**KARYA TULIS ILMIAH**

**LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN Tn.A DENGAN SIROSIS HEPATIS DI RUANGAN INTERNE PRIA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

 **Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI**

 **TAHUN 2017**



**OLEH :**

**INDRA FIRNANDO**

**14103084015415**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

 **PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2017**

**ASUHAN KEPERAWATAN Tn.A DENGAN SIROSIS HEPATIS DI RUANGAN INTERNE PRIA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

 **Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI**

 **TAHUN 2017**

**LAPORAN PENGAMATAN KASUS**

**Di Ajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan Program Studi Diploma III Stikes Perintis Padang**



**OLEH :**

**INDRA FIRNANDO**

**14103084015415**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWTAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2017**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Laporan Studi Kasus berjudul **“Asuhan Keperawatan Tn.A Dengan Sirosis Hepatis Di Ruangan Interne Pria Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017”** ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Kasus Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukttinggi, Agustus 2017

Pembimbing

**Isna Ovari, S.Kp, M.Kep**

**NIK : 1420107027005043**

Mengetahui,

Ka. Prodi DIII Keperawatan

STIKes Perintis Padang

**Ns.Endra Amalia, M.Kep**

**NIK : 1420123106993012**

**LEMBARAN PENGESAHAN**

**Nama Mahasiswa :** Gito Vernando

**NIM :** 14103084015410

**Judul KTI :** Asuhan Keperawatan Pada Tn. B dengan

Dispepsia Di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan di terima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Dewan Penguji

Penguji I,

**Ns. Ida Suryati M.Kep**

**NIK 1420130047501027**

Penguji II,

**Isna Ovari S.Kp M.Kep**

**NIK 1420107027005034**

**LEMBARAN PERSETUJUAN**

**Nama Mahasiswa :** Gito Vernando

**NIM :** 14103084015410

**Judul KTI :** Asuhan Keperawatan Pada Tn. B dengan

Dispepsia Di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 09 Agustus 2017

Pembimbing,

**Isna Ovari S.Kp M.Kep**

**NIK 1420107027005034**

Mengetahui,

Ka Prodi DIII Keperawatan

STIKes Perintis Padang

**Ns. Endra Amalia M.Kep**

**NIK 1420123106993012**

**HALAMAN PERSEMBAHAN**



*Bacalah dengan menyebut nama Tuhanmu*

*Dia telah menciptakan manusia dari segumpal darah Bacalah, dan Tuhanmulah yang maha mulia*

*Yang mengajar manusia dengan pena,*

*Dia mengajarkan manusia apa yang tidak diketahuinya (QS: Al-’Alaq 1-5)*

*Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan ? (QS: Ar-Rahman 13)*

*Niscaya Allah akan mengangkat (derajat) orang-orang yang beriman diantaramu dan orang-orang yang diberi ilmu beberapa derajat.*

*(QS : Al-Mujadilah 11)*

*Ya Allah,*

*Waktu yang sudah kujalani dengan jalan hidup yang sudah menjadi takdirku, sedih, bahagia, dan bertemu orang-orang yang memberiku sejuta pengalaman bagiku, yang telah memberi warna-warni kehidupanku. Kubersujud dihadapan Mu,*

*Engkau berikan aku kesempatan untuk bisa sampai*

*Di penghujung awal perjuanganku*

*Segala Puji bagi Mu ya Allah,*

*Alhamdulillah..Alhamdulillah..Alhamdulillahirobbil’alamin..*

*Sujud syukurku kusembahkan kepadamu Tuhan yang Maha Agung nan Maha Tinggi nan Maha Adil nan Maha Penyayang, atas takdirmu telah kau jadikan aku manusia yang senantiasa berpikir, berilmu, beriman dan bersabar dalam menjalani kehidupan ini. Semoga keberhasilan ini menjadi satu langkah awal bagiku untuk meraih cita-cita besarku.*

*Lantunan Al-fatihah beriring Shalawat dalam silahku merintih, menadahkan doa dalam syukur yang tiada terkira, terima kasihku untukmu. Kupersembahkan sebuah karya kecil ini untuk Ayahanda dan Ibundaku tercinta, yang tiada pernah hentinya selama ini memberiku semangat, doa, dorongan, nasehat dan kasih sayang serta pengorbanan yang tak tergantikan hingga aku selalu kuat menjalani setiap rintangan yang ada didepanku.,, Ayah,..Bunda...terimalah bukti kecil ini sebagai kado keseriusanku untuk membalas semua pengorbananmu. dalam hidupmu demi hidupku kalian ikhlas mengorbankan segala perasaan tanpa kenal lelah, dalam lapar berjuang separuh nyawa hingga segalanya.. Maafkan anakmu Ayah,,,Bunda,, masih saja ananda menyusahkanmu..*

*Dalam silah di lima waktu mulai fajar terbit hingga terbenam.. seraya tangaku menadah”.. ya Allah ya Rahman ya Rahim... Terimakasih telah kau tempatkan aku diantara kedua malaikatmu yang setiap waktu ikhlas menjagaku,, mendidikku dan membimbingku dengan baik,, ya Allah berikanlah balasan setimpal surga firdaus untuk mereka dan jauhkanlah mereka nanti dari panasnya sengat hawa api nerakamu..*

*Untukmu Ayah (SYAMBASRI),,,Bunda (YULINDRAWATI)...Terimakasih....*

*we always loving you...(INDRA)*

*Dalam setiap langkahku aku berusaha mewujudkan harapan-harapan yang kalian impikan di diriku, meski belum semua itu kuraih’ insyallah atas dukungan doa dan restu semua mimpi itu kan terjawab di masa penuh kehangatan nanti. Untuk itu kupersembahkan ungkapan terimakasihku kepada:*

*Kepada adekku (RANGGA,YUTRA,YUTRI)..”dek, kakakmu yang paling nakal ini bisa wisuda dulu ya..*[(^,^)> *Makasih yaa buat segala dukungan doa dan khususnya makasih buat sering-sering transferan gaibnya.. hehehe oh ya dek,jangan nakal ya ,turuti apa kata ayah dan bunda ya,, satu lagi dek... kebayangkan gimana bahagianya big-bos kita dirumah lihat foto empat anaknya pakai toga semua.. hehee.. abg selalu berdoa agar kita jadi anak kebanggaan ayah dan bunda..*

*... i love you all” :\* ...*

*"Hidupku terlalu berat untuk mengandalkan diri sendiri tanpa melibatkan bantuan Tuhan dan orang lain.*

*"Tak ada tempat terbaik untuk berkeluh kesah selain bersama sahabat-sahabat terbaik”..*

*Terimakasih kuucapkan Kepada Teman sejawat Saudara seperjuangan DIII keperawatan*

*“Tanpamu teman aku tak pernah berarti,,tanpamu teman aku bukan siapa-siapa yang takkan jadi apa-apa”, buat saudara sekaligus sahabatku selama Berada di bukittinggi, aulia rahmad (amaik), gito vernando(bg git.) dan jimi lanligasa (jijim),,apa kabarnya sobat,,suka cita tiga tahun kita lalui bersama,, kini giliran kita untuk terbang tinggi mengejar mimpi-mimpi yang pernah kita rangkai. Buat sobatku dikontrakan sepri mulyadi (simul) “ndan wak tunggu ndan wisuda ndan’,, mokasih lah nio jadi sobat sekaligus dunsanak nan selalu memotivasi awak, Buat mamak ku sayang (siil,sihen,riko,ikbal) mokasih wan’,, ateh sagalo bantuan dan motivasinyo, wisuda juo nakan uwan nan nakal ko jadi wan.. buat Hermanto (ginto),Kisrah hidayah (ikis) mokasih banyak sobat salamo ko lah nio jadi kawan wak, jan dipikia panjang resiko dimuko tu bae seh lah’ perang dulu sabalum manyerah, kejar target wisudamu dan tetap fokus, kini hanya doa nan dapek wak bantu, semoga sukses.*

*Dan terimah kasih kepada pembimbing dan penguji (Isna Ovari S.Kp,M.Kep),(Ns.Ida Suryati M.Kep) dan juga kepada dosen prodi DIII keperawatan yang sangat saya cintai dan saya sayangi,,terimah kasih juga atas ilmu yang telah ibu/bapak dosen DIII keperawatan berikan dan semoga ilmu yang sudah saya pelajari dapat berguna untuk keluarga dan masyarakat nantinya.*

*Spesial buat adek-adekku kos ku rendy ramadhana mayura (rendy),fauzan (ojan), andi saputra (andi),dodi (cekidot),terimakasih atas segala bantuan dan motivasinya, kalian adalah obat pelipur lara hatiku yang selalu menghiburku dalam keadaan terjatuh, spesial doa untuk kalian semua semoga cepat terkejar target kalian untuk cepat wisuda.. Amiiin ya robbal’alamin...*

*Kalian semua bukan hanya menjadi teman dan adik yang baik,*

*kalian adalah saudara bagiku!!*

*Spesial buat seseorang !!*

*Buat seseorang yang masih menjadi rahasia illahi,(SUCI INDAH PERMATA SARI), terimakasih untuk semua-semuanya yang pernah tercurah untukku. Untuk seseorang di relung hatiku yang paling dalam,, percayalah bahwa hanya ada satu nama dihatiku,yaitu namamu yang selalu kusebut-sebut dalam benih-benih doaku, semoga keyakinan dan takdir ini terwujud, insyallah kita dijodohkan atas ridho dan izin Allah S.W.T*

*Untuk ribuan tujuan yang harus dicapai, untuk jutaan impian yang akan dikejar, untuk sebuah pengharapan, agar hidup jauh lebih bermakna, hidup tanpa mimpi ibarat arus sungai. Mengalir tanpa tujuan. Teruslah belajar, berusaha, dan berdoa untuk menggapainya.*

*Jatuh berdiri lagi. Kalah mencoba lagi. Gagal Bangkit lagi.*

*Never give up!*

*Sampai Allah SWT berkata “waktunya pulang”*

*Hanya sebuah karya kecil dan untaian kata-kata ini yang dapat*

*kupersembahkan kepada kalian semua,, Terimakasih beribu terimakasih kuucapkan..*

*Atas segala kekhilafan salah dan kekuranganku,*

*kurendahkan hati serta diri menjabat tangan meminta beribu-ribu kata maaf tercurah.*

*Karya tulis ini kupersembahkan….*

 ***( INDRA FIRNANDO)***

 ***poelai***

**Sekolah Tinggi llmu Kesehatan Perintis Padang**

**Program Studi DIII Keperawatan**

**Karya Tulis Ilmiah, Agustus 2017**

**INDRA FIRNANDO**

**14103084015415**

**ASUHAN KEPERAWATAN Tn.A DENGAN SIROSIS HEPATIS DI RUANGAN INTERNE PRIA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017**

**Vi + 83 halaman + 1 gambar + 6 tabel + 4 lampiran**

**ABSTRAK**

Sirosis hepatis adalah suatu keadaan patologis yang menggambarkan stadium akhir fibrosis hepatik yang berlangsung progresif yang ditandai dengan distorsi dari arsitektur hati dan pembentukan nodulus regenerative. Insiden Sirosis hepatis di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada Mei dan Juni tahun 2017 terdapat 12 penderita sirosis hepatis. Tujuan penulisan Laporan Studi Kasus Ini adalah mampu asuhan keperawatan pada pasien dengan Sirosis hepatis. Hasil laporan kasus ditemukan data pada Tn.A yaitu klien mengeluhkan nafas nya sesak, nafasnya tidak teratur mual dan muntah, tidak nafsu makan, perutnya membesar, Klien mengatakan ada yang bergerak didalam perut nya disaat klien mengatur posisinya, jika ke kamar mandi, klien dibantu oleh anggota keluarga yang lain, badan terasa lemas, jika ingin turun tempat tidur dibantu oleh keluarga. Hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah keperawatan pada Tn.A yaitu ketidakefektifan pola nafas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, kelebihan volume cairan, intoleransi aktivitas. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evalusai yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Berdasarkan pengkajian pada Tn.A dengan sirosis hepatis tidak ada perbedaan yang spesifik antara kasus dengan teori. Sehingga dapat disimpulkan manifestasi klinis yang ada di teori juga ditemukan pada kasus Sirosis Hepatis Pada Tn.A. Disarankan bagi pihak rumah sakit memberikan penyuluhan dan informasi mengenai Sirosis Hepatis kepada keluarga dan klien, sehingga klien mempunyai pengetahuan tinggi tentang Sirosis Hepatis.

**Kata kunci: Asuhan keperawatan, Sirosis hepatis**

**Daftar pustaka: 12 (2001-2014)**

***High School of Health Science Perintis Padang***

***Diploma III Study of Nursing Program***

***Script Writing, July 2017***

***INDRA FIRNANDO***

***14103084015415***

***NURSING IN CLIENTS Tn.A WITH HEPATIS SIROSIS IN ROOMS INTERNE MENS REGIONAL GENERAL HOSPITALS DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI 2017***

***Vi + 83 pages + 1 image + 6 table + 4 attachments***

***ABSTRACT***

*Hepatic cirrhosis is a pathological condition that describes end-stage progressive hepatic fibrosis characterized by distortion of the liver architecture and formation of regenerative nodule.* *Incidence of Hepatic Cirrhosis in Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi in May and June of 2017 there are 12 patients with cirrhosis hepatis.* *The purpose of writing a Case Study Report This is capable of nursing care in patients with cirrhosis of the hepatis.* *The results of case reports found data on Tn.A that the client complained of his breathlessness, his breath is irregular nausea and vomiting, no appetite, his abdomen enlarged, Client said there is moving in his stomach when the client set its position, if to the bathroom, clients are assisted By other family members, the body feels limp, if you want to go to bed assisted by family.* *The result of the study was obtained by nursing problem at Tn.A that is ineffective of breath pattern, nutrient imbalance less than body requirement, excess fluid volume, activity intolerance.* *Based on the above nursing problem, the plan is prepared and implement the action of nursing and evalusai which refers to the purpose and the criteria of the result.* *Based on an assessment of Tn.A with liver cirrhosis there is no specific difference between cases and theories. So it can be concluded that clinical manifestations in theory also found in cases of Hepatic Cirrhosis At Tn.A.* *It is recommended for the hospital to give counseling and information about Hepatic Cirrhosis to family and client, so that client have high knowledge about Hepatic Cirrhosis.*

***Keywords: Nursing Care, Hepatic cirrhosis***

***References: 12(2001-2014)***

**KATA PENGANTAR**



Assalamu’alaikumwarahmatullahhiwabarakatuh.

