



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
SIROSIS HEPATIS DI RUANG PERAWATAN
STA. BERNADETH II RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH:

Monica Tamba (NS2214901116)

Rezki Mentodo (NS2214901140)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2023**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
SIROSIS HEPATIS DI RUANG PERAWATAN
STA. BERNADETH II RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH:

Monica Tamba (NS2214901116)

Rezki Mentodo (NS2214901140)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2023**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Monica Tamba (NS2214901116)
2. Rezki Mentodo (NS2214901140)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir Ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juni 2023

Yang menyatakan,



Monica Tamba



Rezki Mentodo

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Sirosis Hepatis di Ruang Perawatan Santa Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Monica Tamba (NS2214901116)
2. Rezki Mentodo (NS2214901140)

Disetujui oleh:

Pembimbing I



(Rosmina Situngkir, Ns., M. Kes)
NIDN: 0925117501

Pembimbing II



(Fitriyanti Patarru, Ns., M. Kep)
NIDN: 0907049202

**Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama
STIK Stella Maris Makassar**



Fransiska Anita, Ns., M.Kep.Sp.Kep.MB
NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Monica Tamba (NS2214901116)
2. Rezki Mentodo (NS2214901140)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan
Sirosis Hepatis di Ruang Perawatan Santa
Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing I : Rosmina Situngkir, Ns., M. Kes ()
Pembimbing II : Fitriyanti Patarru, Ns.,M.Kep ()
Penguji I : Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes()
Penguji II : Serlina Sandi, Ns., M. Kep ()

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 09 Juni 2023

Mengetahui,
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu, S.Si. S.Kep.,Ns.,M.Kes)
NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Monica Tamba (NS2214901116)

Rezki Mentodo (NS2214901140)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi / formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juni 2023

Yang menyatakan



Monica Tamba



Rezki Mentodo

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karunia-Nya, sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul: “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Sirosis Hepatis di Ruang Perawatan Santa Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Karya Ilmiah Akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini kami menyadari bahwa banyak bantuan, arahan, bimbingan, doa dan motivasi yang diperoleh dari berbagi pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini kami secara khusus menyampaikan ucapan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes., selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep,Sp,Kep.MB., selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda M. Paseno, Ns.,M.Kes., selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kep., selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
5. Mery Sambo, Ns.,M.Kep., selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.
6. Asrijal Bakri, Ns.,M.Kes., selaku Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat STIK Stella Maris Makassar.
7. Mery Solon, Ns.,M.Kes., selaku Ketua Unit Penjaminan Mutu STIK Stella Maris Makassar.
8. Rosmina Situngkir, Ns., M. Kes., selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.

9. Fitriyanti Patarru, Ns.,M.Kep., selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
10. Seluruh dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah mendidik dan memberi pengarahan selama kami menempuh hingga menyelesaikan studi di STIK Stella Maris Makassar.
11. Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin dan pengarahan untuk melaksanakan studi kasus di ruang perawatan Santa Bernadeth II, Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
12. Teristimewa orang tua tercinta dari Monica Tamba dan Rezki Mentodo, kakak dan adik serta keluarga dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, nasihat, cinta dan kasih sayang serta bantuan moral dan material dalam menyusun karya ilmiah akhir ini.
13. Seluruh teman-teman profesi ners, terkhusus kepada yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung. Semoga kita semua bisa menjadi orang yang sukses dikemudian hari.

Akhir kata, kami berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini memberikan manfaat bagi pembaca. Kami menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini oleh karena itu kami mengharapkan kritik dan saran yang bersifat konstruktif dari pembaca untuk membantu penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir.

Makassar, Juni 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	4
C. Manfaat Penulisan	4
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medik.....	7
1. Pengertian	7
2. Anatomi dan Fisiologi.....	8
3. Etiologi	10
4. Patofisiologi	11
5. Manifestasi Klinis	14
6. Tes Diagnostik	15
7. Penatalaksanaan Medis.....	17
8. Komplikasi	19

B. Konsep Dasar Keperawatan	21
1. Pengkajian	21
2. Diagnosis Keperawatan	27
3. Luaran dan Intervensi Keperawatan.	28
4. <i>Discharge Planning</i>	36
C. Patoflowdiagram	37
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus.....	41
B. Pengkajian	42
C. Diagnosis Keperawatan	69
D. Intervensi Keperawatan.....	70
E. Implementasi Keperawatan.....	74
F. Evaluasi Keperawatan.....	86
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan.....	97
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	102
BAB V PENUTUP	
A. Simpulan	108
B. Saran.....	109
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium 01 Mei 2023	59
Tabel 3.2 Hasil Laboratorium 04 Mei 2023	59
Tabel 3.3 Hasil Laboratorium 06 Mei 2023	59
Tabel 3.4 Diagnosis Keperawatan	69
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan	70
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan.....	74
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan	86
Tabel 4.1 PICOT EBN 1.....	102
Tabel 4.2 PICOT EBN 2.....	104
Tabel 4.3 PICOT EBN 3.....	105

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1: Anatomi Hati	8
Gambar 2.2: Virus Hepatitis.....	10

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Konsultasi
- Lampiran 2 Riwayat Hidup
- Lampiran 3 Permohonan Izin Pengambilan Data Pendukung

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pola hidup modern yang dianggap trend menjadi pemicu bagi negara berkembang untuk meniru kebiasaan serta trend yang ada di negara maju, contohnya adalah dengan meminum alkohol yang dijadikan sebagai suatu gaya hidup dan dijadikan salah satu alternative untuk menghilangkan stress (Darni & Rahmah, 2019).

Mengonsumsi alkohol dalam waktu yang lama akan menyebabkan timbulnya penyakit, salah satunya adalah sirosis hepatis. Sirosis hepatis adalah suatu keadaan patologis pada hati yang menggambarkan stadium akhir fibrosis hepatic dan berlangsung progresif. Kerusakan sel hati akan berlanjut menjadi gangguan susunan hepar dan peningkatan vaskularisasi yang menyebabkan terjadinya varises atau pelebaran pembuluh darah di daerah gaster maupun esophagus (Adnan & Lolita, 2020).

Sirosis dianggap sebagai masalah kesehatan utama yang menyebabkan morbiditas dan mortalitas di seluruh dunia. *World Health Organization* (WHO) melaporkan bahwa 720.000 kematian di dunia disebabkan oleh sirosis hati (Ahmad et al., 2022).

Sirosis hepatis menempati urutan ketujuh penyebab kematian di dunia. Sirosis menempati urutan kedua belas penyebab utama kematian di Amerika (Darni & Rahmah, 2019), sedangkan di Korea, sirosis hepatis menduduki urutan ke delapan sebagai salah satu penyebab mortalitas (Elfatma et al., 2017).

Di Indonesia sendiri belum ada data yang dapat merepresentasikan jumlah penderita sirosis hepatis, namun menurut laporan rumah sakit umum pemerintah di Indonesia, rata-rata prevalensi sirosis hepatis adalah 3,5% dari seluruh pasien yang dirawat di bagian penyakit dalam (Saskara & Suryadarma, 2021).

Penyebab utama sirosis hepatis di negara barat adalah alkohol dan hepatitis C, sedangkan di Indonesia penyebab utama sirosis hepatis adalah Hepatitis B (40%-50%) dan Hepatitis C (30%-40%) (Lovena et al., 2019).

Berdasarkan data Riskesdas 2021 di Indonesia diketahui selama 2021 terdapat 160.152 kasus sirosis hepatis (Riskesdas, 2021). Prevalensi sirosis hepatis di Indonesia adalah 0,4%. Tiga provinsi dengan prevalensi sirosis tertinggi adalah Papua (0,7%), Nusa Tenggara Barat (0,6%), dan Gorontalo (0,6%). Menurut hasil dan adanya peningkatan data dari 2017- 2018. Pada tahun 2018, dari jumlah 7 juta penduduk menjadi 14 juta penduduk yang menderita penyakit sirosis hepatis (Kemenkes, 2018). Berdasarkan data yang diperoleh dari Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dari bulan Oktober 2022 hingga Maret 2023 didapatkan 13 kasus sirosis hepatis yang dirawat dimana 3 diantaranya meninggal dunia.

