

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. M DENGAN DIAGNOSA
MEDIS SEROSIS HEPATIS DI RUANG HCU
RUMKITAL Dr. RAMELAN
SURABAYA**

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



Oleh:

ENGGA PERMADI
NIM 152.0018

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2018**

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiat, maka saya akan bertanggung sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya,08 Juli 2018

Engga Permadi

Nim.152.0018

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : ENGGA PERMADI

NIM : 152.0018

Program Studi DIII Keperawatan

**Judul :Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. M Dengan
Diagnosa Medis SIROSIS HEPATIS Di Ruang HCU
Rumkital Dr. Ramelan Surabaya**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa Karya Tulis Ilmiah ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)

Surabaya, 08 Juli 2018

Pembimbing

Setiadi, M.Kep.,Ns

NIP. 03.001

Mengetahui,

STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D-III Keperawatan

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

NIP. 03.007

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“ Miracle is a result of hard work and effort ”

(keajaiban adalah suatu hasil dari kerja keras dan usaha)

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat ALLAH SWT atas rahmat dan hidayahNya sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini :

Saya persembahkan karya tulis ini untuk :

1. Orang tua tercinta yang telah membantu ku dalam dukungan dan do'a yang sudah diberikan padaku dalam tugas akhir ini.
2. Buat sahabatku Agung wiranto wibowo yang telah memotivasi ku untuk mengerjakan, terima kasih banyak atas do'a dan semangat untuk ku karena motivasi yang kau berikan padaku sehingga aku bisa menyelesaikan tugas akhir ini tepat waktu.
3. Teman-teman Angkatan 21 Program Studi DIII Keperawatan, terutama untuk D3-3A yang telah melewati kebersamaan selama hampir 3 tahun ini, saling memberikan motivasi dan dukungan serta telah menjadi teman diskusi jika aku mengalami kesusahan .

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 pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini 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. I Dewa Gede Nalendra DI, Sp. B., Sp. BTKV (K)., selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Ibu Wiwiek Liestyningrum, M.Kep, selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., 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 Wiwiek Liestyningrum, M.Kep., selaku Pembimbing I, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam

memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

5. selaku Pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

6. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar selama proses perkuliahan.

7. Seluruh staf perpustakaan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan untuk membaca dan meminjam referensi buku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

8. Orang tua saya tercinta yang telah memberikan do'a, motivasi dan dukungan moral maupun materil kepada penulis dalam menempuh pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.

9. Teman – teman seperjuangan saya dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, dan saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.

10. 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,08 JuLi 2018

Engga Permadi

152.0018

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan Penulisan	2
1.3.1 Tujuan Umum	2
1.3.2 Tujuan Khusus	2
1.4 Manfaat Penulisan	3
1.5 Metode Penulisan	4
1.6 Sistematika Penulisan	5

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit Serosis hepatitis	7
2.2.1 Anatomi Dan Fisiologi Hati	7
2.2.2 Definisi	11
2.2.3 Etiologi	12
2.2.4 Manifestasi Klinis	12
2.2.5 Patofisiologi	13
2.2.6 Komplikasi	14
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang	14
2.2.8 Penatalaksanaan	16
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa Sirosis Hepatis.....	18
2.3.1 Pengkajian	18
2.3.2 Masalah Keperawatan	22
2.3.3Intervensi Keperawatan.....	23
2.3.4 Implementasi Keperawatan	32
2.3.5 Evaluasi	33
2.5.6 Kerangka Masalah	35

BAB 3 TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian	37
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	52
3.2.1 Analisa Data	52
3.2.2 Prioritas Masalah	53
3.2.3 Rencana Keperawatan.....	54
3.2.4 Tindakan Keperawatan	56

BAB 4 PEMBAHASAN	
4.1 Pengkajian	68
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	71
4.3 Perencanaan.....	73
4.4 Pelaksanaan	74
4.5 Evaluasi	76
BAB 5 PENUTUP	
5.1 Simpulan	78
5.2 Saran.....	80
DAFTAR PUSTAKA	81
LAMPIRAN	82

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Kemampuan Perawatan Diri	44
Tabel 3.2 Hasil Laboratorium	46
Tabel 3.3 Pemeriksaan Risiko Jatuh (Morse)	47
Tabel 3.4 Pemeriksaan Risiko Trauma Kulit/Decubitus (The Norton Scale).....	47
Tabel 3.5 Pemeriksaan Skala Nyeri (Wong Baker Faces Pain Rating Scores)	48
Tabel 3.6 Pemeriksaan Kemandirian Dalam Aktivitas Sehari-hari (Indeks Katz).....	49
Tabel 3.7 Pemeriksaan Glasgow Coma Scale	49
Tabel 3.8 Terapi	51

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Gambar Anatomi Hati	7
Gambar 2.2 Kerangka Masalah	35

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	82
Lampiran 2 Satuan Prosedur Operasional.....	83

DAFTAR SINGKATAN

DO	= Data Obyektif
DS	= Data Subyektif
S	= Subjek
O	= Objektif
A	= Assesment
P	= Planning
IV	= Intravaskuler
g	= Gram
mg	= Miligram
m	= Mililiter
MRS	= Masuk Rumah Sakit
SC	= Subkutan
SMRS	= Sebelum Masuk Rumah Sakit
TD	= Tekanan Darah
TTV	= Tanda-Tanda vital
WHO	= World Health Organization
S	= Suhu
N	= Nadi
RR	= Respiration Rate
TB	= Tuberculosis
DM	= Diabetes Militus
SKRT	= Survey Kesehatan Rumah Tangga
Ny	= Nyonya
WOC	= Web Of Caution
O ₂	= Oksigen
CO ₂	= Karbon dioksida
B.D	= Berhubungan Dengan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sirosis hati adalah penyakit hati menahun yang difus ditandai dengan adanya pembentukan jaringan ikat disertai nodul. Biasanya dimulai dengan adanya proses peradangan nekrosis sel hati yang luas, pembentukan jaringan ikat dan usaha regenerasi nodul. Distorsi arsitektur hati akan menimbulkan perubahan sirkulasi mikro dan makro menjadi tidak teratur akibat penambahan jaringan ikat dan nodul tersebut.

Serosis hepatis adalah penyakit yang ditandai oleh adanya peradangan difus dan kronik pada hati, diikuti proliferasi jaringan ikat, degenerasi dan regenerasi, sehingga timbul kerusakan dalam susunan parenkim hati. Istilah sirosis hati di berikan oleh laence tahun 1819, yang yang berasal dari kata khirros yang berarti kuning oranye (orange yellow), karena perubahan warna pada nodul-nodul yang terbentuk. Pengertian sirosis hati dapat dikatakan sebagai berikut, yaitu suatu keadaan disorganisasi yang difusi dari struktur hati yang normal akibat nodul regeneratif yang dikelilingi jaringan mengalami fibrosis. Secara lengkap serosis hati adalah suatu penyakit dimana sirkulasi mikro, anatomi pembuluh darah besar dan seluruh sistem arsitektur hati mengalami perubahan menjadi tidak teratur dan terjadi penambahan jaringan ikat (fibrosis) di sekitar parenkim hati yang mengalami regenerasi.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan pada diagnosa serosis hepatis dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut: “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Serosis Hepatis di Ruang HCU Rumkital Dr. Ramelan Surabaya?”.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Serosis Hepatis di Ruang HCU Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji klien dengan diagnosa medis Sirosis Hepatis di Ruang HCU Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Sirosis Hepatis di Ruang HCU Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Sirosis Hepatis di Ruang HCU Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Sirosis Hepatis di Ruang HCU Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

5. Mengevaluasi klien dengan diagnosa medis Sirosis Hepatis di Ruang HCU Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Sirosis Hepatis di Ruang HCU Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Penulisan

1. Manfaat Bagi Akademis

Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien Sirosis Hepatis.

2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat :

a. Bagi pelayanan keperawatan di Rumah Sakit

Hasil karya tulis ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien Sirosis Hepatis dengan baik.

b. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada klien Sirosis Hepatis.

c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien Sirosis Hepatis.

1.5 Metode Penulisan

Metode yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini meliputi :

1. Wawancara

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data dan informasi dengan mengajukan pertanyaan langsung atau melakukan tanya jawab kepada pihak lain. Dalam hal ini wawancara dilakukan dengan melakukan tanya jawab langsung kepada pasien dan keluarga pasien Tn. M pada saat dilakukan pengkajian tanggal 4 juni 2018.

2. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan pasien Tn. M, keluarga pasien maupun tim kesehatan lain dilakukan pada saat pengkajian tanggal 4 juni 2018.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik kepada pasien Tn. M dilakukan pada saat pengkajian tanggal 4 juni 2018, serta data laboratorium yang dapat menunjang, menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

1.5.2 Sumber Data

Sumber data yang diperoleh adalah dari :

1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari pasien Tn. M.

2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga Tn. M, catatan medik perawat, hasil pemeriksaan laboratorium dan hasil pemeriksaan dokter.

1.5.3 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Agar lebih mudah dan lebih jelas dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, motto, pengesahan dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran dan juga daftar singkatan.

2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Sirosis Hepatis serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

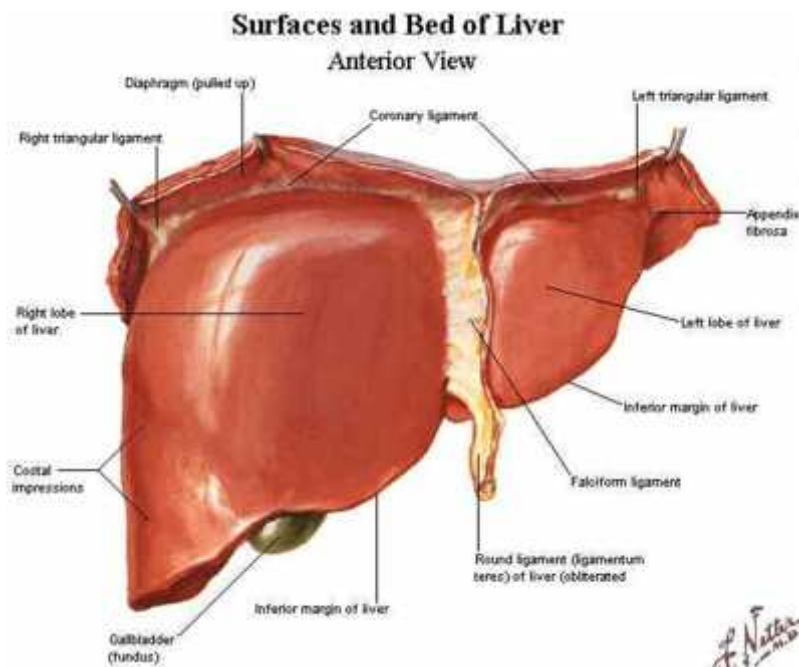
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit Serosis Hepatis

2.1.1 Anatomi Dan Fisiologi Hati



Gambar 2.1 Anatomi Sistem Hati

Hepar merupakan kelenjar yang terbesar dalam tubuh manusia. Hepar pada manusia terletak pada bagian atas cavum abdominis, di bawah diafragma, di kedua sisi kuadran atas, yang sebagian besar terdapat pada sebelah kanan. Beratnya 1200 – 1600 gram. Permukaan atas terletak bersentuhan di bawah

diafragma, permukaan bawah terletak bersentuhan di atas organ-organ abdomen. Hepar difiksasi secara erat oleh tekanan intraabdominal dan dibungkus oleh peritoneum kecuali di daerah posterior-superior yang berdekatan dengan vena cava inferior dan mengadakan kontak langsung dengan diafragma. Bagian yang tidak diliputi oleh peritoneum disebut bare area. Terdapat refleksi peritoneum dari dinding abdomen anterior, diafragma dan organ-organ abdomen ke hepar berupa ligamen.

Hati merupakan pusat dari metabolisme seluruh tubuh, merupakan sumber energi tubuh sebanyak 20% serta menggunakan 20 – 25% oksigen darah. Ada beberapa fungsi hati yaitu :

1. Fungsi hati sebagai metabolisme karbohidrat,

Pembentukan, perubahan dan pemecahan KH, lemak dan protein saling berkaitan 1 sama lain. Hati mengubah pentosa dan heksosa yang diserap dari usus halus menjadi glikogen, mekanisme ini disebut glikogenesis. Glikogen lalu ditimbun di dalam hati kemudian hati akan memecahkan glikogen menjadi glukosa. Proses pemecahan glikogen menjadi glukosa disebut glikogenolisis. Karena proses-proses ini, hati merupakan sumber utama glukosa dalam tubuh, selanjutnya hati mengubah glukosa melalui heksosa monophosphat shunt dan terbentuklah pentosa. Pembentukan pentosa mempunyai beberapa tujuan: Menghasilkan energi, biosintesis dari nukleotida, nucleic acid dan ATP, dan membentuk/ biosintesis senyawa 3 karbon (3C) yaitu piruvic acid (asam piruvat diperlukan dalam siklus krebs).