Dengan nama Allah Yang Maha Pengasih Lagi Maha Penyayang. Segala puji dan syukur kehadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya lah, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan KeperawatanPada Tn.A Dengan Sirosis Hepatis Di Ruangan Interne Pria Di RSUD Dr Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017”**. Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Ilmu Keperawatan Diploma III STIKes Perintis Sumatera Barat.

Dalam penulisan skripsi ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan dan bantuan yang bermanfaat dari berbagai pihak, maka pada kesempatan ini perkenankanlah peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns.Endra Amelia, M.Kep selaku Ka.Prodi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Ibu Isna Ovari, S.Kp, M.Kep selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan pengarahan, bimbingan, masukan, fikiran maupun saran serta dorongan sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Laporan Studi Kasus ini.
4. Ibu Ns.Ida Suryati, M.Kep selaku penguji sidang Laporan Studi Kasus yang telah banyak memberikan masukan dan kritikan yang bermamfaat kepada penulis demi kesempurnaan penulisan Laporan Studi Kasus ini.
5. Kepada Dosen dan Staf STIKes Perintis Padang yang telah memberikan bekal ilmu dan bimbingan selama peneliti mengikuti pendidikan di STIKes Perintis Padang.
6. Staf perawat di Ruangan Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran dan semangat, untuk mengarahkan penulis selama praktek di ruangan
7. Teristimewa kepada Ayahanda, ibunda, kakak tercinta yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materil serta do’a yang tulus dan kasih sayang yang tak terhingga sehingga peneliti dapat menyelesaikan karya tulis ilmiyah ini.
8. Kepada semua teman-teman, sahabat-sahabat tercinta dan Mahasiswa / i prodi Diploma III Keperawatan STIKes Perintis Padang yang telah bekerja sama untuk membantu penulisan dan menyelesaikan proposal penelitian ini.

Penulisi menyadari sepenuhnya bahwa Laporan Studi Kasus ini jauh dari kesempurnaan. Hal ini bukanlah suatu kesengajaan melainkan karena keterbatasan ilmu penulis dan kemampuan penulis. Untuk itu penulis mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Laporan Studi Kasus ini.

Akhir kata kepada-Nya jualah kita berserah diri, semoga Laporan Studi Kasus ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya di bidang kesehatan. Wassalam

 Bukittinggi, Agustus 2017

 Penulis

**DAFTAR ISI**

**Halaman**

**HALAMAN SAMPUL**

**HALAMAN JUDUL**

**ABSTRAK**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

**PERNYATAAN PENGESAHAN**

**LEMBAR PERSEMBAHAN**

**KATA PENGANTAR........................................................................................i**

**DAFTAR ISI.....................................................................................................iii**

**DAFTAR GAMBAR.........................................................................................v**

**DAFTAR TABEL.............................................................................................vi**

**BAB I PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang Masalah...................................................................1
	2. Tujuan Penulisan..............................................................................4
		1. Tujuan Umum.......................................................................4
		2. Tujuan Khusus......................................................................4
	3. Manfaat Penulisan............................................................................5

**BAB II TINJAUAN TEORITIS**

1. Konsep Dasar Serosis Hepatis..........................................................6
	* 1. Pengertian.............................................................................6
		2. Anatomi dan Fisilogi............................................................7
		3. Etiologi.................................................................................9
		4. Manifestasi Klinis...............................................................10
		5. Patofisiologi........................................................................13
		6. Pemeriksaan penunjang......................................................16
		7. Pencegahan.........................................................................17
		8. Penatalaksanaan..................................................................18
		9. Komplikasi..........................................................................22
	1. Konsep Teoritis Asuhan Keperawatan...........................................24
		1. Pengkajian...........................................................................24
		2. Diagnosa.............................................................................36
		3. Intervensi keperawatan......................................................37
		4. Implementasi.......................................................................43
		5. Evaluasi...............................................................................43

**BAB III TINJAUAN KASUS**

1. Pengkajian......................................................................................44
2. Diagnosa Keperawatan...................................................................57
3. Intervensi........................................................................................58
4. Catatan Perkembangan...................................................................62

**BAB IV PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian......................................................................................71

4.2 Diagnosa Keperawatan..................................................................74

4.3 Intervensi Keperawatan..................................................................75

4.4 Implementasi..................................................................................78

4.5 Evaluasi..........................................................................................79

**BAB V PENUTUP**

5.1 Kesimpulan....................................................................................81

5.2 Saran................................................................................................82

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

**DAFTAR GAMBAR**

**Gambar 2.1 Anatomi Hepar.............................................................................7**

**DAFTAR TABEL**

**Tebel 2.1 Intervensi Keperawatan.................................................................37**

**Tabel 3.1 Data Biologis....................................................................................50**

**Tabel 3.2 Analisa Data....................................................................................54**

**Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan.................................................................58**

**Tabel 3.4 Catatan Perkembangan..................................................................62**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Pada tubuh manusia, hati merupakan salah satu organ yang berperan dalam mempertahankan hidup. Hati termasuk organ intestinal terbesar dengan berat antara 1,2-1,8kg atau kurang lebih 25% berat badan orang dewasa yang menempati sebagian besar kuadran kanan atas abdomen dan merupakan pusat metabolisme tubuh dengan fungsi yang sangat kompleks. Sirosis hepatis merupakan penyebab kematian terbesar ketiga pada penderita yang berusia 45-46 tahun (setelah penyakit kardiovaskuler dan kanker). Di seluruh dunia sirosis hepatisbanyak dialami laki-laki, dibandingkan dengan perempuan rasionya sekitar 1,6 : 1. Umur rata-rata penderitanya terbanyak golongan umur 30-59 tahun dengan puncaknya sekitar umur 40-49 tahun (Setiati, 2014).

 Sirosis hepatis adalah suatu keadaan patologis yang menggambarkan stadium akhir fibrosis hepatik yang berlangsung progresif yang ditandai dengan distorsi dari arsitektur hati dan pembentukan nodulus regenerative. Etiologi dari sirosis hepatis di negara barat yang tersering akibat alkoholik sedangkan di Indonesia terutama akibat infeksi virus hepatitis B maupun C. hasil penelitian di Indonesia menyebutkan virus hepatitis B menyebabkan sirosis hepatis sebesar 40-50%, dan virus hepatitis C 30-40%, sedangkan 10-20% penyebabnya tidak diketahui dan termasuk kelompok virus bukan B dan C (nonB-nonC) (Tarigan, 2001).

Sirosis hepatis menyebabkan gangguan pada sebagian besar fungsi hati, termasuk keseimbangan hormonal dan metabolisme steroid (Kruszynska dan Bouloux, 2007). Pada pria, sirosis hepatis menyebabkan terjadi hipogonadisme dan feminisasi (Karagiannis dan Harsoulis, 2005; Kruszynska dan Bouloux, 2007; Nurdjanah, 2009). Komplikasi sirosis hepatis berupa gangguan fungsi seksual jarang diungkapkan pasien dan digali oleh dokter sehingga komplikasi tersebut menjadi *underdiagnosis* dan *underestimate.* Disfungsi seksual tidak menyebabkan kematian, namun berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien dan pasangan hidupnya (Shabsigh, 2006). Gangguan seksual yang sering dikeluhkan pria yaitu impotensi atau disfungsi ereksi. Disfungsi ereksi (DE) didefiniskan ketidak mampuan persisten untuk mencapai dan / atau mempertahankan suatu ereksi yang cukup untuk aktivitas seksual yang memuaskan (NIH, 1993).

Sirosis Hepatis penyakit yang memerlukan perawatan dan penanganan teliti. Kebanyakan yang terjadi pada pasien yang keluar masuk Rumah Sakit untuk melakukan pengobatan. Oleh karena itu peran perawat sangat diharapkan tidak hanya terhadap keadaan fisik pasien tetapi juga psikologis pasien. Perawat hendaknya menjelaskan bagaimana perawatan secara umum untuk penderita Sirosis Hepatis yang meliputi diit tinggi kalori tinggi protein, untuk memberikan tenaga dan mempercepat proses kesembuhan. Selain itu pembatasan asupan lemak dan natrium juga dipertimbangkan untuk mengurangi kinerja hati serta mengurangi resiko edema dan asites. Latihan ringan dan istirahat di tempat tidur juga merupakan salah satu bentuk perawatan yang harus diperhatikan untuik meminimalkan terjadinya kelelahan.

Di seluruh dunia sirosis hepatis menempati urutan ke tujuh penyebab kematian. Sekitar 25.000 orang meninggal setiap tahun akibat penyakit ini. Dari kejadian sirosis hepatis yang ada, laki-laki lebih mudah terkena sirosis hepatis dibandingkan dengan perempuan. Penderita sirosis hepatis banyak terjadi pada usia antara 20-50 tahun. Faktor yang mempengaruhi peningkatan resiko kanker hati yaitu mengkonsumsi alkohol secara berlebihan dan karena infeksi kronis hepatitis tipe B atau C (Anonim, 2007).

Berdasarkan dari data organisasi kesehatan dunia atau *World Health Organization* (WHO) 2010, penyakit sirosis hepatis menempati urutan kelima tertinggi penyakit kronis yang ada di dunia. Lebih dari 600.000 ribu kasus baru didiagnosis secara global setiap tahun. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 bahwa jumlah orang yang didiagnosis Hepatis di fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan gejala-gejala yang ada, menunjukan peningkatan dua kali lipat apabila dibandingkan dengan data tahun 2007 dan 2013.

Data yang diperoleh dari Medical Record RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada Mei dan Juni tahun 2017 terdapat 12 penderita sirosis hepatis. Penting bagi seorang perawat memberikan asuhan keperawatan yang tepat mengingat penyakit ini dapat menular dan seringmemerlukan perawatan berulang dirumah sakit bahkan sering kali penyakitini menjadi salah satu penyebab kematian seseorang. Oleh karena itu penulistertarik untuk membuat Laporan Studi Kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.A dengan Sirosis Hepatis di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017”

1. **Tujuan Penulisan**
	* 1. **Tujuan Umum**

Mampu melakukan asuhan keperawatan pada Tn.A dengan Sirosis Hepatis, serta mendapatkan pengalaman nyata tentang asuhan keperawatan pasien dengan Sirosis Hepatis di Rumah Umum Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017.

* + 1. **Tujuan Khusus**
1. Mampu menyusun teoritis konsep dasar asuhan keperawatan pada Tn.A dengan Sirosis Hepatis di Ruang Interne Pria Rumah Umum Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017
2. Mampu melaksanakan pengkajian dan mengidentifikasi data dalam menunjang asuhan keperawatan pada Tn.A dengan Sirosis Hepatis di Ruang Interne Pria Rumah Umum Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017
3. Mampu melakukan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan pada Tn.A dengan Sirosis Hepatis di Ruang Interne Pria Rumah Umum Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017
4. Mampu menentukan perencanaan asuhan keperawatan pada Tn.A dengan Sirosis Hepatis di Ruang Interne Pria Rumah Umum Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017
5. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn.A dengan Sirosis Hepatis di Ruang Interne Pria Rumah Umum Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017
6. Mampu melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada Tn.A dengan Sirosis Hepatis di Ruang Interne Pria Rumah Umum Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017
7. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn.A dengan Sirosis Hepatis di Ruang Interne Pria Rumah Umum Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017
8. Mampu menganalisis asuhan keperawatan pada Tn.A dengan Sirosis Hepatis di Ruang Interne Pria Rumah Umum Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017
	1. **Manfaat Penulisan**
		1. **Bagi Penulis**

Diharapkan dapat menambah pemahaman penulis tentang asuhan keperawatan klien dengan Sirosis Hepatis. Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman penulis dalam menyusun asuhan keperawatan klien dengan Sirosis Hepatis.

* + 1. **Bagi Institusi Pendidikan**

Sebagai penyumbang ilmu asuhan keperawatan klien dengan Sirosis Hepatis, sehingga dapat menambah referensi dan acuan dalam menyusun asuhan keperawatan klien dengan Sirosis Hepatis.

* + 1. **Bagi Institusi Rumah Sakit**

Memberi bahan masukan pada tenaga kesehatan rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus Sirosis Hepatis.

**BAB II**

**TINJAUAN TEORITIS**

1. **Konsep Dasar Serosis Hepatis**
	* 1. **Pengertian**

Sirosis hepatis adalah penyakit yang ditandai oleh adanya peradangan difus dan menahun pada hati, diikuti dengan proliferasi jaringan ikat, degenerasi dan regenerasi sel-sel hati, sehingga timbul kekacauan dalam susunan parenkim hati (Mansjoer, FKUI, 2001).

Sirosis hepatis adalah penyakit hati menahun yang difus ditandai dengan adanya pembentukan jaringan ikat disertai nodul. Biasanya dimulai dengan adanya proses peradangan nekrosis sel hati yang luas. Pembentukan jaringan ikat dan usaha regenerasi nodul. Distorsi arsitektur hati akan menimbulkan perubahan sirkulasi mikro dan makro menjadi tidak teratur akibat penambahan jaringan ikat dan nodul tersebut (Smeltzer & Bare, 2001).

Sirosis Hepatis adalah penyakit kronis pada hati dengan inflamasi dan fibrosis hati yang mengakibatkan distrosi struktur hati dan hilangnya sebagian besar fungsi hati. Perubahan besar yang terjadi karena sirosis adalah kematian sel-sel hati, terbentuknya sel-sel fibrotik (sel mast), regenerasi sel dan jaringan parut yang menggantikan sel-sel normal (Baradero, 2008). Menurut Black (2014) sirosis hati adalah penyakit kronis progresif dicirikan dengan fibrosis luas (jaringan parut) dan pembentukan nodul. Sirosis terjadi ketika aliran normal darah, empedu dan metabolisme hepatic diubah oleh fibrosis dan perubahan di dalam hepatosit, duktus empedu, jalur vaskuler dan sel retikuler.

 Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa sirosis hepatis adalah penyakit hati kronis yang ditandai oleh adanya peradangan difus pada hati, diikuti dengan proliferasi jaringan ikat, degenerasi dan regenerasi sel hati disertai nodul dan merupakan stadium akhir dari penyakit hati kronis dan terjadinya pengerasan dari hati.

* + 1. **Anatomi Fisiologi Hati**

**Keterangan:**

 1.Esofagus

 2.Lobus kiri

 3.Ligamen sabit

 4.Lambung

 5.Duktus hepatic

 6.Kelenjar pankreatik

 7.Saluran empedu

 8.Pankreas

 9.Usus besar

Gambar 2.1 Anatomi Hepar 10.Kandung empedu

 11.Kelenjar ststik

 12. Kelenjar hepatic

 13. Kelenjar hepatic

Sumber :Copyright,2011 by Mc Graw-hill companies,inc All rights reserv

 14. Lobus kanan

**Anatomi Hati**

Hati dibagi menjadi 4 lobus dan setiap lobus hati terbungkus oleh lapisan tipis jaringan ikat yang membentang kedalam lobus itu sendiri dan membagi massa hati menjadi unit-unit kecil, yang disebut lobulus.

Hati berstekstur lunak, lentur, dan terletak di bagian atas cavitas abdominalis tepat di bawah diaphragma. Sebagian besar hati terletak di profunda arcus costalis dextra dan hemidiaphragma dextra memisahkan hati dari pleura, pulmo, pericardium, dan cor. Hati terbentang ke sebelah kiri untuk mencapai hemidiaphragma sinistra (Snell, 2006).

Hati tersusun atas lobuli hepatis. Vena centralis pada masing-masing lobulus bermuara ke venae hepaticae. Dalam ruangan antara lobulus-lobulus terdapat canalis hepatis yang berisi cabang-cabang arteria hepatica, vena portae hepatis, dan sebuah cabang ductus choledochus (trias 12 hepatis). Darah arteria dan vena berjalan di antara sel-sel hati melalui sinusoid dan dialirkan ke vena centralis (Sloane, 2004)

Menurut Guyton & Hall (2008), hati mempunyai beberapa fungsi yaitu:

1. Metabolisme karbohidrat

Fungsi hati dalam metabolisme karbohidrat adalah menyimpan glikogen dalam jumlah besar, mengkonversi galaktosa dan fruktosa menjadi glukosa, glukoneogenesis, dan membentuk banyak senyawa kimia yang penting dari hasil perantara metabolisme karbohidrat.

1. Metabolisme lemak

Fungsi hati yang berkaitan dengan metabolisme lemak, antara lain: mengoksidasi asam lemak untuk menyuplai energi bagi fungsi tubuh yang lain, membentuk sebagian besar kolesterol, fosfolipid dan lipoprotein, membentuk lemak dari protein dan karbohidrat.

1. Metabolisme protein

Fungsi hati dalam metabolisme protein adalah deaminasi asam amino, pembentukan ureum untuk mengeluarkan amonia dari cairan tubuh, pembentukan protein plasma, dan interkonversi beragam asam amino dan membentuk senyawa lain dari asam amino.

* + 1. **Etiologi**

Menurut FKUI (2001), penyebab sirosis hepatis antara lain :

1. Malnutrisi
2. Alkoholisme
3. Virus hepatitis
4. Kegagalan jantung yang menyebabkan bendungan vena hepatika
5. Penyakit Wilson (penumpukan tembaga yang berlebihan bawaan)
6. Hemokromatosis (kelebihan zat besi)
7. Zat toksik

Ada 3 tipe sirosis atau pembetukan parut dalam hati :

1. Sirosis Laennec (alkoholik, nutrisional), dimana jaringan parut secara khas mengelilingi daerah portal. Sering disebabkan oleh alkoholis kronis.
2. Sirosis pascanekrotik, dimana terdapat pita jaringan parut yang lebar sebagai akibat lanjut dari hepatitis virus akut yang terjadi sebelumnya.
3. Sirosis bilier, dimana pembentukan jaringan parut terjadi dalam hati disekitar saluran empedu. Terjadi akibat obstruksi bilier yang kronis dan infeksi (kolangitis).
	* 1. **Manifestasi Klinis**

Menurut Smeltzer & Bare (2001) manifestasi klinis dari sirosis hepatis antara lain:

1. Pembesaran Hati

Pada awal perjalanan sirosis hati, hati cenderung membesar dan sel-selnya dipenuhi oleh lemak. Hati tersebut menjadi keras dan memiliki tepi tajam yang dapat diketahui melalui palpasi. Nyeri abdomen dapat terjadi sebagai akibat dari pembesaran hati yang cepat dan baru saja terjadi sehingga mengakibatkan regangan pada selubung fibrosa hati (kapsula Glissoni). Pada perjalanan penyakit yang lebih lanjut, ukuran hati akan berkurang setelah jaringan parut menyebabkan pengerutan jaringan hati. Apabila dapat dipalpasi, permukaan hati akan teraba berbenjol-benjol (noduler).

1. Obstruksi Portal dan Asites

Manifestasi lanjut sebagian disebabkan oleh kegagalan fungsi hati yang kronis dan sebagian lagi oleh obstruksi sirkulasi portal. Semua darah dari organ-organ digestif praktis akan berkumpul dalam vena porta dan dibawa ke hati. Karena hati yang sirotik tidak memungkinkan perlintasan darah yang bebas, maka aliran darah tersebut akan kembali ke dalam limpa dan traktus gastrointestinal dengan konsekuensi bahwa organ-organ ini menjadi tempat kongesti pasif yang kronis; dengan kata lain, kedua organ tersebut akan dipenuhi oleh darah dan dengan demikian tidak dapat bekerja dengan baik. Pasien dengan keadaan semacam ini cenderung menderita dyspepsia kronis dan konstipasi atau diare. Berat badan pasien secara berangsur-angsur mengalami penurunan.

Cairan yang kaya protein dan menumpuk dirongga peritoneal akan menyebabkan asites. Hal ini ditunjukkan melalui perfusi akan adanya *shifting dullness* atau gelombang cairan. Splenomegali juga terjadi. Jaring-jaring telangiektasis, atau dilatasi arteri superfisial menyebabkan jaring berwarna biru kemerahan, yang sering dapat dilihat melalui inspeksi terhadap wajah dan keseluruhan tubuh.

1. Varises Gastrointestinal

Obstruksi aliran darah lewat hati yang terjadi akibat perubahan fibrotik juga mengakibatkan pembentukan pembuluh darah kolateral dalam sistem gastrointestinal dan pemintasan (*shunting*) darah dari pembuluh portal ke dalam pembuluh darah dengan tekanan yang lebih rendah. Sebagai akibatnya, penderita sirosis sering memperlihatkan distensi pembuluh darah abdomen yang mencolok serta terlihat pada inspeksi abdomen (kaput medusae), dan distensi pembuluh darah diseluruh traktus gastrointestinal. Esofagus, lambung dan rektum bagian bawah merupakan daerah yang sering mengalami pembentukan pembuluh darah kolateral. Distensi pembuluh darah ini akan membentuk varises atau hemoroid tergantung pada lokasinya. Karena fungsinya bukan untuk menanggung volume darah dan tekanan yang tinggi akibat sirosis, maka pembuluh darah ini dapat mengalami ruptur dan menimbulkan perdarahan. Karena itu, pengkajian harus mencakup observasi untuk mengetahui perdarahan yang nyata dan tersembunyi dari traktus gastrointestinal. Kurang lebih 25% pasien akan mengalami hematemesis ringan; sisanya akan mengalami hemoragi masif dari ruptur varises pada lambung dan esofagus.

1. Edema

Gejala lanjut lainnya pada sirosis hepatis ditimbulkan oleh gagal hati yang kronis. Konsentrasi albumin plasma menurun sehingga menjadi predisposisi untuk terjadinya edema. Produksi aldosteron yang berlebihan akan menyebabkan retensi natrium serta air dan ekskresi kalium.

1. Defisiensi Vitamin dan Anemia

Karena pembentukan, penggunaan dan penyimpanan vitamin tertentu yang tidak memadai (terutama vitamin A, C dan K), maka tanda-tanda defisiensi vitamin tersebut sering dijumpai, khususnya sebagai fenomena hemoragik yang berkaitan dengan defisiensi vitamin K. Gastritis kronis dan gangguan fungsi gastrointestinal bersama-sama asupan diet yang tidak adekuat dan gangguan fungsi hati turut menimbulkan anemia yang sering menyertai sirosis hepatis. Gejala anemia dan status nutrisi serta kesehatan pasien yang buruk akan mengakibatkan kelelahan hebat yang mengganggu kemampuan untuk melakukan aktivitas rutin sehari-hari.

1. Kemunduran Mental

Manifestasi klinis lainnya adalah kemunduran fungsi mental dengan ensefalopati dan koma hepatik yang membakat. Karena itu, pemeriksaan neurologi perlu dilakukan pada sirosis hepatis dan mencakup perilaku umum pasien, kemampuan kognitif, orientasi terhadap waktu serta tempat, dan pola bicara.

* + 1. **Patofisiologi**

Meskipun ada beberapa faktor yang terlibat dalam etiologi sirosis, konsumsi minuman beralkohol dianggap sebagai faktor penyebab yang utama. Sirosis terjadi dengan frekuensi paling tinggi pada peminum minuman keras. Meskipun defisiensi gizi dengan penurunan asupan protein turut menimbulkan kerusakan hati pada sirosis, namun asupan alkohol yang berlebihan merupakan faktor penyebab yang utama pada perlemakan hati dan konsekuensi yang ditimbulkannya. Namun demikian, sirosis juga pernah terjadi pada individu yang tidak memiliki kebiasaan minum minuman keras dan pada individu yang dietnya normal tetapi dengan konsumsi alkohol yang tinggi (Smeltzer & Bare, 2001).

Sebagian individu tampaknya lebih rentan terhadap penyakit ini dibanding individu lain tanpa ditentukan apakah individu tersebut memiliki kebiasaan meminum minuman keras ataukah menderita malnutrisi. Faktor lainnya dapat memainkan peranan, termasuk pajanan dengan zat kimia tertentu (karbon tetraklorida, naftalen terklorinasi, asen atau fosfor) atau infeksi skistosomiasis yang menular. Jumlah laki-laki penderita sirosis hepatis adalah dua kali lebih banyak daripada perempuan, dan mayoritas pasien sirosis berusia 40-60 tahun (Smeltzer & Bare, 2001).

Sirosis alkoholik atau secara historis disebut sirosis Laennec ditandai oleh pembentukan jaringan parut yang difus, kehilangan sel-sel hati yang uniform, dan sedikit nodul regeneratif. Sehingga kadang-kadang disebut sirosis mikronodular. Sirosis mikronodular dapat pula diakibatkan oleh cedera hati lainnya. Tiga lesi utama akibat induksi alkohol adalah perlemakan hati alkoholik, hepatitis alkoholik, dan sirosis alkoholik (Tarigan, 2001).

WOC

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang**
1. Pemeriksaan fungsi hati abnormal :
	1. Peningkatan alkalin fosfat serum, *alanine transaminase* (ALT)dan *aspartate transaminase* (AST) (akibat dari destruksi jarinanhati)
	2. Peningkatan kadar ammonia darah (akibat dari kerusakanmetabolism protein)
	3. Peninkatan bilirubin serum (disebabkan oleh kerusaka metabolism bilirubin)
	4. *Prothrombin time* (PT) memanjang (akibat kerusakan sintesisprotombin dan faktor pembekuan)
2. Biopsi hati dapat memastikan diagnosis bila pemeriksaan serumdan pemeriksaan radiologis tak dapat menyimpulkan
3. *Computerized tomography scanner* (scan CT), atau *magnetic resonance imaging* (MRI) dilakukan untuk mengkaji ukuran hati, derajat obstruksi dan aliran darah hepatik
4. Elektrolit serum menunjukan hipokalemia, alkalosis, dan hiponatremia (disebabkan oleh peningkatan sekresi aldosteron pada respon terhadap kekuranan volume cairan ekstraseluler sekunder terhadap asietes)
5. *Thermo luminescene dosemeter* (TLD) menunjukan penurunan sel darah merah (SDM), hemoglobin, hematokrit, trombosit, dan sel darah putih (SDP) (hasil dari depresi sumsum sekunder terhadap kegagalan ginjal dan kerusakan metabolisme nutrien).
6. Urinalisis menunjukan bilirubinuria
7. *Serum glutamic oxaloacetic* (SGOT), *serum glutamic pyruvic transaminase* (SGPT), *laktat dehidrogenase* (LDH) meningkat
8. *Endoskopi retrograde kolangiopankreatografi* (ERCP) obstruksi duktus koledukus
9. Esofagoskopi (varises) dengan barium esofagografi
10. Biopsi hati& ultrasonograf

 (Nurarif & Kusuma, 2015).

* + 1. **Pencegahan**

Berikut ini beberapa cara yang bisa dilakukan untuk mencegah atau mengurangi risikoterkena sirosis hepatis.

1. Membatasi konsumsi minuman keras.

Cara terbaik untuk mencegah serosis adalah dengan menghindar minum-minuman keras atau setidaknya membatasi asupan alcohol ke dalam tubuh Standar batas konsumsi alkohol untuk orang dewasa perharinya adalah maksimal2 unit atau 20 gram alkohol tuk orang dewasa.ukuran ini setara dengan 1.5 kaleng atau wine perhari.