Penelitian yang dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang menemukan bahwa dari 422 kasus sirosis hepatis, 194 kasus diantaranya mengalami komplikasi yaitu varises esophagus (Elfatma et al., 2017). Selain itu komplikasi yang sering didapatkan adalah perdarahan pada saluran cerna, asites, hingga gangguan koagulasi (Darni & Rahmah, 2019). Salah satu masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan sirosis hepatis adalah hipervolemia atau kelebihan volume cairan. Hipervolemia merupakan peningkatan asupan/ retensi cairan yang ditandai dengan adanya keluhan penurunan frekuensi BAK, jumlah urine sedikit, data observasi didapatkan edema dan asites (Gu et al., 2021).

Penatalaksanaan pada sirosis hati pada prinsipnya berupa simtomatis dan suportif berupa istirahat yang cukup, pengaturan makanan yang cukup dan seimbang. Pada pasien mengalami asites dapat diberikan intervensi pembatasan cairan dan garam serta pemantauan intake dan output cairan. Pembatasan garam dan

cairan pada pasien yang mengalami asites dilakukan untuk mempercepat perbaikan asites. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tapper et al., (2020) dimana didapatkan pasien yang patuh menjalankan diet rendah garam mengalami penurunan asites serta peningkatan kualitas hidup, sedangkan pada pasien yang tidak patuh diet rendah garam mengalami perburukan asites dan harus dilakukan transplantasi hati, bahkan ada yang meninggal dunia. Selain itu, studi kasus yang dilakukan oleh Thaha et al., (2020) menyatakan terdapat perbaikan asites dan edema tungkai pada pasien yang diberikan intervensi pembatasan garam. Setelah dilakukan intervensi pembatasan konsumsi garam pada Tn. R di RSUD Mukupido Tolitoli selama 10 hari perawatan didapatkan hasil pasien mengatakan merasa lebih nyaman pada perutnya, sesak napas sudah mulai jarang muncul, bengkak pada perut dan kaki berkurang, BAK lebih banyak walaupun warna urine masih pekat.

Penanganan serta penatalaksanaan yang tepat dapat mengurangi mortalitas dari meningkatkan kualitas hidup sirosis hepatitis, maka penulis tertarik untuk memaparkan masalah tersebut dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir (KIA) tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Sirosis Hepatis di Ruang Perawatan Santa Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini adalah sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatitis.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penulisan Karya Ilmiah ini diharapkan penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan sirosis hepatis.
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatis.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatis.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatis dan tindakan keperawatan berdasarkan *Evidence Based Nursing*.
- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan sirosis hepatis.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit.

Sebagai sumber informasi bagi Rumah Sakit dalam upaya peningkatan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan pada pasien dengan sirosis hepatis berdasarkan *evidence based nursing*.

2. Bagi Profesi Keperawatan.

Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi profesi keperawatan untuk berperan aktif dalam mengurangi angka kejadian sirosis hepatis dengan pemberian pendidikan kesehatan serta menjadi pendamping dalam kepatuhan minum obat.

3. Bagi Institusi Pendidikan.

Sebagai referensi bagi mahasiswa/i untuk memperoleh ilmu dan menjadi bekal dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatis.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan Karya Ilmiah ini penulisan menggunakan pendekatan dalam mengumpulkan data atau informasi dengan cara sebagai berikut.

1. Studi Kepustakaan

Mencari literatur-literatur yang berasal dari buku-buku ilmu keperawatan, internet serta buku-buku yang berhubungan dengan karya ilmiah ini.

2. Studi Kasus

Studi kasus ini meliputi pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, evaluasi tindakan serta mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan. Untuk mencapai beberapa hal di atas maka penulis menggunakan beberapa teknik sebagai berikut.

a. Wawancara

Melakukan wawancara bersama pasien, keluarga serta perawat ruangan.

b. Pengamatan Kasus

Penulis melakukan pengamatan langsung terhadap respon pasien terhadap diagnosis penyakit, pemeriksaan penunjang serta mengikuti dan melaksanakan asuhan keperawatan.

c. Diskusi

Melakukan diskusi dan konsultasi bersama pembimbing Karya Ilmiah dan perawat ruangan.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan Karya Ilmiah ini terdiri dari: bab I membahas tentang pendahuluan (latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan). Bab II membahas tentang tinjauan pustaka yang di uraikan menjadi 2 yaitu KDM (defenisi sirosis hepatitis, anatomi fisiologi, etiologi sirosis hepatitis,

patofisiologi sirosis hepatis, manifestasi klinik sirosis hepatis, pemeriksaan penunjang sirosis hepatis, penatalaksanaan medis sirosis hepatis dan komplikasi sirosis hepatis) sedangkan KDK (pengkajian sirosis hepatis, diagnosis sirosis hepatis, intervensi sirosis hepatis, implementasi sirosis hepatis, evaluasi sirosis hepatis, *discharge planning* sirosis hepatis dan patoflowdiagram sirosis hepatis secara teoritis). Bab III yang berisi pengamatan kasus (ilustrasi kasus, pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan). Bab IV membahas tentang pembahasan kasus (pembahasan askep, pembahasan penerapan *evidence based nursing*). Bab V berisi tentang (simpulan dan saran).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik Sirosis Hepatis

1. Pengertian Sirosis Hepatis

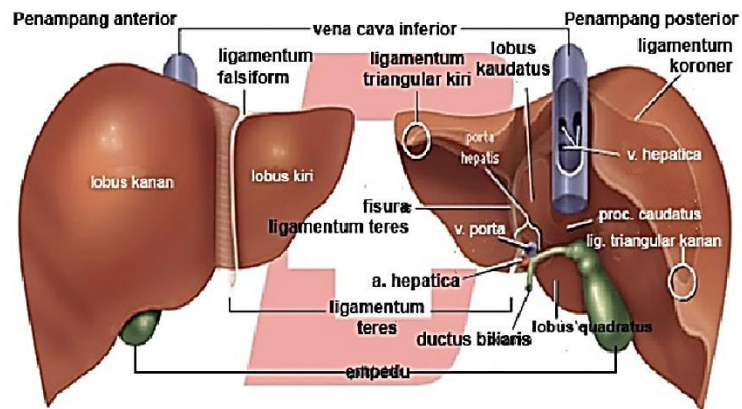
Sirosis hepatis adalah suatu keadaan patologis yang menggambarkan stadium akhir fibrosis hepatic yang berlangsung progresif dimana kerusakan sel-sel hati ini akan berlanjut menjadi gangguan dari susunan hepar dan peningkatan vaskularisasi yang menyebabkan terjadinya varises atau pelebaran pembuluh darah di daerah gaster maupun esophagus (Elfatma et al., 2017).

Sirosis hepatis adalah penyakit progresif kronis yang ditandai oleh inflamasi, fibrosis, dan degenerasi sel-sel parenkim hati yang berlangsung terus-menerus yang akan mengakibatkan obstruksi sirkulasi portal hepatis dan gagal fungsi hepar (Darni & Rahmah, 2019).

Sirosis hati merupakan tahap akhir proses difus fibrosis hati progresif yang ditandai oleh distorsi arsitektur hati dan pembentukan nodul regenerative yang mana gambaran morfologinya meliputi fibrosis difus, nodul regenerative, perubahan arsitektur lobular, dan pembentukan hubungan vaskular intrahepatik antara pembuluh darah hati aferen (vena porta dan arteri hepatica) dan eferen (vena hepatica) (Silaban et al., 2020).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa penyakit sirosis hepatis adalah penyakit kronis yang berlangsung progresif yang menyerang jaringan hati sehingga dapat menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan gangguan pada fungsi hati.

