



**POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SIROSIS HEPATIS DI IRNA PENYAKIT  
DALAM RSUP DR. M. DIAM IL PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**WAHYUNI FIRMA AULIA**  
**NIM : 193110199**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
PADANG JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2022**



**POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SIROSIS HEPATIS DI IRNA  
PENYAKIT DALAM RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan sebagai Persyaratan Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya  
Keperawatan di Pendidikan Diploma D-III Politeknik Kesehatan Kementerian  
Kesehatan RI Padang**

**WAHYUNI FIRMA AULIA**

**NIM : 193110199**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2022**

## BALAKAS PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah melalui:

Nama : Wahyuni Firda Azzah  
NIM : 199110109  
Institusi Studi : ST-Keperawatan Padang  
Tahun : Asisten Kaprodi dan Pemb. Pustak. Sekolah Negeri Diponegoro  
Tahun 2021/22, M. Cirebon Padang

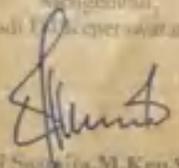
Karya tulis ilmiah ini telah direvisi dan disetujui oleh di bawah dan Revisi oleh K.I.P. Pustak. Sekolah ST-Keperawatan Negeri Diponegoro, Kesehatan, Kesehatan, Padang, dan ST-Keperawatan Negeri Diponegoro.

Daftar Penguji:

Ketua Penguji : Drs. J. Dedi Riza, S.Kep. St. B.Humid  
Penguji I : Ns. Hj. Dita Dewi Anggoro, S.Kep. M.Kep. Sp.EMD  
Penguji II : Ns. Nona Yanti, M.Kep. Sp. Fap. MH  
Penguji III : Harwati S.A. M.M.B.Humid

Di tempat : Padang, Kota Kresnawati Padang  
Tanggal : Mei 2022

Mengesahkan,  
Ka. Pustak. ST-Keperawatan Padang

  
Herli Susanti, M.Kep. Sp. Jurg  
NIP : 19701020 199301 2002

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, karena berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sirosis Hepatis Di Irna Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang”**

Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan untuk mengetahui salah satu syarat untuk memperoleh gelar ahli madya keperawatan di Pendidikan Diploma D-III Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang. Pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat; Ibu Ns. Nova Yanti, M.Kep,Sp.Kep.MB selaku pembimbing I dan Ibu Herwati,SKM,M.Biomed selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam menyusun proposal karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya ucapkan terima kasih kepada yang terhormat;

1. Bapak Dr. Burhan Muslim,SKM.M.Si selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Padang.
2. Bapak Dr. dr. Yusirwan Yusuf,Sp.B,Sp.BA(K),MARS selaku Direktur Umum RSUP Dr. M. Djamil Padang.
3. Ibu Ns. Sila Dewi Anggreni,S.Pd,S.Kep,M.Kep,Sp.KMB selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.
4. Ibu Heppi Sasmita,M.Kep,Sp.Jiwa selaku Ketua Prodi D3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang.
5. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti,S.Kep,M.Kep selaku Pembimbing Akademik.
6. Bapak dan Ibu dosen dan staff Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.
7. Bapak Alm. Darwin dan Ibu ALM. Etniati selaku orang tua saya yang telah memberikan dukungan sekaligus kasih sayang tiada hingga. Serta ALM. Sri Wahyuni, Aliyah Faizah dan seluruh keluarga besar lainnya.
8. Teristimewa kepada sahabat, teman-teman Bp. 19 dan Sdr. D yang telah memberikan semangat kepada saya.

Peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan proposal karya tulis ilmiah ini. Semoga proposal karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu.

Padang, 21 April 2022

Peneliti

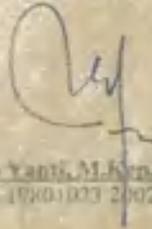
PERNYATAAN PERSetujuan

Karya Tulis Ilmiah berjudul "Analisa Keperawatan Pada Pasien Dengan Status Hipertensi Di Instalasi Penyakit Dalam RSUD Dr. M. Djamil Padang" ini telah dipertimbangkan dan disetujui untuk dipertahankan dihidupkan dengan Penges Proposal Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang.

Padang, 2 Mei 2022

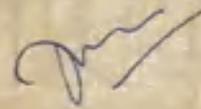
Marsudi

Pembimbing 1,



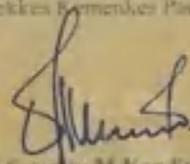
Ne. Nova Yanti, M.Kes, Sp.Kep.MB  
NIP. 19701023 200212 2002

Pembimbing 2,



Herwan, SK.M.M.Biomed  
NIP. 19620512 198210 2001

Mengtahui,  
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang  
Poltekkes Kemenkes Padang



Henni Sasmita, M.Kep.Sp.Diw  
NIP. 19701020 199303 2002

### LEMBAR ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama: Wahyuni Firma Aulia  
NIM: 19310199

Tanda Tangan



Tanggal : 26 April 2022

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Wahyuni Firma Aulia  
NIM : 193110199  
Tempat, Tanggal Lahir : Pasar Bukit, 28 Agustus 2000  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum Kawin  
Alamat : Pasar Bukit Air Haji, Kec. Linggo Sari Baganti,  
Kab. Pesisir Selat, Provinsi Sumatera Barat

Nama Orang Tua  
Ayah : Darwin (ALM)  
Ibu : Etniati (ALM)

### Riwayat Pendidikan

NO	JENIS PENDIDIKAN	TEMPAT PENDIDIKAN	TAHUN
1.	SD	SDN 31 Kumpulan Banang	2007-2013
2.	SMP	SMPN 3 Linggo Sari Baganti	2013-2016
3.	SMA	SMAN 1 Linggo Sari Baganti	2016-2019
4.	D-III KEPERAWATAN PADANG	Poltekkes Kemenkes Padang	2019-2022

**POLITEKNIK KESEHATAN PADANG**  
**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, April 2022**

**Wahyuni Firma Aulia**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SIROSIS HEPATIS DI RUANG  
PENYAKIT DALAM RSUP DR. M. DJAMIL PADANG TAHUN 2022**

**Isi : xi +90 halaman, 1 tabel, 13 lampiran**

**ABSTRAK**

Sirosis hepatitis menempati urutan ke-12 sebagai penyebab utama kematian di Amerika Serikat dengan prevalensi sekitar 0,27%. Center for Disease Control and Prevention [CDC] 2018, jumlah orang dewasa dengan penyakit hati yang di diagnosis 4,9 juta (2,0%). Tujuan penelitian ini yaitu menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Sirosis Hepatis diruangan Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022.

Desain penelitian studi kasus dan jenis deskriptif, dilakukan di Irna Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang dari Desember 2021 sampai Mei 2022. Cara pengambilan sample yaitu purposive didapatkan 3 populasi yang memenuhi kriteria sampel kemudian dilakukan teknik simple random sampling untuk mendapatkan 1 sampel. Teknik pengumpulan data observasi, pengukuran, wawancara dan dokumentasi. Jenis data yaitu data primer dan data sekunder.

Hasil penelitian didapatkan pasien penurunan berat badan, pucat dan merasa lemah. Didapatkan tiga diagnosa keperawatan yaitu defisit nutrisi, risiko pendarahan dan intoleransi aktifitas. Intervensi keperawatan yaitu manajemen nutrisi, pencegahan pendarahan dan manajemen energy. Evaluasi selama 5 hari yaitu masalah risiko pendarahan dan masalah defisit nutrisi teratasi. Sedangkan intoleransi aktifitas belum teratasi.

**Kata Kunci: sirosis hepatitis, asuhan keperawatan**  
**Daftar Pustaka: 16 ( 2015-2019)**

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
LEMBAR ORISINILITAS .....	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....	vi
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	5
E. Ruang Lingkup.....	6
<b>BAB II TINJAUAN TEORITIS .....</b>	<b>7</b>
A. Konsep Kasus .....	7
1. Pengertian Sirosis Hepatis .....	7
2. Klasifikasi Sirosis Hepatis .....	7
3. Etiologi dan Faktor Risiko .....	8
4. WOC Sirosis Hepatis.....	10
5. Patofisiologi Sirosis Hepatis .....	11
6. Gejala dan Tanda Klinis Sirosis Hepatis .....	13
7. Komplikasi Sirosis Hepatis.....	15
8. Penatalaksanaan Keperawatan Sirosis Hepatis .....	16
B. Asuhan Keperawatan Teoritis Kasus .....	17
1. Pengkajian.....	17
2. Kemungkinan Diagnosa Yang Muncul .....	23
3. Intervensi Keperawatan .....	25
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>59</b>
A. Desain Penelitian.....	59
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	59
C. Subjek Penelitian.....	59
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data.....	61
E. Cara Pengumpulan Data .....	61
F. Jenis-Jenis Data.....	63
G. Analisis Data.....	63
<b>BAB IV DESKRIPSI HASIL DAN PEMBAHAN .....</b>	<b>64</b>
A. Hasil Penelitian .....	64

B. Pembahasan Kasus .....	69
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>76</b>
A. Kesimpulan .....	76
B. Saran .....	77

**DAFTAR PUSTAKA**  
**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Pada Kasus Sirosis Hepatis .....	25
---	----

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Karya Tulis Ilmiah (GANCHART)
- Lampiran 2 Surat Izin Pengambilan Data dari Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 3 Surat Izin Penelitian dari Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 5 Surat Izin Penelitian RSUP Dr. M Djamil Padang
- Lampiran 6 Surat Telah Selesai penelitian dari RSUP Dr. M Djamil Padang
- Lampiran 7 Lembar Konsultasi Proposal Karya Tulis Imiah Pembimbing I
- Lampiran 8 Lembar Konsultasi Proposal Karya Tulis Imiah Pembimbing II
- Lampiran 9 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing I
- Lampiran 10 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing II
- Lampiran 11 Lembar Persetujuan (Informed Consent)
- Lampiran 12 Asuhan Keperawatan Ny.M
- Lampiran 13 Daftar Hadir Penelitian di Ruangan

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Sirosis hepatitis adalah penyakit yang ditandai dengan adanya peradangan difus dan menahun pada hati, diikuti dengan poliferasi jaringan ikat, degenerasi dan regenerasi sel-sel hati sehingga timbul kekacauan dalam susunan parenkim hati (Nuari, 2015). Sedangkan menurut (Brunner & Suddarth, 2013) mengatakan bahwa sirosis adalah penyakit kronis yang dicirikan dengan penggantian jaringan hati normal dengan fibrosis yang menyerbar, yang mengganggu struktur dan fungsi hati,

Sirosis Hepatis masih menjadi problem kesehatan di dunia ditandai pada Data Center for Disease Control and Prevention (CDC), pada tahun 2018, jumlah orang dewasa dengan penyakit hati yang di diagnosis 4,5 juta (1,8%). Berdasarkan data dari studi Global Burden of Disease, tingkat insiden sirosis hati adalah 20,7 per 100.000 pada 2015, meningkat 13% dari tahun 2000 dengan perkiraan insiden sirosis hati di Eropa adalah 26,0 per 100.000, dan insiden di Asia berkisar 16,5 per 100.000 di Asia Timur hingga 23,6 per 100.000 di Asia Tenggara (Moon et al., 2019).

Berdasarkan prevalensi oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO, 2021) pengidap hepatitis B kronik di dunia diperkirakan sekitar 250 juta dan penderita hepatitis C sekitar 354 juta yang diantaranya menyebabkan sirosis hepatitis, dan kanker hati. WHO juga memperkirakan bahwa hepatitis yang terinfeksi 90% dan 65% diantaranya mengalami kematian diantara tahun 2016-2030 nantinya. Pada data lain juga dikemukakan pula 5,1 pengguna alcohol menurut The Global Burden of Disease yang membagi lagi diantaranya 7,1% laki-laki dan 2.2% perempuan.

Karakteristik sirosis hepatitis dalam penelitian (Lovena et al., 2017) yang dilakukan di RSUP Dr M Djamil pada sebanyak 304 orang pasien sirosis hepatitis yang mendapatkan hasil penyebab sirosis hepatitis terbanyak adalah

hepatitis B (51,0%) dan pada penelitian (Fransiska Mellia, 2017) yang membahas tentang faktor risiko sirosis hepatis yang dilakukan pada 21 kasus di RSI Ibnu Sina Bukittinggi Yarsi Sumatera Barat diantaranya ada riwayat hepatitis B dan hepatitis C (85,7%), kebiasaan mengkonsumsi alkohol (45,2%),

Prevalensi data pada tahun 2018 ditemukan hepatitis sebanyak 0,4% penduduk di Sumatera Barat (RISKESDAS, 2018) dan penjelasan lebih rinci kejadian hepatitis di Sumatera Barat menurut (KISKESDAS, 2018) ditentukan hepatitis di Sumatera Barat menurut kabupaten/kota dari yang terbesar ke terkecil antara lain adalah Kota Payakumbuh (0,77%), Kota Bukittinggi (0,58%), dan Kota Solok (0,59%) sedangkan prevalensi Kota Padang (0,21%). Data yang ditemukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang jumlah pasien yang dirawat dengan sirosis hepatis dalam 4 tahun terakhir mengalami peningkatan. Tercatat jumlah pasien dengan sirosis hepatis yang menjalani rawat inap sebanyak 145 pasien yang dirawat selama tahun 2014, 212 pasien yang dirawat selama tahun 2015, 250 pasien yang dirawat di tahun 2016, dan 350 pasien dirawat selama tahun 2017 dan pada tahun 2020 ditemukan 202 pasien rawat inap dan 5 pasien rawat inap.

Masalah yang terjadi sirosis hepatis pada penelitian (Ndraha et al., 2019) di RSUD Koja ditemukan perut membesar (39,7%), buang air besar hitam (25,4%), nyeri perut (11,1%), sesak (9,5%), mual (7,9%), lemas (4,8%) dan mata kuning (1,6%). Stigmata sirosis antara lain adalah icterus (51%), edema dan icterus (44%), edema (3%) dan spider nevi (29%).

Kompikasi sirosis hepatis dalam (Black Joyce M & Jane Hokanson Hawks, 2014) ditemukan beberapa komplikasi yaitu hipertensi portal, asites. ensefalopaty hepatic dari farises eksofagus. Dalam penelitian mengenai komplikasi (Ndraha et al., 2019) ditemukan komplikasi sirosis hepatis antara lain asites (87,3%), anemia (60,3%), varises esophagus (23,8%) dan hepatoma (6,4%). Juga ditemukan pada penelitian (Lovena et al., 2017) menemukan komplikasi penyakit hati di RSUP Dr M Djamil Padang yaitu hematemesis

dan/malena (23,3%), asites (36,3%), ensafalopati hepatic (19,0%), sindrom hepatorenal (5,5%), peritonitis bacterial spontan (4,8%) dan karsinoma hepatoseluler (11,1%).

Ensefalopati hepatic yang ditemukan pada penelitian (suyoso et al., 2015) di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang ditemukan 18 pasien (50%) dengan ensefalopati hepatic yang disebabkan oleh infeksi paru-paru pada 9 pasien (2596), infeksi saluran kencing 6 pasien (16,7%), spontaneous bacterial peritonitis 2 pasien (2,8%). Sedangkan komplikasi lain ditemukan pasien dengan komplikasi farises eksofagus dalam penelitian (Elfatma et al., 2017) yang dilakukan di Ima Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang ditemukan farises eksofagus derajat III (FIIT) 1,2% dilanjutkan dengan derajat II (FIT) 15,2% dan paling sedikit furises eksofagus dengan derajat I (FI) 13,0%.