2. Fungsi hati sebagai metabolisme lemak

Hati tidak hanya membentuk/ mensintesis lemak tapi sekaligus mengadakan katabolisis asam lemak. Asam lemak dipecah menjadi beberapa komponen: Senyawa 4 karbon – keton bodies, Senyawa 2 karbon – active acetate (dipecah menjadi asam lemak dan gliserol), pembentukan kolesterol, pembentukan dan pemecahan fosfolipid. Hati merupakan pembentukan utama, sintesis, esterifikasi dan ekskresi kolesterol. Dimana serum Kolesterol menjadi standar pemeriksaan metabolisme lipid

3. Fungsi hati sebagai metabolisme protein

Hati mensintesis banyak macam protein dari asam amino. dengan proses deaminasi, hati juga mensintesis gula dari asam lemak dan asam amino. Dengan proses transaminasi, hati memproduksi asam amino dari bahan-bahan non nitrogen. Hati merupakan satu-satunya organ yg membentuk plasma albumin dan globulin dan organ utama bagi produksi urea. Urea merupakan metabolisme protein. globulin selain dibentuk di dalam hati, juga dibentuk di limpa dan sumsum tulang globulin hanya dibentuk di dalam hati. albumin mengandung ± 584 asam amino dengan BM 66.000

4. Fungsi hati sehubungan dengan pembekuan darah

Hati merupakan organ penting bagi sintesis protein-protein yang berkaitan dengan koagulasi darah, misalnya: membentuk fibrinogen, protrombin, faktor V, VII, IX, X. Benda asing menusuk kena pembuluh darah – yang beraksi adalah faktor ekstrinsik, bila ada hubungan dengan katup jantung – yang beraksi adalah faktor intrinsik. Fibrin harus isomer biar kuat pembekuannya dan ditambah dengan

faktor XIII, sedangkan Vit K dibutuhkan untuk pembentukan protrombin dan beberapa faktor koagulasi.

5. Fungsi hati sebagai metabolisme vitamin

Semua vitamin disimpan di dalam hati khususnya vitamin A, D, E, K

6. Fungsi hati sebagai detoksikasi

Hati adalah pusat detoksikasi tubuh, Proses detoksikasi terjadi pada proses oksidasi, reduksi, metilasi, esterifikasi dan konjugasi terhadap berbagai macam bahan seperti zat racun, obat over dosis.

7. Fungsi hati sebagai fagositosis dan imunitas

Sel kupfer merupakan saringan penting bakteri, pigmen dan berbagai bahan melalui proses fagositosis. Selain itu sel kupfer juga ikut memproduksi globulin sebagai imun liver mechanism.

8. Fungsi hemodinamik

Hati menerima $\pm 25\%$ dari cardiac output, aliran darah hati yang normal ± 1500 cc/menit atau $1000 - 1800$ cc/menit. Darah yang mengalir di dalam hepatica $\pm 25\%$ dan di dalam vena porta 75% dari seluruh aliran darah ke hati. Aliran darah ke hepar dipengaruhi oleh faktor mekanis, pengaruh persarafan dan hormonal, aliran ini berubah cepat pada waktu exercise, terik matahari, shock. Hepar merupakan organ penting untuk mempertahankan aliran darah.

2.1.2 Definisi Sirosis Hepatis

Sirosis hati adalah penyakit hati menahun yang difus ditandai dengan adanya pembentukan jaringan ikat disertai nodul. Biasanya dimulai dengan adanya proses peradangan nekrosis sel hati yang luas, pembentukan jaringan ikat dan usaha regenerasi nodul. Distorsi arsitektur hati akan menimbulkan perubahan sirkulasi mikro dan makro menjadi tidak teratur akibat penambahan jaringan ikat dan nodul tersebut.

Serosis hepatis adalah penyakit yang ditandai oleh adanya peradangan difus dan kronik pada hati, diikuti proliferasi jaringan ikat, degenerasi dan regenerasi, sehingga timbul kerusakan dalam susunan parenkim hati.

Sirosis adalah suatu keadaan patologis yang menggambarkan stadium akhir fibrosis hepatic yang berlangsung progresif yang ditandai dengan distorsi dari arsitektur hepar dan pembentukan nodulus regenerative. (Sudoyono Aru, dkk 2009)

Penyakit hati kronis ini dicirikan dengan destrosi arsitektur hati yang normal oleh lembar-lembar jaringan ikat dan nodul-nodul regenerasi sel hati, yang tidak berkaitan dengan vaskulatur normal. (Sylvia A.price)

Istilah sirosis hati di berikan oleh laence tahun 1819, yang yang berasal dari kata khirros yang berarti kuning oranye (orange yellow), karena perubahan warna pada nodul-nodul yang terbentuk. Pengertian sirosis hati dapat dikatakan sebagai berikut, yaitu suatu keadaan disorganisasi yang difusi dari struktur hati yang normal akibat nodul regeneratif yang dikelilingi jaringan mengalami fibrosis. Secara lengkap serosis hati adalah suatu penyakit dimana sirkulasi mikro, anatomi

pembuluh darah besar dan seluruh sistem arsitektur hati mengalami perubahan menjadi tidak teratur dan terjadi penambahan jaringan ikat (fibrosis) di sekitar parenkim hati yang mengalami regenerasi.

2.1.3 Etiologi

1. Etiologi yang diketahui penyebabnya, yaitu :
 - a. Hepatitis virus B & C.
 - b. Alkohol.
 - c. Metabolik.
 - d. Kolestasis kronik/sirosis siliar sekunder intra dan ekstra hepatic.
 - e. Obstruksi aliran vena hepatic, seperti penyakit vena oklusif, sindrom Budd-Chiari, perikarditis restriktif, gagal jantung kanan.
 - f. Gangguan imunologis, seperti : hepatitis lupoid, hepatitis kronik aktif.
 - g. Toksik dan obat, seperti : INH, metildopa.
 - h. Operasi pintas usus halus pada obesitas.
 - i. Malnutrisi, infeksi seperti malaria.
 - j. Etiologi tanpa diketahui penyebabnya.
 - k. Sirosis yang tidak diketahui penyebabnya dinamakan sirosis kriptogenik/heterogenus.

2.1.4 Manifestasi Klinis

1. Keluhan pasien :
 - Pruritis.
 - Urin berwarna gelap.
 - Ukuran lingkar pinggang meningkat.
 - Turunnya selera makan dan turunnya berat badan.

- Ikterus (kuning pada kulit dan mata) muncul belakangan.
- 2. Tanda klasik :
 - Telapak tangan merah.
 - Pelebaran pembuluh darah.
 - Ginekomastia bukan tanda yang spesifik.
 - Peningkatan waktu protombin adalah tanda yang lebih khas.
 - Ensefalopati hepatitis dengan hepatitis fulminan akut dapat terjadidalam waktu singkat dan pasien akan merasa mengantuk, delirium, kejang dan koma dalam waktu 24 jam.
 - Onset ensefalopati hepatitis dengan gagal hati kronik lebih lambat dan lemah.

(Yuliana elin, 2009).

2.1.5 Patofisiologi

Ada tipe-tipe sirosis atau pembentukan parut dalam hati :

- a. Sirosis portal laennec (alkoholik nutrisi) dimana jaringan parut secara khas mengelilingi daerah portal. Sering disebabkan oleh alkoholis kronis.
- b. Sirosis pascaneolitik, dimana terdapat pita jaringan parut yang lebar sebagai akibat lanjut dari hepatitis virus akut yang terjadi sebelumnya.
- c. Sirosis bilier, dimana pembentukan jaringan parut terjadi dalam hati di sekitar saluran empedu. Terjadi akibat obstruksi bilier yang kronis dan infeksi (kolangitis). Bagian hati yang terlibat terdiri atas ruang portal dan periportal tempat kanalikulus biliaris dari masing-masing lobulus hati bergabung untuk membentuk saluran empedu baru. Dengan demikian akan terjadi pertumbuhan

jaringan yang berlebihan, terutama terdiri atas saluran empedu yang baru dan tidak berhubungan yang dikelilingi oleh jaringan parut.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi serosis hepatitis yang utama adalah :

- a. Hipertensi portal
- b. Asites
- c. Peritonitis bakterial spontan
- d. Perdarahan varises esofagus
- e. Sindroma hepatorenal
- f. Ensefalopati hepaticum
- g. Kanker hati

(nurdjanah,dikutip oleh siti 2014)

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

a. Darah

Bisa dijumpai HB rendah, anemia normokrom normositer, hipokrom normositer, hipokrom mikroster, atau hipokrom makrositer. Anemia bisa akibat hipersplenisme dengan leukopenia dan trombositopenia. Kolesterol darah yang selalu rendah mempunyai prognosis yang kurang baik. Kenaikan kadar enzim transaminase/SGOT, SGPT bukan merupakan petunjuk tentang berat dan luasnya kerusakan parenkim hati. Kenaikan kadarnya dalam serum timbul akibat kebocoran dari sel yang mengalami kerusakan. Peninggian kadar gamma GT sama dengan transaminase, ini lebih sensitif tetapi kurang spesifik. Pemeriksaan

laboratorium bilirubin, transaminase dan gamma GT tidak meningkat pada sirosis inaktif.

b. Albumin :

Kadar albumin yang merendah merupakan cerminan kemampuan sel hati yang kurang. Penurunan kadar albumin dan peningkatan kadar globulin merupakan tanda kurangnya daya tahan hati dalam menghadapi stres seperti tindakan operasi.

c. Pemeriksaan CHE (kolinesterase)

Penting dalam menilai sel hati. Bila terjadi kerusakan hati sel, kadar CHE akan turun, pada perbaikan terjadi kenaikan CHE menuju nilai normal. Nilai CHE yang bertahan di bawah nilai normal, mempunyai prognosis yang jelek.

d. Pemeriksaan kadar elektrolit penting dalam penggunaan diuretik dan pembatasan garam dalam diet. Dalam hal enselopati, kadar Na 500-1000, mempunyai nilai diagnostik suatu kanker hati primer.

1. Pemeriksaan fisik

Perkiraan besar hati, biasa hati membesar pada awal sirosis, bila hat mengecil artinya prognosis kurang baik. Besar hati normal selebar telapak tangannya sendiri (7-10 cm).

Pembesaran limpa diukur dengan dua cara, yaitu :

a. Schuffner adalah hati membesar ke medial dan kebawah menuju umbilikus (S1-IV) dan dari umbilikus ke SIAS kanan (SV-VIII).

b. Hacket adalah limpa membesar ke arah bawah saja (HI-V). Perut dan ekstra-abdomen, pada perut diperhatikan vena kolateral dan ascites. Manifestasi di luar perut, perhatikan adanya spider nevi pada tubuh bagian atas, bahu, leher, dada, pinggang, caput medussae, dan tubuh bagian bawah

2.1.8 Penatalaksanaan

Pengobatan sirosis hati pada prinsipnya berupa:

1. Simtomatis.
2. Suportif, yaitu:
 - a. Istirahat yang cukup
 - b. Pengaturan makanan yang cukup dan seimbang, misalnya cukup kalori, protein 1gr/kg BB/hari dan vitamin.
 - c. Pengobatan berdasarkan etiologi, misalnya pada sirosis hati akibat infeksi virus C dapat dicoba dengan interferon/
3. Terapi dengan interferon

Sekarang telah dikembangkan perubahan strategi terapi bagian pasien dengan hepatitis C kronik yang belum pernah mendapatkan pengobatan IFN, seperti:

- a. Kombinasi IFN dengan ribavirin

Terapi kombinasi IFN dan ribavirin terdiri dari IFN tiga juta unit tiga kali seminggu dan RIB 1000-2000mg perhari tergantung berat badan (1000mg untuk berat badan kurang dari 75 kg) yang diberikan untuk jangka waktu 24-48 minggu.

- b. Terapi induksi IFN

Terapi induksi interferon, yaitu interferon diberikan dengan dosis yang lebih tinggi dari tiga juta unit setiap hari untuk 2-4 minggu yang dilanjutkan dengan

tiga juta unit tiga kali seminggu selama 48 minggu dengan atau tanpa kombinasi RIB.

c. Terapi dosis IFN setiap hari

Terapi dosis interferon setiap hari. Dasar pemberian IFN dengan dosis tiga juta atau lima juta unit tiap hari sampai HCV-RNA negatif di serum dan jaringan hati/

4. Pengobatan spesifik

Pengobatan yang spesifik dari sirosis hati akan diberikan jika telah terjadi komplikasi seperti astises, spontaneous bacterial peritonitis, hepatorenal syndrome, dan ensefalopathy hepatic/

5. Pengelolaan ascites

Untuk acites dapat dikendalikan dengan terapi konservatif yang terdiri atas:

- a. Istirahat.
- b. Diet rendah garam untuk acites ringan dicoba dahulu dengan istirahat dan diet.
- c. Rendah garam dan penderita dapat berobat jalan, dan apabila gagal maka penderita harus dirawat.
- d. Diuretik. Pemberian diuretik hanya bagi penderita yang telah menjalani diet rendah garam dan pembatasan cairan namun penurunan berat badannya kurang dari 1 kg setelah 4 hari. Mengingat salah satu komplikasi akibat pemberian diuretik adalah spironolacton, dan dimulai dengan dosis rendah, serta dapat dinaikkan dosisnya bertahap tiap 3-4 hari, apabila

dengan dosis maksimal diuresinya belum tercapai maka dapat kita kombinasikan dengan furosemid.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Sirosis Hepatis

2.2.1 Pengkajian (Anamnesa)

1. Identitas

Serosis hepatitis merupakan penyakit yang sering di jumpai setiap tahun di indonesia, kasus ini banyak dijumpai pada kaum laki-laki di banding perempuan dengan perbandingan 2-4 : 1 dengan umur rata-rata terbanyak antara golongan 30-49 tahun dengan puncaknya sekitar 40-49 tahun .

