut berwarna hitam, tidak mengeluh nyeri kepala, dan tidak ada paralisis. Bentuk hidung simetris, septum ditengah dan tidak ada polip, tidak ada kelainan. Mata simetris, pupil isokor, tidak ada kelainan, reflek cahaya +/+, konjungtiva tidak

anemis, sclera tidak ikterik, lapang pandang pasien normal. Pada pendengaran baik, dan tidak ada gangguan, lidah tampak bersih, uvula di tengah, tidak ada kesulitan menelan, dan pasien berbicara dengan normal.

Maka penulis menyimpulkan bahwa pada tinjauan kasus ini pasien tidak mengalami gangguan pada persarafan.

5. B4. Bladder (Perkemihan)

Organ genitalia tampak bersih. Pada pemeriksaan palpasi tidak terdapat distensi urin pada kandung kemih, tidak ada nyeri tekan. Eliminasi urin SMRS frekuensi 8-10x/hari, jumlah \pm 2000cc/24 jam, warna kuning jernih, eliminasi urin MRS frekuensi 6-8x/hari, jumlah \pm 1600cc/24 jam, warna kuning jernih, pasien buang air kecil ke kamar mandi di bantu dengan menggunakan pampers. Maka penulis menyimpulkan bahwa pada tinjauan kasus ini pasien tidak mengalami gangguan pada saluran perkemihan.

6. B5. Bowel (Pencernaan)

Pada inspeksi mulut pasien bersih, membran mukosa lembab, tidak terdapat gigi palsu, makan yang dikonsumsi SMRS yaitu nasi, lauk dan 1x sehari $\frac{1}{2}$ habis porsi makan, sedangkan di RS pasien hanya mengkonsumsi susu 6x100 cc dan jus buah 1x sehari . Pasien merasa mual dan ingin muntah, pasien terpasang NGT. Bentuk perut simetri, dan membesar , terdapat nyeri tekan

abdomen bagian kanan, peristaltic 6x/menit, tidak ada pembesaran limpa, rectum normal tidak ada hemoroid.

Eliminasi alvi SMRS frekuensi 10x sehari, dengan konsistensi cair, berwarna kuning kecoklatan dan berbau khas, sedangkan eliminasi alvi MRS frekuensi tidak bisa BAB selama 5 hari, konsistensi keras, berwarna tidak ada, pasien tidak menggunakan colostomy. Maka Penulis menyimpulkan bahwa dibagian B5 (Bowel) ditemukan 3 masalah keperawatan yaitu nausea, konstipasi dan nyeri akut.

7. B6. Bone (Sistem Muskulos Skeletal dan Sistem Integumen)

Rambut pasien hitam, kulit kepala bersih tidak ada benjolan dan lesi, warna kulit sawo matang, tidak icteric, kuku bersih, turgor kulit elastic, kemampuan gerak sendi bebas.

Kekuatan otot 5555	5555 tidak ada kelainan tulang dan jaringan
5555	5555

Maka penulis dapat menyimpulkan bahwa tidak ada gangguan di sistem muskulos skeletal dan sistem integument.

4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan.

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) diagnosis yang muncul pada tinjauan ada tujuh yaitu :

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan keterbatasan ekspansi dada karena asites
2. Nyeri akut berhubungan dengan gejala penyakit
3. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
4. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, tekanan osmotik menurun
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, intake yang tidak adekuat (anoreksia, vomiting, nausea)
6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen
7. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilitas fisik, pruritus

Terdapat tiga kasus yang muncul dalam tinjauan kasus yaitu :

1. Nyeri Akut berhubungan dengan pencedera fisik

Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan nyeri pada abdomen bagian kanan, nyeri terasa hilang timbul dengan skala 6 (1-10), nyeri diakibatkan pembengkakan pada abdomen.

2. Nausea berhubungan dengan sistem pencernaan

Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan mual dan muntah akibat dari perutnya yang kembung. Maka dari itu penulis mengangkat masalah keperawatan nausea yang berhubungan dengan sistem pencernaan.

3. Konstipasi berhubungan dengan ketidak cukupan asupan serat

Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan belum bisa BAB diakibatkan oleh ketidak cukupan asupan serat pasien, oleh karena itu pasien terpasang NGT dan diberikan diit susu dan jus buah guna untuk mencukupi kebutuhan asupan serat pada pasien.

4.3 Perencanaan Keperawatan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun, pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan. Pelaksana rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnose pada kasus, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya, dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami, hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerjasama yang baik antara perawat-perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan

lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

1 .Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Intervensi yang dilakukan pada Ny.R dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik adalah identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi factor yg memperberat dan memperingan nyeri, monitor efek samping penggunaan analgetik,berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam), fasilitasi istirahat tidur, jelaskan penyebab nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri,ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik.