2. Anatomi dan Fisiologi



Gambar 2.1: Anatomi hati
(Azmi, 2020)

a. Anatomi

Hati adalah organ intestinal terbesar dengan berat antara 1,2 – 1,8 kg 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. Hati terletak di bagian teratas dalam rongga abdomen di sebelah kanan di bawah diafragma. Hati terbagi dalam dua belahan utama, lobus kanan dan lobus kiri. Arteri hepatica, yang keluar dari aorta dan memberikan 80% darahnya kepada hati. Darah ini memiliki kejenuhan oksigen 95-100% masuk ke dalam akan dan akan membentuk jaringan kapiler. Setelah bertemu dengan jaringan kapiler vena selanjutnya menjadi vena hepatica. Vena hepatica mengembalikan darah dari hati ke vena cava inferior. Di dalam vena hepatica tidak terdapat katup. Vena porta yang terbentuk dari vena lienalis dan vena mesentrika superior mengantarkan 20% darahnya ke hati, darah ini mempunyai kejenuhan oksigen hanya 70% karena sebagian oksigen telah dialirkan ke organ limpa dan usus. Darah berasal dari vena porta bersentuhan

erat dengan sel hati dan setiap lobules disaluri oleh sebuah pembuluh sinusoid atau kapiler hepatica. Di dalam hati, vena porta membawa darah yang kaya dengan bahan makanan dari saluran cerna, dan arteri hepatica membawa darah yang kaya oksigen dari sistem arteri. Arteri dan vena hepatica ini bercabang menjadi pembuluh-pembuluh yang lebih kecil dan membentuk jaringan kapiler diantara sel-sel hati yang membentuk lamina hepatica (Azmi, 2020).

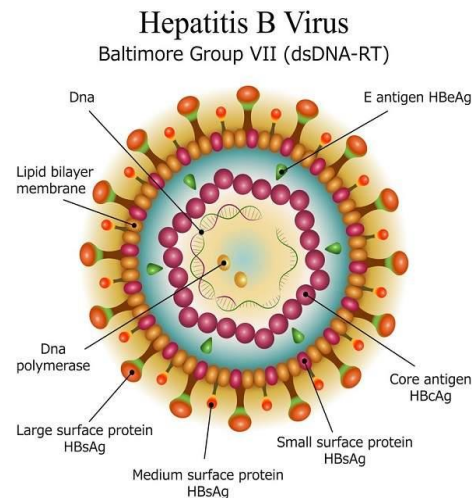
b. Fisiologi

Hati mempunyai fungsi yang sangat beraneka ragam. Sirkulasi vena porta yang menyuplai 75% dari suplai asinus memegang peranan penting dalam fisiologi hati, terutama dalam hal metabolisme karbohidrat, protein, dan asam lemak. Fungsi utama hati adalah pembentukan dan ekskresi empedu. Hati mengekskresikan empedu sebanyak satu liter per hati ke dalam usus halus. Unsur utama empedu adalah air (97%), elektrolit, dan garam empedu. Fungsi hati dalam metabolisme protein adalah menghasilkan protein plasma berupa albumin (yang diperlukan untuk mempertahankan tekanan osmotik koloid), protombin, dan fibrinogen (Azmi, 2020).

3. Etiologi Sirosis Hepatis

Menurut Thaha et al., (2020), sirosis hepatis dapat disebabkan oleh beberapa faktor seperti berikut.

a. Virus Hepatitis



Gambar 2.2: Virus hepatitis
(Thaha et al., 2020)

Pada beberapa kasus, virus hepatitis C melemahkan sistem imun tubuh yang dapat mengakibatkan timbulnya infeksi kronis dengan kerusakan hati yang memungkinkan untuk berkembang menjadi sirosis. Selain itu dapat pula disebabkan oleh virus hepatitis B dan D. Hepatitis B dan D akan mengakibatkan kegagalan pada fungsi hati yang menyebabkan perubahan pada jaringan parenkim hati menjadi jaringan fibrosis sehingga terjadi nekrosis pada hati.

b. Gagal jantung

Gagal jantung ditandai dengan ketidakmampuan perfusi sistemik untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh yang ditandai dengan peningkatan tekanan pengisian kapiler akibat dari gangguan perfusi serta meningkatnya tekanan vena yang berlangsung secara terus-menerus dan mengakibatkan gangguan fungsi hati.

c. Alkoholisme

Mengonsumsi alkohol yang berlebihan dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan berbagai tipe penyakit hati kronik termasuk perlemakan hati. Pemecahan etanol yang terkandung dalam bir dan minuman keras dapat menghasilkan zat kimia beracun seperti asetaldehida. Zat kimia ini dapat memicu peradangan yang merusak sel-sel hepar. Peradangan akan mengganggu proses metabolisme yang terjadi dalam hati sehingga dapat meningkatkan akumulasi lemak. Hal ini dapat menimbulkan fibrosis tanpa disertai peradangan atau nekrosis yang berlangsung lama sehingga mengakibatkan sirosis hepatis.

d. Penyebab lain

Malnutrisi, obstruksi bilier, kolestasis kronik/sirosis siliar sekunder intra dan ekstra hepatis dapat menyebabkan gangguan pada fungsi hati yang berakhir menjadi sirosis hepatis.

4. Patofisiologi

Alkohol merupakan salah satu etiologi yang menyebabkan sirosis hepatis. Diawali dari konsumsi alkohol yang terus menerus dalam jangka waktu yang lama, hal ini dapat menyebabkan perubahan metabolik dalam hati seperti penurunan sintesis trigliserida dan asam lemak, penurunan laju pembentukan dan pelepasan lipoprotein, dan menyebabkan infiltrasi lemak pada hepatosit (lemak hati). Pada kondisi ini, jika disertai dengan konsumsi alkohol yang terus berlanjut maka penyakit akan berkembang. Sel inflamatori menginfiltrasi hati (hepatitis alkoholik) yang menyebabkan nekrosis, fibrosis, dan kerusakan jaringan hati fungsional. Pada stadium akhir sirosis alkoholik, akan terbentuk

nodul regenerative dan ukuran hepar akan menyusut serta muncul penampakan nodul (Thaha et al., 2020).

Kelainan pada kantung empedu juga merupakan etiologi dari sirosis hepatis. Saat terjadi kelainan maka kantung empedu akan mengalami sumbatan. Hal ini menyebabkan penumpukan cairan dan tertahannya sekresi cairan pada hepar. Penumpukan cairan pada hepar akan menyebabkan peradangan atau inflamasi pada hepar. Inflamasi ini akan menimbulkan kerusakan jaringan hepar dan menimbulkan jaringan luka permanen pada hepar. Jaringan luka yang semakin lama semakin banyak akan menyebabkan terjadinya pengerasan pada hati (W, 2017).

Gagal jantung kanan juga merupakan salah satu penyebab terjadinya sirosis hepatis. Penurunan curah jantung menyebabkan penurunan aliran darah ke hepar. Hal ini menyebabkan kurangnya pasokan oksigen ke jaringan hepar sehingga jaringan mengalami kerusakan. Kerusakan yang dialami yaitu nekrosis (kerusakan anatomi) dan kerusakan fungsinya atau fisiologisnya. Selain itu, virus hepatitis B, C, D juga adalah etiologi dari sirosis hepatis. Saat tubuh mengalami infeksi virus hepatitis, virus ini akan menyerang hepar dan jika dibiarkan dalam waktu lama dapat mengganggu jaringan hepar sehingga terjadi kerusakan (Sinurat & Purba, 2018).

Ketika terjadi gangguan pada hepar maka akan terbentuk jaringan parut fibrotic yang menghambat sinusoid dan aliran darah dari vena portal ke vena hepatica. Tekanan pada sistem vena portal, yang mengalir saluran gastrointestinal, pancreas, dan limpa akan meningkat. Tekanan yang meningkat ini akan membuka pembuluh darah kolateral pada esophagus, dinding abdomen anterior, dan rectum, memungkinkan darah untuk menembus pembuluh darah portal yang mengalami obstruksi. Hipertensi portal jangka panjang dapat menyebabkan berkembangnya:

1. Varises (pembuluh darah rapuh dan terdistensi) pada esophagus bawah, lambung, dan rectum
2. Splenomegali (pembesaran limpa),
3. Asites (akumulasi cairan dalam abdomen), dan
4. Ensefalopati sistemik portal (terganggunya fungsi SSP yang disertai dengan gangguan kesadaran).