Penelitian yang dilakukan oleh Dewiana Sasmita di Ruang V Inteme RS. TK.III Dr. Reksodiwiryo Padang dan Ruang HCU Penyakit Dalam Ima Non Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2017 pada 2 orang pasien sirosis hepatis dengan gejala pasien tampak icterus, terdapat asites, sesak, letih, dan hanya berbaring ditempat tidur, spider nevy pada abdomen dan napsu makan menurun dan adanya leukopenia. Masalah keperawatan pada kasus pasien sirosis hepatis adalah ketidak efektifan pola napas, kelebihan volume cairan, defisit nutrisi dan ketika tidak diterapkan dapat menyebabkan sesak, henti napas seta edema. Sedangkan pada penelitian yang dilakukan Nadya Restika Aulia di Ima Non Bedah Penyakit Dalam Pria RSUP DE M Djamil Padang ditemukan pasien sirosis hepatis dengan gejalanyen napsa makan berkurang dan sukar dalam beraktivitas. Masalah kepetaw a da kasus pusien ini adalah ketidak seimbangan nutrisi, intoleransi aktivitas, nyeri skut, ketidak efektifan pola nafas, risiko pendarahan mual. ketidak efektifan perfusi jaringan perifer dan kelebihan volume cairan yang apabila tidak diterapkan dapat menyebabkan berat badan menurun drastis. tidak dapat beraktifitas nyeri berkepanjangan, sesak bahkan sampai henti napas dan sebagainya

Survey awal yang dilakukan peneliti di Ira Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang pada 30 Desember 2021 ditemukan sebanyak 27 pasien dengan siosis hepatis. Peneliti melakukan studi melalui buku status pasien ditemukan pasien sesak dan pucat, ada pembesaran pada abdomen, pasien mengatakan nyeri pada perutnya. Pasien terpasang infus NACL 0,99 500 ml dan nasal kanul 3 liter. Pasien mengatakan dulunya sering mengonsumsi alkohol 2-3 gelas perminggu dan memiliki riwayat hepatitis C. Masalah keneratan yang ditemukan pada pasien adalah pola napas tidak efektif dan hypervolemia.

Berdasarkan uraian di atas peneliti telah melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien sirosis hepatis Ny.M di Ira Penyakit Dalam RSUP M Djamil Padang

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan masalah yang telah diuraikan maka dapat dibuat rumusan masalah pada penelitian ini bagaimana penerapan Asuhan Keperawatan pada Pasien Sirosis Hepatis Di Ira Penyakit Dalam RSUP M Djamil Padang.

### **C Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan umum

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatis Di Irna Penyakit Dalam RSUP M. Djamil Padang tahun 2022 menggunakan metode ilmiah proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan pembuatan evaluasi keperawatan.

#### 2. Tujuan khusus

Berdasarkan tujuan umum dapat dibuat tujuan khusus sebagai berikut :

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian pada pasien Sirosis Hepatis Di Irna Penyakit Dalam RSUP M. Djamil Padang tahun 2022
- b. Mendeskripsikan diagnosa keperawatan pada pasien Sirosis Hepatis Di Irna Penyakit Dalam RSUP M. Djamil Padang tahun 2022
- c. Mendeskripsikan intervensi keperawatan pada pasien Sirosis Hepatis Di Irna Penyakit Dalam RSUP M. Djamil Padang tahun 2022
- d. Mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien Sirosis Hepatis Di Irna Penyakit Dalam RSUP M. Djamil Padang tahun 2022
- e. Mendeskripsikan evaluasi pada pasien Sirosis Hepatis Di Irna Penyakit Dalam RSUP M. Djamil Padang tahun 2022

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Bagi Penulis

Penelitian ini dapat mengaplikasikan dan menambah wawasan ilmu pengetahuan serta kemampuan penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Sirosis Hepatis

#### 2. Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran untuk pengembangan ilmu dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien Sirosis Hepatis.

### 3. Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi penelitian berikutnya untuk menambah pengetahuan dan data dasar untuk penelitian selanjutnya.

## **E. Ruang Lingkup**

Ruang lingkup penelitian ini membahas tentang definisi sirosis hepatis, klasifikasi sirosis hepatis, etiologi dan faktor risiko sirosis hepatis, patofisiologi sirosis hepatis, WOC, Gejala dan tanda klinis sirosis hepatis, komplikasi sirosis hepatis, penatalaksanaan keperawatan dan asuhan keperawatan

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **A. Konsep Kasus**

##### **1. Pengertian Sirosis Hepatis**

Sirosis hepatis adalah penyakit yang ditandai dengan adanya peradangan difusi dan menahun pada hati, diikuti dengan poliferasi jaringan ikat, degenerasi dan regenerasi sel-sel hati sehingga timbul kekacauan dalam susunan parenkim hati sehingga timbul kekacauan dalam susunan parenkim hati. (Black Joyce M & Jane Hokanson Hawks, 2014).

Sirosis adalah penyakit kronis yang dicirikan dengan penggantian jaringan hati normal dengan fibrosis yang menyebar, yang mengganggu struktur dan fungsi hati. Sirosis atau jaringan parut pada hati, dibagi menjadi tiga jenis : alkoholik, paling sering disebabkan oleh alkoholisme kronis, dan jenis sirosis yang paling umum; paskanekrotik, akibat hepatitis virus akut sebelumnya; dan biliern akibat obstruksi bilier kronis dan infeksi (jenis sirosis yang paling jarang terjadi). (Brunner & Suddarth, 2013).

##### **2. Klasifikasi Sirosis Hepatis**

Menurut (Nixson Manurung, 2018) secara klinis sirosis hati dibagi menjadi :

- a. Sirosis hati kompensata, yang berarti belum adanya gejala klinis yang nyata
- b. Sirosis hati dekomensata yang ditandai gejala-gejala dan tanda klinik yang jelas. Sirosis hati kompensata merupakan kelanjutan dari proses hepatitis kronik dan pada satu tingkat tidak terlihat perbedaannya secara klinis, hanya dapat dibedakan melalui biopsi hati.

Menurut Gall seorang ahli penyakit hati, membagi sirosis hati atas :

- a. Sirosis Postnektotik, atau sesuai dengan bentuk sirosis mikronoduler atau sirosis toksik atau subcute yellow, atrophy cirrhosis yang berbentuk karena banyak terjadi jaringan nekrose
- b. Nutrisional cirrhosis atau sesuai dengan bentuk sirosis mikronoduler mikronoduler, sirosis alkoholik, Laennec's cirrhosis atau fatty cirrhosis. Sirosis terjadi sebagai akibat kekurangan gizi, terutama factor lipotropic
- c. Sirosis Post hepatic, sirosis yang berbentuk sebagai akibat setelah menderita hepatitis

Shiff dan Tumen secara morfologi membagi atas :

- a. Sirosis portal adalah sinonim dengan fatty, nutrional atau sirosis alkoholik
- b. Sirosis postnekrotik
- c. Sirosis biliaris

### 3. Etiologi dan Faktor Risiko Sirosis Hepatis

Pada PPHI (2013) di Negara berkembang, penyebab utama sirosis hati adalah hepatitis B dan hepatitis C, selain itu konsumsi alcohol dan autoimun juga mempengaruhi terjadinya sirosis hati. Penyakit pelemahan hati non alkoholik (Non alcoholic steatohepatitis NASH, yang lemaknya dalam hepatosit (sel-sel hati) dapat menyebabkan komplikasi berupa pendarahan atau implamasi hati atau fibrosis juga dapat menyebabkan terjadinya sirosis kriptogenik (penyebab tidak diketahui pasti).

Menurut (Black Joyce M & Jane Hokanson Hawks, 2014) bahwa penyebab sirosis hepatis belum diketahui dengan pasti, tetapi faktor genetik dalam keluarga turut ambil bagian dalam penyakit ini. Kondisi

yang menjadi faktor predisposisi munculnya penyakit ini adalah konsumsi alkohol yang berlebihan dalam jangka waktu yang lama, riwayat terinfeksi virus (B ataupun C), obstruksi bilier, intoksikasi bahan kimia industri, dan penggunaan obat, seperti acetaminophen, methotrexate, atau isoniazid

Penyebab sirosis hati belum teridentifikasi dengan jelas, menurut (Black Joyce M & Jane Hokanson Hawks, 2014) beberapa factor yang menyebabkannya adalah :

a. Sirosis Pascanekrosis (Makronodular)

Kehilangan massif sel hati, dengan pola regenerasi sel tidak teratur. factor yang menyebabkan sirosis hati pasca-akut hepatitis virus (tipe B dan tipe C)

b. Sirosis Billier

Merupakan turunnya aliran empedu bersamaan dengan kerusakan sel hepatosit disekitar dukts empedu seperti dengan kolestasis atau obstruksi duktus empedu

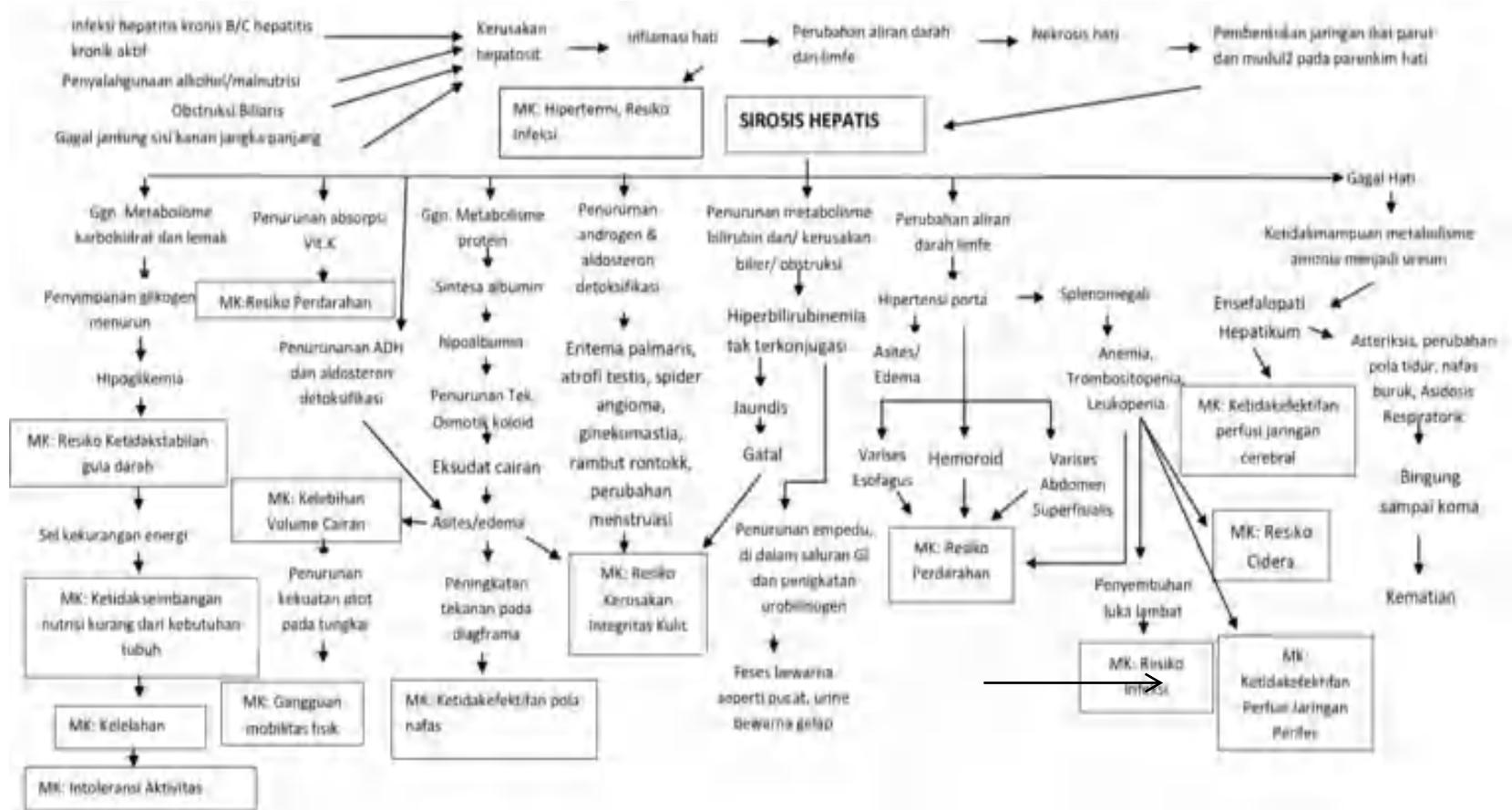
c. Sirosis Kardiak

Merupakan penyakit hati kronis berkaitan dengan gagal jantung sisi kanan jangka panjang, seperti atrioventrikular pericarditis konstrikatif lama

d. Sirosis alkoholik

Merupakan bentuk nodul kecil akibat beberapa agen yang melukai terus-menerus, terkait dengan penyalahgunaan alcohol

4. WOC Sirosis Hepatis



## 6. Patofisiologi Sirosis Hepatis

Sirosis Hepatis disebabkan antara lain oleh infeksi hepatitis B, Hepatitis C, Penyalagunaan alkohol/malnutrisi, obstruksi biliaris dan gagal jantung sisi kanan jangka panjang. Penyebab ini menimbulkan kerusakan hepatosis yang menyebabkan inflamasi hati kemudian mempengaruhi aliran darah ke limfe, nekrosis hati dan pembentukan jaringan ikat parut dan nodul-nodul pada parenkim hati yang akhirnya menyebabkan terjadinya sirosis hati.

Sirosis hati ini menyebabkan gangguan yang terjadi pada vena porta yang kaya merupakan pembuluh darah yang mensuplai nutrisi dan sebagainya dari lambung dan usus yang menyebabkan gangguan metabolisme karbohidrat dan lemak yang dapat menyebabkan penyimpanan glikogen menurun sehingga terjadi hipoglikemia yang dapat menimbulkan masalah ketidak seimbangan gula darah. Selain itu juga menyebabkan kekurangan energy yang menyebabkan deficit nutrisi dan penderita mengalami gangguan dalam melakukan kegiatan sehari-hari sehingga dapat menimbulkan masalah keletihan dan intoleransi aktivitas.

Gangguan lain yang dapat terjadi akibat sirosis hati adalah menurunnya absorpsi Vit. K yang dapat menimbulkan risiko pendarahan dan Penurunan ADH dan gangguan metabolisme protein yang dapat menyebabkan asites atau edema yang mengakibatkan peningkatan cairan atau hypervolemia yang dapat menyebabkan penurunan kekuatan otot pada tungkai sehingga timbul masalah baru yaitu gangguan mobilitas fisik. Selain itu, penurunan endrogen dan aldosterone detoksifikasi yang akhirnya menyebabkan eritema palmaris, atrofi testis, spider angioma, rambut rontok dan perubahan menstruasi yang menimbulkan gangguan integritas kulit yang dapat juga disebabkan oleh penurunan metabolisme bilirubin, kerusakan biliaris dan obstruksi yang menyebabkan gatal.

Perubahan aliran darah limfe menjadikannya hipertensi portal yaitu penyempitan pada pembuluh darah vena porta yang akhirnya menimbulkan anemia, trombositopenia dan leukopenia yang akhirnya dapat menyebabkan risiko pendarahan, penyembuhan luka lambat yang dapat menyebabkan risiko infeksi dan ketidak efektifan perfusi jaringan perifer.

Sirosis hepatis dapat berkomplikasi menjadi ensefalopati hepaticum terjadi akibat amonia yang dihasilkan oleh usus halus, usus besar dan pada kondisi sehat juga diproduksi oleh otot dan ginjal. Ginjal dalam kondisi asidosis ginjal akan mengeluarkan ion ammonium dan urea melalui urine sedangkan dalam kondisi alkalosis, penurunan laju filtrasi glomerulus dan penurunan perfusi perifer ginjal akan menahan ion ammonium dalam tubuh sehingga menyebabkan ketidak efektifan perfusi jaringan selevelal dan hypervolemia seperti masalah yang dijelaskan di atas yang juga dapat menyebabkan komplikasi asites atau perut membuncit akibat penumpukan cairan pada permukaan hati dan usus yang kemudian masuk ke rongga perut.

Kondisi lain yang disebabkan adalah farises eksofagus yang mudah pecah sehingga menyebabkan muntah darah atau hematemesis maupun melena karena darah pada saluran eksofagus masuk ke saluran cerna. Masalah yang dapat timbul di sini adalah risiko pendarahan. Pada sirosis hepatis juga dapat terjadi gagal hati yang berkaitan dengan kejadian ensefalopati hepaticum yang menyebabkan asteriksis, perubahan pola tidur, napas buruk dan asidosis respiratorik yang dapat menyebabkan koma dan kematian.

## 7. Gejala dan Tanda Klinis Sirosis Hepatis

Pada buku (Brunner & Suddarth, 2013) manifestasi klinis sirosis hepatitis antara lain adalah :

- a. Sirosis terkompensasi: biasanya ditemukan secara sekunder dari pemeriksaan fisik rutin; gejala samar namun ada salah satu atau lebih faktor penyebab seperti pernah terpapar hepatitis B, hepatitis C dan aktif mengkonsumsi alkohol.
- b. Sirosis terdekompensasi: gejala penurunan protein, faktor pembekuan, dan zat lain serta manifestasi hipertensi portal yang dapat terjadi gejala anemia, trombositopenia dan leukopenia.
- c. Pembesaran hati diawal penyakit (hati berlemak) pada penyakit lanjut, ukuran hati berkurang akibat jaringan parut.
- d. Obstruksi dan asites portal: organ menjadi tempat bagi kongesti pasif kronis terjadi dispepsia dan perubahan fungsi usus. Serta terjadi asites dimana cairan menumpuk di hati dan usus kemudia berpindah ke ruang abdomen.
- e. Infeksi dan peritonitis: tanda klinis mungkin tidak ada, diperlukan tindakan parasentesis untuk menegakkan diagnosis.
- f. Varises gastrointestinal: pembuluh darah abdomen terdistensi: dan menonjol pembuluh darah di sepanjang saluran GI terdistensi varises atau hemoroid hemoragi dari lambung.
- g. Edema
- h. Defisiensi vitamin (A,C dan K) dan anemia
- i. Pemburukan mental diikuti dengan ensefalopati hepatic dan koma hepatic.