2. Nausea berhubungan dengan sistem pencernaan

Intervensi yang dilakukan pada Ny. R dengan masalah keperawatan nausea yang berhubungan dengan sistem pencernaan adalah identifikasi penyebab mual dan muntah,memberikan teknik untuk mengurangi rasa mual dan muntah (teknik posisi tidur yang nyaman) dan kolaborasikan dengan dokter untuk pemberian obat antimietic.

3. Konstipasi berhubungan dengan ketidak cukupan asupan diet

Intervensi yang dilakukan pada Ny. R dengan masalah keperawatan konstipasi yang berhubungan dengan ketidak cukupan asupan diet adalah identifikasi penyebab konstipasi, memeriksa gerak peristaltik usus dan kolaborasi dengan dokter untuk penggunaan obat pencahar.

4.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Pada Ny. R dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (abses) implementasi yang dilakukan agar nyeri berkurang untuk mencapai kriteria hasil keluhan nyeri berkurang, gelisah menurun, tekanan darah dalam batas normal yaitu normalnya adalah 120/80 mmHg dilakukan implementasi manajemen nyeri dengan cara mengajarkan teknik tarik nafas dalam dan mengkolaborasi dengan dokter untuk penggunaan analgesik paracetamol sebagai obat anti nyeri

2. Nausea berhubungan dengan sistem pencernaan

Pada Ny. R dengan masalah keperawatan nausea berhubungan dengan sistem pencernaan pasien yang dilakukan agar mual menurun dan muntah menurun untuk mencapai kriteria hasil mual dan muntah menurun dilakukan implementasi manajemen mual dengan cara mengajarkan teknik pernapasan dan posisi tidur senyaman mungkin dan mengkolaborasikan dengan dokter untuk penggunaan obat omeprazole, domperidone dan ondansetron sebagai obat untuk meredakan rasa mual dan muntah.

3. Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan diet

Pada Ny. R dengan masalah keperawatan konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat yang dilakukan agar keinginan pasien untuk makan membaik dengan kriteria hasil keinginan pasien untuk makan membaik, asupan makan pasien membaik dan bising usus normal (5-34 x / menit) dilakukan implementasi manajemen konstipasi dengan cara pemasangan NGT untuk membantu memenuhi nutrisi pasien kemudian kolaborasikan dengan dokter untuk penggunaan obat curcuma sirup, lacutulax sirup dan urdalfalk.

Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat. Yang penulis alami hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya

sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari intervensi keperawatan yang tercapai atau tidak tercapai (Siswanto, Hariyati, & Sukihananto, 2013). Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui secara langsung keadaan pasien. Evaluasi merupakan tahap terakhir dari sebuah proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak.

Pada kasus Sirosis Hepatis yang dialami oleh Ny. R dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari di ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, Penulis menegakkan tujuh diagnosa keperawatan tetapi penulis hanya menyusun tiga intervensi untuk diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas karena keterbatasan waktu. Untuk evaluasi tiga diagnosa keperawatan yang ditegakkan penulis yaitu :

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (abses)

Pada waktu dilaksanakan evaluasi nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (abses) dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3x24jam, pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dan masalah sebagian

teratasi setelah diajarkan teknik nafas dalam dan kolaborasi dengan dokter pemberian obat anti nyeri yaitu inepesa 3x500 mg, intervensi dilanjutkan hingga pasien benar-benar pulih.

2. Nausea berhubungan dengan sistem pencernaan

Pada waktu dilaksanakan evaluasi nausea yang berhubungan dengan system pencernaan dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam, pasien mengatakan mual dan rasa ingin muntah sudah berkurang setelah diajarkan teknik mengurangi rasa mual dengan cara memposisikan tidur senyaman mungkin dan kolaborasi dengan dokter pemberian obat omeprazole 20 mg, domperidone 10 mg dan ondancetron 4 mg. Intervensi dilanjutkan hingga pasien benar benar pulih.

3. Kontipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan diet

Pada waktu dilaksanakan evaluasi konstipasi yang berhubungan dengan ketidakcukupan asupan diet dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam, pasien mengatakan sudah terpenuhi kebutuhan seratnya, dilakukan dengan memberikan diit susu dan jus buah dengan bantuan NGT ,kemudian pasien juga mengatakan bahwa sudah bisa BAB meskipun sedikit dan dengan dikolaborasikan dengan dokter untuk pemberian obat curcuma sirup, lactulax sirup dan urdaflak. Intervensi dilanjutkan hingga pasien benar benar pulih.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus sirosis hepatis di ruang E-2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan asuhan keperawatan pasien dengan sirosis hepatis.