1. Melindungi diri dari hepatitis.

Penyakit menular seperti hepatitis B dan C dapat menyebabkan sirosis Oleh karena itu, hindari hepatitis agar terhindar dari sirosis. Cara mencegah hepatitis adalah dengan memakaikondom saat berhubungan seksual dan janganberbagi jarum suntik bagi pengguna narkoba. Anda juga bisa melakukan vaksinasi untuk mencegah terjangkit hepatitis B.

1. Menu makanan sehat.

Makanan rendah lemak dalam sayuran dan buah-buahan akan membantu menurunkan lemak berlebih dalam tubuh. Lemak berlebih inilah yang bisa menyebabkan perlemakan hati dan akhirnya menjadi penyakit organ hati.

1. Berolahraga.

Berolahraga dapat menurunkan berat badan dan menjaga berat badan tetap ideal untuk menghindari penumpukan lemak pada hati.

* + 1. **Penatalaksanaan**
1. **Penatalaksanaan Medis**

Penatalaksanaan menurut Tarigan (2001) adalah:

1. Pasien dalam keadaan kompensasi hati yang baik cukup dilakukan kontrol yang teratur, istirahat yang cukup, susunan diet tinggi kalori tinggi protein, lemak secukupnya.
2. Pasien sirosis dengan penyebab yang diketahui seperti :
	1. Alkohol dan obat-obatan dianjurkan menghentikan penggunaannya. Alkohol akan mengurangi pemasukan protein ke dalam tubuh. Dengan diet tinggi kalori (300 kalori), kandungan protein makanan sekitar 70-90 gr sehari untuk menghambat perkembangan kolagenik dapat dicoba dengan pemberian D *penicilamine* dan *Cochicine*.
	2. Hemokromatis
3. Dihentikan pemakaian preparat yang mengandung besi/ terapi kelasi (desferioxamine). Dilakukan vena seksi 2x seminggu sebanyak 500cc selama setahun. Pada hepatitis kronik autoimun diberikan kortikosteroid.
4. Terapi terhadap komplikasi yang timbul
	1. Asites

Tirah baring dan diawali diet rendah garam, konsumsi garam sebanyak 5,2 gram/ hari. Diet rendah garam dikombinasi dengan obat-obatan diuretik. Awalnya dengan pemberian spironolakton dengan dosis 100-200 mg sekali sehari. Respons diuretik bisa dimonitor dengan penurunan berat badan 0,5 kg/ hari, tanpa adanya edema kaki atau 1 kg/ hari dengan adanya edema kaki. Bilamana pemberian spironolakton tidak adekuat bisa dikombinasi dengan furosemid dengan dosis 20-40 mg/ hari. Pemberian furosemid bisa ditambah dosisnya bila tidak ada respons, maksimal dosisnya 160 mg/ hari. Parasentesis dilakukan bila asites sangat besar. Pengeluaran asites bisa hingga 4-6 liter dan dilindungi dengan pemberian albumin.

* 1. Perdarahan varises esofagus (hematemesis, hematemesis dengan melena atau melena saja)
		1. Lakukan aspirasi cairan lambung yang berisi darah untuk mengetahui apakah perdarahan sudah berhenti atau masih berlangsung.
		2. Bila perdarahan banyak, tekanan sistolik dibawah 100 mmHg, nadi diatas 100 x/menit atau Hb dibawah 99% dilakukan pemberian IVFD dengan pemberian dextrose/ salin dan tranfusi darah secukupnya.
		3. Diberikan vasopresin 2 amp 0,1 gr dalam 500cc D5% atau normal salin pemberian selama 4 jam dapat diulang 3 kali.
	2. Ensefalopati
		1. Dilakukan koreksi faktor pencetus seperti pemberian KCL pada hipokalemia.
		2. Mengurangi pemasukan protein makanan dengan memberi diet sesuai.
		3. Aspirasi cairan lambung bagi pasien yang mengalami perdarahan pada varises.
		4. Pemberian antibiotik campisilin/ sefalosporin pada keadaan infeksi sistemik.
		5. Transplantasi hati.
	3. Peritonitis bakterial spontan

Diberikan antibiotik pilihan seperti cefotaksim, amoxicillin, aminoglikosida.

* 1. Sindrom hepatorenal/ nefropatik hepatik

Mengatur keseimbangan cairan dan garam.

1. **Penatalaksanaan Keperawatan**

Hal ini penting bahwa paparan terhadap hepatotoksin dibatasi, pengonsumsian alkohol dihindari dan obstruksi bilier duhilangkan. Klien seharusnya didorong untuk mencari pertolongan (misalnya dari *alkoholik anonym* [AA] dengan puasa alkohol.

1. Mencegah infeksi

Pencegahan infeksi diikuti dengan istirahat adekuat, diet tepat, dan penghindaran bahan hepatotoksik (minuman alkohol serta obat-obatan dan toksik kimia terhadap hati). Sebelum penemuan antibioti, infeksi adalah penyebab utama kematian didalam sirosis.

1. Berikan klien pengajaran

Instruksikan klien untuk menghindari napas hidung kuat dan mengejang saat BAB. Terkadang pelunak feses diresepkan untuk mencegah mengejang dan pecahnya varises. Agen antidiare diberikan untuk mengontrol diare. Jika terdapat pendarahn gusi sarankan klien memakai sikat gigi lembut dan menahan sampai perdarahan berhenti

1. Berikan suplemen vitamin

Dokter biasanya meresepkan multivitamin untuk menjaga kesehatan, atau pada malnutrisi berat diberikan vitamin dengan kadar terpiotik. Juga, vitamin A,B,E dan K diberikan jika absorbsi lemak adekuat. Dorong keluarga atau teman memberikan makanan yang diinginkan sesuai dengan yang di izinkan (Sudoyo Aru, 2006).

* + 1. **Komplikasi**

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

1. Hipertensi Portal

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

1. Asites

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

1. Varises Gastroesofagus

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

1. Peritonisis Bakterial Spontan

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

1. Ensefalopati Hepatikum

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

1. Sindrom Hepatorenal

Merupakan gangguan fungsi ginjal tanpa kelainan organik ginjal, yang ditemukan pada sirosis hepatis lanjut. Sindrom ini sering dijumpai pada penderita sirosis hepatis dengan asites refrakter. Sindroma Hepatorenal tipe 1 ditandai dengan gangguan progresi fungsi ginjal dan penurunan klirens kreatinin secara berrmakna dalam 1-2 minggu. Tipe 2 ditandai dengan penurunan filtrasi glomerulus dengan peningkatan serum kreatinin. Tipe 2 ini lebih baik prognosisnya daripada tipe 1 (Nurdjanah, dikutip oleh Siti,

2014).

* 1. **Konsep Teoritis Asuhan Keperawatan**
		1. **Pengkajian**
1. Biodata
2. Identitas pasien : nama, umur, jenis kelamin, suku / bangsa, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat.
3. Idnetitas penanggung jawab : nama, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, hubungan dengan pasien, alamat.
4. Keluhan utama

Penyakit ini dapat berjalan tanpa keluhan dan dapat juga dengan atau tanpa gejala klinik yang jelas. Mula-mula timbul kelemahan badan, rasa cepat payah yang makin menghebat, nafsu makan menurun, penurunan berat badan, badan menguning (ikterus), demam ringan, sembab tungkai dan pembesaran perut (asites).

1. Riwayat kesehatan :
	1. Riwayat Kesehatan Sekarang

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

Pada fase ini pasien akan nyeri pada kuadran kanan atas keluhan lain yang berhubungan dengan adanya penyakit pada fase lanjut, pasien akan mengeluh bahwa mudah terjadi luka memar, rontok rambut, terutama di daerah ketiak dan pubis, juga pasien juga akan mengutarakan bahwa menstruasinya tidak teratur (pada wanita dan impoten pada pria).

* 1. Riwayat Kesehatan Dahulu

Perlu ditanyakan apakah adanya atau pernah ada kebiasaan minum-minum keras  (alkohol). Pernah menderita penyakit tertentu terutama hepatitis B, non A, non B, hepatitis D (pernah menderita penyakit kuning) dan pernah penyakit jantung. Apakah mendapat tranfusi darah Bagaimana kebiasaan pola makan. Apakah ada riwayat gagal jantung kiri/kanan?. Riwayat pemakaian obat-obatan, merokok.

* 1. Riwayat Kesehatan Keluarga

Adakah penyakit-penyakit yang dalam keluarga sehingga membawa dampak berat pada keadaan atau yang menyebabkan Sirosis hepatis, seperti keadaan sakit DM, hipertensi, ginjal yang ada dalam keluarga. Hal ini penting dilakukan bila ada gejala-gejala yang memang bawaan dari keluarga pasien.

1. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada penderita sirosis hepatis harus di lakukan secara menyeluruh. Keadaan pasien, bentuk tubuh. Pada sklera mata diperoleh sklera mata yang ikterus sampai dengan kehijauan, kadang-kadang pada konjungtiva di peroleh kesan anemia. Pada infeksi daerah dada di temukan adanya spider nevi atau adanya terlihat suatu usaha dalam bernafas karena tekanan abdomen terhadap diafragma ditemukan bulu ketiak yang rontok.

1. Kulit

Inspeksi : lihat adanya/tidak adanya ikterik,lihat ada/tidak adanyalesi,hiperpigmentasi(warnakehitaman/kecoklatan), edema, dan distribusi rambut kulit.

Palpasi : raba dan tentukan turgor kulit elastic atau tidak, tekstur : kasar /halus, suhu : akral dingin atau hangat.

1. Kuku

Inspeksi : lihat adanya/adany ikterik,catat mengenai warna : biru: sianosis, merah: peningkatan visibilitas Hb, bentuk: clubbing karena hypoxia pada kangker paru, beau’s lines pada penyakit difisisensi fe/anemia fe

Palpasi : catat adanya nyeri tekan, dan hitung berapa detik kapiler refill (pada pasien hypoxia lambat s/d 5-15 detik.

1. Kepala

Inspeksi : Lihat kesimetrisan wajah jika, muka kanan dan kiri berbeda atau misalnya lebih condong ke kanan atau ke kiri itu menunjukan ada parese/kelumpuhan, contoh: pada pasien SH.

Palpasi : Cari adanya luka, tonjolan patologik, dan respon nyeri dengan menekan kepala sesuai kebutuhan

1. Wajah

Inspeksi : Lihat adanya/tidak adanya ikterik,warna kulit, pigmentasi, bentuk, dan kesimetrisan.

Palpasi : Nyeri tekan dahi, dan edema, pipi, dan rahang.

1. Mata

Ispeksi : Kelopak mata ada radang atau tidak, simetris kanan dan kiri atau tidak, reflek kedip baik/tidak, konjungtiva dan sclera : merah/konjungtivitis, ikterik/indikasi hiperbilirubin/gangguan pada hepar, pupil: isokor kaki (normal), miosis/mengecil, pin point/sangat kecil (suspek SOL),  medriasis/melebar/dilatasi (pada pasien sudah meninggal).

Palpasi : Tekan secara ringan untuk mengetahui adanya TIO (tekanan intra okuler) jika ada peningkatan akan teraba keras (pasien glaucoma/kerusakan dikus optikus), kaji adanya nyeri tekan.

1. Telinga

Inspeksi : Daun telinga simetris atau tidak, warna, ukuran, bentuk, kebresihan, adanya lesy.

Palpasi : Tekan daun telinga apakah ada respon nyeri, rasakan kelenturan kartilago.

1. Hidung dan sinus

Inspkesi : Apakah hidung simetris, apakah ada inflamasi, apakah ada secret

Palpasi : Apakah ada nyeri tekan, massa

1. Mulut dan bibir

Inspeksi : Warna mukosa mulut dan bibir, tekstur , lesi, dan stomatitis.

1. Leher

Inspeksi : Amati mengenai bentuk, warna kulit, jaringan parut, amati adanya pembengkakkan kelenjar tirod/gondok, dan adanya massa, amati kesimeterisan leher dari depan, belakang dan samping ka,ki, mintalah pasien untuk mengerakkan leher (fleksi-ektensi ka.ki), dan merotasi- amati apakah bisa dengan mudah dan apa ada

1. Dada ( dada dan punggung)

Inspeksi : Amati kesimetrisan dada ka.ki, amati adanya retraksi interkosta, amati gerkkan paru.Amati klavikula dan scapula simetris atau tidak

Palpasi : *Palpasi ekspansi paru:*

1. Berdiri di depan klien dan taruh kedua telapak tangan pemeriksa di dada dibawah papilla, anjurkan pasien menarik nafas dalam, rasakkan apakah sama paru ki.ka.
2. Berdiri deblakang pasien, taruh telapak tangan pada garis bawah scapula/setinggi costa ke-10, ibu jari ka.ki di dekatkan jangan samapai  menempel, dan jari-jari di regangkan lebih kurang 5 cm dari ibu jari. Suruh pasien kembali menarik nafas dalam dan amati gerkkan ibu jari ka.ki sama atau tidak.

*Palpasi Taktil vremitus posterior dan anterior:*

1. Meletakkan telapak tangan kanan di belakang dada tepat pada apex paru/stinggi supra scapula (posisi posterior) .
2. Menginstrusikkan pasien untuk mengucapkkan kata “Sembilan-sembilan” (nada rendah)
3. Minta klien untuk mengulangi mengucapkkan kata tersebut, sambil pemeriksa mengerakkan ke posisi ka.ki kemudian kebawah sampai pada basal paru atau setinggi vertebra thoraxkal ke-12.
4. Bandingkan vremitus pada kedua sisi paru
5. Bila fremitus redup minta pasien bicara lebih renda
6. Ulangi/lakukkan pada dada anterior

Perkusi :

1. Atur pasien dengan posisi supinasi
2. Untuk perkusi anterior dimulai batas clavikula lalu kebawah sampai intercosta 5 tentukkan batas paru ka.ki (bunyi paru normal : sonor seluruh lapang paru, batas paru hepar dan jantung: redup)
3. Jika ada edema paru dan efusi plura suara meredup.