Sedangkan menurut (Nixson Manurung, 2018), Sirosis Hati memiliki gejala dan tanda klinis antara lain adalah :

### 1) Gejala

Gejala sirosis hati mirip dengan hepatitis, karena terjadi sama-sama di liver yang mulai rusak fungsinya, yaitu : kelelahan, hilang nafsu makan, mual-mual, beban lemah, kehilangan berat badan, nyeri lambung dan munculnya jaringan darah mitip laba-laba dalam kulit (spider angiomas). Pada sirosis terjadi kerusakan hati yang terus menerus dan terjadi regenerasi noduler serta ploriferasi jaringan ikat yang difus

### 2) Tanda Klinis

Tanda-tanda klinik yang dapat terjadi yaitu :

#### a. Adanya icterus (penguningan pada penderita sirosis)

Timbulnya icterus (penguningan) pada seseorang merubakan tanda bahwa ia sedang menderita penyakit hati. Penguningan pada kulit dan mata terjadi ketika liver sakit dan tidak bisa menyerab bilirubin. Icterus dapat menjadi penunjuk beratnya kerusakan sel hati. Icterus terjadi sedikitnya pada 60% penderita selama perjalanan penyakit.

#### b. Timbulnya asites dan edema pada penderita sirosis

Ketika liver kehilangan kemampuannya membuat protein albumin, air penumpuk pada kaki (edema) dan abdomen (ascites). Factor pertama asites adalah peningkatan tekanan hidrostatik pada kapiler usus. Edema umumnya timbul setelah timbulnya asites sebagai akibat dari hipoalbuminemia dan resistensi garam dan air.

#### c. Hati yang membesar

Pembesaran hati dapat ke atas mendesak diafragma dan ke bawah. Hati membesar sekitar 2-3 cm, dengan konsistensi lembek dan menimbulkan rasa nyeri bila ditekan.

d. Hipertensi portal

Hipertensi portal adalah peningkatan tekanan darah darah vena portal yang menetap di atas nilai normal. Penyebab hipertensi portal adalah peningkatan resistensi terhadap aliran darah melalui hati.

8. Komplikasi Sirosis Hepatis

Komplikasi sirosis hati menurut (Black Joyce M & Jane Hokanson Hawks, 2014) yang dapat terjadi antara lain :

a. Hipertensi Portal

Aliran darah normal dari dan ke hati tergantung pada fungsi vena portal yang sesuai (70% aliran masuk), arteri hepatic (30% aliran masuk), dan vena hepatic (aliran keluar). Hipertensi portal terjadi ketika tekanan darah di system vena portal meningkat secara terus menerus akibat peningkatan resistensi atau obstruksi aliran darah ke dalam hati melalui system vena portal. Hipertensi portal terjadi ketika tekanan darah meningkat 5 mmHg lebih tinggi dari tekanan darah di vena cava inferior. Sistem kolateral terbentuk dari usaha tubuh untuk menyeimbangkan tekanan darah di kedua system vena.

b. Asites

Asites adalah akumulasi cairan di rongga peritoneum akibat hipertensi portal, rendahnya tekanan onkotik, dan retensi natrium. Diagnosis asites ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan paracentesis, studi x-ray abdomen, ultrasonografi (USG), atau Computed Tomography (CT) scan yang menunjukkan lokasi cairan di rongga abdomen.

c. Ensephalopathy hepatic

Ensephalopathy hepatic adalah salah satu komplikasi sirosis hepatis yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien (Lemone & Priscilla, 201). Ensephalopathy hepatic disebabkan oleh ketidakmampuan hati mengkonversasi amonia menjadi urea yang dieksresikan dari dalam

tubuh. Amonia bersifat toksik dan depresan bagi system saraf pusat. Oleh karena itu, fase awal komplikasi ini terobservasi adalah penurunan kesadaran, bingung, kelelahan, kejang, koma ireversibel sampai fase terminal.

d. Varises esophagus

Pecah varises esophagus adalah pendarahan dari vasires esophagus atau gaster yang telah terkonfirmasi melalui endoskopi. Sekitar 70% pendarahan varises terjadi akibat komplikasi hipertensi portal pada kasus sirosis hepatis. Disebut sebagai pendarahan varises akut, apabila episode terjadi dalam 48 jam tanpa bukti pendarahan yang bermakna antara waktu 24 ke 48. Sementara disebut pendarahan ulang varises, apabila terjadi hematemesis melena baru setelah 48 jam atau lebih.

9. Penatalaksanaan Keperawatan Sirosis Hepatis

a. Penatalaksanaan medis

Terapi obat mencakup antasid, suplemen vitamin dan nutrisi, diet seimbang, diuretik penghemat kalium (untuk asites) dan kolkisin.

b. Penatalaksanaan keperawatan

a) Memantau respirasi dilakukan dengan memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, juga pemantauan apakah ada napas tambahan, saturasi oksigen dan monitor nilai AGD.

b) Pemantauan cairan dengan cara memonitor intake output cairan, monitor hemokonsentrasi, monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma. Selain itu juga dilakukan pemantauan berat badan, tekanan darah, frekuensi napas, urine, kadar albumin, peotein total dan identifikasi tanda dan gejala hypervolemia.

c) Meningkatkan status nutrisi dengan meberikan diet bernutrisi tinggi yang dilengkapi dengan vitamin B kompleks da vitamin lainnya seperti vitamin A,C dan K serta mendorong pasien untuk

makan. Pasien juga bisa diberikan diet rendah protein jika mengalami gejala koma.

- d) Meningkatkan istirahat dengan cara memposisikan tempat tidur untuk mencapai efektifitas pernapasan yang maksimal dan dorong pasien melakukan aktifitas secara bertahap.
- e) Memberikan perawatan kulit dengan cara mendorong pasien ganti posisi, hindari menggunakan sabun yang mengintegrasikan dan berikan lotion pada kulit.
- f) Mengurangi risiko cedera dengan cara menggunakan bantal pada tempat tidur pasien, intruksikan meminta bantuan, berikan tindakan pengamanan untuk mencegah cedera.
- g) Memantau dan menangani komplikasi dengan cara pantau pendarahan dan hemoragi, pantau struktur mental pasien, pantau kadar elektrolit serum, berikan oksigen jika perlu, kaji status kardiovaskuler dan respirasi, pantau asupan haluaran, perubahan berat badan dan pantau nokturia.

## **B. Asuhan Keperawatan Teoritis Kasus**

### **1. Pengkajian**

#### **a. Identitas klien dan keluarga (penanggung jawab)**

Biasanya identitas klien/ penanggung jawab dapat meliputi : nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, suku, bangsa, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, diagnosa medis, nomor rekam medis, hubungan klien dengan penanggung jawab.

#### **b. Keluhan Utama**

Pada awal sirosis hepatis biasaya orang dengan sirosis sering terungkap kondisinya secara tidak sengaja ketika mencari pelayanan kesehatan untuk masalah lain. Beberapa kondisi

menjadi alasan masuk pasien yaitu dengan keluhan Nyeri abdomen bagian atas sebelah kanan, mual, muntah, dan demam. Sedangkan pada tahap lanjut dengan keluhan adanya ikterus, melena, muntah berdarah. (Black Joyce M & Jane Hokanson Hawks, 2014) sedangkan menurut (Brunner & Suddarth, 2013) mengatakan keluhan utama pada pasien sirosis hepatis yaitu keluhan lemah atau letih, otot lemah, anoreksia, kembung, perut serasa semakin membesar, berat badan menurun, gangguan buang air kecil, gangguan buang air besar dan sesak napas.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat perawat melakukan pengkajian biasanya akan diperoleh komplikasi berat dengan dasar fisiologis; asites disebabkan malnutrisi, GI muncul dari varises esofagus (pembesaran vena), sehingga pasien mengeluhkan bengkak pada tungkai, keletihan, anoreksia. (Black Joyce M & Jane Hokanson Hawks, 2014)

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut (Brunner & Suddarth, 2013) pada buku keperawatan medikal bedah edisi 2012 pasien dengan keluhan sirosis hepatis memiliki riwayat penyalahgunaan alcohol dalam jangka waktu yang lama, sebelumnya ada riwayat hepatitis kronis, riwayat gagal jantung, riwayat pemakaian obat-obatan dan merokok.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Sirosis Hepatis merupakan penyakit yang menular, jadi jika ada keluarga yang menderita hepatitis maka akan menjadi faktor resiko. Keluarga yang memiliki penyakit hepatitis atau sirosis hepatis.

f. Pola aktivitas sehari-hari

a) Nutrisi

Biasanya nafsu makan pasien akan berkurang, karena adanya mual, muntah.

- b) Eliminasi
  - BAB : biasanya berwarna hitam (melena)
  - BAK : biasanya urine berwarna gelap
- c) Personal Hygiene
  - Biasanya pasien mengalami defisit perawatan diri karena kelelahan
- d) Pola Istirahat dan tidur
  - Biasanya pada ensefalopati pola tidur terbalik, malam hari terbangun dan siang hari tertidur
- e) Pola aktivitas
  - Biasanya aktivitas dibantu keluarga dan perawat karena adanya kelelahan
- g. Pemeriksaan Fisik
  - a) Keadaan Umum dan Tanda-tanda vital
    - Biasanya pada diperiksa tingkat kesadaran, bila pada ensefalopati hepatikum akan terjadi penurunan kesadaran, Tanda- tanda vital juga diperiksa untuk mengetahui keadaan umum pasien
  - b) Kepala
    - Biasanya akan tampak kotor karena pase mengalami defisit perawatan diri
  - c) Wajah
    - Menurut (Brunner & Suddarth, 2013) pada buku keperawatan medikal bedah edisi 2012 wajah terdapat bintik-bintik merah, ukuran 5-20 mm ditengah tempat pembuluh darah, suatu arteri kecil yang kadang-kadang dapat teraba berdenyut disebut spider nevy (angio laba-laba)
  - d) Mata
    - Biasanya sklera ampak ikterik dan konjungtiva tampak anemis
  - e) Hidung

Biasanya tampak kotor dan pernapasan cupping hidung

f) Mulut

Adanya bau karakteristik pernapasan yaitu fetor hepaticus akibat peningkatan konsentrasi dimetil sulfide akibat pintasan porto sistemik. Membrane mukosa kering dan icterus. Bibir tampak pucat.

g) Telinga

Biasanya tampak kotor kaena defisit perawatan diri

h) Paru

- a) Inspeksi : pasien menggunakan otot pantu pernapasan
- b) Palpasi : fremitus seimbang bila tidak ada komplikasi
- c) Perkusi : biasanya resonance, bila terdapat efusi pleura maka bunyinya hipersonor
- d) Auskultasi : biasanya vesikuler

i) Jantung

- a) Inspeksi : pergerakan kordis tidak terlihat
- b) Palpasi : apeks tidak teraba
- c) Perkusi : biasanya terdapat pembesaran jantung
- d) Auskultasi : biasanya normal

j) Abdomen

- a) Inspeksi : perut tampak membuncit karena terdapat asites dan umbilicus menonjol
- b) Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada perut kuadran kanan atas, hepar teraba membesar, terdapat shifting dullness atau gelombang cairan
- c) Perkusi : redup
- d) Auskultasi : biasanya bising usus cepat

- k) Ekstremitas
    - a) Eksremitas atas : telapak tangan menjadi hyperemesis (erythema palmare)
    - b) Eksremitas bawah : Biasanya terdapat edema tungkai, penurunan kekuatan otot, edema dan CRT >2 detik
  - l) Genitalia
 

Biasanya pada wanita menstruasi tidak teratur
- h. Pemeriksaan Diagnostik
- Pemeriksaan diagnostic yang dilakukan menurut (Brunner & Suddarth, 2013) antara lain :
- a) Hemoglobin biasanya rendah
  - b) Leukosit biasanya meningkat
  - c) Trombosit biasanya meningkat
  - d) Kolesterol biasanya rendah
  - e) SGOT dan SGPT biasanya meningkat
  - f) Albumin biasanya rendah
  - g) Pemerikaan CHE (koloneterase): penting dalam menilai sel hati. Bila terjadi kerusakan sel hati, kadar CHE akan turun, pada perbaikan terjadi kenaikan CHE menuju nilai normal.
  - h) Pemeriksaan kadar elektrolit dalam penggunaan diuretik dan pembatasan garam dalam diet (Diyono dan Sri Mulyanti, 2013)
  - i) Uji fungsi hati (misalnya fosatase alkali serum, aspartat aminotransferase [AST], [tranaminase glutamate oksaloasetat serum (SGOT)], alanin aminotransferase [ALT], [transaminasenglutamat piruvat serum (SGPT)], GGT, kolinesterase serum dan bilirubin), masa protrombin, gas darah arteri, biopsy.

- j) Pemindaian ultrasonografi
- k) Pemindaian CT
- l) MRI
- m) Pemindaian hati radioisotope

Sedangkan menurut (Diyono, 2016) beberapa pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan antara lain adalah :

a) Pemeriksaan Darah

Hemoglobin rendah, anemia normokrom normositer, hipokrom normositer, hipokrom mikrositer, atau hipokrom makrositer. Penyebab anemia adalah leukopenia dan trombositopenia. Kolestrol darah yang selalu rendah mempunyai prognosis yang kurang baik.

Kenaikan kadar enzim transaminase atau SGOT, SGPT bukan merupakan petunjuk tentang berat dan luasnya kerusakan hati. Kenaikan kadarnya dalam serum timbul akibat kebocoran dari sel yang mengalami kerusakan. Peningkatan kadar gamma GT sama dengan transaminase, ini lebih sensitive tetapi kurang spesifik. Pemeriksaan laboratorium bilirubin, transaminase dan gamma GT tidak meningkat pada pasien sirosis hepatis.

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 stress seperti tindakan operasi.

c) Pemeriksaan CHE (kolineserase)

Pemeriksaan CHE penting dalam penilaian kemampuan sel hati. Bila terjadi kerusakan sel hati 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 pada penggunaan diuretik dan pembatasan garam diet.

e) Pemeriksaan masa protombin

Pemanjangan masa protombin merupakan petunjuk adanya penurunan fungsi hati

f) Kadar gula darah

Peningkatan kadar gula darah pada sirosis hepatis fase lanjut disebabkan kurangnya asupan sel hati membentuk glikogen

g) Pemeriksaan marker serologi

Pemeriksaan adanya virus seperti HbAg/HbsAb, HbeAg/HbeAb, HBV DNS, HCV RNA penting dalam menentukan etiologi sirosis hati.