Kerusakan anatomi dan fisiologi yang terjadi di hepar akan membuat organ tersebut mengalami penyusutan dan terjadi pembentukan nodul-nodul di permukaan hepar. Dari situlah terjadi sirosis hepatis. Sirosis hepatis menyebabkan kelainan jaringan parenkim, gangguan fungsi hati dan juga terjadi inflamasi akut di organ tersebut. Saat hepar mengalami gangguan, maka fungsi dari hepar itu juga mengalami gangguan. Gangguan yang terjadi adalah gangguan metabolisme bilirubin. Bilirubin adalah pigmen yang berwarna kuning dan memiliki fungsi untuk pewarnaan feses. Karena metabolisme bilirubin terganggu sehingga bilirubin tak terkonjugasi dan menyebabkan feses pucat dan urine yang dihasilkan berwarna gelap, dan juga terjadi ikterik di sclera dan di seluruh tubuh. Dari kondisi ikterik ini, terjadi juga penumpukan garam empedu di bawah kulit sehingga menyebabkan pruritus. Gangguan yang terjadi juga adalah gangguan metabolisme protein. Saat terjadi gangguan metabolisme protein, asam amino menjadi reaktif dan dapat menyebabkan gangguan sintesis vitamin K. Vitamin K berperan dalam pembekuan darah, dan saat terjadi gangguan maka faktor pembekuan darah terganggu dan sintesis prothrombin terganggu, sehingga bisa menyebabkan perdarahan. Di hepar juga merupakan tempat metabolisme zat besi dan karena terjadi gangguan, maka metabolisme zat besi menjadi terganggu. Gangguan tersebut menyebabkan gangguan asam folat. Asam folat berfungsi untuk membentuk sel darah merah dan saat terjadi gangguan, maka produksi sel darah merah akan menurun atau

anemia, sehingga dapat menyebabkan kelemahan. Fungsi dari hepar juga sebagai tempat metabolisme vitamin dan pembentukan empedu. Saat terjadi gangguan metabolisme vitamin, maka sintesis vitamin C, B dan B12 yang turut bekerja dengan asam folat untuk pembentukan sel darah merah sehingga bisa menyebabkan produksi sel darah merah menurun dan terjadi intoleransi aktivitas karena kelemahan (Ilmi et al., 2021).

5. Manifestasi Klinik

Menurut Muin et al., (2020), manifestasi klinis yang muncul pada penderita sirosis hepatitis adalah sebagai berikut.

- a. Nyeri tumpul atau perasaan berat pada epigastrium.
- b. Hepatomegali atau pembesaran hati pada kondisi awal sirosis. Hepar cenderung membesar dan sel-selnya dipenuhi oleh lemak. Hepar menjadi keras dan memiliki tepi yang tajam dan teraba saat dilakukan palpasi. Selanjutnya ukuran hepar akan berkurang setelah terbentuk jaringan parut yang mengakibatkan pengerutan jaringan hati.
- c. Perdarahan saluran cerna atas dan melena.
- d. Perasaan mudah lelah dan lemas.
- e. Nafsu makan berkurang dan biasanya diikuti penurunan berat badan yang disebabkan oleh pengembungan vena pada sistem gastrointestinal serta terganggunya sintesis empedu dan absorpsi lemak akan mengganggu mekanisme nafsu makan yang normal.
- f. Pasien dapat mengalami icterus atau kekuningan pada kulit dan mata selama fase dekompensasi disertai gangguan reversible fungsi hati. Hal ini disebabkan karena terganggunya metabolisme bilirubin yang disebabkan oleh gangguan fungsi hepatosit serta terganggunya ekskresi empedu oleh fibrosis dan obstruksi kanal empedu.

- g. Urine berwarna pekat hingga gelap.
- h. Edema pada ekstremitas atas atau bawah serta asites (akumulasi cairan pada rongga abdomen) merupakan gejala lanjut pada sirosis hepatis. Kerusakan fungsi hepatosit sintesis protein plasma menyebabkan penurunan konsentrasi albumin plasma (hipoalbuminemia) sehingga menimbulkan edema. Produksi aldosterone yang berlebihan akan menyebabkan retensi natrium serta air dan ekskresi kalium menurun. Peningkatan tekanan pada sistem porta berkontribusi terhadap pembentukan asites dimana akan terjadi peningkatan tekanan hidrostatik di dalam pembuluh darah sistem porta sehingga mendorong cairan untuk keluar ke rongga abdomen.

6. Tes Diagnostik

Menurut Darni & Rahmah (2019) pemeriksaan yang harus dilakukan pada pasien untuk menunjang diagnosis sirosis hepatis adalah:

a. Pemeriksaan radiologi

1) Foto polos abdomen

Pemeriksaan ini bertujuan untuk dapat memperlihatkan densitas klasifikasi pada hati, kandung empedu, cabang saluran-saluran empedu dan pankreas juga dapat memperlihatkan adanya hepatomegaly atau asites nyata.

2) Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengevaluasi ukuran hati, mendeteksi pembesaran hati dan asites atau mengidentifikasi nodul hati. Ultrasonografi dapat digunakan dengan pemeriksaan doppler yang bertujuan untuk mengevaluasi aliran darah melalui hati dan limpa.

3) CT Scan

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

4) MRI

Pemakaiannya sama dengan CT scan tetapi memiliki kepekaan lebih tinggi, juga dapat mendeteksi aliran darah dan sumbatan pembuluh darah non invasive.

5) Biopsi hati

Untuk mengidentifikasi fibrosis dan jaringan parut. Biopsi merupakan tes diagnostik yang paling dipercaya dalam menegakkan diagnosis sirosis hepatis.

6) Esofagoskopi

Esofagoskopi atau endoskopi bagian atas dapat dilakukan untuk menentukan adanya varises esophageal.

b. Laboratorium

1) Hematologi

Hasil pemeriksaan darah biasanya dijumpai anemia, leukopenia, trombositopenia dan waktu protombin memanjang.

2) Uji faal hepar

Tes faal hati bertujuan untuk mengetahui fungsi hati normal atau tidak. Temuan laboratorium bisa normal dalam sirosis, namun ada beberapa hasil yang mengalami peningkatan ataupun penurunan.

a) Bilirubin meningkat (> 1.3 mg/dL)

b) SGOT meningkat ($> 3-45$ u/L)

c) SGPT meningkat ($> 0-35$ u/L)

d) Protein total menurun ($< 6.1- 8.2$ gr %)

e) Albumin menurun ($< 3.5-5.2$ mg/L)

3) Analisa gas darah

Analisa gas darah arterial dapat mengungkapkan gangguan keseimbangan ventilasi perfusi dan hipoksia.

4) Kadar albumin

Kadar albumin yang merendah merupakan cerminan kemampuan sel hati yang kurang. Penurunan kadar albumin dan peningkatan kadar globulin merupakan tanda kurangnya daya tahan hati dalam menghadapi stress seperti tindakan operasi. Kemampuan sel hati yang berkurang mengakibatkan kadar albumin rendah serta peningkatan globulin.

5) Massa protombin

Meningkat pada penurunan sintesis protrombin akibat kerusakan sel hati atau berkurangnya absorpsi vitamin K pada obstruksi empedu. Vitamin K penting untuk sintesis prothrombin. Prothrombin time (PT) memanjang (akibat kerusakan sintesis protombin dan faktor pembekuan).

7. Penatalaksanaan Medik

Menurut Darni & Rahmah (2019) penatalaksanaan medik sirosis hepatis dibagi menjadi penatalaksanaan medikasi serta penatalaksanaan nutrisi dan cairan.

a. Penatalaksanaan medikasi

1) Pemberian diuretik untuk mengurangi retensi cairan dan asites

Spironolakton (aldactone) adalah diuretik pengimbang kalium yang bersaing dengan aldosteron. Obat ini sering kali menjadi obat pilihan pertama karena mengatasi salah satu penyebab acites (peningkatan kadar aldosteron). Bisa diuresis tambahan harus dilakukan, diuretik seperti furosemid (lasiks) dapat ditambahkan keregimen terapi.