Auskultasi :

1. Gunakkan diafragma stetoskop untuk dewasa dan bell pada anak
2. Letakkan stetoskop pada interkostalis, menginstruksikkan pasien untuk nafas pelan kemudian dalam dan dengarkkan bunyi nafas: vesikuler/wheezing/crecke.
3. Jantung/Cordis

Ispeksi : Amati denyut apek jantung pada area midsternu lebih kurang 2 cm disamping bawah xifoideus.

Palpasi : Merasakan adanya pulsasi, Palpasi spasium interkostalis ke-2 kanan untuk menentukkan area aorta dan spasium interkosta ke-2 kiri letak pulmonal kiri.Palpasi spasium interkostalis ke-5 kiri untuk mengetahui area trikuspidalis/ventikuler amati adanya pulsasiDari interkosta ke-5 pindah tangan secara lateral 5-7 cm ke garis midklavicula kiri dimana akan ditemukkan daerah apical jantung atau PMI ( point of maximal impuls) temukkan pulsasi kuat pada area ini.Untuk mengetahui pulsasi aorta palpasi pada area epigastika atau dibawah sternum.

Perkusi : Perkusi dari arah lateral ke medial untuk menentukkan batas jantung bagian kiri, lakukan perkusi dari sebelah kanan ke kiri untuk mengetahui batas jantung kanan. lakukan dari atas ke bawah untuk mengetahui batas atas dan bawah jantung, bunyi redup menunjukkan organ jantung ada pada daerah perkusi.

Auskultasi : Menganjurkkan pasien bernafas normal dan menahanya saat ekspirasi selesai. Dengarkkan suara jantung dengan meletakkan stetoskop pada interkostalis ke-5 sambil menekan arteri carotis *Bunyi S1*: dengarkan suara “LUB” yaitu bunyi dari menutupnya katub mitral (bikuspidalis) dan tikuspidalis pada waktu sistolik.*Bunyi S2:* dengarkan suara “DUB” yaitu bunyi meutupnya katub semilunaris (aorta dan pulmonalis) pada saat diastolic.*Adapun bunyi :* S3: gagal jantung “LUB-DUB-CEE…”  S4: pada pasien hipertensi “DEE..-LUB-DUB”.

1. Abdomen (Perut)

Inspeksi : Amati bentuk perut secara umum,lihat adanya/tidak adnya ikterik, warna kulit, adanya retraksi, penonjolan, adanya ketidak simetrisan, adanya penumpukan cairan di rongga abdomen, adanya pelebarn vena.

Palpasi : *Palpasi ringan*: Untuk mengetahui adanya massa dan respon nyeri tekan letakkan telapak tangan pada abdomen secara berhimpitan dan tekan secara merata sesuai kuadran.  *Palpasi dalam:* Untuk mengetahui posisi organ dalam seperi hepar, ginjal, limpa dengan metode bimanual/2 tangan.

1. *HEPAR :*

Letakkan tangan pemeriksa dengan posisi ujung jari keatas pada bagian hipokondria kanan, kira;kira pada interkosta ke 11-12. Tekan saat pasien inhalasi kira-kira sedalam 4-5 cm, rasakan adanya organ hepar. Kaji hepatomegali

1. *LIMPA* :

Metode yang digunakkan seperti pada pemeriksaan hepar. Anjurkan pasien miring kanan dan letakkan tangan pada bawah interkosta kiri dan minta pasien mengambil nafas dalam kemudian tekan saat inhalasi tenntukkan adanya limpa.Pada orang dewasa normal tidak teraba.

1. *RENALIS :*

Untuk palpasi ginjal kanan letakkan tangan pada atas dan bawah perut setinggi Lumbal 3-4 dibawah kosta kanan. Untuk palpasi ginjal kiri letakkan tangan setinggi Lumbal 1-2 di bawah kosta kiri.Tekan sedalam 4-5 cm setelah pasien inhalasi jika teraba adanya ginjal rasakan bentuk, kontur, ukuran, dan respon nyeri.

1. Lingkar Perut :

Kaji adanya lateragi, membuncit, dispnea, kaji adanya pembesaran pada hati (hepatomegali), apakah ada pembengkakan pada seluruh tubuh, kaji adanya kulit kering dan ikterik, apakah ada perdarahan pada gusi

1. Ekstermitas

Inspeksi : Simetris dan pergerakan, Integritas ROM, kekuatan dan tonus otot

Palpasi : Denyutan a.brachialis dan a. radialis .

1. Genitalia (alat genital, anus, rectum)

Inspeksi :Amati jaringan perineal dan jaringan sekitarnya kaji adanya lesi dan ulkus

 Palpasi : Ulaskan zat pelumas dan masukkan jari-jari ke rectal dan rasakan adanya nodul dan atau pelebaran vena pada rectum.

1. Pengkajian Syaraf Cranial
2. Olfaktorius/penciuman: Meminta pasien membau aroma kopi dan vanilla atau aroma lain yang tidak menyengat. Apakah pasien dapat mengenali aroma.
3. Opticus/pengelihatan:Meminta kilen untuk membaca bahan bacaan dan mengenali benda-benda disekitar, jelas atau tidak.
4. Okulomotorius/kontriksi dan dilatasi pupil : Kaji arah pandangan, ukur reaksi pupil terhadap pantulan cahaya  dan akomodasinya.
5. Trokhlear/gerakkan bola mata ke atas dan bawah:Kaji arah tatapan, minta pasien melihat k etas dan bawah.
6. Trigeminal/sensori kulit wajah, pengerak otot rahangSentuh ringan kornea dengan usapan kapas untuk menguji reflek kornea (reflek nagatif (diam)/positif (ada gerkkan))Ukur sensasi dari sentuhan ringan sampai kuat pada wajah  kaji nyeri menyilang pada kuit wajahKaji kemampuan klien untuk mengatupkan gigi saat mempalpasi otot-otot rahang
7. Abdusen/gerakkan bola mata menyamping:Kaji arah tatapan, minta pasien melihat kesamping ki.ka
8. Facial/ekspresi wajah dan pengecapan:Meminta klien tersenyum, mengencangkan wajah, menggembungkan pipi, menaikan dan menurunkan alis mata, perhatikkan kesimetrisanya
9. Auditorius/pendengaran:kaji klien terhadap kata-kata yang di bicarakkan, suruh klien mengulangi kata/kalimat.
10. Glosofaringeal/pengecapan, kemampuan menelan, gerakan lidah:Meminta pasien mengidentifikasi rasa asam, asin, pada bagian pangkal lidah.Gunakkan penekan lidah untuk menimbulkan “reflek  gag”Meminta klien untuk mengerakkan lidahnya
11. Vagus/sensasi faring, gerakan pita suara:Suruh pasien mengucapkan “ah”  kaji gerakkan palatum dan faringeal.
12. Asesorius/gerakan kepala dan bahu:Meminta pasien mengangkat bahu dan memalingkan kepala kearah yang ditahan oleh pemeriksa, kaji dapatkah klien melawan tahanan yang ringa
13. Hipoglosal/posisi lidah:Meminta klien untuk menjulurkan lidah kearah garis tengah dan menggerakkan ke berbagai sisi.
	* 1. **Diangnosa Keperawatan**
14. Ketidakefektifan pola nafas
15. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari tubuh
16. Kelebihan volume cairan
17. Nyeri akut
18. Kerusakan integritas kulit
19. Intoleransi aktivitas
20. Resiko perdarahan

*(NANDA,NIC-NOC,2011****)***

* + 1. **Intervensi Keperawatan**

Tebel 2.1 Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan criteria hasil ( NOC)** | **Intervensi (NIC)** |
| 1 | Ketidakefektifan Pola Nafas  | **NOC**1. Rerpiratory status : ventilation
2. Respiratory status : Airway patency
3. Vital sign status

**Kriteria hasil**1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu
2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)
3. Tanda-tanda vital dalam rentang norma
 | **NIC****Airway Management** 1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
2. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
3. Monitor respirasi dan status O2
4. Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea
5. Pertahankan jalan nafas yang paten
6. Observasi adanya tanda tanda hipoventilasi
7. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi
8. Monitor vital sign
9. Informasikan pada pasien dan keluarga tentang tehnik relaksasi untuk memperbaiki pola nafas.
10. Ajarkan bagaimana batuk efektif
11. Monitor pola nafas
 |
| 2 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | **NOC**1. Nutritional status

Nutritional status : food and fluid1. Intake

Nutritional status : nutrient intake1. Weight control

**Kriteria hasil** 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan
2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
3. Mempu mengidentifikasi kenutuhan nutrisi
4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan
6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti
 | **NIC****Manajemen Nutrution**1. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
3. Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Pastikan makan disajikan dengan cara yang menarik
5. Intruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi
6. Pastikan diet mencakup makanan tinggi kandungan serat untuk mencegah konstipasi
7. Monitor kecendrungan terjadinya penurunan berat badan Kolaborasi dengan ahli gizi tentang diet pasien
 |
| 3 | Kelebihan Volume Cairan  | **NOC**1. Elekcttrolit and acid base balanceFluid balance
2. Hydration

**Kriteria hasil**1. Terbebas dari edema, efusi anaskara
2. Bunyi nafas berish, tidak ada dyspneu/ortopneu
3. Terbebas dari distensi vena jugularis, refleks hepatojogular (+)
4. Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign dalam batas normal
5. Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau kebingungan
6. Menjelaskan indicator kelebihan cairan
 | **NIC** **Fluid management**1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat
2. Pasang urin kateter jika diperlukan
3. Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan.
4. Monitor vital sign
5. Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan.
6. Monitor masukan makanan / cairan
7. Monitor status nutrisi
8. Berikan diuretik sesuai interuksi
9. Monitor elektrolit
10. Monitor tanda dan gejala dari odema
 |
| 4 | Nyeri Akut  | **NOC** Pain level Pain control Confort level**Kriteria hasil** 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensita, frekuensi dan tanda nyeri
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
 | **NIC****Pain management**1. Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi
2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan
3. Control lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisinga
4. Kaji tipe nyeri dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
5. Ajarkan teknik nonfarmakologi
6. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri

**Analgesic administration**1. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosisi dan frekuensi
2. Cek riwayat alergi
 |
| 5 | Kerusakan Integritas Kulit  | **NOC**1. Tissue integrity : skin and mucou
2. Membrane
3. Hemodyalis akses

**Kriteria hasil** 1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperature, hidrasi, pigmentasi
2. Tidak ada luka/lesi pada kulit
3. Perfusi jaringan baik
4. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang
5. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembapan kulit
 | **NIC****Pressure management**1. anjurkan pasien untuk menggunaan pakaian yang longgar
2. Hindari kerutan pada tempat tidur
3. Jaga kebersihan kulit afar tetap bersih dan lembut
4. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali
5. Monitor kulit akan adanya kemerahan
6. Oleskan lotion atau minyak/bay oil pada daerah yang tertekan
7. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat

**Insision site care**1. Monitor proses kesembuhan area insisi
2. Gunakan preparat antiseptic, sesuai program
 |
| 6 | Intoleransi Aktivitas | **NOC**  Energy conservation Activity tolerance Self care : ADLs**Kriteria hasil**1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningaktan tekanan darah, nadi dan RR
2. Mampu melakukan aktivitas sehari-dari (ADLs) secara mandir
3. Tanda-tanda vital normal
4. Energy psikomotor
5. Level kelemahan
6. Mampu berpindah : dengan atau tanpa bantuan ala
7. Status kardipulmunari adekuat
8. Sirkulasi status baik
9. Status respirasi : pertukaran gas dan ventilasi adekuat
 | **Energy Management**1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
2. Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
3. Monitor nutrisi  dan sumber energi tangadekuat
4. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
5. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien
 |
| 7 | Resiko Pendarahan | **NOC**v Blood lose severityv Blood koagulation**Kriteria hasil** 1. Tidak ada hematuria dan hematesi
2. Kehilangan darah yang terlihat
3. Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole
4. Tidak ada perdarahan pervagin
5. Tidak ada distensi abdominal
6. Hemoglobin dab hematokrit dalam batas normal

Plasma, PT, PTT dalam batas normal | **NIC****Bleeding precautions**1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan
2. Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah perdarahan
3. Monitor TTV
4. Pertahankan bed rest selama perdarahan akti
5. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma)
6. Anjurkan pasien un meningkatkan intake makanan yang mengandung vitamin K
7. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas
 |

* + 1. **Implementasi**

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah katagori dari prilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang dipekirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. Namun demikian, di banyak lingkungan perawatan kesehatan, implementasi mungkin dimulai secara langsung setelah pengkajian (Potter & Perry, 2005).

* + 1. **Evaluasi**

Evaluasi adalah langkah terakhir dalam asuhan keperawatan, evaluasi dilakukan dengan pendnekatan SOAP (data subjektif, data objektif, analisa dan planning). Dalam evaluasi ini dapat ditenukan sejauh manna keberhasilan rencnana tindakan keperawatan yang harus dimodifikasi

**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

1. **Pengkajian**
2. **Identitas Klien**

Nama pasien : Tn. A

Alamat : Lubuk Jantan, Lintau

Rekam Medis : 474220

Umur : 64 tahun

Pekerjaan : Petani

Pendidikan : SMP

Jenis kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Tanggal Masuk RS : 15 Juni 2017

Tgl Pengkajian : 20 Juni 2017

Diagnosa Medis : Sirosis Hepatis

Penangung Jawab :

Nama : Ny. M

Umur : 50 Tahun

Hubungan : Istri

Alamat : Lubuk Jantan

1. **Keluhan Utama**

Pasien mengeluhkan nafas sesak dan sulit untuk bernafas. Kemudian,muntah berwarna coklat sejak 2 hari sebelum masuk Rumah Sakit, pasien mengatakan ia muntah kurang lebih 4 kali dalam sehari, jumlah yang di muntahkan kurang lebih 200cc,klien juga menyampaikan perut semakin hari semakin membesar.

1. **Riwayat Kesehatan**
2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 20 Juni 2017, klien mengatakan1bulan sebelum masuk Rumah Sakit, pasien awalnya mengeluhkan nafasnya sesak dan sulit untuk bernafas, klien juga mengeluhkan perut semakin membesar disertai kaki yang juga semakin membesar, pembesaran merata, badan terasa semakin lemas, nafsu makan menurun.