2. KeluhanUtama

Nyeri abdomen kuadran atas, nafsu makan menurun, badan terasa lemah, bengkak, sesak nafas (Muttaqin, 2011).

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Alkoholisme, riwayat menderita hepatitis viral, gagal jantung kanan berat kronis (cor pulmonal), obstruksi kronis dari duktus koledoktus dan infeksi (kolesistitis) (Muttaqin, 2011).

4. Riwayat Penyakit Sekarang

Mengapa pasien masuk Rumah Sakit dan apa keluhan utama pasien, sehingga dapat ditegakkan prioritas masalah keperawatan yang dapat muncul.

5. Aktivitas Kehidupan Sehari – hari

a. Aktivitas dan istirahat :

kelemahan, kelelahan, terlalu lelah, penurunan massa otot/tonus (Muttaqin, 2011).

b. Sirkulasi

Riwayat gagal jantung koroner kronis, perikarditis, penyakit jantung, reumatik, kanker (malfungsi hati menimbulkan gagal hati), distrimia, bunyi jantung ekstra (S3, S4) (Muttaqin, 2011).

c. Eliminasi

Flatus, Distensi abdomen (hepatomegali, splenomegali, asites), penurunan atau tidak ada bising usus, feces warna tanah liat, melena, uringelap, pekat (Muttaqin, 2011).

d. Nutrisi

Anoreksia, tidak toleran terhadap makanan/tidak dapat menerima, mual, muntah, penurunan berat badan atau peningkatan cairan penggunaan jaringan, edema umum pada jaringan, kulit kering,turgor buruk, ikterik,angiomaspider, Nafas berbau/fetor hepaticus, perdarahan gusi (Muttaqin, 2011).

e. Neurosensori

Orang terdekat dapat melaporkan perubahan keperibadian, penurunan mental, perubahan mental, bingung halusinasi, koma bicara

lambat/tak jelas (Muttaqin, 2011).

f. Nyeri

Nyeri tekan abdomen/nyeri kuadran atas, pruritus, neuritis perifer, perilaku berhati-hati/distraksi, fokus pada diri sendiri (Muttaqin, 2011).

g. Respirasi

DispneaTakipnea, pernapasan dangkal, bunyi napas tambahan, Ekspansi paru terbatas (asites), Hipoksia (Muttaqin, 2011).

h. Keamanan

Pruritus, demam (lebih umum pada sirosis alkoholik), ikterik, ekimosis, petekia, angiomaspidar/teleangiektasis, eritema palmar (Muttaqin, 2011).

i. Seksualitas

Gangguan menstruasi/impoten, atrofi testis, ginekomastia, kehilangan rambut (dada, bawah lengan, pubis) (Muttaqin, 2011).

6. Data Psikososial dan Spiritual

a. Psikososial

Sirologi hati adalah suatu penyakit yang tidak dapat disembuhkandan perlu biaya yang banyak untuk pengobatan. Biaya untukpemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mempengaruhistabilitas emosi dan pikiran pasien dan keluarga. Pasien merasatidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah tidak kooperatif(Muttaqin, 2011).

b. Sosio

Pasien akan kehilangan peranya dalam keluarga dan dalam masyarakat karena karena harus menjalani perawatan yang waktunya tidak akan sebentar dan juga akan perasaan akan ketidakmampuan dalam melakukan kegiatan seperti kebutuhanya sendiri seperti biasa (Muttaqin, 2011).

c. Spritual

Pasien akan mengalami gangguan kebutuhan spiritual sesuai dengan keyakinanya baik dalam jumlah ataupun dalam beribadah yang diakibatkan karenakelemahan dan ketidakmampuan (Muttaqin, 2011).

2.2.2 Masalah Keperawatan

1. Ketidakefektifan pola nafas berbubungan dengan keterbatasan ekspansi dada karena hidrotoraks dan ascites.
2. Perubahan status nutrisi, kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat (anoreksia, nausea, vomitus).
3. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi cairan karena aldosteron meningkat, dan tekanan osmotik koloid menurun.
4. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fisiologis seperti ikterik, asites, edema, ginekomastia.
5. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan pruritus.
6. Gangguan citra tubuh b.d perubahan peran fungsi
7. Intoleransi aktivitas b.d kelelahan
8. Ketidakmampuan coping keluarga
9. Resiko ketidakseimbangan elektrolit
10. Resiko perdarahan
11. Resiko gangguan fungsi hati

2.2.3 Intervensi keperawatan

1. Diagnosa 1

Ketidakefektifan pola nafas berbubungan dengan keterbatasan ekspansi dada karena hidrotoraks dan asites.

Tujuan : Pola nafas kembali efektif

Kriteria Hasil : Bebas dispnea dan sianosis, GDA dalam rentang normal, pola nafas efektif, kapasitas vital alam rentang normal.

Intervensi	Rasional
1. -Berikan tambahan O ₂ sesuai indikasi.	1. -Mungkin perlu mengobati/mencegah hipoksia. Bila pernapasan/oksigenasi tidak adekuat, ventilasi mekanik sesuai kebutuhan.
2. -Penanganan ascites; istirahat dan diet rendah garam.	2. Bila istirahat dan diet rendah garam tidak dapat mengatasi, diberikan pengobatan diuretik berupa spironolakton 50-100 mg/hari (awal) dan dapat ditingkatkan sampai 300 mg/hari bila setelah 3-4 hari tidak terdapat perubahan.
3. -Pertahankan kepala tempat tidur tinggi. Posisi miring.	3. -Memudahkan pernafasan dengan menurunkan tekanan pada diafragma dan meminimalkan ukuran aspirasi secret.
4. -Awasi frekuensi, kedalaman dan upaya pernafasan.	4. -Pernafasan dangkal cepat/dispnea mungkin ada sehubungan dengan hipoksia dan atau akumulasi cairan dalam abdomen.

--	--

2. Diagnosa 2

Perubahan status nutrisi, kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat (anoreksia, nausea, vomitus)

Tujuan : Kebutuhan nutrisi terpenuhi

Kriteria hasil : Tidak mengalami tanda malnutrisi lebih lanjut (mata tidak cawong, turgor kulit baik, tidak terjadi anemia), menunjukkan peningkatan berat badan progresif mencapai tujuan dengan nilai laboratorium normal.

Intervensi	Rasional
<p>1. -Konsul denga ahli diet untuk emberikan diet tinggi dalam kalori dan karbohidrat sederhana, rendah lemak dan tinggi protein sedang; batasi natrium bila perlu. Berikan tambahan cairan sesuai indikasi.</p> <p>2. -Awasi pemeriksaan laboratorium, contoh glukosa serum, albumin, total protein, amonia</p>	<p>1. -Kalori dibutuhkan pada kebanyakan pasien yang pemasukannya dibatasi, karbohidrat memberi ennergi siap pakai. Lemak sulit diserap. Protein diperlukan untuk menurunkan edema dan meningkatkan regenerasi sel hati. Catatan: Protein dan makanan tinggi ammonia dibatasi bila kadar ammonia meninggi atau pasien mempunyai tanda klinis ensefalopati hepatic.</p> <p>2. -Glukosa menuurn karena gangguan glikogenesis, penurunan simpanan glikogen, atau masukan tak adekuat. Protein menurun karena gangguan metabolisme, penurunan sintesis hepatic, atau ascites. Peningkatan kadar ammonia perlu pembatasan masukan protein untuk mencegah komplikasi serius.</p>

<p>3. -Berikan obat sesuai dengan indikasi: Tambahan vitamin, thiamin, besi, asam folat dan Enzim pencernaan</p> <p>-4. Pemberian antiemetik</p>	<p>3. -Hati yang rusak tidak dapat menyimpan Vitamin A, B kompleks, D dan K, juga terjadi kekurangan besi dan asam folat yang menimbulkan anemia. Dan meningkatkan pencernaan lemak dan dapat menurunkan diare.</p> <p>4. -Untuk menghilangkan mual atau muntah dan dapat meningkatkan pemasukan oral.</p>
--	--

3. Diagnosa 3

Kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan retensi cairan karena aldosteron meningkat, dan tekanan osmotik koloid menurun.

Tujuan : Mengurangi retensi cairan dalam area ekstrasvaskuler

Kriteria hasil : Volume cairan stabil, keseimbangan pemasukan dan pengeluaran, tidak ada edema, berat badan stabil, tanda vital dalam rentang normal.

Intervensi	Rasional
<p>1. -Berikan albumin bebas garam atau plasma ekspander sesuai indikasi.</p> <p>2. -Berikan obat sesuai indikasi : diuretic, contoh (aldakton) : furosemid (lasix)</p>	<p>1. -Albumin mungkin diperlukan untuk meningkatkan tekanan osmotik koloid dalam kompartemen vaskuler, sehingga meningkatkan volume sirkulasi efektif dan penurunan terjadinya asites.</p> <p>2. -Digunakan untuk mengontrol edema dan asites. Menghambat efek aldosteron, meningkatkan ekskresi air sambil menghemat kalium, bila terapi</p>

<p>3. -Ukur masukan dan haluaran, catat keseimbangan positif (pemasukan melebihi pengeluaran). Timbang berat badan tiap hari, dan catat peningkatan lebih dari 0,5 kg/hari.</p> <p>4. -Ukur lingkar abdomen.</p> <p>5. -Dorong untuk tirah baring bila ada asites.</p>	<p>konservatif dengan tirah baring dan pembatasan natrium tidak mengatasi.</p> <p>3. -Menunjukkan status volume sirkulasi, terjadinya perbaikan pindahan cairan, dan respon terhadap terapi. Keseimbangan positif/peningkatan berat badan sering menunjukkan retensi cairan lanjut.</p> <p>4. -Menunjukkan akumulasi secret (asites) diakibatkan oleh kehilangan protein plasma/cairan kedalam area peritoneal.</p> <p>5. Dapat meningkatkan posisi rekumben untuk diuresis.</p>
--	--

4. Diagnosa 4

Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fisiologis seperti ikterik, asites, edema, ginekomastia.

Tujuan: Mempertahankan coping yang efektif.

Kriteria hasil : Pemahaman akan perubahan dan penerimaan diri pada situasi yang ada, mengidentifikasi perasaan dan metode coping persepsi diri negatif.

Intervensi	Rasional
<p>1. -Rujuk ke pelayanan pendukung, contoh konselor, psikiatrik, pelayanan social, pendeta, atau program pengobatan alcohol.</p>	<p>1. -Peningkatan kerentanan atau masalah sehubungan dengan penyakit ini memerlukan sumber professional pelayanan tambahan.</p>

<p>2. -Diskusikan situasi/dorong pernyataan takut/masalah. Jelaskan hubungan antar gejala dengan asal penyakit.</p> <p>3. -Dukung dan dorong pasien, berikan perawatan dengan positif, perilaku bersahabat.</p> <p>4. -Bantu pasien atau orang terdekat untuk mengatasi perubahan pada penampilan; anjurkan memakai baju yang tidak menonjolkan gangguan penampilan contoh menggunakan pakaian merah, biru, hitam.</p>	<p>2. -Pasien sangat sensitive terhadap perubahan tubuh dan juga mengalami perasaan bersalah bila penyebab berhubungan dengan alcohol 80% atau penggunaan obat lain.</p> <p>3. -Pemberi perawatan kadang-kadang memungkinkan penilaian perasaan untuk mempengaruhi perawatan pasien dan kebutuhan untuk membuat upaya untuk membantu pasien merasakan nilai pribadi.</p> <p>4. -Pasien dapat menunjukkan penampilan kurang menarik sehubungan dengan ikterik ascites, area ekimosis. Memberikan dukungan dapat meningkatkan harga diri dan rasa kontrol.</p>
--	--

5. Diagnosa 5

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan pruritus.

Tujuan : Mengurangi kerusakan kulit.

Kriteria hasil : Mempertahankan Integritas kulit, menunjukkan perilaku/teknik untuk mencegah kerusakan kulit.

Intervensi	Rasional
<p>1. -Batasi natrium seperti yang diresepkan</p> <p>2. -Berikan perhatian dan perawatan yang cermat pada kulit.</p> <p>3. -Ubah posisi tidur pasien dengan sering.</p>	<p>1. -Meminimalkan pembentukan edema</p> <p>2. -Jaringan dan kulit yang edematus mengganggu suplai nutrien dan sangat rentan terhadap tekanan serta trauma.</p> <p>3. -Meminimalkan tekanan yang lama dan meningkatkan mobilisasi edema.</p>

4. -Tinggikan ekstremitas bawah.	4. -Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan edema pada ekstremitas.
----------------------------------	---

6. Diagnosa 6

Gangguan citra tubuh berbubungan dengan perubahan peran fungsi.