2. Kemungkinan diagnosa yang muncul

a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan deformitas dinding dada

b. Hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

c. Deficit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan

d. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan hemoglobin

e. Risiko perfusi serebral tidak efektif

f. Risiko pendarahan

g. Risiko cedera

- h. Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi hati
- i. Risiko infeksi
- j. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan
  
- k. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis
- l. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- m. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis

## 3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1

## Intervensi Keperawatan Pada Kasus Sirosis Hepatis

NO	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan deformitas dinding dada (<b>D.0005</b>)</p> <p>Definsi : Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <p>a. Subjektif</p> <p>a) Dispnea</p> <p>b. Objektif</p> <p>a) Penggunaan otot bantu pernapasan</p> <p>b) Fase ekspirasi memanjang</p> <p>c) Pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea,</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama .... diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Ventilasi semenit meningkat</p> <p>b. Kapasitas vital meningkat</p> <p>c. Dispnea menurun</p> <p>d. Penggunaan otot bantu napas menurun</p> <p>e. Pemanjangan fase ekspirasi menurun</p> <p>f. Frekuensi napas menurun</p> <p>g. Kedalaman napas menurun</p> <p>(<b>L.01004</b>)</p>	<p><b>Pemantauan Respirasi (L.01014)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>• Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, <i>cheyne-stokes</i>, biot, ataksis)</li> <li>• Palpasi kesimetrisan ekspansi napas</li> <li>• Auskultasi bunyi napas</li> <li>• Monitor saturasi oksigen</li> <li>• Monitor nilai AGD</li> <li>• Monitor hasil x-ray toraks</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> <li>• Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan tujuan dan</li> </ul>

	<p>Gejala dan tanda minor :</p> <p>a. Subjektif</p> <p>a) Ortopnea</p> <p>b. Objektif</p> <p>a) Pernapasan pursed-lip</p> <p>b) Pernapasan cuping hidung</p> <p>c) Diameter thoraks anterior-posterior meningkat</p> <p>d) Ventilasi semenit menurun</p> <p>e) Kapasitas vital menurun</p> <p>f) Tekanan ekspirasi menurun</p> <p>g) Tekanan inspirasi menurun</p> <p>h) Ekskursi dada berubah</p>		<p>prosedur pemantauan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasikan hasil pemantauan, <i>Jika Perlu</i></li> </ul>
2.	<p>Hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (<b>D.0022</b>)</p> <p>Definsi : peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraseluler</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif</p> <p>a) Ortopnea</p> <p>b) Dyspnea</p> <p>c) Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)</p> <p>Objektif</p> <p>a) Edema anarka dan/atau edema perifer</p> <p>b) Berat badan meningkat dalam</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama .... diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Frekuensi nadi membaik</p> <p>b. Tekanan darah membaik</p> <p>c. Tekanan nadi membaik</p> <p>d. Membrane mukosa membaik</p> <p>e. Jugular venous pressure (JVP) membaik (<b>L.03020</b>)</p>	<p><b>Management Hipervolemia (I.03114)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, edema, reflex hepatojugular positif, suara napas tambahan)</li> <li>• Identifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>• Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah, Jika tersedia)</li> <li>• Monitor intake output</li> </ul>

	<p>waktu singkat</p> <p>c) Jugular Venous Pressure (JVP) dan/atau Central Venous Pressure (CVP) meningkat</p> <p>d) Refleks hepatojugular positif</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>a. Subjektif</p> <p>b. Objektif</p> <p>a) Distensi vena jugularis</p> <p>b) Terdengar suara napas tambahan</p> <p>c) Hepatomegaly</p> <p>d) Kadar Hb/Ht turunn</p> <p>e) Oliguria</p> <p>f) Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif)</p> <p>g) Kongesti paru</p>		<p>cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematocrit, berat jenis urina)</li> <li>• Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. Kadar protein, dan albumin meningkat)</li> <li>• Monitor kecepatan infus secara ketat</li> <li>• Monitor efek samping diuretik (mis. Hipotensi ortostatik, hipovolemia, hypokalemia, hiponatremia)</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</li> <li>• Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>• Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 C</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan melapor jika</li> </ul>
--	--	--	--

			<p>haluaran urine &lt;0,5 mL/kg/jam dalam 8 jam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan melapor jika BB bertambah &gt;1 kg dalam sehari</li> <li>• Anjurkan cara mengukur dan mencatat asupan cairan dan haluaran cairan</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian diuretic</li> <li>• Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic</li> <li>• Kolaborasi pemberian kotinuous renal replacement therapy (CRRT), <i>Jika perlu</i></li> </ul> <p><b>Pemantauan Cairan (I.03121)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor frekuensi dan kekuatas nadi</li> <li>• Monitor frekuensi napas</li> <li>• Monitor tekanan darah</li> <li>• Monitor berat badan -</li> </ul>
--	--	--	--

			<p>Monitor waktu pengisian kapiler</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitor elastisitas atau turgor kulit</li><li>• Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine</li><li>• Monitor kadar albumin dan protein total</li><li>• Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN)</li><li>• Monitor intake dan output cairan</li><li>• Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)</li><li>• Identifikasi tanda-tanda</li></ul>
--	--	--	---

			<p>hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis. Prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, aferesis, obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</li> <li>• Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi</li> <li>• Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>• Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i></li> </ul>
3.	Defisit nutrisi	Setelah dilakukan	<b>Management Nutrisi (I.03119)</b>

<p>berhubungan dengan kurangnya asupan makanan (<b>D.0019</b>)</p> <p>Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <p>a. Subjektif</p> <p>b. Objektif</p> <p>a) Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal</p> <p>Gejala dan tanda minor :</p> <p>a. Subjektif</p> <p>a) Cepat kenyang setelah makan</p> <p>b) Kram/nyeri abdomen</p> <p>c) Nafsu makan menurun</p> <p>b. Objektif</p> <p>a) Bising usus hiperaktif</p> <p>b) Otot pengunyah</p>	<p>tindakan keperawatan selama .... diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Porsi makan yang dihabiskan meningkat</p> <p>b. Berat badan membaik</p> <p>Indeks massa tubuh membaik (<b>L.03030</b>)</p>	<p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi status nutrisi</li> <li>• Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>• Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>• Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</li> <li>• Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> <li>• Monitor asupan makanan</li> <li>• Monitor berat badan</li> <li>• Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li> <li>• Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)</li> <li>• Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>• Berikan makan tinggi serat untuk mencegah</li> </ul>
--	--	---

	<p>lemah</p> <p>c) Otot menelan lemah</p> <p>d) Membrane mukosa pucat</p> <p>e) Sariawan</p> <p>f) Serum albumin turun</p> <p>g) Rambut rontok berlebihan</p> <p>h) Diare</p>		<p>konstipasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>• Berikan suplemen makanan, jika perlu</li> <li>• Hentikan pemberian makan melalui selang nasigastrik jika asupan oral dapat ditoleransi</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan posisi duduk, jika mampu</li> <li>• Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), <i>jika perlu</i></li> <li>• Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i></li> </ul> <p><b>Promosi Berat Badan (I.03136)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kemungkinan</li> </ul>
--	---	--	---

			<p>penyebab BB kurang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor adanya mual muntah</li> <li>• Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari</li> <li>• Monitor berat badan</li> <li>• Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum</li> </ul> <p><i>Teraupetik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, <i>jika perlu</i></li> <li>• Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis. Makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau gastrostomy, total parenteral nutrition sesuai indikasi)</li> <li>• Hidangkan makanan secara menarik</li> <li>• Berikan suplemen, <i>jika perlu</i></li> <li>• Berikan pujian pada pasien/keluarga untuk</li> </ul>
--	--	--	--

			<p>peningkatan yang dicapai</p> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau</li></ul> <p>Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan</p>
--	--	--	--

4.	<p>Perfusi perifer tidak efektif bethubungan dengan penurunan hemoglobin (D.0009)</p> <p>Definisi : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Subjektif</li> <li>b. Objektif       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Pengisian kapiler &gt;3 detik</li> <li>b) Nadi perifer menurun atau tidak teraba</li> <li>c) Akral teraba dingin</li> <li>d) Warna kulit pucat</li> <li>e) Turgor kulit menurun</li> </ol> </li> </ol> <p>Tanda dan gejala minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Subjektif</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ..... diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>b. Warna kulit pucat menurun</li> <li>c. Pengisian kapiler membaik</li> <li>d. Akral membaik</li> <li>e. Turgor kulit membaik (L.02011)</li> </ol>	<p><b>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, anklebrachial index)</li> <li>• Identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolestrol tinggi)</li> <li>• Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada eksremitas</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>• Hindari pengukuran tekanan darah pada eksremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>• Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area cedera</li> <li>• Lakukan pencegahan infeksi</li> <li>• Lakukan perawatan kaki dan kuku</li> <li>• Lakukan hidrasi</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan berhenti merokok</li> <li>• Anjurkan berolahraga rutin</li> <li>• Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar</li> <li>• Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolestrol, jika perlu</li> <li>• Anjurkan meminum obat</li> </ul>
----	---	---	--

	<p>a) Parastesi</p> <p>b) Nyeri eksremitas (klaudikasi intermiten)</p> <p>b. Objektif</p> <p>a) Edema</p> <p>b) Penyembuhan luka lambat</p> <p>c) Indeks ankle-brachial &lt;0,90</p> <p>d) Bruit femoral</p>		<p>pengatur tekanan darah secara teratur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta</li> <li>• Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. Melembabkan kulit kering pada kaki)</li> <li>• Ajarkan program diet untuk mengembalikan sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</li> <li>• Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilang rasa)</li> </ul> <p><b>Management Sensasi Perifer (I.06195)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi penyebab perubahan sensasi</li> <li>• Identifikasi penggunaan alat pengikat, prosthesis, sepatu, dan pakaian</li> <li>• Periksa perbedaan sensasi tajam dan tumpul</li> <li>• Periksa perbedaan sensasi panas dan dingin</li> <li>• Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda</li> <li>• Monitor terjadinya parestesia, jika perlu</li> <li>• Monitor perubahan kulit</li> <li>• Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena</li> </ul> <p><i>Teraupetik</i></p>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin) Edukasi</li><li>• Anjurkan penggunaan thermometer untuk menguji suhu air</li><li>• Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak</li><li>• Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</li></ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kolaborasi pemberian analgesik, <i>jika perlu</i></li><li>• Kolaborasi pemberian kortikosteroid, <i>jika perlu</i></li></ul>
--	--	--	---

5.	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)</p> <p>Definisi : berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama .... diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Tekanan intrakarnial menurun</li> <li>b) Gelisah menurun</li> <li>c) Demam menurun</li> <li>d) Nilai rata-rata tekanan darah membaik</li> <li>e) Kesadaran membaik</li> </ol> <p><b>(L.02014)</b></p>	<p><b>Pemantauan Tekanan Darah Intrakarnial (I.06198)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertensi intracranial idiopatik)</li> <li>• Monitor peningkatan TD</li> <li>• Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)</li> <li>• Monitor penurunan frekuensi jantung</li> <li>• Monitor iregularitas irama jantung</li> <li>• Monitor penurunan tingkat kesadaran</li> <li>• Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil</li> <li>• Monitor kadar CO<sub>2</sub> dan pertahankan dalam</li> </ul>
----	--	---	---

			<p>rentang yang diindikasikan</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitor tekanan perfusi serebral</li><li>• Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal</li><li>• Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK</li></ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ambil sampel drainase cairan serebrospinal</li><li>• Kalibrasi transduser</li><li>• Pertahankan sterilitas system pemantauan</li><li>• Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li><li>• Bilas sitem pemantauan, jika perlu</li><li>• Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien</li><li>• Dokumentasikan hasil pemantauan</li></ul>
--	--	--	--

			<p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>• Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i></li> </ul>
6.	<p>Risiko pendarahan <b>(D.0012)</b></p> <p>Definisi : Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama .... diharapkan tingkat pendarahan menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kelembapan membrane mukosa meningkat</li> <li>Kelembapan kulit meningkat</li> <li>Hemoptysis menurun</li> <li>Hematemesis menurun</li> <li>Hematuria menurun</li> <li>Hemoglobin membaik</li> <li>Hematocrit membaik</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Pendarahan (I.02067)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>• Monitor nilai hematocrit /homoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah</li> <li>• Monitor tanda-tanda vital ortostatik</li> <li>• Monitor koagulasi (mis. Prothombin time (TM), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan atau platelet)</li> </ul>

		<b>(L.02017)</b>	<i>Terapeutik</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pertahankan bed rest selama perdarahan</li><li>• Batasi tindakan invasif, jika perlu</li><li>• Gunakan kasur pencegah dikubitus</li><li>• Hindari pengukuran suhu rektal</li></ul> <i>Edukasi</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li><li>• Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi</li><li>• Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi</li><li>• Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan</li><li>• Anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K</li><li>• Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</li></ul>
--	--	------------------	--

			<p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian obat dan mengontrol perdarahan, <i>jika perlu</i></li> <li>• Kolaborasi pemberian produk darah, <i>jika perlu</i></li> <li>• Kolaborasi pemberian pelunak tinja, <i>jika perlu</i></li> </ul>
7.	<p><b>Risiko cedera (D.0136)</b></p> <p>Definisi : berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama .... diharapkan tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kejadian cedera menurun</li> <li>b. Luka/lecet menurun</li> <li>c. Tekanan darah membaik</li> </ol> <p><b>(L.14136)</b></p>	<p><b>Management Keselamatan Lingkungan (I.14513)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis. kondisi fisik, fungsi kognitif dan riwayat perilaku)</li> <li>• Monitor status keselamatan lingkungan</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis. fisik, biologi dan kimia), <i>Jika memungkinkan</i></li> <li>• Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan</li> </ul>

			<p>bahaya dan risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. commode chair dan pegangan tangan)</li> <li>• Gunakan perangkat pelindung (mis. pengekangan fisik rel samping, pintu terkunci, pagar)</li> <li>• Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunikasi (mis. puskesmas, polisi, damkar)</li> <li>• Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang nyaman</li> <li>• Lakukan program skrining bahaya lingkungan (mis. timbal)</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan</li> </ul>
--	--	--	---

8.	<p>Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi hati (<b>D.0027</b>)</p> <p>Definisi : variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p>a. Subjektif</p> <p><i>Hipoglikemia</i></p> <p>a) Mengantuk</p> <p>b) Pusing</p> <p><i>Hiperglikemia</i></p> <p>a) Lelah dan lesuh</p> <p>b. Objektif</p> <p><i>Hipoglikemia</i></p> <p>a) Gangguan koordinasi</p> <p>b) Kadar glukosa dalam darah/urine rendah</p> <p><i>Hiperglikemia</i></p> <p>a) Kadar glukosa dalam darah/urine tinggi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... diharapkan kestabilan glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Koordinasi meningkat</p> <p>b. Mengantuk menurun</p> <p>c. Pusing menurun</p> <p>d. Lelah/lesu menurun</p> <p>e. Kleuhan lapar menurun</p> <p>f. Kadar glukosa darah membaik (<b>L.03002</b>)</p>	<p><b>Management Hiperglikemia (I.03115)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>• Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. penyakit kambuhan)</li> <li>• Monitor kadar glukosa darah, jika perlu</li> <li>• Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuri, polidipsia, polivagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)</li> <li>• Monitor intake dan output cairan</li> <li>• Monitor keton urine, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan asupan cairan oral</li> </ul>
----	--	--	---

	<p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>a. Subjektif</p> <p><i>Hipoglikemia</i></p> <p>a) Palpitasi</p> <p>b) Mengeluh lapar</p> <p><i>Hiperglikemia</i></p> <p>a) Mulut kering</p> <p>b) Haus meningkat</p> <p>b. Objektif</p> <p><i>Hipoglikemia</i></p> <p>a) Gemetar</p> <p>b) Kesadaran menurun</p> <p>c) Perilaku aneh</p> <p>d) Sulit berbicara</p> <p>e) Berkeringat</p> <p><i>Hiperglikemia</i></p> <p>a) Jumlah urine meningkat</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</li> <li>• Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL</li> <li>• Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</li> <li>• Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</li> <li>• Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu</li> <li>• Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)</li> </ul>
--	--	--	--

			<p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian insulin, <i>jika perlu</i></li> <li>• Kolaborasi pemberian cairan IV, <i>jika perlu</i></li> <li>• Kolaborasi pemberian kalium, <i>jika perlu</i></li> </ul>
9.	<p><b>Risiko infeksi (D.0142)</b></p> <p>Definisi : berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Demam menurun</li> <li>Kemerahan menurun</li> <li>Nyeri menurun</li> <li>Bengkak menurun</li> <li>Kadar sel darah putih membaik</li> </ol> <p><b>(L.14137)</b></p>	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi</li> <li>• Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi</li> <li>• Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan suntikan pada pada bayi dibagian paha anterolateral</li> <li>• Dokumentasikan informasi</li> </ul>

			<p>vaksinasi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat</li></ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Jelaskan tujuan, manfaat, resiko yang terjadi, jadwal dan efek samping</li><li>• Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah</li><li>• Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah</li><li>• Informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus</li><li>• Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi kembali</li><li>• Informasikan penyedia layanan pekan imunisasi nasional yang menyediakan vaksin</li></ul>
--	--	--	--

10.	<p>Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan <b>(D.0129)</b></p> <p>Definisi : kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament).</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>a. Subjektif</p> <p>b. Objektif</p> <p>    a) Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>a. Subjektif</p> <p>b. Objektif</p> <p>    a) Nyeri</p> <p>    b) Pendarahan</p> <p>    c) Kemerahan</p> <p>    d) Hematoma</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama .... diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Kerusakan jaringan menurun</p> <p>b. Kerusakan kulit menurun <b>(L.14125)</b></p>	<p><b>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring</li> <li>• Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu</li> <li>• Bersikan perineal dengan air hangat, terutama pada periode diare</li> <li>• Gangguan produk berbau ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive</li> <li>• Gunakan produk berbau dasar alcohol pada kulit kering</li> </ul>
-----	--	--	---