Satu minggu sebelum masuk Rumah Sakit keluhan pasien mulai terasa berat dengan perut dan kaki semakin membesar, nyeri pada ulu hati, nyeri tidak menjalar dan terasa menyesak ke dada sehingga sulit bernafas, mual ada, muntah tidak ada, BAK berwarna seperti teh pekat, BAB tidak lancar, warna BAB kuning seperti biasanya.

Satu hari sebelum masuk rumah sakit pasien tiba-tiba muntah, muntah berwarna coklat, muntah ± 1 gelas ukuran 200 cc tidak disertai makanan, frekuensi muntah 5 kali dari pagi sampai malam, Demam, badan terasa lemas, mual ada muntah ada , perut dan kaki semakin besar, nyeri pada ulu hati ada nyeri tidak menjalar ke bagian tubuh lain, sesak napas ada , BAK tidak lancar, BAB tidak lancar, badan terasa semakin lemas, kemudian pasien dibawa ke RSUD Dr. Achamad Mochar Bukittinggi.

1. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya klien tidak ada mempunyai riwayat penyakit hepatitis dan klien sebelumnya belum pernah dirawat di rumah sakit. Klien mengatakan tidak mempunyai riawayat penyeakit hipertensi, DM, asma, dan lain-lain.

1. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan ayah klien pernah menderita penyakit serosis hepatis dan telah meninggal 20 tahun yang lalu dan juga didalam keluarga klien ada penyakit DM.

**Genogram**

 : Laki – laki meninggal

 : Perempuan meninggal

 : Perempuan

 : Laki – laki

 : Pasien

 : Tinggal Serumah

1. **Pemeriksaan Fisik**

**Pemeriksaan head toe toe:**

Keadaan umum : Sedang

Kesadaran : Composmentis

GCS : E4 V5 M6 = 15

BB : 59 kg

 Tanda-tanda vital :

* Tekanan darah : 130/80mmHg,
* Nadi: 90x/menit
* frekuensi nafas: 22x/menit
* Suhu : 36,8oC
1. Kepala

Inspeksi : Bentuk kepala bulat, tidak ada luka

Palpasi : Tidak ada lesi,tidak ada benjolan.

1. Mata

Inspeksi : Simetris, penglihatan jelas,sclera ikterik

Palpasi : Tidak ada lesi,tidak ada nyeri tekan

1. Leher

Inspeksi : Tidak terlihat pembesaran vena jugularis

Palpasi : Tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan

1. Telinga

Inspeksi : Tidak ada serumen bersih

Palpasi : Tidak ada lesi,tidak ada nyeri tekan

Pandengaran : Pendengaran baik

1. Hidung

Inspeksi : Tidak ada lendir, tidak ada luka, simetris

Palpasi : Tidak teraba benjolan, tidak ada nyeri benjolan

Penciuman : Penciuman baik, dapat mengenali rangsang bau

1. Mulut

Inspeksi : Tidak ada luka, perasa baik

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

1. Kulit

Inspeksi :Warna kulit ikterik, tidak ada luka, bersih

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

1. Paru

Inspeksi : Bentuk dada simetris

Palpasi : Pengembangan dada kanan dan kiri sama

Perkusi : Sonor

Auskaltasi : Terdengar bunyi vasikuler, Frekuensi 22 kali/mnit

1. Jantung

Inspeksi :Tidak terlihat ictus cardis

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Bunyi peka

Auskultasi : Terdengar BJ 1 : Lub

 BJ 2 : Dub

1. Perut

Inspeksi : Simetris, Asites

auskultasi : Terdengar bunyi bising usus 10 kali/ menit

Palpasi : Nyeri tekan bagian kanan atas, turgor baik, hepar terasabatas hepar teraba tegas.

Perkusi : Pekak

1. Ekstermitas

Inspeksi : Terpasang IVFD RL 10 tetes/mnt

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, kurgor kulit baik

1. **Data Biologis**

Tabel 3.1 Data Biologis

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Aktivitas  | Sehat | Sakit  |
| 1 | Makan dan minum 1) Makanan* Menu
* Frekuensi
* Porsi
* Makanan kesekuaan
* Pantangan

2) minum * Jumlah
* Minumana kesukaan
* Pantangan
 | * Nasi, ikan, danging, dll
* 3x sehari
* 1 porsi
* Nasi dan lauk pauk
* Tidak ada
* 1 liter/ hari
* Tidak ada
* Tidak ada
 | * Makanan lunak
* 3x sehari
* ¼ porsi
* Tidak ada
* Tidak ada
* 1 liter/ perhari
* Tidak ada
* Tidak ada
 |
| 2 | Eliminasi 1. BAK
* Frekuensi
* Jumlah urine
* Warna
* Bau
1. BAB
* Frekuensi
* Bau
* Warna
* Konsisten
 | * ± 5-6 x/ har
* 500 cc
* Kuning
* Khas urin
* 1x sehari
* Khas
* Kuning kecoklatan
* Padat
 | * 4- 5 x/ hari
* 600 cc
* Kuning
* khas urin
* 1x sehari
* Khas
* Kuning
* Encer
 |
| 3 | **Tidur Dan Istirahat**1. Tidur siang
2. Tidur Malam
 | * Tidak pernah
* 7 jam / hari
 | * Kadang ada dan kadang tidak
* 8 jam / hari
 |

1. **Pemeriksaan Penunjang**
2. Pemeriksaan Darah Lengkap (13-6-2017) Normal
	1. WBC : 23,8 x 103 /ul (5.0-10.0)
	2. BILT : 1,10 mg/dL (0-1.23)
	3. RBC : 1,62 x 106  /ul (4.5-5.5)
	4. HGB : 5,2 g/dL (13.0-16.0)
	5. HCT : 15,9 % (40.0-48.0)
	6. AST : 136,9 U/L (0-37)
	7. PLT : 34 x 103 **/**ul (150-400)
	8. ALT : 84 U/L (0-41)
	9. ALB : 1,0 mg/dL (3.8-5.4)
	10. GLU : 152 mg/dL (74-106)
3. Pemeriksaan Elektrolit
	1. Na+ : 134,6 mmol/L (135-147)
	2. K+ : 4,40 mmol/L (3.5-5.5)
	3. Cl : 106,9 mmol/L (100-106)

 (14-6-2017)

* + 1. CHOL : 82 mg/dl (0-201)
		2. AST : 262 u/L (0-37)
		3. HDL : 26,8 mg/dl (30-71)
		4. ALT : 186 u/L (0-41)
		5. BILD : 1,22 mg/dl (0-0.20)
		6. ALB : 1,46 mg/dL (3.8-5.4)
		7. BILT : 2,82 mg/dl (0-1.23)
		8. LDL : 44,4 mg/dL (0-130)
		9. BILI D : 1,31 mg/dl (0.0.20)
		10. **Pengobatan**
			1. **Cairan Intravena**
				- IVFD RL 10 tetes/mnt
				- IVFD aminoleban 20 tpm
			2. **Obat Parenteral**
				- Injeksi Lasix 1x20 mg
				- Injeksi Vit.K 3x40 mg
			3. **Obat Oral**
				- Furosemid 3x40 mg
				- Pantoprazole 2x40 mg,
				- Neuciti 3x250 mg
		11. **Data Fokus**

**Data Subjektif :**

* + - * + Klien mengatakan nafas nya sesak
				+ Klien mengatakan nafasnya tidak teratur
				+ Klien mengatakan mual
				+ Klien mengatakan muntah
				+ Klien mngtakan tidak nafsu makan
				+ Klien mengatakan perutnya membesar
				+ Klien mengatakan ada yang bergerak didalam perut nya disaat klien mengatur posisi nya
				+ Klien mengatakan jika kekamar mandi, klien dibantu oleh anggota keluarga yang lain
				+ Klien mengatakan badan terasa lemas
				+ Klien megatakan jika ingin turun tempat tidur dibantu oleh kluarga

**Data Objektif :**

* + - * + Klien tampak sesak nafas
				+ Klien tampak pergerakan dada cepat
				+ Klien tampak tidak nyaman
				+ Klien tampak duduk diatas bed
				+ Porsi makan klien tampak habis ¼ porsi.
				+ Berat badan sebelum sakit : 60 kg, berat badan sekarang : 59 kg
				+ Klien tampak makan makanan lunak
				+ Hb: 9,8 g/dl
				+ Perut klien besar.
				+ Klien tampak perutnya mengandung cairan berlebih.
				+ Tanda-tanda Vital :

Tekanan darah : 130/80mmHg,

Nadi: 90x/menit

frekuensi nafas: 22x/menit

Suhu : 36,8oC

* + - * + Dalam beraktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga
				+ Klien terlihat hanya berbaring ditempat tidur
				+ Klien tampak lemas
		1. **Analisa Data**

Tabel 3.2 Analisa Data

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Data | Masalah |
| 1 | **DS :*** + - * + Klien mengatakan nafas nya sesak
				+ Klien mengatakan nafasnya tidak teratur

**DO :** * + - * + Klien tampak sesak nafas
				+ Klien tampak pergerakan dada cepat
				+ Klien tampak tidak nyaman
				+ Klien tampak duduk diatas bed
				+ Tanda-tanda Vital :

Tekanan darah : 130/80mmHg,Nadi: 90x/menitfrekuensi nafas: 22x/menitSuhu : 36,8oC | Ketidakefektifan Pola Nafas |
| 2 | **DS :*** + - * + Klien mengatakan mual
				+ Klien mengatakan muntah
				+ Klien mengtakan tidak nafsu makan

**DO :** * + - * + Porsi makan klien tampak habis ¼ porsi.
				+ Berat badan sebelum sakit : 60 kg, berat badan sekarang : 59 kg
				+ Klien tampak makan makanan lunak
				+ Hb: 9,8 g/dl
				+ Tanda-tanda Vital :

Tekanan darah : 130/80mmHg,Nadi: 90x/menitfrekuensi nafas: 22x/menitSuhu : 36,8oC | Ketidakseimbangan NutrisiKurang Dari Tubuh |
| 3  | **DS :*** + - * + Klien mengatakan perutnya

 membesar * + - * + Klien mengatakan ada yang bergerak didalam perut nya disaat klien mengatur posisi nya.

**DO :*** + - * + Perut klien besar.
				+ Klien tampak perutnya mengandung cairan berlebih.
				+ Tanda-tanda Vital :

Tekanan darah : 130/80mmHg,Nadi: 90x/menitfrekuensi nafas: 22x/menitSuhu : 36,8oC | Kelebihan Volume Cairan |
| 4 | **DS :*** + - * + Klien mengatakan jika kekamar mandi, klien dibantu oleh anggota keluarga yang lain
				+ Klien mengatakan badan terasa lemas
				+ Klien megatakan jika ingin turun tempat tidur dibantu oleh keluarga

**DO :** * + - * + Dalam beraktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga
				+ Klien terlihat hanya berbaring ditempat tidur
				+ Klien tampak lemas
				+ Tanda-tanda Vital :

Tekanan darah : 130/80mmHg,Nadi: 90x/menitfrekuensi nafas: 22x/menitSuhu : 36,8oC | Intoleransi Aktivitas |

* 1. **Diagnosa Keperawatan**
		1. Ketidakefektifan pola nafas
		2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
		3. Kelebihan volume cairan
		4. Intoleransi aktivitas
	2. **Intervensi Keperawatan**

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil ( NOC)** | **Intervensi (NIC)** |
| 1 | Ketidakefektifan pola nafas | **NOC:**1. **Respiratory status : Ventilation**
2. **Respiratory status : Airway patency**
3. **Vital sign Status**

 **kriteria hasil:**1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dg mudah, tidakada pursed lips)
2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)
3. Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)
 | **NIC:****Airway Management**1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
2. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
3. Monitor respirasi dan status O2
4. Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea
5. Pertahankan jalan nafas yang paten
6. Observasi adanya tanda tanda hipoventilasi
7. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi
8. Monitor vital sign
9. Informasikan pada pasien dan keluarga tentang tehnik relaksasi untuk memperbaiki pola nafas.
10. Ajarkan bagaimana batuk efektif
11. Monitor pola nafas
 |
| 2 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | **NOC:*** 1. **Nutritional status: Adequacy of nutrient**
	2. **Nutritional Status : food and Fluid Intake**
	3. **Weight Control**

**Kriteria Hasil :** 1. Adanya peningkatan berat badab sesuai dengan tujuan
2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dan menelan
 | **NIC:****Manajemen Nutrution**1. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
3. Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Intruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi
5. Monitor kecendrungan terjadinya penurunan berat badan
6. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang diet pasien
 |
| 3 | Kelebihan Volume Cairan  | **NOC :** 1. **Electrolit and acid base balance**
2. **Fluid balance**
3. **Hydration**

Kriteria hasil :1. Terbebas dari edema, efusi, anaskara
2. Bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu/ortopneu
3. Terbebas dari distensi vena jugularis,
4. Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign dalam batas normal
5. Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau bingung
 | **NIC :****Fluid management**1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat
2. Pasang urin kateter jika diperlukan
3. Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan.
4. Monitor vital sign
5. Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan.
6. Monitor masukan makanan / cairan
7. Monitor status nutrisi
8. Berikan diuretik sesuai interuksi
9. Monitor elektrolit
10. Monitor tanda dan gejala dari odema
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4 | Intoleransi aktivitas  | **NOC :** 1. **Self Care : ADLs**
2. **Toleransi aktivitas**
3. **Konservasi eneergi**

**Kriteria Hasil :**1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
2. Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri
3. Keseimbangan aktivitas dan istirahat
 | **NIC :****Energy Management**1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
2. Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
3. Monitor nutrisi  dan sumber energi tangadekuat
4. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
5. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien
 |