Tujuan:konfusi dalam gambaranmental tentang diri-fisik individu

Kriteria hasil : perilaku mengenali tubuh individu.

Intervensi	Rasional
1. -body image positif	1. -kaji secara verbal dan non verbal respon klien terhadap tubuhnya.
2. -mampu mengidentifikasi kekuatan personal	2. -monitor frekuensi mengkritik dirinya
3. -mendiskripsikan secara faktual perubahan fungsi tubuh.	3. -dorong klien mengungkapkan perasaannya.
4. -mempertahankan interaksi sosial.	4. -identifikasi arti pengurangan melalui alat bantu.

7. Diagnosa 7

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan

Tujuan : ketidakcukupan energipsikologis atau fisiologis untuk melanjutkan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan

Kriteria hasil : respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas, menyatakan merasa letih..

Intervensi	Rasional
1. -bantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas kemampuan 2. -bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda. 3. -monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.	1. -mengetahui kemampuan klien 2. -mengetahui kondisi klien saat ini 3. -memudahkan pasien dalam beraktivitas

8. Diagnosa 8

Ketidak mampuan koping keluarga.

Tujuan : Kemampuan klien untuk cara efektif menangani tugas penting menangani adaptasi keduanya terhadap masalah kesehatan.

Kriteria hasil : kapasitas sistem keluarga dalam mempertahankan rutinitas dan mengembangkan strategi untuk mengoptimalkan fungsi jika ada anggota keluarga yang sakit kronis..

Intervensi	Rasional
1. -Bantu keluarga dalam mengenal masalah	1. -Agar keluarga paham masalah klien
2. -dorong partisipasi keluarga dalam semua pertemuan kelompok	2. -agar keluarga mengetahui tindakan apa yang akan dilakukan ke klien
3. -membantu pasien beradaptasi dengan persepsi stresor, perubahan, atau ancaman.	3. -Memudahkan perawatan klien.
4. -Dorong untuk tirah baring bila ada asites.	4. -Dapat meningkatkan posisi rekumben untuk diuresis.

9. Diagnosa 9

Resiko ketidak seimbangan elektrolit.

Tujuan: Mempertahankan elektrolit.

Kriteria hasil : mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal..

Intervensi	Rasional
1. -monitor status hidrasi.	1. -mengetahui kondisi pasien.
2. -monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian.	2. -mengetahui intake output pasien
3. -dorong keluarga untuk membantu pasien makan.	3. -membantu dalam intake pasien
4. -kolaborasi pemberian cairan iv.	4. -mengetahui reaksi obat pada pasien.

10. Diagnosa 10

Resiko perdarahan.

Tujuan : Mencegah resiko perdarahan.

Kriteria hasil : tidak ada hematuris dan hematemesis.

Intervensi	Rasional
1. -monitor ketat tanda-tanda perdarahan	1. -Meminimalkan terjadinya perdarahan.
2. -pertahankan bed rest selama	2. -mengurangi perdarahan berlebihan

perdarahan aktif.	
3. -identifikasi penyebab perdarahan.	3. -Meminimalkan terjadinya perdarahan
4. -intruksi pasien untuk menekan area luka pada saat bersin atau batuk.	4. -Mencegah terjadinya perdarahan .

11. Diagnosa 11

Resiko gangguan fungsi hati.

Tujuan: Mencegah resiko gangguan fungsi hati.

Kriteria hasil : pengendalian resiko : penggunaan alkohol, narkoba dan deteksi resiko.

Intervensi	Rasional
1. -beri pengetahuan tentang proses penyakit	1. -Meminimalkan terjadinya penyakit yang di alami.
2. -kaji pengetahuan pasien tentang kondisinya.	2. -mengetahui kondisi pasien saat ini
3. -mendiskusikan pilihan terapi.	3. -apakah pasien ada alergi dengan obat atau makanan
4. -diskripsikan kemungkinan komplikasi kronik.	4. -Agar pasien mengetahui lebih dini penyakit .

2.2.4 Impelementasi

Selama tahap implementasi perawat melaksanakan rencana asuhan keperawatan. Instruksi keperawatan diimplementasikan untuk membantu pasien memenuhi kriteria hasil.

Komponen tahap implementasi yaitu:

1. Tindakan Observasi

Tindakan dengan melihat riwayat status kondisi saat melakukan bertemu langsung dengan pasien.

2. Tindakan keperawatan mandiri

Tindakan keperawatan mandiri dilakukan tanpa pesanan dokter. Tindakan keperawatan mandiri ini ditetapkan dengan *Standar Praktik American Nurses Association*, undang-undang praktik perawat negara bagian dan kebijakan institusi perawatan kesehatan.

3. Tindakan edukatif

Yaitu tindakan sebagai pendidik kepada keluarga pasien selama dirawat di rumah sakit.

4. Tindakan keperawatan kolaboratif

Tindakan keperawatan kolaboratif diimplementasikan bila perawat bekerja dengan anggota tim perawatan kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah pasien.

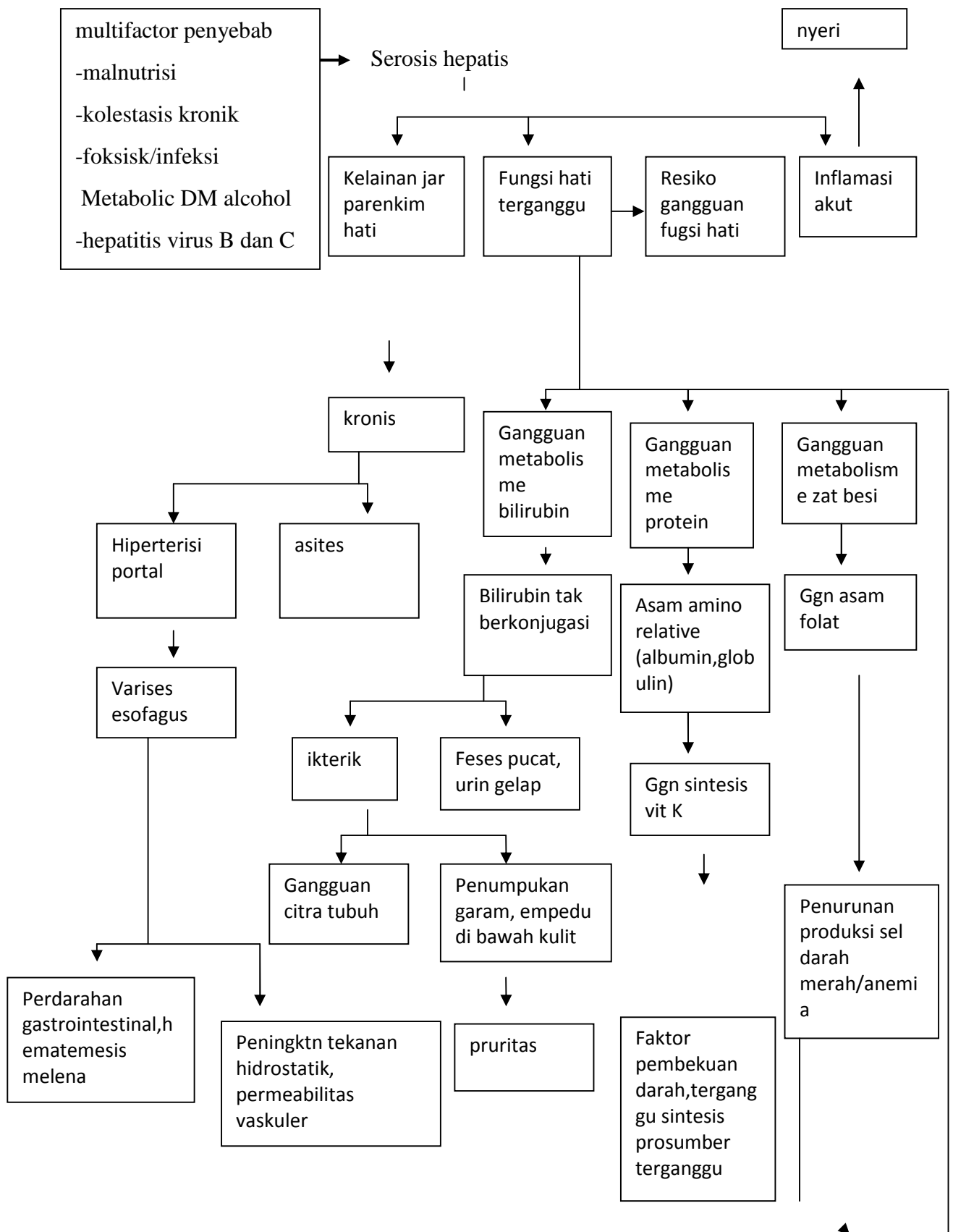
5. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon pasien terhadap asuhan keperawatan. (Ardiansyah,2012)

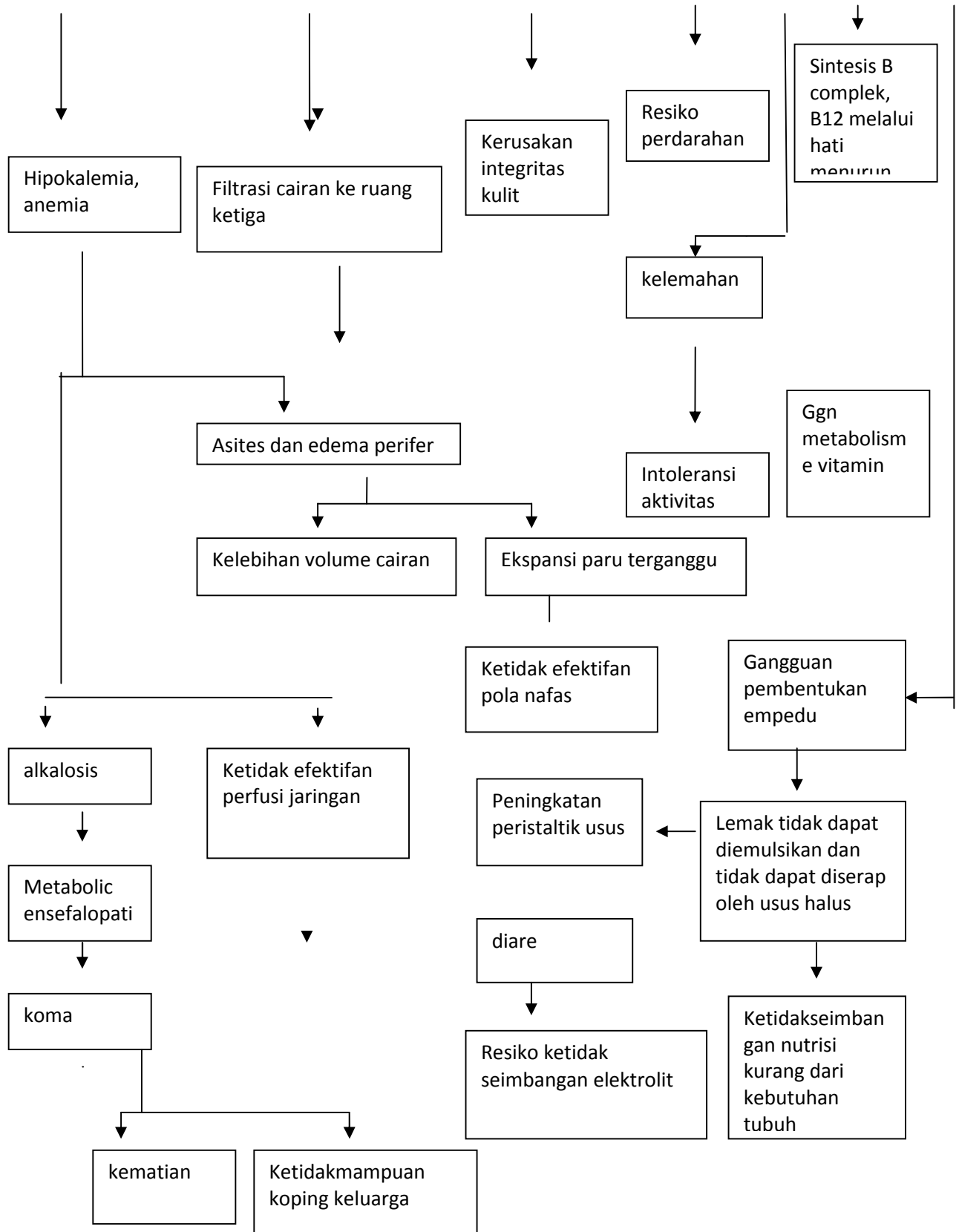
2.2.5 Evaluasi

Dengan pencapaian kriteria hasil, pasien keluar dari siklus proses keperawatan dan rencana asuhan keperawatan berakhir. Perawat menulis catatan pulang yang meringkas resolusi dari setiap diagnosa keperawatan. Catatan pulang ini menunjukkan status pasien saat dipulangkan dari sistem perawatan kesehatan. Tanda-tanda vital, prosedur-prosedur yang dilakukan, obat-obatan, kemampuan

merawat diri, sistem pendukung dan perjanjian untuk kontrol adalah contoh-contoh informasi yang dimasukkan dalam catatan pulang. Jika kriteria hasil tidak tercapai, pasien masuk kembali ke siklus proses keperawatan. (Ardiansyah, 2012).