			<p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum)</li> <li>• Anjurkan minum air cukup</li> <li>• Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>• Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</li> <li>• Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem</li> <li>• Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berda di luar rumah</li> <li>• Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</li> </ul>
11.	<p>Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis <b>(D.0057)</b></p> <p>Definisi : penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>a. Subjektif</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... diharapkan tingkat keletihan menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Jatuh dari tempat tidur menurun</p> <p>b. Jatuh saat berdiri menurun</p>	<p><b>Edukasi Aktivitas/Istirahat (I.12362)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ul>

	<p>a) Merasa energy tidak pulih walaupun telah tidur</p> <p>b) Merasa kurang tenaga</p> <p>c) Mengeluh lelah</p> <p>b. Objektif</p> <p>a) Tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin</p> <p>b) Tampak lesu</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>a. Subjektif</p> <p>a) Merasa bersalah akibat tidak mampu menjalankan tanggung jawab</p> <p>b) Libido menurun</p> <p>b. Objektif</p> <p>a) Kebutuhan istirahat meningkat</p>	<p>c. Jatuh saat duduk menurun</p> <p>d. Jatuh saat berjalan menurun <b>(L.05046)</b></p>	<p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat</li> <li>• Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>• Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin</li> <li>• Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya</li> <li>• Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat</li> <li>• Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. kelelahan, sesak nafas saat aktivitas)</li> </ul>
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan</li> </ul>
12.	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen <b>(D.0056)</b></p> <p>Definisi : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>a. Subjektif</p> <p>a) Mengeluh lelah</p> <p>b. Objektif</p> <p>a) Frekuensi jantung meningkat &gt;20%</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... diharapkan intoleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Frekuensi nadi meningkat</p> <p>b. Keluhan lelah menurun</p> <p>c. Dipsnea saat beraktivitas menurun</p> <p><b>d. Dipsnea setelah beraktivitas menurun</b> <b>(L.05047)</b></p>	<p><b>Management Energi (I.05178)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>• Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>• Monitor pola dan jam tidur</li> <li>• Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>• Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif</li> <li>• Berikan aktivitas</li> </ul>

	<p>dari kondisi istirahat</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>a. Subjektif</p> <p>a) dyspnea saat/setelah aktivitas</p> <p>b) merasa tidak nyaman setelah beraktivitas</p> <p>c) merasa lelah</p> <p>b. Objektif</p> <p>a) Tekanan darah berubah &gt;20% dari kondisi istirahat</p> <p>b) Gambaran EKG menunjukkan aitmia saat/setelah aktivitas</p> <p>c) Gambara EKG menunjukkan iskemia</p> <p>d) Sianosis</p>		<p>distraksi yang menyenangkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan tirah baring</li> <li>• Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>• Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>• Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ul> <p><b>Terapi Aktivitas (I.05186)</b></p> <p><i>Observasi</i></p>
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi defisit tingkat aktivitas</li> <li>• Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</li> <li>• Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</li> <li>• Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</li> <li>• Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. bekerja) dan waktu luang</li> <li>• Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fasilitasi fokus pada kemampuan, buka defisit yang dialami</li> <li>• Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</li> <li>• Fasilitasi memilih aktivitas</li> </ul>
--	--	--	---

			<p>dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan social</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</li><li>• Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</li><li>• Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai</li><li>• Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih</li><li>• Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. Ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan</li><li>• Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gera</li><li>• Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif</li><li>• Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat</li></ul>
--	--	--	--

			<p>badan, jika sesuai</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</li><li>• Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis. kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien demensia</li><li>• Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif</li><li>• Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis. vocal group, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kartu)</li><li>• Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</li><li>• Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri</li></ul>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</li><li>• Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</li><li>• Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</li></ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu</li><li>• Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</li><li>• Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan</li><li>• Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai</li><li>• Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas Kolaborasi</li><li>• Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam</li></ul>
--	--	--	--

			<p>merencanakan dan memonitor program aktivitas, <i>jika sesuai</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, <i>jika perlu</i></li> </ul>
13.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis <b>(D.0054)</b></p> <p>Definisi :</p> <p>Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih eksremitas secara mandiri</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>a. Subjektif</p> <p>a) Mengeluh sulit menggerakkan eksremitas</p> <p>b. Objektif</p> <p>a) Kekuratan otot</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Pergerakan eksremitas meningkat</p> <p>b. Kekuatan otot meningkat</p> <p>c. Rentang gerak (ROM) meningkat <b>(L.05042)</b></p>	<p><b>Dukungan Ambulasi (I.06171)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya</li> <li>• Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>• Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</li> <li>• Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fasilitasi ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk)</li> </ul>

	<p>menurun</p> <p>b) Rentang gerak (ROM) menurun</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>a. Subjektif</p> <p>a) Nyeri saat bergerak</p> <p>b) Enggan melakukan pergerakan</p> <p>c) Merasa cemas saat bergerak</p> <p>b. Objektif</p> <p>a) Sendi kaku</p> <p>b) Gerakan tidak terkoordinasi</p> <p>c) Gerakan terbatas</p> <p>d) Fisik lemah</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fasilitasi melakukan mobilitas fisik, jika perlu</li> <li>• Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>• Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>• Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</li> </ul>
--	--	--	--

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan studi deskriptif, yaitu penelitian yang diarahkan untuk memaparkan gejala, fakta atau kejadian secara sistematis dan akurat mengenai sifat-sifat populasi (Abdullah, 2018). Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan studi kasus. Hasil yang didapatkan peneliti adalah melihat asuhan keperawatan pada pasien sirosis hepatitis Di Irna Penyakit Dalam RSUP M. Djamil Padang tahun 2022.

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

##### 1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di Irna Penyakit Dalam RSUP M. Djamil Padang

##### 2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dimulai dari pembuatan proposal pada bulan September 2021 sampai Juli 2022. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 06 April 2022 sampai 10 April 2022 di Interne Wanita Irna Penyakit Dalam RSUP Dr.Djamil Padang.

#### **C. Subjek penelitian**

##### 1. Populasi

Populasi menurut Buan Bungin dalam buku (Saleh, 2017) merupakan keseluruhan (universum) dari objek penelitian yang dapat berupa manusia, hewan, tumbuh-tumbuhan, udara, gejala, nilai, peristiwa, sikap hidup, dan sebagainya sehingga objek-objek itu dapat menjadi sumber data penelitian. Populasi dari penelitian ini adalah semua pasien sirosis hepatitis yang ada di Irna Penyakit Dalam RSUP M. Djamil Padang.

## 2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi atau bagian kecil dari anggota populasi yang diambil menurut prosedur tertentu sehingga dapat mewakili populasinya (Saleh, 2017). Sampel dari penelitian ini sebanyak 1 orang pasien sirosis hepatitis di Irna Penyakit Dalam RSUP M. Djamil Padang tahun 2022, dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Purposive Sampling yaitu teknik pengambilan sampel paling sederhana yang mengharuskan peneliti benar-benar paham akan responden yang akan dipilih sebagai sampel penelitian sehingga responden dapat memberikan informasi kepada peneliti mengenai data-data yang diperlukan. Pada teknik ini peneliti diharuskan menetapkan kriteria sampel penelitian (Budiarto, 2019).

Pada pengambilan sampel peneliti menetapkan beberapa kriteria yang harus dipenuhi yaitu kriteria inklusi dan eksklusi yang menjadi patokan awal dalam pengambilan sampel. Kriteria sampel dalam penelitian ini yaitu :

1. Kriteria Inklusi
  - a) Pasien bersedia menjadi responden
  - b) Pasien kooperatif dan dapat berkomunikasi verbal dengan baik
2. Kriteria Eksklusi
  - a) Pasien dengan penurunan kesadaran

Sampel dipilih dengan menggunakan teknik simple random sampling, yaitu teknik pengambilan sampel dengan poses melakukan undian pada seluruh anggota populasi (Budiarto, 2019). Adapun proses pengambilan sampel yaitu : populasi yang ditemukan saat melakukan penelitian pada tanggal 06 April 2022 sebanyak 3 orang pasien sirosis hepatitis. Maka digunakan metode terpilih 1 orang sampel yaitu Ny. M.

#### **D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data**

Alat atau instrument pengumpulan data berupa format tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi dalam hal ini terlampir. Instrument digunakan dalam penelitian ini dalam format pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dan alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari tensimeter, stetoskop, thermometer, penlight, microise (alat ukur tinggi) dan timbangan.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik dan observasi langsung dan studi dokumentasi.

1. Format pengkajian keperawatan terdiri dari : identitas pasien, identifikasi penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologis, data ekonomi social, data spiritual, lingkungan tempat tinggal, pemeriksaan laboratorium dan program pengobatan.
2. Format analisa data terdiri dari : nama pasein, nomor rekam medic, data, masalah dan etiologi
3. Format diagnose keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medic, diagnose keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf masalah dipecahkan.
4. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medic, diagnose keperawatan, intervensi SIKI
5. Format implementasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medic, hari dan tanggal, diagnose keperawatan, implementasi keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
6. Format evaluasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor tekam medic, hari dan tanggal, diagnose keperawatan, evaluasi keperawatan, dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.

#### **E. Cara Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data yang dilakukan peneliti adalah antara lain :

1. Wawancara dan anamnesa

Peneliti melakukan wawancara kepada kedua belah pihak melalui pertanyaan yang dilakukan langsung dan tatap muka. Wawancara yang dilakukan meliputi perkenalan diri, menjelaskan tujuan, informed consent, pengkajian yaitu menanyakan keluhan yang dirasakan pasien sehingga dibawa ke rumah sakit, keluhan yang dirasakan pada saat ini, riwayat kesehatan dahulu pasien dan ADL pasien.

2. Observasi

Peneliti melakukan pengamatan secara langsung kepada kedua participant untuk mencari perubahan atau pengalaman yang dialami kedua participant.

3. Pengukuran

Peneliti melakukan penelitian cek tekanan darah, pemeriksaan fisik secara head to toe, menggunakan penlight, menimbang berat badan dengan menggunakan timbangan dan mengukur tinggi.

4. Dokumentasi

Dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar atau karya dokumental dari seseorang. Dalam hal ini peneliti menggunakan dokumentasi dari rumah sakit berupa data laboratorium, pemeriksaan diagnostik, dan terapi pengobatan untuk menunjang penelitian yang dilakukan.

## **F. Jenis-Jenis Data**

### **1. Data Primer**

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung dari pasien dan keluarga berdasarkan format pengkajian asuhan keperawatan, meliputi : identitas pasien, riwayat kesehatan pasien, pola aktifitas sehari-hari di rumah, dan pemeriksaan fisik terhadap pasien. Data ini didapatkan dari hasil wawancara observasi dan pemeriksaan fisik langsung pada partisipan.

### **2. Data Sekunder**

Data sekunder diperoleh dari perawat, rekam medis, data penunjang (hasil labor dan diagnostic) yang ada di RSUP M Djamil Padang.

## **G. Analisis Data**

Hasil analisis pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahap proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada pasien sirosis hepatis. Data yang didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian asuhan keperawatan, menegakkan diagnosis keperawatan, merencanakan tindakan asuhan keperawatan, melaksanakan tindakan asuhan keperawatan, mengevaluasi hasil tindakan asuhan asuhan keperawatan dan dinarasikan.

## **BAB IV**

### **DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN HASIL**

Bab IV ini akan menguraikan asuhan keperawatan beserta analisis pada pasien Sirosis Hepatis sebagai kasus kelolaan. Pengambilan kasus dilakukan pada tanggal 6 April 2022 di ruang Interne Wanita Irna Penyakit Dalam RSUP Dr. M Djamil Padang.

#### **A. HASIL PENELITIAN**

##### **1. Pengkajian**

Pasien Ny. M berjenis kelamin perempuan berumur 37 tahun, status perkawinan menikah. Pendidikan pasien SMA. Pasien bekerja sebagai IRT. No. MR : 01.05.30.10 Pasien ditemani oleh Tn. Y sebagai suami pasien. Pasien masuk RSUP Dr. M Djamil Padang pada tanggal 1 April 2022 pukul 10.00 WIB, melalui IGD yang merupakan pasien rujuk dari RS Bayangkara Jambi dengan mual dan muntah sejak  $\pm$  1 minggu yang lalu. Pasien mengatakan saat ini BB : 41 TB : 158 dimana terjadi penurunan berat badan pada pasien sehingga lemas untuk beraktivitas. Pada saat pengkajian pada tanggal 06 April 2022 pukul 13.30 WIB di Ruang Interne Wanita Wing B pasien mengatakan sudah didiagnosa sirosis hepatis sejak tahun 2018 saat ini merasakan lelah dan aktivitas masih dibantu keluarga, pasien juga mengatakan tidak ada tenaga. Pasien mengatakan napsu makannya menurun tapi mual masih terasa dan berat badan berkurang 3 kg selama dirawat. Pasien mengatakan saat ini masih menunggu tindakan legasi untuk farises eksofagusnya.

Pasien mendapatkan tindakan ligasi pada hari kedua pengkajian yaitu tanggal 07 Mei 2022 dan mendapatkan 3 kantong transfusi TC sesudahnya karena HB dibawah rentang normal dan terjadi pendarahan saat tindakan.

Pasien pada tahun 2018 sempat berobat ke Klinik H.B dan mendapatkan pengobatan selama 1,5 tahun lalu kemudian di stop. Pada 2022 awal Ny. M mengalami muntah darah, BAB hitam dan pucat.. Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga lain yang menderita penyakit serupa seperti pasien dan tidak ada yang menderita hepatitis.

Pola aktivitas sehari-hari pasien diantaranya untuk pola nutrisi berat badan sebelum masuk rumah sakit 46 Kg, berat badan ketika sakit 41 Kg dengan IMT 16,8 yaitu berat badan kurang. Ketika sehat pasien mengatakan makan 3xsehari, pasien makan dengan telur, lauk, dan sayur. Pasien menghabiskan 1 porsi makanan. Sedangkan ketika di RS pasien makan 3xsehari, kadang makanan habis dan kadang tidak. Sedangkan pada pola eliminasi pada saat sehat pasien mengatakan BAB 1x sehari, BAB berwarna kuning, BAK  $\pm$  5xsehari. Sedangkan saat di RS pasien mengatakan BAB 1x 2 hari, BAB berwarna kuning, konsistensi lembek, BAK  $\pm$ 6 kali sehari. Pola istirahat dan tidur selama dirawat pasien tidur  $\pm$ 7-8 jam perhari. Pasien mengatakan tidak ada gangguan saat tidur. Pola aktivitas dan latihan pasien mengatakan aktivitasnya selama dirumah sakit sebagian dibantu oleh keluarga dan perawat diruangan. Pasien mengatakan agak terhambat beraktivitas karena terpasang infus dan terkadang terasa nyeri di ulu hati.

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik pada pasien pengukuran tanda tanda vital didapatkan TD : 125/80 mmHg, Nadi : 78x/ menit, Nafas : 28x/ menit, Suhu : 36.5 celcius. Keadaan umum pasien lemah dengan GCS 15, tingkat kesadaran composmentis kooperatif. BB: 41 kg, TB: 158 cm. IMT= 16.8. Konjungtiva pasien tampak pucat, sklera tampak ikterik, leher tidak teraba pembesaran kelenjer tyroid, tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening. Pemeriksaan dada tampak simetris kiri dan kanan, fremitus kiri dan kanan sama, perkusi sonor diseluruh lapangan paru, bunyi pernapasan pasien vesikuler, tidak ada wheezing dan ronkhi. Shifting dullness negatif, hepar

teraba normal.. Tidak terdapat udem pada ekstermitas, dan telapak tangan tampak memerah atau eritema palmaris.

Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 06 April 2022 yaitu HB 10,5 g/dl, PT/APTT : 12,6/29. Terapi obat yang didapatkan pasien adalah IVD Aminofusin : Triofusin : NaCl 0,9% (1:1:1) 8 jam/kplf, Spironolactone 1x100 mg, Propranolol 2x10 mg dan Lactulac 3x10 cc selain itu pasien juga mendapatlan transfuse TC 5 unit sebelum ligase dan trafusi 5 unit setelah ligase.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Setelah dilakukan analisis data pada tanggal 06 April 2022 ditemukan masalah keperawatan berdasarkan SDKI, 2017 pada pasien yakni deficit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan dan dibuktikan dengan data subjektif maupun objektif yang menunjang masalah keperawatan ini adalah pasien mengatakan pasien mengeluh lemas, makan kadang tidak habis, nafsu makan berkurang, penurunan berat badan selama dirawat dan BB 41 Kg, TB 158, IMT 1.8 yang tergolong kurang nutrisi.