- 2) Medikasi untuk mengurangi beban nitrogen dan menurunkan kadar ammonia serum. Medikasi yang lazim diberikan adalah laktulosa dan antibiotik. Laktulosa adalah laktosa disakarida yang tidak diabsorpsi oleh saluran gastrointestinal. Laktulosa dan antibiotik, seperti neomisin, metronidazole, atau rifaksimisin. Laktulosa mengurangi jumlah organisme yang membentuk ammonia di usus dan meningkatkan keasaman didalam kolon, mengubah ammonia menjadi ion amonium. Ion amonium tidak dapat diabsorpsi, dan diekskresikan melalui feses. Sulfat neomisin adalah antibiotik yang bekerja secara lokal yang juga dapat mengurangi jumlah bakteri pembentuk ammonia di usus. Karena obat tersebut bersifat toksik bagi ginjal dan sistem auditori, terdapat obat alternatif sebagai pengganti yaitu metronidazole. Metronidazole adalah antibiotik sistemik yang efektif melawan bakteri gram negatif yang mendiami usus. Neuropati perifer adalah dampak toksik potensial dari metronidazole. Rifaksimisin antibiotik yang sulit diabsorpsi bekerja secara lokal didalam usus dan memiliki sedikit efek samping atau efek toksik.
- 3) Nadolol (corgard) atau propranolol (inderal) dapat diberikan untuk menurunkan hipertensi portal dan mencegah perdarahan varises esophageal.
- 4) Ferro sulfat dan asam folat diberikan sesuai indikasi untuk mengatasi anemia. Vitamin K dapat diresepkan untuk menurunkan resiko perdarahan ketika terjadi perdarahan akut, paket SDM, fres frozen plasma atau trombosit dapat diberikan untuk mengembalikan komponen darah dan mendukung homeostasis.

5) Oksazepam (serax), obat sedatif atau antiansietas benzo/diazepin, tidak dimetabolisme oleh hati dan dapat digunakan untuk mengatasi agitasi akut.

b. Penatalaksanaan nutrisi dan cairan

1) Asupan natrium dibatasi hingga dibawah 2 g/hari, dan cairan dibatasi secukupnya untuk mengurangi asites dan edema. Cairan sering kali dibatasi hingga 1.500 ml/hari. Kebutuhan cairan dihitung berdasarkan respon terhadap terapi diuretik, haluaran urine, dan nilai elektrolit serum.

2) Pembatasan diet protein telah direkomendasikan untuk pasien yang mengalami sirosis dan ensefalopati hepatik, kini telah diketahui bahwa dampak malnutrisi protein dan kalori lebih berbahaya dibanding mengonsumsi protein. Protein nabati dapat direkomendasikan bersama dengan pembatasan konsumsi daging merah. Nutrisi parenteral digunakan sesuai kebutuhan untuk mempertahankan status nutrisi ketika asupan makanan dibatasi.

3) Suplemen vitamin dan mineral diresepkan berdasarkan nilai pemeriksaan laboratorium. Defisiensi vitamin B kompleks, terutama tiamin, folat, dan B12 dan vitamin larut lemak mencakup A, D, dan E lazim terjadi.

8. Komplikasi

Terdapat beberapa komplikasi menurut Saskara & Suryadarma (2021) yang dapat terjadi pada penderita sirosis hati, akibat kegagalan dari fungsi hati dan hipertensi porta, diantaranya yaitu:

a. Ensefalopati Hepatikum

Ensefalopati hepaticum merupakan suatu kelainan neuropsikiatri yang bersifat reversibel dan umumnya didapat pada pasien dengan sirosis hati setelah mengeksklusi kelainan neurologis dan metabolik. Derajat keparahan dari kelainan ini

terdiri dari derajat 0 (subklinis) dengan fungsi kognitif yang masih bagus sampai ke derajat 4 dimana pasien sudah jatuh ke keadaan koma. Patogenesis terjadinya ensefalopati hepatic disebabkan karena adanya gangguan metabolisme energi pada otak dan peningkatan permeabilitas sawar darah otak. Peningkatan permeabilitas sawar darah otak ini akan memudahkan masuknya neurotoxin ke dalam otak. Neurotoxin tersebut diantaranya, asam lemak rantai pendek, mercaptans, neurotransmitter palsu (tyramine, octopamine, dan beta-phenylethanolamine), amonia, dan gamma-aminobutyric acid (GABA). Kelainan laboratoris pada pasien dengan ensefalopati hepatic adalah berupa peningkatan kadar amonia serum.

b. Varises esophagus

Varises esophagus merupakan komplikasi yang diakibatkan oleh hipertensi porta yang biasanya akan ditemukan pada kira-kira 50% pasien saat diagnosis sirosis dibuat. Varises ini memiliki kemungkinan pecah dalam 1 tahun pertama sebesar 5-15% dengan angka kematian dalam 6 minggu sebesar 15-20% untuk setiap episodenya.

c. Peritonitis Bakterial Spontan (PBS)

Peritonitis bakterial spontan merupakan komplikasi yang sering dijumpai yaitu infeksi cairan asites oleh satu jenis bakteri tanpa adanya bukti infeksi sekunder intra abdominal. Biasanya pasien tanpa gejala, namun dapat timbul demam dan nyeri abdomen. PBS sering timbul pada pasien dengan cairan asites yang kandungan proteinnya rendah (< 1 g/dL) yang juga memiliki kandungan komplemen yang rendah, yang pada akhirnya menyebabkan rendahnya aktivitas opsonisasi. PBS disebabkan oleh karena adanya translokasi bakteri menembus dinding usus dan juga oleh karena penyebaran bakteri secara hematogen. Bakteri penyebabnya antara lain *Escherichia coli*,

streptococcus pneumoniae, spesies klebsiella, dan organisme enterik gram negatif lainnya. Diagnose SBP berdasarkan pemeriksaan pada cairan asites, dimana ditemukan sel polimorfonuklear lebih dari 250 sel / mm³ dengan kultur cairan asites yang positif

d. Sindrom hepatorenal

Sindrom hepatorenal merepresentasikan disfungsi dari ginjal yang dapat diamati pada pasien yang mengalami sirosis dengan komplikasi ascites. Sindrom ini diakibatkan oleh vasokonstriksi dari arteri ginjal besar dan kecil sehingga menyebabkan menurunnya perfusi ginjal yang selanjutnya akan menyebabkan penurunan laju filtrasi glomerulus. Diagnosis sindrom hepatorenal ditegakkan ketika ditemukan creatinine clearance kurang dari 40 ml/menit atau saat serum creatinine lebih dari 1,5 mg/dl, volume urin kurang dari 500 mL/d, dan sodium urin kurang dari 10 mEq/L.

e. Sindrom hepatopulmonal

Pada sindrom ini dapat timbul hidrotoraks dan hipertensi portopulmonal. Pada kasus ini, pasien mengalami komplikasi berupa perdarahan pada saluran cerna akibat pecahnya varises esophagus dan gastropati hipertensi porta yang dibuktikan melalui pemeriksaan esofagogastroduodenoskopi. Selain itu, pasien juga mengalami ensefalopati hepatikum yang disebabkan oleh berbagai gangguan tidur selama menderita sakit ini.

B. Konsep Dasar Keperawatan Sirosis Hepatis

1. Pengkajian

Proses keperawatan adalah penerapan pemecahan masalah keperawatan secara ilmiah yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah- masalah pasien, merencanakan secara sistematis dan

melaksanakannya serta mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dalam penelitian(Sutrisna (2020) pengkajian pada pasien sirosis meliputi:

a. Identitas pasien, meliputi data tentang identitas pasien serta identitas penanggung jawab. Nama, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor rekam medis, diagnosa medis dan alamat.

b. Riwayat kesehatan yang meliputi:

1) Keluhan utama dan riwayat keluhan utama

Dalam penulisannya keluhan utama disampaikan dengan jelas dan padat, dua atau tiga suku kata yang merupakan keluhan yang mendasari pasien meminta bantuan pelayanan kesehatan atau alasan pasien masuk rumah sakit. Data didapatkan biasanya nyeri pada abdomen, sesak napas, gangguan BAB dan BAK.

2) Keluhan saat dikaji

Berbeda dengan keluhan utama saat masuk rumah sakit, keluhan saat dikaji didapat dari hasil pengkajian pada saat itu juga, penjelasan meliputi PQRST.