* 1. **CATATAN PERKEMBANGAN**

Tabel 3.4 Catatan Perkembangan

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari / Tanggal** | **Diagnosa Keperawatan** | **Jam** | **Implementasi** | **Paraf** | **Evaluasi** |
| 1 | Selasa, 20 Juni 2017  | Ketidakefektifan Pola Nafas | **08.00 WIB**08.3008.3508.4009.0009.1010.0010.0510.1010.3010.3510.40 | * + - 1. Memposisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi
			2. Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
			3. Memonitor respirasi dan status O2
			4. Membersihkan mulut, hidung dan secret trakea
			5. Mempertahankan jalan nafas yang paten
			6. Mengobservasi adanya tanda tanda hipoventilasi
			7. Monitor adanya kecemasan klien terhadap oksigenasi
			8. Memonitor vital sign
			9. Menginformasikan pada klien dan keluarga tentang tehnik relaksasi untuk memperbaiki pola nafas.
			10. Mengajarkan bagaimana batuk efektif
			11. Memonitor pola nafas
 |  | **13.00 WIB****S :** - Klien mengatakan sesak nafas.- Klien mengatakan nafas tidak teratur**O :** - Klien terlihat sesak nafas- Klien terlihat pakai oksigen* + - * + Tanda-tanda Vital :

TD : 130/80mmHg,N: 90x/menitP : 22x/menitS : 36,8oC**A :** Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas belum teratasi**P :** Implementasi 1, 2, 3dilanjutkan,5, 6, 7, 8, 9, 10 dan 11  |
| 2 | Selasa, 20 Juni 2017 | Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari kebutuhanTubuh  | 09.0009.1509.3009.3510.0010.30 | 1. Menentukan status gizi klien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki klien
3. Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Mengintruksikan klien mengenai kebutuhan nutrisi
5. Memonitor kecendrungan terjadinya penurunan berat badan
6. Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang diet klien
 |  | **13.00 WIB****S :** * Klien mengatakan mual, dan tidak nafsu makan
* Klien mengatakan tidak mengahbisakan porsi makanan yang dihidangkan

**O :** * Klien tampak mual
* Klien tampak mengahbiskan ¼ porsi makanan

**A :** Masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari tubuh belum teratasi**P :** Implementasi 1-6 dilanjutkan |
| 3 | Selasa, 20 Juni 2017 | Kelebihan Volume Cairan | 08.1508.2010.1010.1512.0012.0512.1012.2512.3012.35 | 1. Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat
2. Memasang urin kateter jika diperlukan
3. Memonitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan.
4. Memonitor vital sign
5. Memonitor indikasi retensi / kelebihan cairan.
6. Memonitor masukan makanan / cairan
7. Memonitor status nutrisi
8. Memberikan diuretik sesuai interuksi
9. Monitor elektrolit
10. Memonitor tanda dan gejala dari odema
 |  | **13.00 WIB****S :** * Klien mengatakan perutnya membesar
* Klien mengatakan ada sesautu yang bergerak didalam perut disaat mengatur posisi

**O :** * Perut klien tampak membesar
* Perut klien tampak mengandung cairan berlebih

**A :** Masalah Kelebihan Volume Cairanbelum teratasi**P :** Implementasi 1,3,4,5,6,7,8,9 dan 10 Dilanjutkan |
| 4 | Selasa, 20 Juni 2017 | Intoleransi Aktivitas  | 12.3012.3512.4012.4512.45 | 1. Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
2. Mengkaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
3. Memonitor nutrisi  dan sumber energi tangadekuat
4. Memonitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
5. Memonitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien
 |  | **13.00 WIB****S :** * Klien mengatakan lemah dan letih
* Klien mengatakan aktifitas dibantu oleh keluarga

**O :** * Klien tampak lemah dan letih
* Klien tampak dibantu oleh keluarga saat beraktivitas

**A :** Masalah Intoleransi Aktivitas belum teratasi**P :** Implementasi 1-5 dilanjutkan |
| 1 | Rabu, 21 Juni 2017 | Ketidakefektifan Pola Nafas | 08.3008.3508.4009.0009.1010.0010.0510.1010.3510.40 | 1. Memposisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi
2. Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
3. Memonitor respirasi dan status O2

5.Mempertahankan jalan nafas yang paten6.Mengobservasi adanya tanda tanda hipoventilasi7.Monitor adanya kecemasan klien terhadap oksigenasi 8.Memonitor vital sign9.Menginformasikan pada klien dan keluarga tentang tehnik relaksasi untuk memperbaiki pola nafas.10.Mengajarkan bagaimana batuk efektif11.Memonitor pola nafas  |  | **13.00 WIB****S :** * Klien mengatakan masih sesak nafas
* Klien mengatakan nafas terasa dalam

**O :** - Klien tampak sesak nafas- Klien tampak pakai oksigen-Frekuensi napas : 20 kali/mnt**A :** Masalah ketidakefektifan pola nafas belum teratasi**P :** Implementasi 1,2,3,5,6,7,8,9,10 dan 11 dilanjutkan |
| 2 | Rabu, 21 Juni 2017 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  | 09.0009.1509.3009.3510.0010.30 | 1. Menentukan status gizi klien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki klien
3. Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Mengintruksikan klien mengenai kebutuhan nutrisi
5. Memonitor kecendrungan terjadinya penurunan berat badan
6. Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang diet klien
 |  | **13.00 WIB****S :** * Klien mengatakan masih mual
* Klien mengatakan tidak nafsu makan

**O :** * Klien tampak menhabiskan ¼ porsi makanan
* Klien tampak mual setelah makan

**A :** Masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi**P :** Implementasi 1-6 dilanjutkan |
| 3 | Rabu, 21 Juni 2017 | Kelebihan Volume Cairan | 08.1508.2010.1010.1512.0012.0512.1012.2512.30 | 1. Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat

3. Memonitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan.1. Memonitor vital sign
2. Memonitor indikasi retensi / kelebihan cairan.
3. Memonitor masukan makanan / cairan
4. Memonitor status nutrisi
5. Memberikan diuretik sesuai interuksi
6. Monitor elektrolit
7. Memonitor tanda dan gejala dari odema
 |  | **13.00 WIB****S :** * Klien mengatakan perutnya masih membesar
* Klien mengatakan masih ada yang rasa didalam perut saat merubah posisi

**O :** - Perut klien tampak besar* + - * + Tanda-tanda Vital :

TD : 130/90mmHg,N: 75x/menitP : 20x/menitS : 37oC**A :** Masalah kelebihan volume cairanBelum teratasi**P :**Implementasi 1,3,4,5,6,7,8,9 dan 10 dilanjutkan |
| 4 | Rabu, 21 Juni 2017 | Intoleransi Aktivitas | 12.3012.3512.4012.4512.50 | 1. Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
2. Mengkaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
3. Memonitor nutrisi  dan sumber energi tangadekuat
4. Memonitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
5. Memonitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien
 |  | **13.00 WIB****S :** - Klien mengatakan masih lemas- Klien mengatakansaat beraktifitas masih di bantu keluarga**O :** - Klien masih tampak lemas- Klien tampak mencoba makan secara mandiri**A :** Masalah Intoleransi Aktivitas belum teratasi**P :** Implementasi 1-5 dilanjutkan |
| 1 | Kamis, 22 Juni 2017 | Ketidakefektifan Pola Nafas | 08.3008.3508.4009.0009.1010.0010.0510.1010.3510.40 | 1. Memposisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi
2. Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
3. Memonitor respirasi dan status O2

5. Mempertahankan jalan nafas yang paten6.Mengobservasi adanya tanda tanda hipoventilasi7. .Monitor adanya kecemasan klien terhadap oksigenasi 8.Memonitor vital sign9.Menginformasikan pada klien dan keluarga tentang tehnik relaksasi untuk memperbaiki pola nafas.10.Mengajarkan bagaimana batuk efektif11.Memonitor pola nafas   |  | **13.00 WIB****S :** * Klien menyatakan masih sedikit sesak napas
* Klien mengatakan sesak meningkat apabila banyak bergerak

 **O :** * Klien terlihat sesak nafas
* Klien terlihat pakai oksigen 2 L/mnt
* TTV :

TD : 130/90 mmHgN : 80 kali/mntP : 20 kali/mntS : 37oC**A :** Masalah Ketidakefektifan Pola Nafas pada pasien belum teratasiP : Implemetasi 1,2,3,5,6,7,8,9,10 dan 11 dilanjutkan |
| 2 | Kamis, 22 Juni 2017 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari tubuh  | 09.0009.1509.3009.3510.0010.30 | 1. Menentukan status gizi klien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki klien
3. Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Mengintruksikan klien mengenai kebutuhan nutrisi
5. Memonitor kecendrungan terjadinya penurunan berat badan
6. Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang diet klien
 |  | **13.00 WIB****S :** * Klien mengatakan mual sudah mulai berkurang
* Nafsu makan sudah mulai meningkat

**O :** * Nafsu makan klien tampak sedikit meningkat
* Klien tampak menghabiskan ½ porsi makan

**A :** Masalah Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari tubuh teratasi**P :** Implementasi dihentikan |
| 3 | Kamis, 22 Juni 2017 | Kelebihan Volume Cairan | 08.1508.2010.1010.1512.0012.0512.1012.2512.30 | 1. Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat

3. Memonitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan.1. Memonitor vital sign
2. Memonitor indikasi retensi / kelebihan cairan.
3. Memonitor masukan makanan / cairan
4. Memonitor status nutrisi
5. Memberikan diuretik sesuai interuksi
6. Monitor elektrolit
7. Memonitor tanda dan gejala dari odema
 |  | **13.00 WIB****S :** * Klien mengatakan perutnya masih membesar
* Klien mengatakan masih ada yang rasa bergerak dialam perut saat bergerak

**O :** * Perut klien tampak masih besar
* Perut klien tampak banyak bendungan cairan

A : Masalah Kelebihan Volume Cairan belum teratasiP :Implemetasi 1,3,4,5,6,7,8,9 dan 10 dilanjutkan |
| 4 | Kamis, 22 Juni 2017 | Intoleransi Aktivitas | 12.3012.3512.4012.45 | 1. Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
2. Mengkaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
3. Memonitor nutrisi  dan sumber energi tangadekuat
4. Memonitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
5. Memonitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien
 |  | **13.00 WIB****S :** * Klien menyatakan badan sudah mulai bertenaga
* Klien mengatakan klien sudah bisa kekamar mandi sendiri

**O :** * Klien tampak makan secara mandiri
* Klien tampak sudah bisa kekamar mandi sendiri

**A :** Masalah Intoleransi AktivitasTeratasi**P :** Implementasi dihentikan |

 **BAB IV**

**PEMBAHASAN**

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada asuhan keperawatan pada Tn.A dengan Sirosis Hepatis di ruang rawat Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017 didapatkan pembahasan sebagai berikut:

* 1. **Pengkajian**

Berdasarkan tinjauan teoritis tentang pengkajian pada klien Sirosis Hepatis sesuai dengan tinjauan kasus pada pengkajian Tn.A umur 64 tahun dengan Sirosis Hepatis, klien mengeluh mengatakan1bulan sebelum masuk Rumah Sakit, pasien awalnya mengeluhkan nafasnya sesak dan sulit untuk bernafas, klien juga mengeluhkan perut semakin membesar disertai kaki yang juga semakin membesar, pembesaran merata, badan terasa semakin lemas, nafsu makan menurun.

Satu minggu sebelum masuk Rumah Sakit keluhan pasien mulai terasa berat dengan perut dan kaki semakin membesar, nyeri pada ulu hati, nyeri tidak menjalar dan terasa menyesak ke dada sehingga sulit bernafas, mual ada, muntah tidak ada, BAK berwarna seperti teh pekat, BAB tidak lancar, warna BAB kuning seperti biasanya.

Satu hari sebelum masuk rumah sakit pasien tiba-tiba muntah, muntah berwarna coklat, muntah ± 1 gelas ukuran 200 cc tidak disertai makanan, frekuensi muntah 5 kali dari pagi sampai malam, Demam, badan terasa lemas, mual ada muntah ada , perut dan kaki semakin besar, nyeri pada ulu hati ada nyeri tidak menjalar ke bagian tubuh lain, sesak napas ada , BAK tidak lancar, BAB tidak lancar, badan terasa semakin lemas, kemudian pasien dibawa ke RSUD Dr. Achamad Mochar Bukittinggi.

Hasil pemeriksaan didapatkan Keadaan umum : Sedang, Kesadaran : Composmentis, GCS : E4 V5 M6 = 15, BB : 59 kg, BB sebelum sakit: 60 kg, Tanda-tanda vital : TD : 130/80mmHg, N: 90x/menit, P: 22x/menit, S : 36,8oC. Hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap : WBC : 23,8 x 103 /ul, RBC : 1,62 x 106  /ul, HGB : 5,2 g/dL, PLT : 34 x 103 **/**ul, ALB : 1,0 mg/dL, GLU : 152 mg/dL. Pemeriksaan Elektrolit : Na+ : 134,6 mmol/L, K+ : 4,40 mmol/L, Cl : 106,9 mmol/L.

Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan Sirosis hepatis adalah penyakit yang ditandai oleh adanya peradangan difus dan menahun pada hati, diikuti dengan proliferasi jaringan ikat, degenerasi dan regenerasi sel-sel hati, sehingga timbul kekacauan dalam susunan parenkim hati (Mansjoer, FKUI, 2001).

Menurut Smeltzer & Bare (2001) manifestasi klinis dari sirosis hepatis antara lain:

* 1. Pembesaran Hati

Pada awal perjalanan sirosis hati, hati cenderung membesar dan sel-selnya dipenuhi oleh lemak. Hati tersebut menjadi keras dan memiliki tepi tajam yang dapat diketahui melalui palpasi. Nyeri abdomen dapat terjadi sebagai akibat dari pembesaran hati yang cepat dan baru saja terjadi sehingga mengakibatkan regangan pada selubung fibrosa hati (kapsula Glissoni).