Masalah keperawatan lain berdasarkan SDKI, 2017 yang dapat ditegaskan adalah risiko pendarahan yang dibuktikan dengan data pasien mengalami komplikasi farises eksofagus grade II dan akan mendapatkan tindakan ligase.

Diagnose ketiga menurut SDKI, 2017 yaitu Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan dibuktikan dengan data yang mendukung diantaranya adalah pasien mengatakan merasa lelah. Pasien aktivitas dibantu keluarga karena lelah untuk bergerak.

### **3. Rencana Keperawatan**

Rencana keperawatan ditegakkan berdasarkan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia atau SIKI, 2018. Diantaranya adalah :

- a. Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan deficit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorbsi makanan yaitu management nutrisi dengan mengidentifikasi status nutrisi pasien, monitor asupan makanan pasien, monitor berat badan pasien, monitor hasil pemeriksaan laboratorium dan menganjurkan pasien menghabiskan makanannya.
- b. Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan risiko pendarahan yaitu monitor tanda pendarahan, monitor nilai Hb sebelum dan setelah pemberian produk darah, monitor tanda-tanda vital, monitor koagulasi, kolaborasi pemberian obat dan mengontrol pendarahan dan kolaborasi pemberian produk darah.
- c. Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yaitu management energy dengan mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengalami kelemahan, memonitor pola dan jam tidur. Lalu fasilitasi pasien dalam melakukan aktivitas fisik dan ambulasi dan libatkan keluarga.

### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi yang sudah dilakukan pada keluarga pasien mulai tanggal 06 April 2022 sampai tanggal 10 April 2022 berdasarkan buku SIKI, 2018 pada diagnosa deficit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorbsi makanan yaitu management nutrisi dengan mengidentifikasi status nutrisi pasien, monitor asupan makanan pasien, monitor hasil pemeriksaan laboratorium pasien dan menganjurkan pasien untuk menghabiskan makanannya.

Implementasi ini dilakukan pada hari tanggal 06 -09 April 2022 pada jam 14.00 WIB.

Implementasi risiko pendarahan berdasarkan SIKI, 2018 yaitu monitor tanda pendarahan, monitor nilai Hb sebelum dan setelah pemberian produk darah, monitor tanda-tanda vital, monitor koagulasi, kolaborasi pemberian obat dan mengontrol pendarahan dan kolaborasi pemberian produk darah yang dilakukan pada tanggal 06 – 08 April 2022 pada pukul 14.00 WIB.

Implementasi yang dilakukan pada pasien berdasarkan SIKI, 2018 dengan intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan yaitu management energy dengan mengidentifikasi mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengalami kelemahan, memonitor pola dan jam tidur. Lalu fasilitasi pasien dalam melakukan aktivitas fisik dan ambulasi dan melibatkan keluarga. Implementasi ini dilakukan tanggal 06 – 10 April 2022 pada pukul 14.00 WIB.

## **5. Hasil Evaluasi**

Setelah dilakukan intervensi keperawatan berdasarkan SIKI, 2018 selama 5 hari pada pasien didapatkan evaluasi masalah keperawatan difisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah makanan sudah mulai dihabiskan. Pasien pada pengkajian hari pertama dan kedua masih belum menghabiskan makanannya, kemudian pada hari ketiga dan seterusnya pasien mulai menghabiskan makanannya.

Pada masalah keperawatan risiko pendarahan dapat teratasi dibuktikan dengan tidak adanya tanda-tanda pendarahan dan Hb membaik.

Pada masalah keperawatan intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan belum dapat teratasi karena pasien belum bisa melakukan aktifitas secara mandiri. Level kelelahan sudah teratasi. Pasien masih mengatakan lelah tetapi sudah mulai berkurang.

## **B. PEMBAHASA KASUS**

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membandingkan hasil penelitian dengan teori tentang asuhan keperawatan pada pasien sirosis hepatis yang telah dilakukan sejak 06 April 2022 sampai 10 April 2022 di Interne Wanita Ruang Penyakit Dalam RSUP Dr. M Djamil Padang. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, masalah keperawatan yang muncul (Diagnosa Keperawatan), rencana keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

### **1. Pengkajian**

Pada hasil penelitian didapatkan pasien lemah, akan dilakukan tindakan farises eksofagus dan Hb yang rendah pada pasien. Hal ini sesuai dengan pendapat Price & Wilson (2014) pasien sirosis hepatis ditemukan fibrosis yang luas atau jaringan parut dan terjadi pembentukan nodul. Sirosis dapat terjadi ketika aliran darah normal, empedu, dan metabolisme hepatik diubah oleh fibrosis dan terjadi perubahan di dalam hepatik, duktus empedu, jalur vaskuler dan sel retikuler. Selain itu pasien Ny.M juga mengatakan mual, nafsu makan berkurang dan berat badan yang menurun. Tanda dan gejala tersebut juga sesuai dengan pendapat Robinson & Saputra (2014) pasien dengan Sirosis Hepatis memiliki tanda dan gejala penurunan berat badan, mual, nyeri pada abdomen, kelelahan dan terdapat spider navy.

Pasien mendapatkan tindakan ligasi pada hari kedua pengkajian yaitu tanggal 07 Mei 2022 dan mendapatkan 3 kantong transfusi TC sesudahnya karena HB dibawah rentang normal dan terjadi pendarahan saat tindakan. Menurut kalista (Kalista et al., 2019) menemukan 17 pasien sirosis hepatis sudah

mendapatkan ligasi varises eksofagus. Ligase eksofagus sendiri adalah metode mengikat menggunakan karet khusus pada pembuluh darah yang mengalami pendarahan.

Pada pasien juga sempat mengalami pendarahan pada bulan Maret tahun 2022 yang disebabkan oleh varises esophagus, hal ini sesuai dengan teori pendapat Lemone,dkk (2016) yang berpendapat mengenai komplikasi dari Sirosis Hepatis yaitu ada Varises esophagus yang terjadi akibat meningkatnya tekanan darah porta (Hipertensi Portal), hipertensi portal meningkatkan tekanan hidrostatik di pembuluh darah sistem portal. Peningkatan tekanan hidrostatik di dalam kapiler akan mendorong cairan untuk keluar, hal ini berkontribusi terhadap pembentukan asites pada pasien. Namun saat dilakukan penkajian pasien mengatakan tidak ada lagi pendarahan.

Pada riwayat penyakit sebelumnya pasien mengatakan sudah didiagnosa hepatitis B kronik dan sirosis hepatis sejak tahun 2018, lalu mengalami pengobatan selama 1,5 tahun lalu kemudian berhenti. Pada tahun 2022, bulan Maret kembali terjadi muntah darah pada Ny. M dan didiagnosa farises eksofagus grade II. Ny.M mengatakan tidak ada keluarga yang menderita Hepatitis dan tidak pernah mengkonsumsi alkohol. Berdasarkan teori Black & Hawks (2014) faktor resiko sirosis hati adalah sirosis bilier dengan kolestasis atau obstruksi duktus empedu; pemakaian obat-obatan (seperti asetaminofen, methotrexat, atau isoniazid), kongesti hepatis dari gagal jantung sisi kanan berat, perikarditis konstiksi, penyakit pembuluh darah, kekurangan alfa antitripsin, penyakit infiltratif (seperti amyloidosis, penyakit simpanan glikogen atau hemakromatosis), penyakit wilson dan defisit nutrisi terkait jalan pintas jejunum, kelebihan dosis asetaminofen ditentukan sebagai penyebab paling sering gagal hati akut.

Untuk komplikasi sirosis hepatis yaitu menurut (Ndraha et al., 2019) ditemukan komplikasi sirosis hepatis antara lain asites (87,3%), anemia (60,3%), varises esophagus (23,8%) dan hepatoma (6,4%). Yang mana salah satu komplikasi yang dialami Ny. M adalah farises eksofagus.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Pada Ny. M ditemukan 3 diagnosa keperawatan yaitu deficit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorbsi makanan, risiko pendarahan dan intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan. SDKI, 2017

Pada diagnosa deficit nutrisi berhubungan dengan berhubungan dengan kurangnya asupan makanan dan dibuktikan dengan data subjektif maupun objektif yang menunjang masalah keperawatan ini adalah pasien mengatakan pasien mengeluh lemas, makan kadang tidak habis, nafsu makan berkurang, penurunan berat badan selama dirawat dan BB 41 Kg, TB 158, IMT 1.8 yang tergolong kurang nutrisi sesuai juga dengan penelitian (Jona, 2020) yang mengatakan Selain diberikan CBT, peneliti juga memberikan edukasi mengenai diet yang tepat untuk penderita sirosis hepatis, yang mana pengetahuan merupakan modal awal bagi terbentuknya sikap yang akhirnya akan mengarah pada niat untuk melakukan perubahan sikap. Hal ini perlu ditindaklanjuti oleh pihak rumah sakit bahwa CBT dan edukasi dapat menjadi salah satu tindakan keperawatan untuk meningkatkan status gizi pasien khususnya pasien sirosis hepatis

Pada diagnosa risiko pendarahan dibuktikan dengan terdapatnya farises esophagus grade II, akan dilakukan tindakan ligase dan Hb yang rendah sesuai juga dengan penelitian (Netiana, 2020) yang mengatakan bahwa

varises esofagus adalah terjadinya distensi vena submukosa yang diproyeksikan ke dalam lumen esofagus pada pasien dengan hipertensi portal. Hipertensi portal adalah peningkatan tekanan aliran darah portal lebih dari 10 mmHg yang menetap, sedangkan tekanan dalam keadaan normal sekitar 5 –10 mmHg. Hipertensi portal paling sering disebabkan oleh sirosis hati. Sekitar 50% pasien dengan sirosis hati akan terbentuk varises esofagus, dan sepertiga pasien dengan varises akan terjadi perdarahan yang serius dari varisesnya dalam hidupnya.1-3 Perdarahan varises esofagus mempunyai rata-rata morbiditas dan mortalitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan perdarahan saluran cerna bagian atas lainnya seperti misalnya ulkus peptikus.

Pada diagnosa intoleransi aktifitas yang berhubungan dengan kelemahan juga dibuktikan dengan penelitian (Saskara & Suryadarma, 2013) yang menemukan pasien dengan sirosis hepatis dengan gejala Keluhan lemas dikatakan dirasakan terus menerus dan tidak menghilang walaupun pasien telah beristirahat.

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nelci Andriani Giri tentang asuhan keperawatan pada pasien sirosis hepatis di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang menemukan beberapa diagnose yaitu nyeri akut, deficit nutrisi, gangguan integritas kulit, pola napas tidak efektif, hypervolemia, kopping keluarga tidak efektif dan risiko pendarahan. (Nelci, 2020).

### **3. Rencana Keperawatan**

Intervensi atau perencanaan keperawatan diartikan sebagai suatu dokumen tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan dan intervensi keperawatan dan merupakan metode dokumentasi tentang asuhan keperawatan kepada klien (Nursalam, 2011). Intervensi atau

perencanaan tindakan keperawatan pada kasus pasien disusun berdasarkan masalah keperawatan yaitu: Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan deficit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorpsi makanan yaitu management nutrisi dengan mengidentifikasi status nutrisi pasien, monitor asupan makanan pasien, monitor berat badan pasien, monitor hasil pemeriksaan laboratorium dan menganjurkan pasien menghabiskan makanannya.

Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan risiko pendarahan yaitu monitor tanda pendarahan, monitor nilai Hb sebelum dan setelah pemberian produk darah, monitor tanda-tanda vital, monitor koagulasi, kolaborasi pemberian obat dan mengontrol pendarahan dan kolaborasi pemberian produk darah.

Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yaitu management energy dengan mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengalami kelemahan, memonitor pola dan jam tidur. Lalu fasilitasi pasien dalam melakukan aktivitas fisik dan ambulasi dan libatkan keluarga.

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan (Hebi, 2020) yang melakukan penelitian di RSUP Dr. M. Djamil Padang yang juga melakukan intervensi yang sama dengan asuhan keparawatan di atas.

#### **4. Impelementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah tahap melakukan rencana keperawatan yang telah dibuat. Adapun kegiatan yang ada dalam tahap implementasi meliputi pengkajian ulang, memperbaiki data

dasar, ,meninjau dan merevisi asuhan keperawatan yang direncanakan (Deswani,2009)

Dalam rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan deficit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorpsi makanan yaitu management nutrisi dengan 5 implementasi yaitu mengidentifikasi status nutrisi pasien, monitor asupan makanan pasien, monitor berat badan pasien, monitor hasil pemeriksaan laboratorium dan menganjurkan pasien menghabiskan makanannya.

Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan risiko pendarahan berdasarkan SIKI, 2018 yaitu monitor tanda pendarahan, monitor nilai Hb sebelum dan setelah pemberian produk darah, monitor tanda-tanda vital, monitor koagulasi, kolaborasi pemberian obat dan mengontrol pendarahan dan kolaborasi pemberian produk darah

Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yaitu management energy dengan 3 implementasi yaitu mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengalami kelemahan, memonitor pola dan jam tidur. Lalu fasilitasi pasien dalam melakukan aktivitas fisik dan ambulasi dan libatkan keluarga.

## **5. Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Pada tahap ini yang dilakukan adalah mengkaji respon pasien dengan kriteria hasil, memodifikasi asuhan keperawatan sesuai dengan hasil evaluasi dan

mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien (Dewani,2019).

Evaluasi yang peneliti lakukan pada pasien tanggal 06 April 2022 sampai 10 April 2022 menggunakan metode SOAP untuk mengetahui keefektifan dan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan. Dari hasil evaluasi yang dilakukan pasien didapatkan 2 masalah yang belum teratasi. Pada masalah intoleransi aktifitas belum teratasi ditandai dengan pasien yang belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri dan masih dibantu oleh keluarga.

Pada evaluasi masalah keperawatan defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah makanan sudah mulai dihabiskan. Pasien pada pengkajian hari pertama dan kedua masih belum menghabiskan makanannya, kemudian pada hari ketiga dan seterusnya pasien mulai menghabiskan makanannya.

Pada masalah keperawatan risiko pendarahan dapat teratasi dibuktikan dengan tidak adanya tanda-tanda pendarahan dan Hb membaik.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Sirosis Hepatis di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022, peneliti mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian didapatkan pasien mengatakan merasakan lelah dan aktivitas masih dibantu keluarga, pasien juga mengatakan tidak ada tenaga. Pasien mengatakan napsu makannya menurun tapi mual masih terasa dan berat badan berkurang 3 kg selama dirawat. Pasien mengatakan saat ini masih menunggu tindakan legasi untuk farises eksofagusnya.
2. Diagnosa yang muncul pada sirosis hepatis ditemukan 3 diagnosa keperawatan yaitu deficit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorpsi makanan, risiko pendarahan dan intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan
3. Rencana keperawatan yang disusun tergantung kepada masalah keperawatan yang ditemukan yaitu sesuai dengan teori yang sudah ada, berdasarkan SDKI SLKI dan SIKI. Rencana keperawatan yang dilakukan yaitu management nutrisi, pencegahan pendarahan dan management energy.
4. Implementasi keperawatan yaitu dilakukan pada penelitian yaitu management nutrisi, pencegahan pendarahan dan management energy.
5. Evaluasi keperawatan yang peneliti lakukan pada pasien yang dilakukan pasien didapatkan 2 masalah yang belum teratasi yaitu deficit nutrisi dan risiko pendarahan. Satu masalah keperawatan tidak teratasi yaitu intoleransi aktifitas.