P : Provokatif/paliatif adalah merupakan penjelasan apa yang menyebabkan gejala, memperberat gejala dan yang bisa mengurangi.

Q : Kualitas/kuantitas adalah bagaimana gejala yang dirasakan, sejauh mana gejala dirasakan.

R : Region/radiasi ialah penjelasan mengenai dimana gejala dirasakan, apakah secara menyebar atau pun tidak.

S : Skala/severity adalah tingkat keparahan, seberapa tingkat keparahan yang dirasakan, pada skala berapa, dalam rentang skala (0-10).

T : Time, menjelaskan kapan gejala mulai timbul, seberapa sering gejala muncul, tiba-tiba atau bertahap, dan berapa lama gejala tersebut dirasakan.

Menurut Lovena et al., (2019) pasien dengan sirosis hepatis didapatkan keluhan utama ialah adanya nyeri pada abdomen, nyeri otot dan ikterus, anoreksia, mual, muntah, kulit gatal dan gangguan pola tidur, pada beberapa pasien kasus pasien mengeluh demam ringan keluhan nyeri kepala, keluhan riwayat mudah mengalami perdarahan, serta bisa didapatkan adanya perubahan kesadaran secara progresif sebagai respon dari hepatik ensefropati, seperti agitasi (gelisah), tremor, disorientasi, confusion, kesadaran delirium sampai koma. Keluhan asites dan edema perifer dihubungkan dengan hipoalbuminemia sehingga terjadi peningkatan permeabilitas vaskular dan menyebabkan perpindahan cairan ke ruang ketiga atau ekstraseluler. Adanya asites perut pada kondisi hipertensi portal, tidak hanya itu adanya edema ekstermitas dan adanya riwayat perdarahan (hematemesis dan melena). Mual dan muntah yang berkepanjangan dapat menyebabkan dehidrasi. keluhan mudah mengalami pendarahan. Pasien dapat datang ke RS dengan keluhan lemah/ letih, otot lemah, anoreksia (selara makan menurun), nausea, kembung, pasien merasa perut tidak enak, berat badan menurun, mengeluh perut semakin membesar, perdarahan pada gusi, gangguan BAK (inkontinensia urine), gangguan BAB (konstipasi/ diare), juga sesak napas tergantung dengan kondisi pasien masing-masing.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien dengan sirosis hepatis memiliki riwayat penggunaan alkohol dalam jangka waktu yang lama, sebelumnya ada

riwayat hepatitis kronis, riwayat gagal jantung, riwayat pemakaian obat-obatan, dan merokok.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Adanya keluarga yang menderita penyakit hepatitis atau sirosis hepatis.

c. Pemeriksaan fisik

1) Mata

Konjungtiva tampak anemis/pucat, sclera tampak ikterik.

2) Rongga mulut

Bau napas khas yang disebabkan oleh peningkatan konsentrasi dimetil sulfide akibat pintasan porto sistemik yang berat. Tampak membrane mukosa kering.

3) Hidung

Terdapat pernapasan cuping hidung.

4) Thorax

a) Jantung

(1) Inspeksi: pergerakan apeks kordis tak terlihat

(1) Palpasi: apeks kordis tak teraba

(2) Perkusi: tidak terdapat pembesaran jantung

(3) Auskultasi: normal, tidak terdengar bunyi jantung ketiga

b) Paru-paru

(1) Inspeksi: pasien menggunakan otot bantu pernapasan

(2) Palpasi: vocal premitus kiri dan kanan teraba sama

(3) Perkusi: sonor, bila terdapat efusi pleura bunyinya redup

(4) Auskultasi: vesikuler

5) Abdomen

a) Inspeksi: umbilicus menonjol, asites

- b) Palpasi: sebagian besar hepar mudah teraba dan terasa keras, nyeri tumpul atau perasaan begah pada epigastrium kuadran kanan atas
 - c) Perkusi: pekak, *shifting dullness*
 - d) Auskultasi: bising usus meningkat
- 6) Ekstremitas
- Pada ekstermitas atas telapak tangan menjadi hiperemesis (eritema palmare). Pada ekstremitas bawah ditemukan edema, *capillary refill time* >2 detik.
- 7) Kulit
- Fungsi hati yang terganggu mengakibatkan bilirubin tidak terkonjugasi sehingga kulit tampak ikterik. Turgor kulit jelek, ada luka akibat edema.
- d. Pengkajian pola kesehatan (11 pola Gordon)
- 1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan
 - a) Data subjektif: pasien mengatakan memiliki riwayat penggunaan alkohol dalam jangka waktu lama, memiliki riwayat hepatitis kronik, riwayat gagal jantung, riwayat pemakaian obat-obatan, dan merokok.
 - b) Data objektif: tampak pasien lemas, tampak kulit ikterik, tampak conjungtiva anemis.
 - 2) Pola nutrisi metabolik
 - a) Data subjektif: pasien mengatakan nafsu makannya menurun, merasa mual, perut terasa begah dan tidak nyaman.
 - b) Data objektif: tampak pasien kurus, terjadi penurunan berat badan/peningkatan berat badan yang drastis (asites).
 - 3) Pola Eliminasi
 - a) Data subjektif: pasien mengatakan mengalami konstipasi ataupun diare.

- b) Data objektif: tampak BAB berwarna hitam, tampak urine berwarna pekat.
- 4) Pola aktivitas dan latihan.
- a) Data subjektif: pasien mengatakan sulit beraktivitas dan mudah lelah saat beraktivitas.
 - b) Data objektif: tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga ataupun perawat.
- 5) Pola tidur dan istirahat.
- a) Data subjektif: pasien mengatakan memiliki kebiasaan begadang, sulit tidur.
 - b) Data objektif: tampak pasien banyak menguap, lingkaran di bawah mata tampak gelap.
- 6) Pola persepsi kongnitif
- a) Data subjektif: pasien mengatakan tidak mengalami gangguan dalam sistem panca inderanya.
 - b) Data objektif: tampak atau tidak tampak mengalami gangguan dalam sistem panca inderanya.
- 7) Pola persepsi dan konsep diri
- a) Data subjektif: pasien mengatakan pendapatnya mengenai dirinya sendiri.
 - b) Data objektif: tampak pasien murung dan sedih.
- 8) Pola peran dan hubungan sesama
- a) Data subjektif: pasien mengatakan tidak dapat menjalankan perannya sehari-hari dan hubungannya dengan sesama
 - b) Data objektif: tampak pasien ditemani oleh keluarga saat sakit dan dijenguk oleh tetangga sekitar.
- 9) Pola reproduksi dan seksualitas
- a) Data subjektif: pasien mengatakan mengalami penurunan gairah seksual, penurunan libido pada laki-laki, gangguan siklus haid pada perempuan.

- b) Data objektif: tampak pasien berpakaian sesuai jenis kelamin dan tidak ada perilaku menyimpang.

10) Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

- a) Data subjektif: pasien mengatakan merasa stress dan cemas terkait kondisinya, mekanisme koping adaptif pada pasien dengan koping yang bagus namun mekanisme koping maladaptive pada pasien dengan koping yang kurang bagus.
- b) Data objektif: tampak pasien cemas, takut terhadap kondisinya.

11) Pola sistem nilai kepercayaan

- a) Data subjektif: pasien mengatakan menyerahkan semua kepada Tuhan.
- b) Data objektif: tampak pasien beribadah sesuai dengan agama yang dianut.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang mungkin terjadi pada pasien dengan sirosis hepatis menurut PPNI (2018) adalah sebagai berikut:

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.
- c. Risiko syok dengan faktor risiko hipoksemia.
- d. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.
- e. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat.

3. Luaran dan Intervensi Keperawatan

Adapun rencana keperawatan menurut PPNI (2018) yang di susun untuk mengatasi permasalahan yang di alami oleh penderita sirosis hepatis yaitu:

a. Diagnosis keperawatan: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

1) SLKI : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil: dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik.

2) Intervensi:

a) Observasi

(1) Monitor pola napas

Rasional: Penurunan bunyi napas dapat menunjukkan atelektasis (Wardani et al., 2018).