5.1 Simpulan

Dari hasil yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatis, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian pasien Ny. R dilakukan dengan cara mengumpulkan data primer dan data sekunder, didapatkan data fokus pasien masih nyeri abdomen bagian kanan, pasien sering muntah dan mual, diit susu dan jus buah, frekuensi nafas 20x/menit, nadi 88x/menit.
2. Masalah keperawatan yang muncul adalah, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, nausea berhubungan dengan sistem pencernaan, dan konstipasi berhubungan dengan ketidak cukupan asupan diet.
3. Intervensi asuhan keperawatan disusun sesuai prioritas masalah dan kebutuhan klien yang telah ditetapkan berdasarkan tingkat urgensi dan waktu yang memadai dari waktu pengkajian hingga evaluasi yang

telah disesuaikan dengan lama waktu praktik penulis di Ruang E-2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

4. Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada diagnosa nyeri akut menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam apabila pasien masih terasa nyeri di abdomen, observasi skala nyeri untuk mengetahui perkembangan nyeri pasien. Pada diagnosa nausea berikan terapi obat untuk mengurangi rasa mual dan muntah dan memposisikan posisi semi fowler. Kemudian pada diagnosa konstipasi selalu monitor kebersihan selang NGT pasien agar selalu terjaga kebersihannya dan tidak mudah kemasukan bakteri
5. Pada akhir evaluasi semua tujuan belum dapat dicapai karena belum adanya kerjasama yang maksimal antara keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny. R belum terpenuhi sesuai dengan harapan yang ingin dicapai sehingga masalah belum teratasi dan dilanjutkan oleh perawat ruangan.
6. Penulis mendokumentasikan pengkajian, diagnosis keperawatan, dan rencana keperawatan pada tanggal 17 Januari 2022 dalam lembar asuhan keperawatan medikal bedah dan menuliskan tindakan keperawatan dan hasil asuhan keperawatan dalam lembar harian asuhan keperawatan medikal bedah sesuai dengan standar penulisan dokumentasi keperawatan.

5.2 **Saran**

1. Pasien hendaknya kooperatif dalam semua proses intervensi dan implementasi keperawatan.
2. Perawat disarankan untuk selalu memantau dan memenuhi semua kebutuhan dasar pasien yang belum tercukupi saat sakit.
3. Rumah sakit senantiasa tiap tahun untuk meningkatkan sarana dan prasarana untuk meninjau proses berhasilnya asuhan keperawatan.
4. Penulis selanjutnya akan lebih banyak mempelajari ilmu-ilmu terbaru terkait penyakit terutama Sirosis Hepatis agar dapat bermanfaat bagi orang lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Alifah, P. T. (2019) 'Dengan Sirosis Hati Di Rsup Dr Hasan'.
- Anindito, G. (2016) 'Gambaran Klinis Pasien Sirosis Hepatis Dengan Sindroma Hepatorenal Pada Instalasi Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD DR Soetomo', *Skripsi*. Available at: <http://repository.unair.ac.id/52385/13/8.52385.pdf>.
- Anisa, I. and Hasan, I. (2020) 'Sirosis Hepatis', *Kapita Selekta Kedokteran*, 2(3), pp. 180–183.
- Fimela (2018) 'Bahaya sirosis hati', *Bahaya sirosis hati/copyright WebMD.com*.
- Hansa (2020) 'Pengertian sirosis', *WebMD. Diakses pada 2019. Cirrhosis: Symptoms, Causes, Stages, Diagnosis, and Treatment*.
- Made, P., Saskara, A. and Suryadarma, I. G. A. (2020) 'LAPORAN KASUS : SIROSIS HEPATIS CASE REPORT : LIVER CIRRHOSIS', pp. 1–20.
- Muin, R. Y. *et al.* (2016) 'Sirosis Hepatis Dekompensata Pada Anak', *Indonesian Journal of Clinical Pathology and Medical Laboratory*, 18(1), p. 63. doi: 10.24293/ijcpml.v18i1.353.
- Mulyati, L., Yeti, K. and Sukamrini, L. (2013) 'Analisis Faktor yang Memengaruhi Self Management Behaviour pada Pasien Hipertensi', *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, v1(n2), pp. 112–123. doi: 10.24198/JKP.V1N2.7.
- Munizzi, J. S. (2013) 'No Analisis struktur kovarians indikator terkait kesehatan pada orang tua di rumah dengan fokus pada kesehatan subjektif Judul ', hlm. 1-7.
- Robiyanto, R., Liana, J. and Purwanti, N. U. (2019) 'Kejadian Obat-Obatan Penginduksi Kerusakan Liver pada Pasien Sirosis Rawat Inap di RSUD Dokter Soedarso Kalimantan Barat', *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*, 6(3), p. 274. doi: 10.25077/jsfk.6.3.274-285.2019.
- Sawitri, F. and Sani, F. N. (2020) 'Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sirosis Hepatitis Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman : Nyeri', *Jurnal Universitas Kusuma Husada*, 41(2), pp. 84–93.