## **B. Saran**

### **1. Bagi perawat Interne Wanita Irna Penyakit Dalam**

Perawat di ruangan telah melakukan asuhan keperawatan dengan baik, namun alangkah baik ketika melakukan tindakan keperawatan, perawat lebih mengarah pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

### **2. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan kepada peneliti selanjutnya agar hasil penelitian ini menjadi data dasar dan acuan dalam memberikan asuhan keperawatan kepadapasien Sirosis Hepatis

### **3. Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan dapat meningkatkan mutu pembelajaran untuk menghasilkan perawat-perawat yang profesional dalam memberikan asuhan keperawatan dan diharapkan karya tulis ilmiah ini sebagai acuan untuk penelitian selanjutnya dan sebagai bahan pendidikan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah. (2018). *BERBAGAI METODOLOGI dalam penelitian PENIDIKAN DAN MANAJEMEN*. Gunadarma Ilmu.
- Black Joyce M & Jane Hokanson Hawks. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Management Klinis untuk Hasil yang diharapkan* (8th ed.). Elsevier.
- Brunner & Suddarth. (2013). *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth* (12th ed.). EGC.
- Budiarto, D. S. (2019). *PANDUAN RISET KUANTITATIF: Trik Pubkujasu Bagi Pemula (Edisi 1)*. UPY Press.
- Diyono. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan* (1st ed.). Prenada Media.
- Elfatma, Y., Arnelis, A., & Rachmawati, N. (2017). Gambaran Derajat Varises Esofagus Berdasarkan Beratnya Sirosis Hepatis. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(2), 457. <https://doi.org/10.25077/jka.v6i2.721>
- Fransiska Mellia, R. M. (2017). Faktor Risiko Kejadian Sirosis Hati di Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Bukittinggi Yarsi Sumatera Barat Tahun 2016. *Jurnal Kesehatan Prima Nusantara*, 8(2), 117.
- Jona, R. N. (2020). TERAPI DALAM MENINGKATKAN STATUS GIZI PADA PASIEN SIROSIS HEPATIS. *Jurnal Medika : Karya Ilmiah Kesehatan*, 5(1), 2541–4615. <https://doi.org/10.35728/jmkik.v5i1.125>
- Kalista, K. F., Lesmana, C. R. A., Sulaiman, A. S., Gani, R. A., & Hasan, I. (2019). Profil Klinis Pasien Sirosis Hati dengan Varises Esofagus yang Menjalani Ligasi Varises Esofagus di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, 6(1), 36. <https://doi.org/10.7454/jpdi.v6i1.300>
- Lovena, A., Miro, S., & Efrida, E. (2017). Karakteristik Pasien Sirosis Hepatis di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(1), 5. <https://doi.org/10.25077/jka.v6i1.636>
- Ndraha, S., Imelda, I., Tendean, M., & Santoso, M. (2019). Komplikasi Penderita Sirosis Hati Di RSUD KOJA Pada Bulan Juli - November 2017. *Jurnal Kedokteran Meditek*, 24(67), 17–20. <https://doi.org/10.36452/jkdoktmeditek.v24i67.1590>
- Netiana, sri herawati juaniati. (2020). *download-fullpapers-VARISES ESOFAGUS JURNAL THT-KL*.
- Nixson Manurung. (2018). *KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH KONSEP, MIND MAPPING DAN NANDA NIC NOC Solusi Cerdas Lulus UKOM Bidang*

*Keperawatan Jilid 1*. CV. Trans Info Media.

Nuari, N. A. (2015). *Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Gastrointestinal*. CV. Trans Info Media.

RISKESDAS. (2018a). *Laporan Provinsi Sumatera Barat RISKESDAS 2018*.

RISKESDAS. (2018b). *RISKESDAS 2018*.

Saleh, S. (2017). *Analisis Data Kualitatif*. Pustaka ramadhan.

Saskara, P. M. A., & Suryadarma, I. (2013). Laporan Kasus: Sirosis Hepatis. *FK Universitas Udayana*, 1–20.

suyoso, S., Mustika, S., & Achmad, H. (2015). Ensefalopati Hepatik pada Sirosis Hati: Faktor Presipitasi dan Luaran Perawatan di RSUD dr. Saiful Anwar Malang. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28(4), 340–344.  
<https://doi.org/10.21776/ub.jkb.2015.028.04.15>

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SIROSIS HEPATIS  
DI MRNA PENYAKIT DALAM RSUP DR. M DJAMIL PADANG  
TAHUN 2022**

No	KEGIATAN	November	Desember	Januari	Febraari	Maret	April	Met
1	Konsultasi dan Alec Judul pos	█						
2	Pembuatan Proposal dan Konsultasi	█	█	█				
3	Pendaftaran Si dang Proposal			█				
4	Sidang Proposal			█				
5	Perbaikan Proposal				█			
6	Peneliflan dan Per yusunan					█	█	
7	Pendaftaran Ujian KTI						█	
8	Sidang KTI						█	
9	Porbaikan KTI							█
10	Pengumpulan Perbaikan KTI							█
11	Publikasi							█

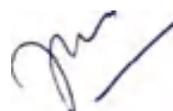
Padang, Met 202\*

Pembimbing I



**Ns. Noys Yanti iYI. Ken Sa Ken ME**  
NIP : 19601023 200212 2002

Pembimbing II



nerwati SKM M.Binned  
NIP : 19620512 198210 2001

Mahasiswa



Wahyiini Fana Aulia  
193110199



**\*\*EMENTERIAN KfISEHATAN RZ**  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUSBERDA YA NANUSIA KESEHATAN  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG**  
JL. SIMPANG PADANG BOPE MANABULO TELP. (0751) 705128 PADANG 25146  
FAX: (0751) 705128 PADANG 25146



Nomor  
Lamp

PP.03.01/é#&lq/2021

13 Desember 2021

Kepada Yth. :

Direktur RSUPDL. M. Djamil Padang

Di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiali (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganjil TA. 2021/2022, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan **Survey Data di** Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin ( Nama Mahasiswa Terlampir):

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan *kesediaan* Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Direktur Poltekkes Kemenkes Padang

**Dr. Burhan Muslim, SKM.M.Si**

Nip. 196101131986031002

**KEANTARIAN KESEHATAN RI**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PSNBERDAYAAN**  
**SUNBERDAY A NANUSIA KESEHATAN**  
**B!- 1 XNIK KESEHATAN KENMKES PADANG**



Lampiran

Nomor : PP.03.01/ /2021

Tanggal : 13 Desember 2021

**NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN SURVEY DATA**

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Adni Tamara	193110161	Asuhan Keperawatan Gangguan <b>Rasa</b> NyamaD Nyeri pada Pasien dengan Infark Miokard Akut di RSUP Dr. I I. Djamil <b>Padang</b>
2	Mfftahul Kbairiyah	.93110179	Askep Anak dengan LLA di IRNA Kebidanan dan Anak di RSUP M. Djamil
3	Tessa Amelia Safitri	1931101J7	Asuhan Keperawatan Padn Bayi dengan BBLR di RSUP Dr. M. Djamil Padang
4	Dia Pinke Sari	193110171	Asuhan Kepeiawatan pada Pasiell dengan Fraktur Femur di RSUP Dr. M. Djamil Padang
5	Syata Deputri Rizal	193110156	Asuhan Keperawatan dengan Kasus Penyakit Jantung Bawaan pada Anak di Ima Keñidanan dan Anak ItSUP Dr.M.Djamil Padang
6	HumaiiaYestiana	193110175	Asuhan Keperawatan pada Pasien CKD di Ruang Inteme Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang
7	Arifah Adha	193110166	Asuhan Keperawatan Gangguan I<irahn dan Tidur pada Pasien Post Operasi Fraktur melalui Tempil Musik di Ruangan Trauma Center (TC) Bedah RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022
#	AuflaAzbañ	193110167	Asuhan Kepeiawatan Gangguan Eliminasi Urine pada Pasien dengan Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang Irna-C Non Bedah Penyakit Dalam RSUP. Dr. é.4. Djamil Padang Tahun 2022.
9	Tiara Oktafiana	193110197	ASTlhan Keperawatan Anak de ngan Meningitis di ruang IRNA Kebi dana dan Anak RSUP Dr. M.Djamil Padang

**DEPARTEMEN KESEHATAN RI**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG**

JL. STAMPANG PERDOK KOPRI NANGGALU TELP. (0751) 7981379 FAX. (0751) 7981128 PADANG 25146



10	Aulia Punt Adila	193110128	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Oksigenasi pada Pasien dengan Stemi di Ruang Inap Jantung RSUP Dr.M. Djamil Padang
11	Aulia	193110199	Asuhan Keperawatan pada Pasien Sirosis Hepatis Di Ima Penyakit Dalam RSUP Dr. M Djamil Padang
12	Vivia Hasanah	193110198	Asu u Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Jantung Reumatik 5i Ruang Irna Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil .°aJang

Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang



**Dr. Burhan Muslim, SKM.M.Si**

Nip. 196101131986031002



No P 3 0 2022  
 perihal . i ian

03 Februari 2022

ggpada Yth. :

Direktur RSUP Dr.M.Djam il Padang

Di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Ptoposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan **Padang** Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan **Penelitian di** Institusi yang Bapak/Ibu Pimpin a.n :

NO	N A M A /NIM	JUDUL KTI
1	Wahyuni Firma Aulia / 193110199	ASuhan Keperawatan pada Pasien Sirosis Hepatis di RSUP Dr.M.Djamil Padang Tahun 2022

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Direktur Polte, kkes K, Padang

**Dr. Burhan Muslin, SKM, M.Si**  
 Nip : 19610113196031002





**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  
**RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. OJAMIL PADANG**



Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127  
Phone : t0 751) 32371, 810253, 8t0254 Fax. (0751) 323731  
Website : www.rsdjamil.co.id, E-mail : rsupdjamil@yahoo.com

**SURÉT KETERANGAñI**  
**LB.01.02/XVI.1.3.2/ .IV/2022**

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : dr. Adriani Zanir  
NIP 1973091120080120 08  
Jabatan : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Wahyuni Firma Aulia  
NIM/BP 193110199  
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kesehatan Padang

Telah selesai melakukan penelitian di Instalasi Rawat Inap Non Bedah (Penyakit Dalam) RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 06 April 2022 s/d 10 April 2022, guna pembuatan karya tulis/skripsi/tesis/disertasi yang berjudul :

"Asuhan Keperawatan pada Pasien **Sirosis** Hepatis di RSUP Mr. M Djamil Padang Tahun 2022 "

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan seperlunya.

Padang, 27 April 2022

a.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian  
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan

dr. Adriani Zanir  
NIP: 197309112008012008

LEMBJ.R KONSULTASI KTI  
 PRODI D III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN Keperawatan  
 POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

Nama : Wahyuni Firma Aiilia  
 NIM : 193110199  
 Pembimbing 2 : Ns. Not/a Yanti, S. Kep, M.Kep.Sp.KMB  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sirosis. Hepatis D1 II Tla  
 Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang

No	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	11 Agustus 2021	ACC judul	
2	10 September 2021	Konsultasi	
3	4 Oktober 2021	Konsultasi a. BAB I b. BAB II	
4.	30 november 2021	Konsultasi a. BAB I b. BAB II	
5.	16 Desember 2021	Konsultasi a. BAB I b. BAB II c. BAB III	
6.	20 Desember 2021	Konsultasi a. BAB I b. BAB II c. BAB III	
7.	30 Desember 2022	Konsultasi a. BAB 1 b. BAB II c. BAB III	
8.	5 Januari 2022	Konsultasi a. B.AB I b. BAB II c. BAB III	
9.	11 Januari 2022	ACC Ujian Proposal	

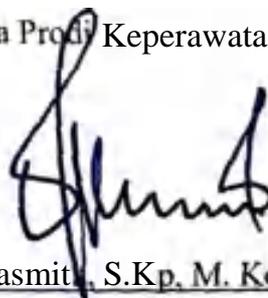
10.	13 April 2022	P•rbaiki sesuaikan	g
11.	14 April 2022	Revisi BAB IV	g
12.	15 April 2022	Revisi BAB IV	g
13.	16 April 2022	Revisi BAB IV	g
14.	17 April 2022	Revisi BAB V	g
15.	19 April 2022	Revisi BAB V	g
16.	21 April 2022	Revisi BAB V	g
17.	22 April 2022	ACC Ujiari KTI	g

Catatan :

- Lumbar konsul harus dibawa setiap kadi konsultasi
- Lembar konsul diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidaog

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Padang

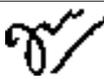
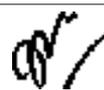
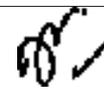


Heppi Sasmita, S.Kp, M. Kep, Sp. yo>

NIP. 19701020 199303 2 002

**LEMBAR KONSULTASI KTI**  
**PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG .JURUSAN E PERAWATAN**  
**POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

Nama                               Wahyuni Fima Aulia  
 NIM                                   193110199  
 Pembimbing 2                   Herwati,SKM,M.Biomed  
 Judul                               : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sirosis Hepatis Di Ima  
   Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang

No	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	14 Desember 2021	ACC judul	
2	15 Desember 2021	a. Konsultasi BAB I b. Daftar isi e. Daftar tabel d. Daftar dokumeniasi c.	
3	50 Desember 2021	a. Konsultasi BAB J b. Konsultasi BAB II	
4	4 Januari 2021	a. Konsultasi BAB I b. Konsultasi BAB 111 c. Kata pengantar	
5	5 Januari 2021	a. Konsultasi BAB I b. Konsultasi BAB II c. Halaman pengesahan d. Halaman <i>persetujuan</i>	
"/	6 Januari 2021	a. Konsui BAB III b. Gant chart	
8	10 Januari 2021	ACC ujian porposal	
9.	13 April 2022	Revisi BAB IX'	
10.	15 April 2022	Revisi BABIV	

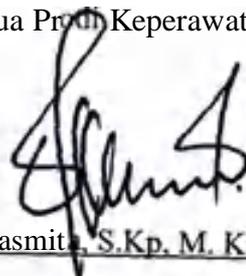
JJ,	18 April 2022	Revisi BAB IV	
j2.	19 April 2022	Revisi BAB V	
13.	20 April 2022	Revisi BAB V	
J'l.	21 April 2022	Revisi BAB V	
15,	22 April 2022	ACC Ujian KTI	

Catalan :

- Lembar konsul harus dibawa setiap kali *konsultasi*
- \* Lembar konsul diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Merigetahui

Ketua Panitia Keperawatan Padang



Heppiasmita, S.Kp. M. Kep. Sp. Jiwit

NIP. 1971020 199303 2 002



## DAFTAR HAB PENELITIAN

Name : Wahyuni Firma Aulia

NIM : 193110199

Asal Instant : Poltekkes Kemenkes Rt Padang

Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien sirosis Hepatis Di Ruang fruit b<sub>e</sub>py<sub>8</sub>k j{ Dalam RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2022”.

No	Hari/Tanggal	Nama Perawat	Tanda Tangan
			
2.	Kamis, 07 April 2022		
3.	Jumat, 08 April 2022		
4.	Sabtu, 09 April 2022		
5.	Minggu, 10 April 2022		

Mengetahui

Kepada Ruangan



## FORMAT DOKUMENTASI

### ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

#### A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

##### 1. PENGUMPULAN DATA

###### a. Identitas **klien** :

- 1) Nama : Ny. M
- 2) Tempat/tgl lahir : 07 Mei 1984
- 3) Jenis Kelamin : Perempuan
- 4) Status Kawin : Kawin
- 5) Agama : Islam
- 6) Pendidikan : SMA
- 7) Pekerjaan : IRT
- 8) Alamat : Jambi
- 9) Diagnosa Medis : Sirosis Hepatis, Hepatitis B Kronik,  
Farises Eksofagus Grade II

###### b. Identifikasi penanggung jawab

- 1) Nama : Tn. Y
- 2) Pekerjaan : Polri
- 3) Alamat : Jambi
- 4) Hubungan : Suami

###### c. Riwayat Kesehatan

###### 1) Riwayat Kesehatan Sekarang

###### a) Keluhan Utama

- a. Masuk RS : Pasien dirujuk dari RSUD Jambi pada tanggal 04 April 2022 melalui IGD dengan keluhan nyeri ulu hati dan akan dilakukan tindakan ligasi varises eksofagus.

b. Saat dikaji : Pada saat pengkajian pada tanggal 06 April 2022 pukul 13.30 WIB di Ruang Inteme Wanita Wing B pasien menyatakan lelah dan aktivitas masih dibantu keluarga, pasien juga menyatakan tidak ada tenaga. Pasien menyatakan napsu makannya tidak menurun tapi mual masih terasa dan berat badan berkurang 3 kg selama dirawat. Pasien menyatakan saat ini masih menunggu tindakan legasi untuk farises eksosfagusnya.