(2) Monitor bunyi napas tambahan

Rasional: Ronchi dan mengi menunjukkan akumulasi sekret atau ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot aksesori pernapasan dan peningkatan kerja pernapasan (Wardani et al., 2018).

(3) Monitor sputum

Rasional: Sputum berdarah kental atau darah cerah diakibatkan oleh kerusakan paru atau luka bronkhial dan dapat memerlukan evaluasi atau intervensi lanjut (Wardani et al., 2018).

b) Teraupetik

(1) Posisikan semi fowler atau fowler.

Rasional: Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan (Wardani et al., 2018).

(2) Berikan minum hangat.

Rasional: Pemasukan tinggi cairan membantu untuk mengencerkan sekret sehingga mudah dikeluarkan (Wardani et al., 2018).

(3) Lakukan fisioterapi dada.

Rasional: Membantu meningkatkan mobilisasi dan membersihkan sekret yang mengganggu oksigenasi (Wardani et al., 2018).

(4) Lakukan penghisapan lendir.

Rasional: Mencegah obstruksi atau aspirasi dan tindakan ini diperlukan bila pasien tidak mampu mengeluarkan sekret secara mandiri (Wardani et al., 2018).

(5) Berikan oksigenasi.

Rasional: Untuk membantu menurunkan distress pernapasan yang disebabkan oleh hipoksia (Wardani et al., 2018)

c) Edukasi

(1) Ajarkan teknik batuk efektif.

Rasional: Membantu mengeluarkan sekresi dan mempertahankan potensi jalan napas (Wardani et al., 2018).

d) Kolaborasi

(1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

Rasional: Meningkatkan ukuran lumen percabangan trakeobronkhial sehingga menurunkan tahanan terhadap aliran udara dan menurunkan kekentalan sekret (Wardani et al., 2018)

b. Diagnosis Keperawatan : Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan

1) SLKI : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: porsi makanan yang dihabiskan meningkat, berat badan membaik, indeks massa tubuh (IMT) membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik.

2) Intervensi

a) Observasi

(1) Identifikasi status nutrisi.

Rasional : Mengetahui status nutrisi pasien sehingga dapat melakukan intervensi dengan tepat (Faizi et al., 2017)

(2) Identifikasi makanan yang disukai.

Rasional: Meningkatkan keinginan untuk makanan (Faizi et al., 2017)

(3) Monitor asupan makan.

Rasional: Mencukupi kalori sesuai kebutuhan pasien dapat membantu proses penyembuhan dan menghindari terjadinya komplikasi (Faizi et al., 2017).

(4) Monitor berat badan.

Rasional: Membantu mengidentifikasi malnutrisi protein dan kalori pasien. Khususnya bila berat badan kurang dari normal. (Faizi et al., 2017).

b) Terapeutik

- (1) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein.

Rasional: Memenuhi kebutuhan nutrisi (Faizi et al., 2017).

- (2) Berikan suplemen makanan, jika perlu.

Rasional: Membantu meningkatkan asupan nutrisi pasien (Faizi et al., 2017).

c) Edukasi

- (1) Ajarkan diet yang diprogramkan.

Rasional: Meningkatkan rasa keterlibatan dan bertanggung jawab terhadap kondisi penyakit yang dialami (Faizi et al., 2017)

d) Kolaborasi

- (1) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu.

Rasional: Sangat penting dan bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian nutrisi pasien dilakukan oleh tenaga yang lebih tepat (Faizi et al., 2017).

c. Risiko syok dengan faktor risiko hipoksemia

- 1) SLKI : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan syok tidak terjadi dengan kriteria hasil : Kekuatan nadi meningkat, output urine meningkat, akral dingin menurun, pucat menurun, pengisian kapiler membaik, frekuensi nadi membaik, frekuensi napas membaik, tekanan darah sistolik dan diastolik membaik.

2) Intervensi

a) Observasi

- (1) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi nadi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP)

Rasional : Mengetahui fungsi dan status organ vital pasien.

(2) Monitor status oksigenasi (Oksimetri nadi, AGD)

Rasional : Mengetahui adanya perubahan nilai SaO₂ dan status hemodinamik.

(3) Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT)

Rasional : Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syok hipovolemik

(4) Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil

Rasional : Mengetahui tingkat kesadaran pasien serta mengetahui adanya penurunan refleks.

b) Terapeutik

(1) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94 %

Rasional : Mempertahankan oksigenasi jaringan tetap adekuat.

(2) Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, jika perlu

Rasional : Mengetahui karakteristik urine untuk menilai status cairan pasien.

c) Edukasi

(1) Jelaskan penyebab/faktor risiko syok

Rasional : Menambah pengetahuan mengenai syok.

(2) Jelaskan tanda dan gejala awal syok

Rasional : Menambah pengetahuan mengenai syok.

(3) Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok

Rasional : Mengetahui lebih awal tanda dan gejala syok.

d) Kolaborasi

(1) Kolaborasi pemberian IV, jika perlu

Rasional : Cairan intravena dapat menyeimbangkan cairan dan elektrolit dalam tubuh.

(2) Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu

Rasional : Mengganti kehilangan komponen darah.

(3) Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu

Rasional: Mencegah pelepasan mediator peradangan.

c. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

1) SLKI : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan keseimbangan cairan meningkat (L.03020) dan keseimbangan elektrolit (L.03021) meningkat dengan kriteria hasil : Kelembaban membran mukosa meningkat, haluaran urine meningkat, asites cukup menurun, serum natrium cukup meningkat, serum kalium cukup meningkat.

2) Intervensi

a) Observasi

(1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia

Rasional : Mengetahui adanya tanda dan gejala hipervolemia pada pasien.

(2) Identifikasi penyebab hipervolemia

Rasional : Mengetahui penyebab terjadinya hipervolemia.

(3) Monitor intake dan output

Rasional : Mengetahui keseimbangan cairan pasien.

(4) Monitor tanda hemokonsentrasi

Rasional : Mengetahui adanya gangguan pada hemokonsentrasi pasien.

(5) Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma
Rasional : Mengetahui adanya peningkatan tekanan onkotik plasma pada hemokonsentrasi pasien

(6) Monitor efek samping diuretik
Rasional : Mengetahui efek samping pemberian diuretik.

b) Terapeutik

(1) Timbang BB setiap hari pada waktu yang sama
Rasional : Mengetahui adanya pengurangan atau penambahan berat badan.

(2) Batasi asupan cairan dan garam
Rasional : Mengurangi asupan cairan dan garam agar keseimbangan cairan kembali normal.

(3) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat
Rasional: Mempertahankan kenyamanan, meningkatkan ekspansi paru, dan memaksimalkan oksigenasi pasien.

c) Edukasi

(1) Anjurkan melaporkan jika haluaran urine $< 0,5$ mL/kg/ jam dalam 6 jam
Rasional : Agar haluaran urin pasien tetap terpantau sehingga perfusi renal, kecukupan penggantian cairan dan kebutuhan serta status cairan pasien dapat segera ditangani jika terjadi ketidakseimbangan.

(2) Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari
Rasional : Agar BB pasien tetap terpantau sehingga, kecukupan penggantian cairan dan kebutuhan serta status cairan pasien dapat segera ditangani jika terjadi ketidakseimbangan.

d) Kolaborasi

(1) Kolaborasi pemberian diuretik

Rasional : Membantu mengeluarkan kelebihan garam dan air dalam tubuh melalui urine.

(2) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik

Rasional : Mengembalikan konsentrasi kalium dalam tubuh.

(3) Kolaborasi pemberian *continuous renal replacement therapy* (CRRT), jika perlu

Rasional : Mengatur keseimbangan cairan pasien dan membantu kerja ginjal.

d. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat.

1) SLKI : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pemeliharaan kesehatan meningkat (L.12106) dan manajemen kesehatan meningkat (L.12104) dengan kriteria hasil : kemampuan menjalankan perilaku sehat meningkat, menunjukkan perilaku adaptif meningkat, aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan meningkat.

2) Intervensi :

a) Observasi

(1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional : Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan menerima informasi.

b) Terapeutik

(1) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Rasional : Untuk memberikan pengetahuan cara menjaga kesehatan lebih lanjut.