- Setiadi (2016) *Dasar Dasar Anatomi dan Fisiologi Manusia*. Edisi 1. Yogyakarta: Indomedika pustaka.
- Stikes Hang Tuah (2022) *Buku pedoman penyusun KTI Stikes Hang Tuah Surabaya*. Surabaya.
- Sutrisna, M. (2020) ‘Hubungan Tanda-Tanda Hipertensi Portal Dengan Kejadian Perdarahan Varises Esophagus Pada Pasien Sirosis Hepatis’, *Journal of Nursing and Public Health*, 8(1), pp. 66–72. doi: 10.37676/jnph.v8i1.1015.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) *Standar Diagnosa keperawatan Indonesia*. edisi 1. jakarta selatan: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) *Standar Intervensi Keperawatan*. Edisi 1. jakarta selatan: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Wahyudo, R. (2014) ‘a 78 Years Old Woman With Hepatic Cirrhosis’, *Jurnal Medula*, 3(1), pp. 174–183. Available at: <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/medula/article/download/440/441>.

Lampiran 1

SOP MANAJEMEN NYERI

A. Pengertian :

Merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien yang mengalami nyeri. Rileks yang sempurna dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri.

Ada tiga hal yang utama dalam teknik relaksasi :

1. Posisikan pasien dengan tepat
2. Pikiran beristirahat
3. Lingkungan yang tenang
Tujuan : Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri

B. Tujuan

Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri
Indikasi : Dilakukan untuk pasien yang mengalami nyeri kronis

C. Prosedur pelaksanaan :

1. Tahap prainteraksi

- a. Membaca status pasien
- b. Mencuci tangan
- c. Menyiapkan alat

2. Tahap orientasi

1. Memberikan salam terapeutik
2. Validasi kondisi pasien

3. Menjaga privasi pasien
4. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga

3. Tahap kerja

- a. Memberi kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/jelas
- b. Atus posisi pasien agar rileks tanpa adanya beban fisik
- c. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik napas dalam sehingga rongga paru berisi udara, intruksikan pasien dengan cara perlahan
- d. Menghembuskan udara membiarkannya keluar dari setiap anggota tubuh, pada saat bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan betapa nikmatnya rasanya
- e. Instruksikan pasien buat bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2) menit
- f. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskannya dengan cara perlahan
- g. Merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki menuju keparu- paru seterusnya rasakan udara mengalir keseluruhan bagian anggota tubuh
- h. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pad kaki dan tangan dan merasakan keluar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki dan rasakan kehangatannya

- i. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan keluar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki dan rasakan kehangatannya
- j. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi
- k. Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri

4. Tahap terminasi

- a. Evaluasi hasil kegiatan
- b. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- c. Akhiri kegiatan dengan baik
- d. Cuci tangan

5. Dokumentasi

- a. Catat waktu pelaksanaan tindakan
- b. Catat respon pasien
- c. Paraf dan nama perawat juga

Lampiran 2

SOP PERAWATAN SELANG NGT (NASOGASTRIC TUBE)

A. Pengertian NGT (Nasogastrik tube)

Melakukan pemasangan selang dari rongga hidung sampai ke lambung.

B. Tujuan

1. Memasukkan makanan cair atau obat-obat atau padat yang dicairkan atau
2. padat yang dicairkan
3. Mengeluarkan cairan atau isi lambung dan gas yang ada dalam lambung
4. Mengirigasi karena perdarahan atau keracunan dalam lambung
5. Mencegah atau mengurangi mual dan muntah setelah pembedahan atau
6. trauma.
7. Mengambil spesimen pada lambung untuk studi laboratorium.

C. Apa yang harus dilakukan pada pasien yang terpasang selang NGT :

1. Pempatan selang selang harus lurus tidak boleh menekuk.
2. Selang harus dalam keadaan tertutup.
3. Bilas selang dengan 30 mL air setelah setiap makan dan setelah setiap
4. pemberian obat-obatan
5. Nilai adanya iritasi atau pecahnya kulit. Cuci dengan lembut area sekitar
6. hidung dengan sabun dan air. Berikan perawatan kebersihan hidung setiap
7. hari dan jika diperlukan.
8. Berikan perawatan mulut setiap 2 jam dan jika dibutuhkan (cuci mulut dengan

9. air, sikat gigi, bersihkan lidah, gigi, gusi, pipi, dan membran mukosa).

Jika

10. pasien sedang membersihkan mulut, ingatkan ia untuk tidak menelan air.