2.2.6 Kerangka masalah





Gambar 2. Kerangka masalah

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. M dengan Sirosis Hepatis maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 4 juni 2018 sampai dengan 6 junii 2018, dengan data pengkajian pada tanggal 4 juni 2018 pukul 08.00 WIB. Pasien pindah ruangan pada tanggal 6 junii 2018 pukul 19.05 WIB ke ruang B2. Anamnesa diperoleh dari pasien sendiri dan file No. RM 55-19-XX, sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Pasien

Pasien adalah seorang laki-laki bernama “Tn. M” berumur 67 tahun, beragama islam, status pasien menikah. Pasien tinggal di Pamekasan, pendidikan terakhir pasien adalah S1 dan pekerjaan pasien saat ini adalah Pensiunan. Penanggung biaya pasien adalah dari BPJS Kesehatan.

3.1.2 Riwayat kesehatan

1. Keluhan Utama

Pasien mengatakan tidak ada keluhan apa-apa

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien merupakan rujukan dari rumah sakit pamekasan dengan koma hipoglikemi dan di bawa ke IGD RSAL Dr.Ramelan Surabaya jam 13.02 wib 1 juni 2018, dengan keadaan koma. Dan dibawa keruang HCU jam 14.32 wib 1 juni 2018 untuk perawatan lebih lanjut dengan kondisi koma. Dan sekarang tanggal 4 juni 2018 pasien masih dirawat di ruang HCU dengan kondisi sadar, keadaan

umum baik, GCS 4/5, TD :131/75 mmhg, N :85x/mnt, RR: 23x/mnt, S: 37,1°C,
Composmentis, saturasi oksigen 98%.

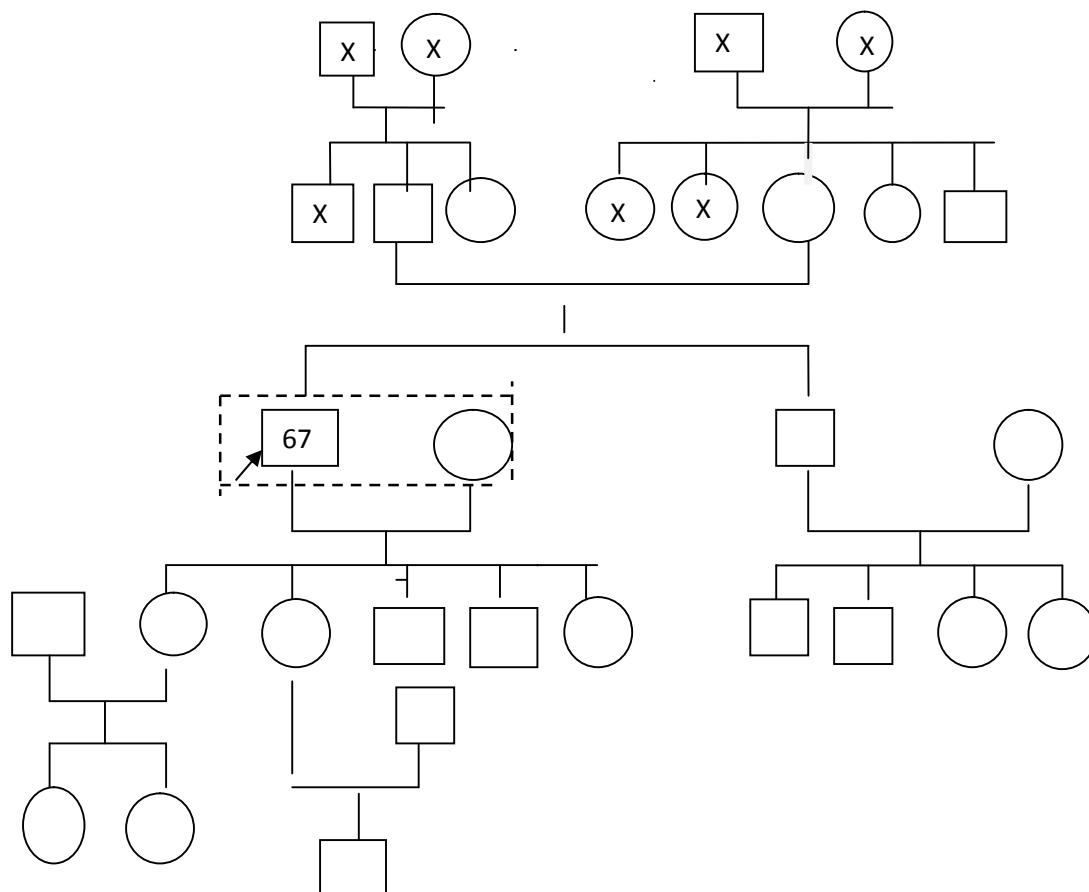
3. Riwayat Penyakit Dahulu


Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit Hepatitis B 3 tahun lalu.

4. Riwayat kesehatan Keluarga

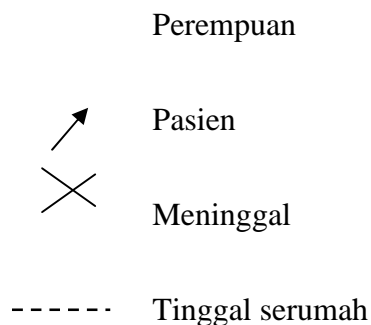
Pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita penyakit seperti pasien sekarang dan tidak ada yang menderita penyakit menular ataupun keturunan.

5. Genogram Keluarga Tn.M



Keterangan :  Laki-laki





Gambar 3.1 Genogram

6. Riwayat alergi

Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi obat ataupun makanan.

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum :

Kesadaran : compos metris RR : 23x/menit

TD : 130/75 mmHg N/S : 85x/mnt /37,1°C

BB sebelum sakit : - kg BB sesudah sakit : - Kg

1. B1 Breath (Pernafasan)

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, tidak terdapat otot bantu nafas tambahan, irama nafas pasien reguler, pasien sesak nafas, pasien tidak batuk, ada sputum, tidak ada sianosis, kemampuan aktivitas tidak terbatas. Pada pemeriksaan perkusi terdapat suara sonor. Pada pemeriksaan auskultasi tidak ada suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler, RR: 23x/menit.

Masalah Keperawatan : Ketidakefektifan Pola Nafas

2. B2 Blood (Kardiovaskuler dan Limfatik)

Pada pemeriksaan inspeksi tidak terdapat oedema, tidak terdapat perdarahan. Pada pemeriksaan palpasi, ictus cordis teraba pada ICS 4-5 mid clavicula sinistra, tidak terdapat nyeri dada, irama jantung reguler, CRT < 2 detik, akral teraba hangat, kering, merah, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tekanan darah 130/75 mmHg, nadi 85x/menit. Pada pemeriksaan auskultasi terdapat bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. B3 Brain (Persyarafan dan Penginderaan)

Pada pemeriksaan inspeksi keadaan umum pasien baik, kesadaran compos mentis, GCS 456, bentuk kepala bulat simetris dan tidak ada kelainan, tidak ada paralisis, bentuk hidung simetris, septum terletak di tengah, tidak ada polip, bentuk mata simetris dan tidak ada kelainan, reaksi pupil isokor, reflek cahaya +/- , konjungtiva anemis, sklera ikterik, lapang pandang pasien baik, bentuk telinga simetris, tidak ada kelainan pada telinga, kebersihan telinga bersih, tidak ada alat bantu pendengaran, kebersihan lidah bersih, tidak ada kesulitan menelan, cara berbicara pasien jelas dan lancar. Pada pemeriksaan palpasi kaku kuduk (-), babinzky (+). Pada pemeriksaan perkusi triceps (+/+), bisep (+/+), patella (+/+), dan achilles (+/+).

a. Nervus I (Olfaktorius)

Sifatnya sensorik mensarafi hidung membawa rangsangan aroma (bau-bauan) dari aroma rongga hidung ke otak.

Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih.

b. Nervus II (Optikus)

Sifatnya sensorik, mensarafi bola mata membawa rangsangan penglihatan ke otak.

Pasien mampu melihat tisu jarak 30 cm.

c. Nervus III (Okulomotorius)

Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot orbital (otot penggerak bola mata) atau sebagai pembuka bola mata.

Pasien mampu menggerakkan bola mata ke kanan dan kiri.

d. Nervus IV (Trochlear)

Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot orbital, sebagai pemutar bola mata.

Pasien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan bawah.

e. Nervus V (Trigeminus)

Sifatnya majemuk (sensorik-motorik) bertanggung jawab untuk pengunyah.

Sensorik : Pasien mampu merasakan sentuhan tangan

Motorik : Pasien mampu menggertakkan gigi

f. Nervus VI (Abdusen)

Sifatnya motorik, sebagai pemutar bola mata ke arah luar.

Pasien mampu melihat ke segala arah.

g. Nervus VII (Fasial)

Sifatnya majemuk (sensorik-motorik), sebagai mimik wajah dan menghantarkan rasa pengecap, asam, asin dan manis.

Sensorik : Pasien mampu merasakan rasa.

Motorik : Pasien mampu tersenyum.

h. Nervus VIII (Vestibulokokhlearis)

Sifatnya sensorik, saraf kranial ini mempunyai dua bagian sensoris yaitu auditori dan vestibular yang berperan sebagai penerjemah.

Pasien mampu mendengar dengan baik.

i. Nervus IX (Glosopharyngeal)

Berperan dalam menelan dan respon sensori terhadap rasa pahit di lidah.

Pasien mampu menelan.

j. Nervus X (Vagus)

Sifatnya majemuk (sensorik-motorik) mensarafi faring, laring dan palatum.

Pasien mampu menelan.

k. Nervus XI (Asesoris)

Sifatnya motorik, saraf ini bekerja sama dengan vagus untuk memberi informasi ke otot laring dan faring.

Otot bantu pernafasan sternokleidomastoideus tidak teraba dan terlihat.

l. Nervus XII (Hipoglosal)

Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot lidah.

Pasien mampu menjulurkan lidah.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

4. B4 Bladder (Perkemihan dan Genetalia)

Pada pemeriksaan inspeksi pasien tidak terpasang urine cateter, frekuensi urine sebelum masuk rumah sakit 4-5x/hari, dengan jumlah urine \pm 800 cc dalam 24 jam, warna kuning. Sesudah masuk rumah sakit 3x/hari, dengan jumlah urine

850 cc dalam 24 jam, warna kuning. Pemeriksaan palpasi tidak ada distensi pada area kandung kemih.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. B5 Bowel (Pencernaan)

Pada pemeriksaan inspeksi, mulut tampak bersih, membran mukosa kering, tidak terdapat gigi palsu, tidak ada kelainan pada faring. Pola nutrisi SMRS: Pasien menyukai semua jenis makanan dan porsi makan 2 x sehari. Pola nutrisi MRS: diit CTS (cair tanpa susu) 1200 kalori, yaitu kacang hijau dan labu merah. Pasien tidak mual muntah. Pasien makan 3x sehari melalui NGT, minum air putih \pm 200 cc/hari, tidak ada nyeri telan, bentuk perut cembung, tidak ada kelainan pada abdomen, tidak ada kelainan pada rectum dan anus. Pola eliminasi alvi SMRS: Pola BAB pasien 1x/hari dengan konsistensi lembek, warna kecoklatan. Pola eliminasi alvi MRS : 1x/hari dengan konsistensi lembek, warna kecoklatan. Pasien tidak ada colostomi. Pada saat palpasi teraba ada pembesaran pada hepar, tidak teraba pembesaran pada lien, tidak ada nyeri tekan abdomen. Perkusi timpani pada daerah lambung. Pada auskultasi bising usus 13x/menit (5-35x/menit).

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. B6 Bone (Muskuloskeletal & Integumen)

Pada pemeriksaan inspeksi rambut dan kulit kepala tampak bersih, warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis. Tidak ada kelainan tulang dan tidak ada kelainan jaringan atau trauma, ROM bebas.