- 2) Riwayat Kesehatan Dahulu : Pasien menyatakan pernah dibawa berobat ke Klinik H.B dan mendapatkan pengobatan selama 1,5 tahun lalu kemudian di stop. Pada 2022 awal Ny. M mengalami muntah darah, BB hitam selama 3 bulan lalu. Pasien menyatakan tidak pernah mengonsumsi alkohol.
- 3) Riwayat Kesehatan Keluarga : tidak ada keluarga dengan penyakit yang sama

**d. Pola aktivitas sehari-hari (ADL)**

1) Pola Nutrisi

1. Sehat : Ketika sehat pasien menyatakan makan 3xsehari, pasien makan dengan telur, lauk, dan sayur. Pasien menghabiskan 1 porsi makanan.
2. Sakit : Sedangkan ketika di RS pasien makan 3xsehari, kadang makanan habis dan kadang tidak

2) Pola Eliminasi

## Lampiran 6

1. Sehat Pola eliminasi pada saat sehat pasien menyatakan BAB 1x sehari, BAB berwarna kuning, BAK 5xsehari.
  2. Sakit : Saat di RS pasien menyatakan BAB 1x 2 hari, BAB berwarna kuning, konsistensi lembek, BAK +6 kali sehari
- 3) Pola Tidur dan Istirahat
1. Sehat : Pola tidur pasien US- 10 jam sehari dengan nyenyak
  2. Sakit Pola istirahat dan tidur selama dirawat pasien tidur 47-8 jam sehari. Pasien menyatakan tidak ada gangguan saat tidur.
- 4) Pola Aktifitas dan Latihan
1. Sehat : Biasanya Ny. M melakukan aktifitas sehari-hari dengan lancar tidak ada gangguan
  2. Sakit : Pola aktivitas dan latihan pasien menyatakan aktivitasnya selama dirumah sakit sebagian dibantu oleh keluarga dan perawat diruangan. Pasien menyatakan agak terhambat beraktivitas karena terpasang infus.
- 5) Pola Bekerja
1. Sehat : Pasien mengurus pekerjaan rumah tangga sendiri dan juga memiliki warung kecil di rumah
  2. Sakit Pasien tidak bekerja karena sedang dirawat di RS

**e. Pemeriksaan Fisik**

- a) **K** **daanumum** Baik
- b) Tingkat kesadaran Compos Mentis Co-operative  
c) Tinggi /
- c) Berat Badan 41 Kg
- d) Tinggi Badan 158 Cm
- e) IMT 16,8
- f) Tekanan Darah 125/50 MmHg
- g) Suhu 36,5 °C
- h) Nadi 95 x/ menit
- i) Pernafasan 20 x/ menit
- j) Rambut Rambut berwarna hitam, tidak ada benjolan yang abnormal
- k) Telinga : Tidak ada Hemmen, membran tympani masih utuh, pendengaran pasien baik
- l) Mata : Simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera ikterik, pupil isokor, penglihatan baik
- m) Hidung : Simetris kiri dan kanan, mukosa hidung lembab, tidak ada pernafasan cuping hidung
- n) Mulut Mukosa bibir tampak kering, tidak ada lesi, tidak ada karies gigi
- o) Leher Tidak ada pelebaran vena jugularis, kalenjer tyroid tidak membengkak, kalenjer getah bening tidak meradang
- p) Sistem pernafasan
- (1) Inspeksi : Dada simetris , tidak ada tarikan dinding dada, nafas dangkal
- (2) Palpasi : Tidak ada masa/ benjolan, fremitus kiri dan kanan

- (1)
- (3) Perkusi : Sonor
  - (4) Auskultasi : Bunyi nafas vesikuler
  - q) Sistem kardiovaskuler
    - (1) Inspeksi : Tidak ada pelebaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kalenjer limfe, dan ictus cordis tidak terlihat
    - (2) Palpasi : Tidak ada masa atau benjolan, ictus cordis teraba
    - (3) Perkusi : Tidak ada pelebaran batas -batas jantung
    - (4) Auskultasi : Bunyi jantung regular
  - r) Sistem gastrointestinal
    - Inspeksi : tidak terdapat asites
    - (2) Auskultasi : Bising usus (-)
    - (3) Palpasi : tidak ada nyeri tekan
    - (4) Perkusi : Tympanr
  - s) Ekstermitas
    - (1) Atas : Akral dingin, terpasang infus di tangan kanan dan terpasang gelang identitas.
    - (2) Bawah : Kaki pasien kuat angkat, tidak ada lesi, tidak ada edema tungkai, CRT 2detik
    - (3) Genetalia: Pasien terpasang pampers . pemeriksaan genetalia tidak dilakukan
  - t) Integumen : bagian tubuh tidak menguning, turgor kulit baik

**f. Data Psikologis**

- 1) Status Emosional : emosi pasien stabil
- 2) Kecemasan : Pasien cemas dengan tindakan yang akan diterima yaitu ligase eksofagus
- 3) Pola Koping : Pasien dapat menerima penyakitnya saat ini

- 4) **Gaya Komunikasi** : Komunikasi pasien baik, dapat dimengerti dan dapat di feedback dengan baik
- 5) **Konsep Diri**
  - a) **Gambaran diri** : Pasien tampak cemas dan tidak nyaman dengan keadaannya namun tetap kooperatif
  - b) **Ideal diri** : pasien ingin cepat sembuh dan ingin cepat pulang kerumahnya dan berkumpul dengan keluarganya
  - c) **Harga diri** : Pasien merasa diperlakukan baik oleh petugas kesehatan (Dokter dan Perawat)
  - d) **Peran diri** : Pasien merupakan seorang ibu rumah tangga
  - e) **Identitas diri** : Pasien seorang perempuan berumur 37 tahun dan sebagai ibu rumah tangga
- g. **Data Sosial** : Hubungan pasien dengan keluarga, pasien dengan perawat, dan pasien dengan pasien lainnya terjalin cukup baik. Pasien menggunakan BPJS dalam pelayanan kesehatan. Yang menanggung biaya pasien yaitu suaminya yang bekerja sebagai anggota polisi
- h. **Data Spiritual** : Pasien beragama Islam, dalam keadaan sehat pasien menjalankan sholat 5 waktu dan juga berdoa. Saat sakitpun pasien masih menjalankan sholat dan berdoa ditempat tidur.

i. Data **Penunjang** :

Hasil pemeriksaan hemotologi tanggal 06 April 2022

<b>PEMERIKSAAN</b>	<b>HASIL</b>	<b>SATUAN</b>	<b>NILAI RUJUKAN</b>
Hemoglobin	10,5	g/dl	12.0-14.0
Leukosit	5.0	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	5.0-10.0
Hematokrit	36	%	37.0-43,0
Trombosit	32	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150-400
MCV	90	fL	82.0-92.0
MCH	25	Pg	27.0-31.0
MCHC	31	%	32.0-36.0

j. **Program dan Rencana Pengobatan**

- IVD Aminofusin : Triofusin : NaCl 0,9% (1:1:1) 8 jam/kplf
- Spironolactone 1x 100 mg
- Propranolol 2x 10 mg
- Lactulac 3x10 cc
- transfuse TC 5 unit sebelum ligase dan transfusi 5 unit setelah ligase.

## 2. ANALISA DATA

Data	Masalah	Etiologi
<p>S Pasien menyatakan berat badan berkurang semenjak sakit, makanan kadang habis kadang tidak, merasa lemah, mual</p> <p>BB : 41 Kg TB : 158 Cm IMT : 16,8</p>	Defisit Nutrisi	ketidak mampuan mengabsorpsi makanan
<p>S —</p> <p>Hb : 10,5 gd/dL Akral dingin Pasien tampak pucat Menderita farises eksofagus grade II</p>	Risiko pendarahan	Farises eksofagus
<p>S Pasien menyatakan lemah</p> <p>Pasien dibantu oleh keluarga saat melakukan aktifitas di RS</p> <p>O : Pasien tampak pucat</p>	Intoleransi Aktifitas	Kelemahan

### 3. DAFTAR DIAGNOSA

- a. Deficit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorbsi makanan dibuktikan dengan pasien menyatakan berat baban bekurang semenjak sakit, makanan kadang habis kadang tidak, merasa lemah, mual. BB : 41 Kg, TB : 158 Cm, IMT :16,8
- b. Risiko pendarahan dibuktikan dengan Hb : 10,5 gd/dL Akral dingin, Pasien tampak pucat dan menderita farises eksofagus grade II
- c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien menyatakan lemah, pasien dibantu oleh keluarga saat melakukan aktifitas di RS dan Pasien tampak pucat

### 4. PERENCANAAN KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Tindakan
1.	deficit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mebgabsorbsi makanan (D.0019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil a. Porsi makan yang dihabiskan meningkat b. Berat badan membaik c. Indeks massa tubu h membaik d. mual menurun e. nafsu makan membaik	Management Nutrisi (1.03119) Observasi • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi dan intoleransi makanan • Identifikasi makanan yang disukai • Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient • Monitor asupan

		(L.03030)	<p>makanan</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitor berat badan</li><li>• Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li></ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li><li>• Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)</li><li>• Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li><li>• Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li><li>• Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li><li>• Berikan suplemen makanan, jika perlu</li></ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anjurkan posisi</li></ul>
--	--	-----------	---

			<p>duduk, jika mampu</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</li> <li>• Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu</li> </ul>
2.	Risiko pendarahan (D.0012)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pendarahan menurun dengan Criteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>hemoglobin membaik</li> <li>hematocrit membaik (L.02017)</li> </ol>	<p>Pencegahan Pendarahan (1.02067)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>• Monitor nilai hematocrit /homoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah</li> <li>• Monitor tanda-tanda vital ortostatik</li> </ul>

			<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pertahankan bed rest selama perdarahan</li><li>• Batasi tindakan invasif, jika perlu</li><li>• Hindari pengukuran suhu rektal</li></ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li><li>• Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi</li><li>• Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan</li><li>• Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</li></ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kolaborasi pemberian obat dan mengontrol perdarahan, jika perlu</li><li>• Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu</li></ul>
--	--	--	---

3.	keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan Criteria hasil : a. Frekuensi nadi meningkat b. Keluhan lelah menurun c. Dipsnea saat beraktivitas menurun d. Dipsnea setelah beraktivitas menurun (L.05047)	Management Energi (1.05178) Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>• Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>• Monitor pola dan jam tidur</li> <li>• Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ul> Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>• Lakukan tentang gerak pasif dan/atau aktif</li> <li>• Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan</li> <li>• Fasilitas duduk</li> </ul>
----	---	---	--

		<p>di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan tirah baring</li> <li>• Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>• Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>• Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ul>
--	--	---

### 5. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

TANGGAL	NO	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
06-04-2022	1.	deficit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mcbgabsurbsi makanan (D.0019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mengidentifikasi status nutrisi pasien</li> <li>- monitor asupan makanan pasien</li> <li>- monitor berat badan pasien, monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> <li>- menganjurkan pasien menghabiskan makanannya</li> </ul>	<p>S : Pasien menyatakan nafsu makan masih kurang dan kadang tidak menghabiskan makanannya</p> <p>O</p> <p>TD : 125/80 mmhg</p> <p>HR : 98x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>S : 36,5 C</p> <p>BB : 41 Kg</p> <p>TB : 158 Cm</p> <p>IMT : 16,8</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
	2.	Risiko pendarahan (D.0012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- memonitor tanda pendarahan</li> </ul>	<p>S : pasien menyatakan tidak ada pendarahan</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- memonitor nilai Hb sebelum dan setelah pemberian produk darah</li> <li>- memonitor tanda-tanda vital</li> <li>- memonitor koagulasi</li> <li>- mengkolaborasi pemberian obat dan mengontrol pendarahan</li> <li>- mengkolaborasi pemberian produk darah</li> </ul>	<p>O</p> <p>TD : 125/80 mmhg</p> <p>HR : 98x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>S : 36,5 C</p> <p>BB : 41 Kg</p> <p>TB : 158 Cm</p> <p>IMT : 16,S</p> <p>Tranfusi TC 2 unit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
3.	keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengalami kelemahan</li> <li>- memonitor pola dan jam tidur.</li> <li>- fasilitasi pasien dalam melakukan aktivitas</li> </ul>	<p>S : Pasien menyatakan masih lemah dan kegiatan dibantu keluarga</p> <p>O</p> <p>TD : 125/80 mmhg</p> <p>HR : 9Sx/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p>		

			fisik dan ambulasi dan libatkan keluarga.	S : 36,5 C BB : 41 Kg TB : 158 Cm IMT : 16,8 A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
07-04-2022	1.	deficit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mebgabsorbsi makanan (D.00 19)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mengidentifikasi status nutrisi pasien</li> <li>- monitor asupan makanan pasien</li> <li>- monitor berat badan pasien, monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> <li>- menganjurkan pasien menghabiskan makanannya</li> </ul>	S : Pasien menyatakan nafsu makan masih kurang dan kadang tidak menghabiskan makanannya O TD : 115/80 mmhg HR : 95x/menit RR : 20x/menit S : 36,3 C BB : 41 Kg TB : 15S Cm IMT : 16,S	

				A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
	2.	Risiko pendarahan (D.0012)	memonitor tanda pendarahan memonitor nilai Hb sebelum dan setelah pemberian produk darah memonitor tanda-tanda vital - memonitor koagulasi mengkolaborasi pemberian obat dan mengontrol pendarahan mengkolaborasi pemberian produk darah	S : pasien menyatakan tidak ada pendarahan O TD : 115/80 mmhg HR : 95x/menit RR : 20x/menit S : 36,3 C BB : 41 Kg TB : 15S Cm IMT : 16,S Tranfusi TC 2 unit, PRC 3 unit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
	3.	keperawatan intoleransi aktivitas	mengidentifikasi fungsi tubuh yang	S Pasien menyatakan lemah dan masih dibantu keluarga	

		berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	<p>mengalami kelemahan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- memonitor pola dan jam tidur.</li> <li>fasilitasi pasien dalam melakukan aktivitas fisik dan ambulasi dan libatkan keluarga.</li> </ul>	<p>O</p> <p>TD : 115/80 mmhg</p> <p>HR : 95x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>S : 36,3 C</p> <p>BB : 41 Kg</p> <p>TB : 158 Cm</p> <p>IMT : 16,8A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
08-04-2022	1.	<p>deficit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan <b>mcbgabsurbsi</b> makanan (D.00 19)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mengidentifikasi status nutrisi pasien</li> <li>- monitor asupan makanan pasien</li> <li>- <b>munitcr berat badan</b> pasien, monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ul>	<p>S : Pasien menyatakan nafsu makan masih kurang dan kadang tidak menghabiskan makanannya</p> <p>O</p> <p>TD : 125/90 mmhg</p> <p>HR : 97x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- menganjurkan pasien menghabiskan makanannya</li> </ul>	<p>S : 35,5 C</p> <p>BB : 41 Kg</p> <p>TB : 15S Cm</p> <p>IMT : 16,S</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
	2.	Risiko pendarahan (D.0012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>memonitor tanda pendarahan</li> <li>memonitor nilai Hb sebelum dan setelah pemberian produk darah</li> <li>memonitor tanda-tanda vital</li> <li>- memonitor koagulasi</li> <li>- mengkolaborasi pemberian obat dan mengontrol pendarahan</li> <li>- mengkolaborasi</li> </ul>	<p>S : pasien menyatakan tidak ada pendarahan</p> <p>O</p> <p>TD : 125/90 mmhg</p> <p>HR : 97x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>S : 35,5 C</p> <p>BB : 41 Kg</p> <p>TB : 15S Cm</p> <p>IMT : 16,S</p> <p>Tranfusi TC 2 unit</p> <p>A : Masalah teratasi</p>	

			pemberian produk darah	P : Intervensi dihentikan	
	3.	keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengalami kelemahan memonitor pola dan jam tidur. fasilitasi pasien dalam melakukan aktivitas fisik dan ambulasi dan libatkan keluarga.	S pasien menyatakan masih lemah O TD : 125/90 mmhg HR : 97x/menit RR : 20x/menit S : 35,5 C BB : 41 Kg TB : 158 Cm IMT : 16,5 A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
09-04-2022	1.	deficit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mcbyabsurbsi makanan (D.0019)	- mengidentifikasi status nutrisi pasien - monitor asupan makanan pasien - monitor berat badan pasien, monitor hasil	S : Pasien menyatakan nafsu makan mulai bertambah, makananya habis O : TD : 120/90 mmhg HR : 9Sx/menit	

			<p>pemeriksaan laboratorium</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- menganjurkan pasien menghabiskan makanannya</li> </ul>	<p>RR : 21x/menit S : 36,3 C BB : 42 Kg TB : 158 Cm IMT : 16,8 A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>	
	3.	keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengalami kelemahan</li> <li>- memonitor pola dan jam tidur.</li> <li>- fasilitasi pasien dalam melakukan aktivitas fisik dan ambulasi dan libatkan keluarga.</li> </ul>	<p>S Pasien menyatakan masih lemah O TD : 120/90 mmhg HR : 98x/menit RR : 21x/menit S : 36,3 C BB : 42 Kg TB : 158 Cm IMT : 16,8</p>	

				A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
10-04-2022	1.	keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	- mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengalami kelemahan - memonitor pola dan jam tidur. fasilitasi pasien dalam melakukan aktivitas fisik dan ambulasi dan libatkan keluarga.	S Pasien menyatakan masih lemah O TD : 130/90 mmhg HR : 95x/menit RR : 20x/menit S : 36,5 C BB : 42 Kg TB : 158 Cm IMT : 16,8 A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	