* 1. Obstruksi Portal dan Asites

Manifestasi lanjut sebagian disebabkan oleh kegagalan fungsi hati yang kronis dan sebagian lagi oleh obstruksi sirkulasi portal. Semua darah dari organ-organ digestif praktis akan berkumpul dalam vena porta dan dibawa ke hati. Karena hati yang sirotik tidak memungkinkan perlintasan darah yang bebas, maka aliran darah tersebut akan kembali ke dalam limpa dan traktus gastrointestinal dengan konsekuensi bahwa organ-organ ini menjadi tempat kongesti pasif yang kronis; dengan kata lain, kedua organ tersebut akan dipenuhi oleh darah dan dengan demikian tidak dapat bekerja dengan baik. Pasien dengan keadaan semacam ini cenderung menderita dyspepsia kronis dan konstipasi atau diare. Berat badan pasien secara berangsur-angsur mengalami penurunan.

* 1. Varises Gastrointestinal

Obstruksi aliran darah lewat hati yang terjadi akibat perubahan fibrotik juga mengakibatkan pembentukan pembuluh darah kolateral dalam sistem gastrointestinal dan pemintasan (*shunting*) darah dari pembuluh portal ke dalam pembuluh darah dengan tekanan yang lebih rendah. Sebagai akibatnya, penderita sirosis sering memperlihatkan distensi pembuluh darah abdomen yang mencolok serta terlihat pada inspeksi abdomen (kaput medusae), dan distensi pembuluh darah diseluruh traktus gastrointestinal.

1. Edema

Gejala lanjut lainnya pada sirosis hepatis ditimbulkan oleh gagal hati yang kronis. Konsentrasi albumin plasma menurun sehingga menjadi predisposisi untuk terjadinya edema. Produksi aldosteron yang berlebihan akan menyebabkan retensi natrium serta air dan ekskresi kalium.

1. Defisiensi Vitamin dan Anemia

Karena pembentukan, penggunaan dan penyimpanan vitamin tertentu yang tidak memadai (terutama vitamin A, C dan K), maka tanda-tanda defisiensi vitamin tersebut sering dijumpai, khususnya sebagai fenomena hemoragik yang berkaitan dengan defisiensi vitamin K.

1. Kemunduran Mental

Manifestasi klinis lainnya adalah kemunduran fungsi mental dengan ensefalopati dan koma hepatik yang membakat.

Menurut asumsi penulis tidak ada perbedaan yang spesifik antara kasus dengan teori. Sehingga dapat disimpulkan manifestasi klinis yang ada di teori juga ditemukan pada kasus Sirosis Hepatis Pada Tn.A.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Dari hasil pengkajian didapatkan 4 masalah keperawatan, yaitu :

* + 1. Ketidakefektifan pola nafas
		2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
		3. Kelebihan volume cairan
		4. Intoleransi aktivitas

Sedangkan pada tinjauan teoritis menurut NANDA NIC-NOC (2011) ada 7 masalah keperawatan, yaitu :

1. Ketidakefektifan pola nafas
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari tubuh
3. Kelebihan volume cairan
4. Nyeri akut
5. Kerusakan integritas kulit
6. Intoleransi aktivitas
7. Resiko perdarahan

Namun ada 3 masalah keperawatan yang ada didalam tinjauan teoritis tidak muncul didalam tinjauan kasus, yaitu : Nyeri akut, Kerusakan integritas kulit, Resiko perdarahan, dikarenakan tidak adanya data-data pendukung yang ditemukan pada pengkajian Tn.A untuk mengangkat 3 masalah keperawatan tersebut.

* 1. **Intervensi Keperawatan**

Dalam penyusunan rencana keperawatan penulis menggunakan rencana keperawatan berdasarkan standar NIC-NOC NANDA. Dalam kasus rencana keperawatan yang muncul diantaranya adalah:

Untuk diagnosa Ketidakefektifan pola nafas yang berdasarkan kepada tinjauan teoritis ada 11 rencana keperawatan, yaitu :

1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
2. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
3. Monitor respirasi dan status O2
4. Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea
5. Pertahankan jalan nafas yang paten
6. Observasi adanya tanda tanda hipoventilasi
7. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi
8. Monitor vital sign
9. Informasikan pada pasien dan keluarga tentang tehnik relaksasi untuk memperbaiki pola nafas.
10. Ajarkan bagaimana batuk efektif
11. Monitor pola nafas

Sedangakan menurut tinjauan kasus juga dilakukaan 11 rencana tindakan yang dilaksanakan.

Untuk diagnosa Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berdasarkan kepada tinjauan teoritis ada 7 rencana keperawatan, yaitu :

1. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
3. Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Pastikan makan disajikan dengan cara yang menarik
5. Intruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi.
6. Pastikan diet mencakup makanan tinggi kandungan serat untuk mencegah konstipasi.
7. Monitor kecendrungan terjadinya penurunan berat badan Kolaborasi dengan ahli gizi tentang diet pasien.

Sedangakan menurut tinjauan kasus juga dilakukaan 6 rencana tindakan yang dilaksanakan, yaitu :

1. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
3. Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Intruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi
5. Monitor kecendrungan terjadinya penurunan berat badan
6. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang diet pasien

Namun ada satu rencana keperawatan yang ada didalam tinjauan teoritis tidak dilakukan didalam tinjauan kasus, yaitu : Pastikan makan disajikan dengan cara yang menarik, dikarenakan ahli gizi sudah menyediakan porsi makanan dan dalam bentuk kemasan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

Untuk diagnosa Kelebihan volume cairan yang berdasarkan kepada tinjauan teoritis ada 10 rencana keperawatan, yaitu :

1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat
2. Pasang urin kateter jika diperlukan
3. Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan.
4. Monitor vital sign
5. Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan.
6. Monitor masukan makanan / cairan
7. Monitor status nutrisi
8. Berikan diuretik sesuai interuksi
9. Monitor elektrolit
10. Monitor tanda dan gejala dari odema

Sedangakan menurut tinjauan kasus juga dilakukaan 11 rencana tindakan yang dilaksanakan.

Untuk diagnosa Intoleransi aktivitas yang berdasarkan kepada tinjauan teoritis ada 5 rencana keperawatan, yaitu :

1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
2. Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
3. Monitor nutrisi  dan sumber energi tangadekuat
4. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
5. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien

Sedangakan menurut tinjauan kasus juga dilakukaan 5 rencana tindakan yang dilaksanakan.

* 1. **Implementasi**

Implementasi keperawatan yang dilakukan juga disesuaikan dengan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi Tn.A. Diagnosa Ketidakefektifan pola nafas, implementasi yang di lakukan yaitu : Memposisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi, mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan, memonitor respirasi dan status o2, membersihkan mulut, hidung dan secret trakea, mempertahankan jalan nafas yang paten, mengobservasi adanya tanda tanda hipoventilasi, monitor adanya kecemasan klien terhadap oksigenasi, memonitor vital sign, menginformasikan pada klien dan keluarga tentang tehnik relaksasi untuk memperbaiki pola nafas, mengajarkan bagaimana batuk efektif, memonitor pola nafas.

Untuk diagnosa Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhantubuh, implementasi yang dilakukan yaitu : Menentukan status gizi klien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi, mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki klien, melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan, mengintruksikan klien mengenai kebutuhan nutrisi, memonitor kecendrungan terjadinya penurunan berat badan, berkolaborasi dengan ahli gizi tentang diet klien.

Untuk diagnosa Kelebihan volume cairan, implementasi yang dilakukan, yaitu : Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat, memasang urin kateter jika diperlukan, memonitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan, memonitor vital sign, memonitor indikasi retensi / kelebihan cairan, memonitor masukan makanan / cairan, memonitor status nutrisi, memberikan diuretik sesuai interuksi, monitor elektrolit,memonitor tanda dan gejala dari odema.

Untuk diagnosa Intoleransi aktivitas, implementasi yang dilakukan, yaitu : Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas, Mengkaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan, Memonitor nutrisi  dan sumber energi tangadekuat, Memonitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan, Memonitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien.

* 1. **Evaluasi**

Untuk diagnosa Ketidakefektifan pola nafas, setelah dilakaukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, Klien menyatakan masih sedikit sesak napas, Klien terlihat sesak nafas, Klien terlihat pakai oksigen 2 L/mnt, TD : 130/90 mmHg, N : 80 kali/mnt, P : 20 kali/mnt, S : 37oC. Masalah Ketidakefektifan pola nafas belum teratasi.

Untuk diagnosa Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, setelah dilakaukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, Klien mengatakan mual sudah mulai berkurang, nafsu makan sudah mulai meningkat, klien tampak menghabiskan ½ porsi makan. masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi.

Untuk diagnosa Kelebihan volume cairan, setelah dilakaukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, Klien mengatakan perutnya masih membesar, Perut klien tampak masih besar. Masalah kelebihan volume cairan belum tertasi.

Untuk diagnosa Intoleransi aktivitas, setelah dilakaukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, Klien menyatakan badan sudah mulai bertenaga, klien mengatakan klien sudah bisa kekamar mandi sendiri, klien tampak makan secara mandiri, klien tampak sudah bisa kekamar mandi sendiri.

**BAB V**

**PENUTUP**

Pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah penulis lakukan padaTn. A dengan sirosis hepatis di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi selama tiga hari pada tanggal 20 -22 Juni 2017, maka penulis menarik kesimpulan dan memberikan saran yang berguna bagi peningkatan asuhan keperawatan pada umumnya dan khususnya pada klien dengan sirosis hepatis .

1. **Kesimpulan**

Setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam pada Tn. A di Rumah Sakit Umum Daerah Dr Ahmad Mochtar Bukittinggi kemudian membandingkan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus, dapat disimpulkan : Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 20 Juni 2017 didapatkan keluhan: klien mengatakan sesak nafas. Klien mengatakan mual, muntah, dan tidak nafsu makan. Klien mengatakan perutnya membesar dan adanya oedem pada ektremitas atas dan bawah.klien mengatakan tidak mampu beraktivitas secara mandiri.Tanda-tanda vital tekanan darah = 130/80 mmHg. Nadi 90 x / menit.Rr : 22 x / menit, suhu : 36,8oC . klien tampak sesak nafas,klien tampak Makan habis ¼ porsi,klien tampak perut membesar dan klien tampak aktivitas dibantu orang lain.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. A yaitu : diagnosa pertama adalah ketidakefektifan pola nafas, diagnosa yang dilakukan prioritas kedua adalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari tubuh.diagnosa yang diangkat sebagai prioritas ketiga adalah kelebihan volume cairan.diagnosa yang diangkat sebagai prioritas keempat adalah intoleransi aktivitas.

Intervensi yang dilakukan yaitu : Airway Management , Manajemen Nutrution, Fluid management, Energy Management.

Pada implementasi hampir semuanya dapat dilaksanakan sesuai dengan yang tercantum pada intervensi, baik berupa tindakan mandiri maupun kolaborasi.

Evaluasi yang didapat setelah penulis melakukan implementasi yaitu dari tiga diagnosa keperawatan yang muncul, masalah ketiga diagnosa tersebut belum teratasi semua, yaitu ketidakefektifan pola nafas belum teratasi, kemudian yang kedua ketidakseimbangan nutrisi kurang dari tubuh teratasi, kemudian yang ketiga kelebihan volume cairan belum terratasi, dan kemudian yang keempat intoleransi aktivitas teratasi.

* 1. **Saran**

5.2.1 Bagi keluarga klien

Disarankan keluarga mampu memberikan perawatan yang baik dirumah, mampu memberikan dukungan moril dan pemulihan kesehatan.

* + 1. Bagi institute pendidikan

Diharapkan kepada institusi pendidikan agar menambah referensi tentang buku gangguan sistem endokrin khususnya Sirosis Hepatis.

* + 1. Bagi pelayanan kesehatan

Disarankan bagi pihak rumah sakit memberikan penyuluhan dan informasi mengenai Sirosis Hepatis kepada keluarga dan klien, sehingga klien mempunyai pengetahuan tinggi tentang Sirosis Hepatis.

**DAFTAR PUSTAKA**

Anonim. 2012. *Gambar Hati*. Di unduh pada tanggal 9 Agustus 2012 dari www.google.com

Aru W.Sudoyo, B. S. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. (2 ed., Vol. III). Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam.

Baradero, Mary. (2008). Klien gangguan Endokrin. Jakarta: EGC

Bare BG., Smeltzer SC. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC

Black, J. M & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Jakarta: PT.Salemba Patria.

Guyton and Hall. 2008. *Buku ajar Fisiologi Kedokteran*. ed. 11. Jakarta: EGC

Mansjoer Arif. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta : FKUI

Kruszynska, Y. T. dan Bouloux, P. M. 2007. *The effect of liver disease on the endocrine system*. In: J. Rodes (ed.) textbook of hepatology : from basic science to clinical practice Malden mass: Blackwell.

Potter & Perry. (2005). Buku *Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4 volume 1.EGC. Jakarta

Setiati S, Alwi I, Sudoyo AW, Stiyohadi B, Syam AF. *Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid I*. VI. Jakarta: InternaPublishing; 2014

Sloane E. 2004. *Anatomi dan fisiologi untuk Pemula*. Jakarta: EGC

Tarigan, P. 2001. *Buku Ajar Penyakit Dalam jilid 1 Ed. 3 Sirosis Hati*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : Indra Firnando

NIM : 14103084015410

Pembimbing : Ns.Ida Suryati, M.Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Tn.A Dengansirosis Hepatis Di Ruangan Interne Pria Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari/Tgl** | **Materi Bimbingan** | **Paraf** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**



1. **Identitas Penulis**

**Nama : Indra Firnando**

**Tempat/Tnggal lahir : Pulai Lakitan, 25 Desember 1995**

**Alamat : Jl.Pulai-Koto Rawang,Kenagarian Lakitan Tengah.**

1. **Nama Orang Tua**

**Ayah : Syambasri**

**Ibu : Yulindrawati**

1. **Pendidikan**

**Tamat SD Negeri 06 Pulai Lakitan : Tahun 2002-2008**

**Tamat SMP N 03 Koto Raya Lakitan : Tahun 2008-2011**

**Tamat SMA N 01 Kambang : Tahun 2011-2014**

**D III Keperawatan STIKes Perintis Padang : Tahun 2014-2017**