5555	5555
5555	5555

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**7. Endokrin**

Thyroid : Tidak teraba pembesaran kelenjar thyroid

Hiperglikemia : Tidak ada hiperglikemia

Hipoglikemia : Tidak ada hipoglikemia

Gluc: 93 mg/dl normal: 76-110 mg/dl

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**8. Seksual-Reproduksi**

Pasien tidak menstruasi, pasien tidak mempunyai masalah menstruasi, pasien tidak pernah pap-smear, pasien tidak pernah melakukan pemeriksaan payudara tiap bulan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**9. Kemampuan Perawatan Diri**

Tabel 3.1 Kemampuan Perawatan diri

Kemampuan Perawatan Diri		SMRS	MRS	Skor : 1 : Mandiri 2 : Alat bantu 3 :Dibantu orang lain dan alat 4:Tergantung/tidak mampu
	Mandi	1	4	
	Berpakaian/dandan	1	4	
	Toileting/eliminasi	1	4	
	Mobilitas di tempat tidur	1	4	
	Berpindah	1	4	
	Berjalan	1	4	
	Naik tangga	1		
	Berbelanja	1		
	Memasak	1		
	Pemeliharaan rumah	1		
	Alat bantu berupa : Tidak ada			
MASALAH :Tidak ada masalah keperawatan				

Masalah Keperawatan : Defisit perawatan diri**10. Personal Hygiene**

SMRS pasien mandi 2 x sehari, keramas 1 x seminggu, ganti pakaian 1 x sehari, menyikat gigi 2 x sehari dan memotong kuku 1 x seminggu. Ketika MRS pasien mandi diseka 2 x sehari, keramas tidak pernah, ganti pakaian 1 x sehari, menyikat gigi tidak pernah dan memotong kuku tidak pernah.

Masalah Keperawatan : Defisit perawatan diri**11. Istirahat-Tidur**

SMRS : Pasien tidur siang pukul 13.00 – 15.00 wib, tidur malam pukul 21.00 – 04.00 wib jumlah \pm 8 jam/hari. MRS : Pasien tidur siang pukul 11.00 – 13.00, tidur malam 20.00 - 04.00 wib jumlah \pm 10 jam/hari, pasien tidak memiliki kebiasaan sebelum tidur. Tidak ada masalah saat tidur.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**12. Kognitif Perseptual-Psiko-Sosio-Spiritual****a. Persepsi terhadap sehat sakit**

Menurut pasien sehat adalah bahwa sehat yang di alami adalah cobaan dari Allah dan harus berhati-hati menjaga kesehatan.

b. Konsep diri

- 1) Gambaran diri : Pasien sadar akan sakit yang dialami.
- 2) Identitas diri : Pasien dapat menyebutkan dirinya dengan baik.
- 3) Peran diri : Pasien mengatakan sebagai kepala rumah tangga.
- 4) Ideal diri : Pasien ingin sembuh.
- 5) Harga diri : Pasien menerima keadaan penyakitnya.

Kemampuan berbicara lancar, bahasa yang digunakan bahasa madura dan Indonesia. Pasien mampu beradaptasi terhadap masalah dengan baik, pasien tidak ansietas. Selama di rumah sakit pasien tidak pernah berolah raga, dan kegiatan ibadah pasien selalu berdoa dan meminta kesembuhan pada Allah.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Tabel 3.2. Hasil Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Normal
Pemeriksaan tanggal 4juni 2018			
Gluc	93	mg/dl	76-110
TP	7,43	g/dl	6.60-8,30
ALB	2,28	.g/dl	3,50-5,00
Globulin	5,2	g/dl	
Pemeriksaan tanggal 1-juni-2018			
Hemoglobin	14,2	g/dl	13,5-18
WBC	9,020	/cmm	4.500- 11.000/cmm
RBC	3,88		4,5 – 6,2 juta/cmm
HCT	38,1	%	40-54%
PLT	100		150-450 ribu/cmm

2. Foto thoraks : Tidak ada

3. Indikator Skor Pasien

Tabel 3.3 Pemeriksaan Risiko Jatuh (Morse)







Faktor Risiko	Skala	Skor	Kesimpulan
Riwayat jatuh (dalam 3 bulan)	Ya	25	() Risiko Tinggi = > 45 () Risiko sedang = 25-44 () Risiko rendah = 0-24 30
	Tidak	0	
Diagnosa sekunder	Ya	15	
	Tidak	0	
Alat bantu	Berpegangan pada perabot	30	
	Tongkat/alat penopang	15	
	Tidak ada perawat/kursi roda/tirah baring	0	
Terpasang infus	Ya	20	
	Tidak	0	
Gaya Berjalan	Kesulitan/terganggu	20	
	Lemah	10	
	Normal/immobilisasi	0	
Status mental	Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki	15	
	Sadar akan kemampuan diri sendiri	0	

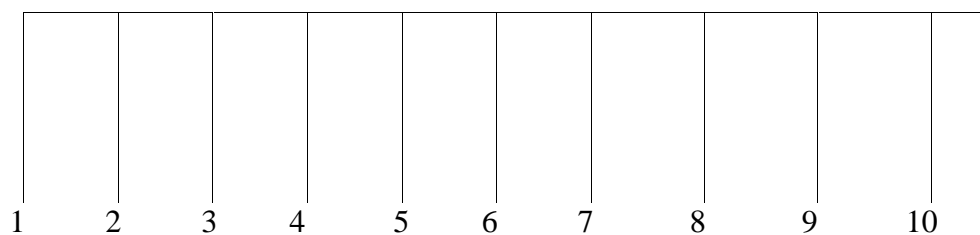
Tabel 3.4 Pemeriksaan Risiko Trauma Kulit/Decubitus (The Norton Scale)

Parameter	Skala	Skor	Kesimpulan
Kondisi fisik	Sangat buruk	1	() Risiko tinggi = < 12 () Risiko sedang = 12-15 () Risiko kecil = 16-20
	Buruk	2	
	Cukup	3	
	Baik	4	
Kondisi mental	Stupor-koma	1	
	Konfus/Sopor	2	

	Apatis	3	15
	Komposmentis	4	
Aktivitas	Tirah baring	1	
	Kursi roda (hanya bisa duduk)	2	
	Dipapah (ambulan dengan bantuan)	3	
	Mandiri (Ambulan)	4	
	Mobilisasi	Sulit/tidak bergerak	
	Sangat terbatas	2	
	Sedikit terbatas	3	
	Penuh/bergerak bebas	4	
Inkontinensia	Inkontinensia alvi dan urine	1	
	Sering inkontinensia urine	2	
	Kadang-kadang	3	
	Tidak ada	4	

Tabel 3.5 Pemeriksaan Skala Nyeri (Wong Baker Faces Pain Rating Scores)

					
0	2	4	6	8	10
Tidak sakit	Sedikit sakit	Agak mengganggu	Mengganggu aktivitas	Sangat mengganggu	Tak tertahankan



Tabel 3.6 Pemeriksaan Kemandirian Dalam Aktivitas Sehari-Hari (Indeks Katz)

Skor	Kriteria
A	Mandiri dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi
B	Mandiri 5 fungsi, kecuali salah satu dari fungsi diatas
C	Mandiri 4 fungsi, kecuali mandi dan satu fungsi yang lain
D	Mandiri 3 fungsi, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi lain
E	Mandiri 2 fungsi, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu fungsi lain
F	Mandiri 1 fungsi, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah, dan satu fungsi lain
G	Ketergantungan untuk semua fungsi

Lingkari skor yang sesuai

Tabel 3.7 Pemeriksaan Glasgow Coma Scale

Respons	Respon	Nilai	Kesimpulan
Mata terbuka	Secara spontan	4	() 13-15 ringan () 9-12 sedang () 3-8 berat
	Terhadap suara bicara	3	
	Terhadap nyeri	2	
	Mata tidak terbuka	1	
Respons verbal terbalik	Orientasi	5	15
	Kacau	4	
	Penggunaan kata-kata tidak tepat	3	
	Suara tidak dapat dimengerti	2	
	Tidak bersuara	1	
Respons gerak (Motor) terbaik	Mematuhi perintah	6	
	Melokalisir Nyeri	5	
	Menarik dengan fleksi	4	
	Fleksi abnormal	3	
	Ekstensi abnormal	2	

	Flaksid (lemah dan lunak)	1	
--	---------------------------	---	--

Nilai total dari kemungkinan respon terbaik adalah 15

Tabel 3.8 Terapi Medis

No.	Terapi	Dosis	Indikasi	Rute
Pemberian Injeksi tanggal 4juni 2018				
1.	Tablet curcuma	3x1 (6-12-18)	Penambah nafsu makan	Oral
2.	Tablet B.Complex	3x1 (6-12-18)	Membantu memenuhi kebutuhan vitamin B complek	Oral
3.	Injeksi Cinam	3x1,5gr (4-12-20)	Infeksi kulit dan struktur kulit, infeksi dalam perut	IV
4.	Injeksi Ondansentron	2 x 4mg (6-18)	Obat mual	IV
5.	Infus D5 9% 500cc dan aminofusin hepar 500cc	1000cc/24jam	Meningkatkan kadar gula darah dan mengobati penyakit hati kronis	IV

Surabaya, 6 juni 2018

(ENNGA PERMADI)

3.2 Diagnosa Keperawatan

3.2.1 Analisa Data

No.	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS : pasien mengatakan sedikit sesak.</p> <p>DO : TD : 131/75mmHg Nadi : 85x/mnt Suhu : 37,1°C RR : 23x/menit SpO₂ : 98 % - pasien terpasang O₂ nasal kanul 7 LPM - terdapat secret (+)</p>	Hipersekresi	Pola Nafas tidak efektif
2.	<p>DS : pasien mengatakan sulit bergerak</p> <p>DO : -rentang gerak ROM menurun -pasien tirah baring</p>	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik
3.	<p>DS : pasien mengatakan tidak bisa mandi atau membersihkan tubuhnya.</p> <p>DO : -pasien tidak mampu melakukan kemampuan yang dipelajari sebelumnya.</p>	Kelemahan	Defisit perawatan diri

	-pasien tidak mampu personal hygiene		
--	--------------------------------------	--	--

3.2.2 Prioritas Masalah

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal		Nama Perawat
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Pola nafas tidak efektif b.d hipersekresi	4juni 2018	5juni 2018	engga
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	4juni 2018		engga
3.	Defisit perawatan diri b.d kelemahan	4juni 2018		engga

3.2.3Rencana Keperawatan

	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Pola nafas tidak efektif b.d hipersekresi	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola pernafasan efektif.</p> <p>KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi dan irama napas 16-20x/mnt. 2. Kedalaman inspirasi dalam batas normal 3. Tidak ada stimulasi sputum 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi suara dan frekuensi nafas 2. Anjurkan pasien dalam posisi semifowler, ketika sesak. 3. Pertahankan kepatenan jalan nafas 4. Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan dokter yaitu O2 nasal 7 Lpm 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai tanda-tanda vital pasien 2. Meningkatkan ekspansi paru dan mengurangi sesak nafas. 3. Agar nafas stabil. 4. Membantu menurunkan distres pernafasan yang di sebabkan oleh hipoksemia.
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot.	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan kep. 3x24 jam pasien menunjukkan tingkat mobilitas maksimal.</p> <p>KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu melakukan pergerakan dan perpindahan 2. Tidak membutuhkan bantuan orang lain 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tingkat intensitas ROM pasien 2. Ajarkan pasien dalam hal penggunaan alat bantu 3. Miringkan dan atur posisi pasien setiap 2 jam pada saat pasien di tempat tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui perkembangan pasien 2. Menilai batasan kemampuan aktivitas optimal 3. Tindakan ini mencegah kerusakan kulit dengan mengurangi tekanan

			4. Beri dorongan mobilitas mandiri dengan membantu pasien menggunakan penghalang tempat tidur	4. Tindakan ini meningkatkan tonus otot dan harga diri pasien
3.	Defisit perawatan diri b.d kelemahan (personal hygiene, kebutuhan pasien minum obat)	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan kebutuhan perawatan diri terpenuhi KH : 1. Pasien bersih dan bisa melakukan kegiatan personal hygiene secara minimal	1. Observasi kemampuan pasien dan keluarga dalam perawatan diri 2. Bantu pasien dalam personal hygiene 3. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan dan keluhan mengenai defisit perawatan diri 4. Pantau pencapaian hygiene setiap hari 5. Beri pasien obat sesuai advis dokter	1. Jika pasien tidak mampu perawatan diri, perawat dan keluarga membantu perawatan diri 2. Klien terlihat bersih dan rapi 3. Untuk membantu pasien mencapai tingkat fungsional sesuai kemampuannya 4. Penguatan dan penghargaan akan mendorong pasien untuk terus berusaha 5. Untuk membantu pasien memenuhi kebutuhan obatnya.

3.2.4 Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan

NO DX	WAKTU (tgl & jam)	TINDAKAN	TT WAT	WAKTU (tgl & jam)	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	TT WAT
1	4 juni 2018 09.00	Melakukan tindakan hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga dengan memperkenalkan diri maksud dan tujuan	engga	4 juni 2018 09.00-11.50	DX1 S: pasien mengatakan sedikit sesak O: 1. TTV : TD: 131/75 mmhg, RR: 23x/menit, N:85X/menit, S:37,1 ⁰ C, SPO ₂ : 98%	engga
1	09.20	Mengkaji kondisi pasien	engga			
1	10.30	Memasang O2 nasal kanul ke pasien 7 liter per menit	engga		2. Pasien terlihat terpasang O2 nasal kanul 7 LPM	

1	10.40	Memberikan posisi semi fowler untuk mengurangi sesak nafas	engga		3. Pasien tampak sedang dalam posisi semi fowler 30 ⁰	
1	11.50	Melakukan TTV : TD : 131/75 mmhg, RR: 23x/menit, N; 85X/menit, S:37,1 ⁰ C, SPO ₂ : 98%	engga		A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	

1	5 juni 2018			5 juni 2018	DX1	
1	09.00	Mengkaji kondisi pasien	engga	09.00-	S: pasien mengatakan sudah tidak sesak	
1	09.15	Melepas O2 nasal kanul, karena pasien sudah tidak sesak	engga	11.00	O:	
1	11.00	TD : 120/70 mmhg, RR: 20x/menit, N; 95X/menit, S:36,7 ⁰ C, SPO ₂ : 98%	engga		1. TTV : TD : 120/70 mmhg, RR: 20x/menit, N:95X/menit, S:36,7 ⁰ C, SPO ₂ : 98%	engga
					2. O2 nasal kanul sudah tidak terpasang	

					A: masalah teratasi P: intervensi dihentikan	

	4 juni 2018			4 juni 2018	DX 2	
2	09.20	Mengobservasi kondisi pasien	engga	09.20-12.15	S: Pasien mengatakan mengeluh sulit bergerak	
2	11.50	TD : 131/75 mmhg, RR: 23x/menit, N; 85X/menit, S:37,1 ⁰ C, SPO ₂ : 98%	engga		O:	
					1. TTV : TD : 131/75 mmhg, RR: 23x/menit, N; 85X/menit, S:37,1 ⁰ C, SPO ₂ : 98%	engga
2	12.10	Mengajari pasien miring kiri dan kanan	engga		2. Pasien terbatas gerak ROM nya	
					A: masalah belum teratasi	
2	12.15	Mengajari pasien dalam menggunakan alat bantu (berpegangan dengan treiling/penghalang tempat tidur)	engga		P: intervensi dilanjutkan	

2	5 juni 2018	Mengobservasi kondisi pasien	engga	29-05-2017 14.00	DX 2 S: Pasien mengatakan badannya sudah enakan O: 1. TTV : TD : 120/90 mmhg, RR: 19x/menit, N; 93X/menit, S:36,7 ⁰ C, SPO ₂ : 98%	engga
2	10.00	Membantu pasien duduk	engga			
2	10.30	Melatih kekuatan otot pasien dengan cara duduk sendiri	engga			

2	11.00	TTV : TD : 120/90 mmhg, RR: 19x/menit, N; 93X/menit, S:36,7 ⁰ C, SPO ₂ : 98%	engga		<p>2. Pasien terlihat mampu duduk sendiri</p> <p>3. Pasien mampu miring kanan dan kiri sendiri</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	
2	6 juni 2018 10.30	Mengkaji kekuatan otot pasien	engga	6 juni 2018 10.30-11.50	DX 2 S: Pasien mengatakan badannya sudah enakan dibuat duduk sendiri	
2	10.50	Membantu duduk pasien	engga		O: 1. TTV :	
2	10.55	menyuapi pasien	engga		TD : 120/70 mmhg,	engga

2	11.50	bubur tanpa gula TTV : TD : 120/70 mmhg, RR: 20x/menit, N; 85X/menit, S:36,4 ⁰ C, SPO ₂ : 98%	engga		RR: 20x/menit, N; 85X/menit, S:36,4 ⁰ C, SPO ₂ : 98% 2. Pasien mampu duduk dan berbaring sendiri A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	
3	4 juni 2018 09.20	Mengobservasi keadaan pasien	engga	4 juni 2018 09.20-15.00	DX 3 S: pasien mengatakan tidak mampu mandi O: 1. TTV : TD : 131/75 mmhg,	
3	11.50	TTV : TD : 131/75 mmhg, RR: 23x/menit, N; 85X/menit, S:37,1 ⁰ C,	engga			

3	12.00	<p>SPO₂: 98%</p> <p>Memberikan obat oral circura dan vitamin B complex, injeksi cinam 1,5 gr sesuai advis dokter.</p>	engga		<p>RR: 23x/menit, N; 85X/menit, S:37,1⁰C, SPO₂: 98%</p> <p>2. Pasien terlihat tidak mampu melakukan personal hygiene dan masih memerlukan bantuan perawat.</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	engga
3	15.00	Membantu menyeka pasien dan oral hygiene	Engga			

3	5 juni 2018 11.00	TTV : TD : 120/80 mmhg, RR: 20x/menit, N; 93X/menit, S:36,4 ⁰ C, SPO ₂ : 98%	engga	5 juni 2018 11.00-14.50	<p>DX 3</p> <p>S: pasien mengatakan tidak mampu mandi sendiri</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TTV : TD : 120/80 mmhg, RR: 20x/menit, N; 93X/menit, S:36,4⁰C, SPO₂: 98% 2. Pasien terlihat tidak mampu personal hygiene dan masih memerlukan bantuan perawat. <p>A: masalah teratasi sebagian</p>	engga
3	12.00	Memberikan obat oral circuma dan vitamin B complex, injeksi cinam 1,5 gr sesuai advis dokter.	engga			
3	13.00	Kaji kebersihan pasien	engga			
3	14.50	Menyeka pasien dan oral hygiene	engga			

					P: intervensi dilanjutkan.	
3	6 juni 2018 11.20	mengkaji kebersihan pasien	engga	6 juni 2018 11.20-15.00	DX 3 S: Pasien mengatakan di badannya ada bekas bubur menempel	engga
3	11.35	membantu pasien membersihkan mukannya yang kotor dan badannya memakai tisu kering	engga	O: 1. TTV : TD : 120/70 mmhg, RR: 20x/menit, N; 85X/menit,		
3	11.50	TTV : TD : 120/70 mmhg, RR: 20x/menit, N;				

3	12.00	85X/menit, S:36,4 ⁰ C, SPO ₂ : 98% Memberikan obat oral circuma dan vitamin B complex, injeksi cinam 1,5 gr sesuai advis dokter.	engga		S:36,4 ⁰ C, SPO ₂ : 98% 2. di mulut dan badan pasien terlihat ada bekas bubuk sedikit A: masalah teratasi sebagian	
3	15.00	Menyeka pasien dan oral hygiene	Engg a		P: intervensi dilanjutkan	

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn. M dengan Serosis Hepatis di ruang HCU Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 4 juni 2018 sampai dengan 6 juni 2018. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi. Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Serosis Hepatis di ruang HCU Rumkital dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif. Pada tahap identitas pasien antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan.

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan yaitu pada tinjauan pustaka yang didapat pada keluhan utama pasien biasanya datang dengan keluhan nyeri pada perut kanan atas. Pada tinjauan kasus, keluhan utama pasien sama seperti pada teori yaitu nyeri perut kanan atas. Pada riwayat penyakit dahulu di dalam tinjauan pustaka dan tinjauan kasus sama

yaitu memiliki riwayat hepatitis B. Didalam riwayat alergi Tidak di dapatkan kesenjangan antara teori dan kasus yaitu pasien mengatakan tidak mempunyai alergi obat ataupun makanan.

Pada pemeriksaan fisik pasien tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terjadi pembesaran abdomen kanan atas pada pasien yang menderita Serosis Hepatis.

Pemeriksaan per sistem pada sistem pernafasan B1(*Breath*) pada teori menggunakan pemeriksaan dada anterior pasien. pada kasus dijelaskan bahwa pasien sesak, bentuk dada simetris, ada spuntum, irama nafas pasien reguler,tidak ada batuk, dan tidak ada nyeri tekan, Suara perkusi yang ditimbulkan sonor, dan suara nafas yang ditimbulkan vesikuler. Sehingga pada teori dan kasus tidak terdapat kesenjangan. Pada sistem kardiovaskuler B2(*Blood*) pada teori dijelaskan yaitu dengan melakukan pemeriksaan yang bertujuan untuk mengetahui fungsi jantung. pada kasus dijelaskan,tidak terdapat nyeri tekan dan nadi 85 x/menit, bunyi jantung S1 S2 tunggal dan tekanan darah 131/75 mmHg sehingga pada teori dan kasus tidak terdapat kesenjangan. Pada sistem persarafan B3 (*Brain*)pada teori dan kasus tidak terdapat kesenjangan, pada teori mengenai pengkajian status emosional dan mental (fungsi serebral) meliputi penurunan tingkat kesadaran pasien, perilaku dan penampilan, bahasa dan fungsi intelektual. Pada sistem perkemihan B4(*Bladder*) pada teori dan kasus tidak terdapat kesenjangan. Pada teori tidak ada distensi pada area kandung kemih akibat penimbunan urine dan urine berwarna kuning. Palpasi dilakukan di area supra pubik. Pada kasus sudah dijelaskan seperti pada teori, sehingga pada teori dan kasus tidak terdapat kesenjangan. Pada sistem pencernaan B5(*bowel*) pada tinjauan teori di lakukan

pemeriksaan dari mulut sampai dengan anus dan pada pasien dengan Serosis Hepatis terdapat nyeri tekan pada abdomen kanan atas, pasien mual dan muntah, penurunan nafsu makan pada tinjauan kasus tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen, nyeri perut kanan atas, tidak mengalami mual dan muntah, nafsu makan baik maka terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada sistem muskuloskeletal B6(*Bone*) tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam kekuatan otot dan kemampuan ROM.

Pada pola aktivitas dan latihan pada teori dan kasus terdapat beberapa kesenjangan. Pada kasus, pasien mengalami perubahan selama di rumah sakit yang meliputi kemampuan perawatan diri, kebersihan diri, aktivitas sehari-hari. Pola istirahat dan tidur pada teori dan kasus terdapat kesenjangan. Pada teori menjelaskan pola tidur, istirahat, relaksasi dan setiap bantuan untuk merubah pola tersebut yaitu sebelum dan selama pasien masuk rumah sakit. Pada kasus, dijelaskan bahwa pasien di rumah biasanya tidur siang 13.00 – 15.00 dan tidur malam mulai jam 21.00- 04.00. Sedangkan selama di rumah sakit pasien tidur siang 11.00 – 13.00 sedangkan pada malam hari pasien tidur dari jam 20.00- 04.00. Pola nutrisi – metabolic pada teori dan kasus tidak terdapat kesenjangan. Menurut teori, mengkonsumsi tinggi proteindan tinggi kalori agar sel-sel hati dapat beregenerasi berkaitan Serosis Hepatis, sedangkan pada kasus dijelaskan bahwa pasien tidak mempunyai pantangan makanan apapun dan pasien mendapat diit cair tanpa susu. Pola eliminasi pada teori dan kasus tidak terdapat kesenjangan. Pada teori menjelaskan pola fungsi ekskresi termasuk pola individu sehari-hari, perubahan atau gangguan yaitu sebelum dan selama masuk rumah sakit. Pada kasus sudah dijelaskan apakah ada perubahan atau gangguan sebelum

dan selama masuk rumah sakit. Pola kognitif perceptual pada teori dan kasus tidak terdapat kesenjangan. Pada teori Menggambarkan pola persepsi sensori dan pola kognitif meliputi keadekuatan bentuk sensori (kemampuan bicara, membaca, interaksi, persepsi terhadap kecemasan/ansietas, persepsi nyeri dan lain-lain), pada kasus sudah dijelaskan bahwa pasien dapat berbicara dengan normal dan kemampuan interaksinya sesuai. Bahasa yang digunakan yaitu bahasa Madura dan Indonesia dan pasien bisa membaca. Pola koping pada teori dan kasus tidak terdapat kesenjangan. Pada teori dijelaskan untuk mengkaji pola koping umum dan keefektifan ketrampilan koping dalam mentoleransi stress. Pada kasus dijelaskan bahwa pasien selalu dibantu oleh perawat ruangan dalam melakukan perawatan diri.

Pada teori dan kasus tidak terdapat kesenjangan karena sesuai teori biasanya pada pasien dengan Serosis Hepatitis dilakukan pemeriksaan laboratorium.

4.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus teori :

1. Ketidakefektifan pola nafas berbubungan dengan keterbatasan ekspansi dada karena hidrotoraks dan ascites.
2. Perubahan status nutrisi, kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat (anoreksia, nausea, vomitus).
3. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi cairan karena aldosteron meningkat, dan tekanan osmotik koloid menurun.
4. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fisiologis seperti ikterik, asites, edema, ginekomastia.
5. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan pruritus.

6. Gangguan citra tubuh b.d perubahan peran fungsi
7. Intoleransi aktivitas b.d kelelahan
8. Ketidakmampuan koping keluarga
9. Resiko ketidakseimbangan elektrolit
10. Resiko perdarahan
11. Resiko gangguan fungsi hati

Terdapat tiga diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus yaitu:

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan kekuatan otot.
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Sedangkan diagnosa yang tidak muncul pada kasus nyata tetap pada tinjauan pustaka:

1. Perubahan status nutrisi, kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat (anoreksia, nausea, vomitus).
2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi cairan karena aldosteron meningkat, dan tekanan osmotik koloid menurun.
3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fisiologis seperti ikterik, asites, edema, ginekomastia.
4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan pruritus.
5. Gangguan citra tubuh b.d perubahan peran fungsi
6. Intoleransi aktivitas b.d kelelahan
7. Ketidakmampuan koping keluarga
8. Resiko ketidakseimbangan elektrolit
9. Resiko perdarahan

10. Resiko gangguan fungsi hati

Dari sebelas diagnosa keperawatan tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau pada kasus nyata karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka terdapat sebelas diagnosa sedangkan pada kasus nyata diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien secara umum yaitu pada pasien Serosis Hepatis yang maka diagnosa yang muncul pada tinjauan kasus hanya tiga diagnosa dari sebelas diagnosa keperawatan.

4.3 Perencanaan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesenjangan. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), ketrampilan mengenai masalah (psikomotor) dan perubahan tingkah laku pasien (afektif).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata diketahui keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing – masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

1. Diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi. Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan pola

pernafasan efektif. Kriteria hasil frekuensi dalam irama nafas 16-20x/mnt, kedalaman inspirasi dalam batas normal, tidak ada stimulasi sputum.

2. Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pasien menunjukkan tingkat mobilitas maksimal dengan kriteria hasil : Pasien mampu melakukan pergerakan dan perpindahan, tidak membutuhkan bantuan orang lain.

3. Diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan kebutuhan perawatan diri terpenuhi dengan kriteria hasil: Pasien bersih dan bisa melakukan kegiatan personal hygiene secara minimal.

4.4 Pelaksanaan

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

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, 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 dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Adapun hambatan yang penulis hadapi antara lain penulis tidak bisa mengawasi pasien selama 24 jam karena penulis 8 jam saja di rumah sakit tetapi hambatan itu dapat diatasi dari hasil wawancara dengan pasien dan keluarga pasien yang didapatkan untuk melengkapi data penulis mengenai gangguan pola tidur.

1. Diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi

Pasien dilakukan tindakan pemasangan O₂ nasal kanul 7 liter per menit sesuai advis dokter dan memposisikan posisi semi fowler untuk mengurangi sesak pasien.

2. Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Pasien diajarkan miring kanan dan kiri, membantu pasien dalam latihan duduk mandiri dan menggunakan alat bantu berpegangan dengan penghalang tempat tidur.

3. Diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Membantu pasien dalam personal hygiene, yaitu menyeka pasien dan oral hygiene. Membantu memberikan obat ke pasien, yaitu obat circura, vitamin B complex dan injeksi cinam 1,5 gr sesuai advis dokter.

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi banyak masalah keperawatan atau diagnosa yang telah berhasil dilaksanakan, seperti diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan faktor psikologi yang tercapai dalam waktu 3x24 jam dan diagnosa Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi yang tercapai dalam waktu 1x24 jam

Walaupun dengan adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan, pada akhir evaluasi belum semua tujuan yang dapat dicapai, yaitu diagnosa Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dikarenakan pasien masih dilakukan perawatan lebih lanjut diruangan.

1. Diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi

Pasien dilakukan tindakan pemasangan O₂ nasal kanul 7 liter per menit sesuai advis dokter dan memposisikan posisi semi fowler untuk mengurangi sesak pasien. Setelah dilakukan tindakan keperawatan tersebut masalah pola nafas tidak efektif teratasi dalam waktu 1 x 24 jam.

2. Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Pasien diajarkan miring kanan dan kiri, membantu pasien dalam latihan duduk mandiri dan menggunakan alat bantu berpegangan dengan penghalang tempat tidur. Setelah dilakukan tindakan keperawatan tersebut selama 3 x 24 jam

masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian dan masih dilakukan perawatan lebih lanjut.

3. Diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Membantu pasien dalam personal hygiene, yaitu menyeka pasien dan oral hygiene. Membantu memberikan obat ke pasien, yaitu obat cirucuma, vitamin B complex dan injeksi cinam 1,5 gr sesuai advis dokter. Setelah dilakukan tindakan keperawatan tersebut selama 3 x 24 jam masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian dan masih di lakukan tindakan lebih lanjut diruangan.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Serosis Hepatis di ruang HCU Rumkital Dr Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

5.1. Simpulan

Berdasarkan hasil yang telah didapat tentang asuhan keperawatan pada pasien Sirosis Hepatis, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian Pasien Tn. M pada tanggal 4 juni 2018 dengan Serosis Hepatis di ruang HCU Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, pasien tidak mengeluh apa-apa. Saat di observasi , GCS 456, TD :131/75 mmhg, N :85x/mnt, RR: 23x/mnt, S: 37,1°C, kesadaran composmentis, saturasi oksigen 98%, terpasang nasal kanul 7 lpm, keadaan umum baik.
2. Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien Tn. M adalah diagnosa pola nafas tidak efektif b.d. hipersekresi, gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan defisit perawatan diri b.d kelemahan.
3. Intervensi yang diberikan pada pasien dengan diagnosa Serosis Hepatis yaitu pola nafas tidak efektif b.d hipersekresi, memantau status pernapasan dengan tanda-tanda vital Normal TD : 120/90 mmHg, N: 85x/mnt, SpO₂ : 99%, RR : 20x/mnt, S: 36°C, dan memposisikan pasien semifowler ketika sesak atau pusing, dan memberikan oksigen nasal kanul 7 lpm bila pasien sesak,

Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot. yang dilakukan yaitu , observasi adanya gangguan kelemahan pada otot pasien, mengajari pasien miring kanan dan kiri, menggunakan alat bantu (berpegangan pada penghalang tempat tidur), Defisit perawatan diri b.d kelemahan, Rencana keperawatan yang dilakukan yaitu, mengobservasi kemampuan pasien dalam personal hygiene dan membantu pasien dalam personal hygiene.

4. Tindakan keperawatan yang dilakukan pola nafas tidak efektif b.d hipersekresi, memantau status pernapasan dengan tanda-tanda vital TD : 131/75 mmHg, N: 85x/mnt, SpO₂ : 98%, RR : 23x/mnt, S: 37,1^oc, dan memposisikan pasien semifowler ketika sesak atau pusing, dan memberikan oksigen nasal kanul 7 lpm bila pasien sesak, Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot. yang dilakukan yaitu , observasi adanya gangguan kelemahan pada otot pasien, mengajari pasien miring kanan dan kiri, mengajari duduk dan menggunakan alat bantu (berpegangan penghalang tempat tidur, Defisit perawatan diri b.d kelemahan, Rencana keperawatan yang dilakukan yaitu, mengobservasi kemampuan pasien dalam personal hygiene dan membantu pasien dalam personal hygiene (menyeka). Sehingga hari ketiga pasien.

5. Evaluasi pada pasien dengan diagnosa medis Sirosis Hepatis ,Pada diagnosa keperawatan Pola Napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam dari evaluasi, masalah teratasi. Diagnosa kedua yaitu Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dari evaluasi, masalah teratasi sebagian karena pasien masih belum bisa berjalan sendiri,diagnose ketiga yaitu Defisit perawatan diri berhubungan dengan

kelemahan, Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dari evaluasi, masalah teratasi sebagian.

6. Dokumentasi

Pada pendokumentasian semua tindakan keperawatan pada Tn.M di masukan pada implementasi pada rekam medik pasien.

5.2. Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi rumah sakit, untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien penderita Serosis Hepatis.
2. Bagi institusi pendidikan, dalam meningkatkan ilmu pengetahuan dan pendidikan tentang asuhan keperawatan tentang Serosis Hepatis perlu menambah literatur dan diadakan seminar.
3. Bagi mahasiswa, kiranya dapat meningkatkan wawasan tentang perkembangan teori baru dalam dunia keperawatan mengenai masalah Serosis Hepatis.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardiasnyah, Muhammad. (2012). *Medikal Bedah Untuk Mahasiswa*. Yogyakarta: Diva Press.
- Ns. Reny Yuli Aspiani, S.Kep. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta : EGC
- Nurarif, Amin Huda, Kusuma Hardhi. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC. Jilid 1*. Yogyakarta : MediAction.
- Dosen Keperawatan Medikal-Bedah Indonesia.(2017). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah Diagnosis NANDA-I 2015-2017 Intervensi NIC Hasil NOC*. Jakarta : EGC.
- M. Wilkinson, Judith. (2016). *Diagnosis keperawatan. Edisi 10*. Jakarta : EGC.
- Naga, Sholeh S. (2012). *Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Diva Press.
- Herdman, T. H & Kamitsuru, S.(2015). *NANDA International Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10*. Jakarta: EGC
- Muttaqin, Arif. (2011) *Buku Ajar Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Selemba Medika.

Lampiran**Curriculum Vitae**

Nama : ENGGA PERMADI

NIM : 152.0018

Program Studi : D-III Keperawatan

Tempat, tanggal lahir : Surabaya, 18 Juli 1996

Agama : Islam

Email : enggap18@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. SDN 1 Banyuurip 2003-2008
2. SMP PGRI Kedamean 2008-2011
3. SMAN 1 Driyorejo 2011-2014

Lampiran

STANDARD PROSEDUR OPERASIONAL

SUNTIKAN SUBKUTAN

1. Pengertian

Injeksi Subkutan atau sering disingkat SC (Subcutaneus) adalah memberikan obat melalui injeksi di bawah kulit yang dilakukan pada lengan atas daerah luar, kaki bagian atas, dan daerah sekitar pusat.

2. Tujuan

Agar obat dapat menyebar dan diserap secara perlahan-lahan (contoh : vaksin, uji tuberculin)

3. Persiapan alat

Dengan pemberian obat intrakutan.

- a. Obat insulin
- b. Bak injeksi
- c. Perlak
- d. Bengkok
- e. Kipas alkohol seperlunya
- f. Handscoon bersih bila perlu
- g. Catatan pemberian obat injeksi
- h. Alat tulis.

4. Prosedur kerja

- a. Lakukan verifikasi program terapi (benar pasien, obat, dosis, waktu, tempat injeksi, dokumentasi pasien)

- b. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan pada klien.
- c. Cuci tangan
- d. Peralatan didekatkan ke klien.
- e. Menggunakan handscoon bersih
- f. Tentukan area yang akan disuntik.
- g. Permukaan kulit didisinfeksi,lalu cubit sedikit menggunakan tangan kiri.
- h. Jarum ditusukkan dengan lubang menghadap ke atas dan membentuk sudut 45 derajat dengan permukaan kulit.
- i. Lakukan aspirasi pada spuit, bila ada darah, obat jangan dimasukkan. Bila tidak ada darah, obat dimasukkan perlahan-lahan.
- j. Tarik spuit dan tekan area kulit yang telah disuntik dengan kapas alkohol. Spuit bekas dimasukkan ke dalam bengkok.
- k. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.
- l. Catat prosedur pemberian obat dan respons klien.

STANDARD PROSEDUR OPERASIONAL

SUNTIKAN INTRAVENA

1. Pengertian

Memberikan obat melalui suntikan ke dalam pembuluh darah vena atau mengambil darah melalui pembuluh darah vena, yang dilakukan pada vena anggota gerak.

2. Tujuan

- a. Agar reaksi cepat dan langsung masuk pada pembuluh darah dibanding cara parenteral lainnya
- b. Menghindari kerusakan jaringan lebih besar dan umumnya memasukkan obat dalam jumlah yang lebih besar.

3. Alat dan Bahan

- a. Spuit 3 cc
- b. Alcohol swab / kapas alkohol
- c. Bak injeksi
- d. Perlak
- e. Karet pembendung/tourniquet
- f. Plester
- g. Hipavik
- h. Handscoon/ sarung tangan
- i. Dokumentasi obat

4. Prosedur Kerja

- a. Cuci tangan
- b. Pasang sarung tangan

- c. Jelaskan pada pasien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan di lakukan.
- d. Bebaskan daerah yang akan dilakukan suntikan dengan cara dari pakaian dan apabila tertutup, buka atau keataskan lengan baju pasien.
- e. Ambil spuit 3 cc
- f. Pasang perlak/pengalas di bawah vena yang akan di lakukan penyuntikan
- g. Untuk memudahkan tindakan, dekatkan bak injeksi dan bengkok pad daerah yang akan di lakukan penyuntikan
- h. Lakukan pengikatan dengan karet pembendung (tourniquet pada bagian atas daerah yang akan diinjeksi.
- i. Desinfeksi dengan kapas alkohol, dengan gerakan sirkuler dari dalam keluar dengan diameter ± 5 cm, tunggu hingga kering
- j. Ambil spuit dan pegang kapas alkohol pada tangan yang tidak dominan di gunakan.
- k. Tarik kulit kebawah dengan tangan yang tidak dominan, agar kulit menjadi kencang, kemudian lakukan penusukan dengan lubang menghadap ke atas dengan memasukkan ke pembuluh darah, dengan sudut 30° , sejajar dengan vena yang ditusuk.
- l. Lakukan aspirasi, bila sudah ada darah lepaskan tourniquet.
- m. Letakkan spuit ke dalam tabung DL .
- n. Tutup area penusukan dengan plesterin.
- o. Buka sarung tangan.
- p. Cuci tangan
- q. Catat di dokumentasi pasien.