(2) Berikan kesempatan untuk bertanya

Rasional : Mengetahui pemahaman keluarga dan pasien terkait materi yang telah disampaikan.

c) Edukasi

(1) Jelaskan faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan

Rasional : Memberi pengetahuan terkait risiko yang dapat memengaruhi kesehatan pasien.

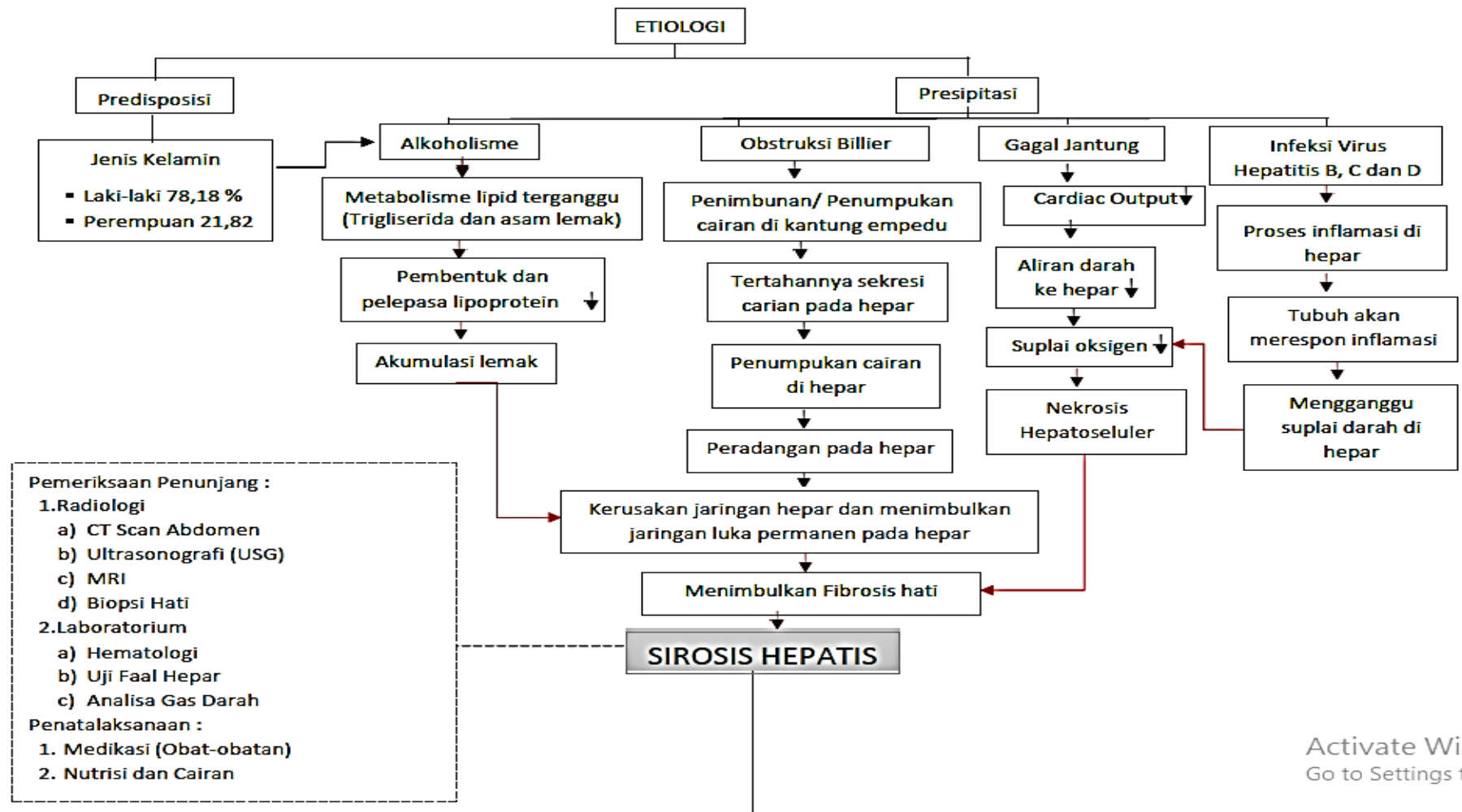
(2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

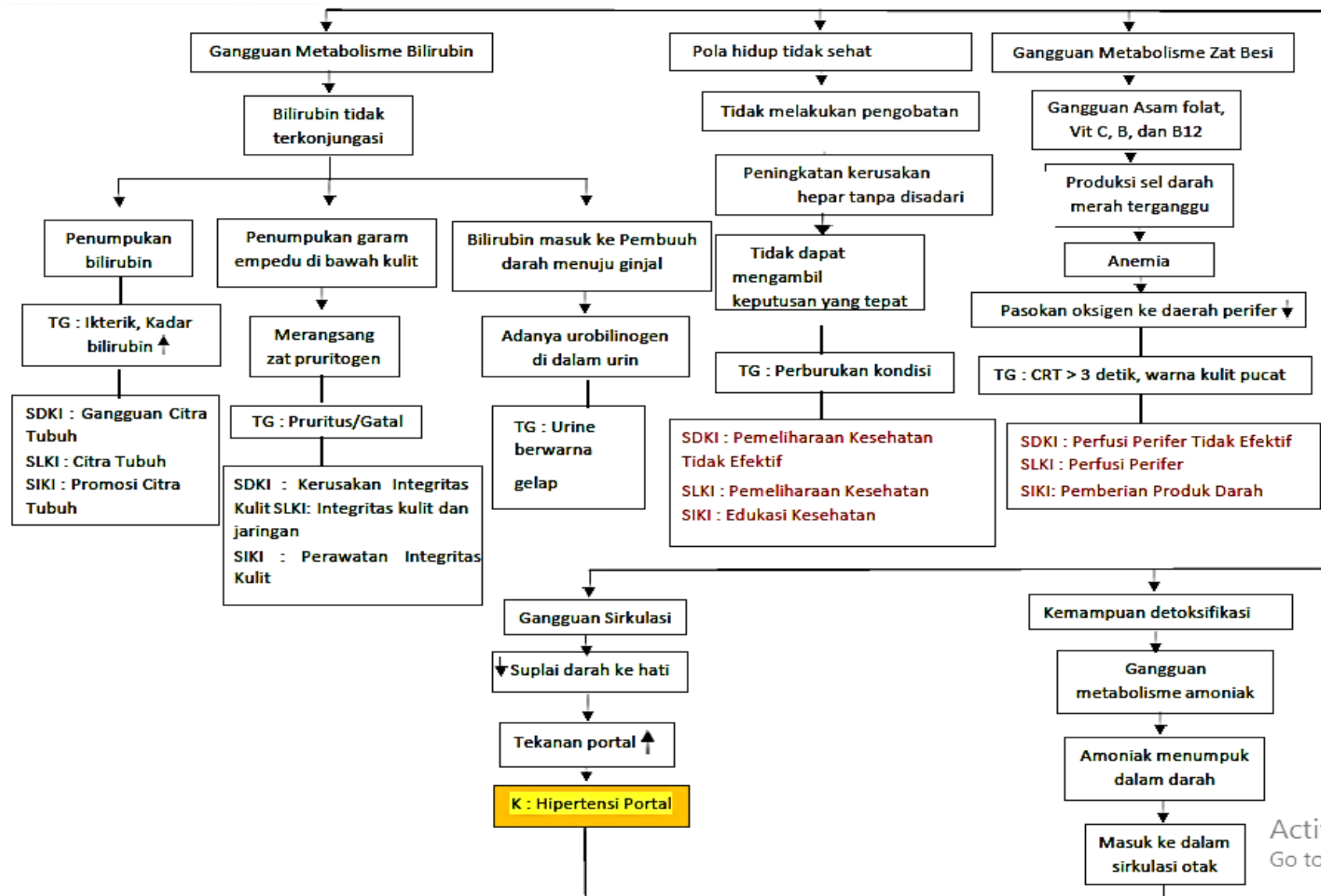
Rasional : Menambah pengetahuan pasien dan keluarga terkait perilaku hidup bersih dan sehat.

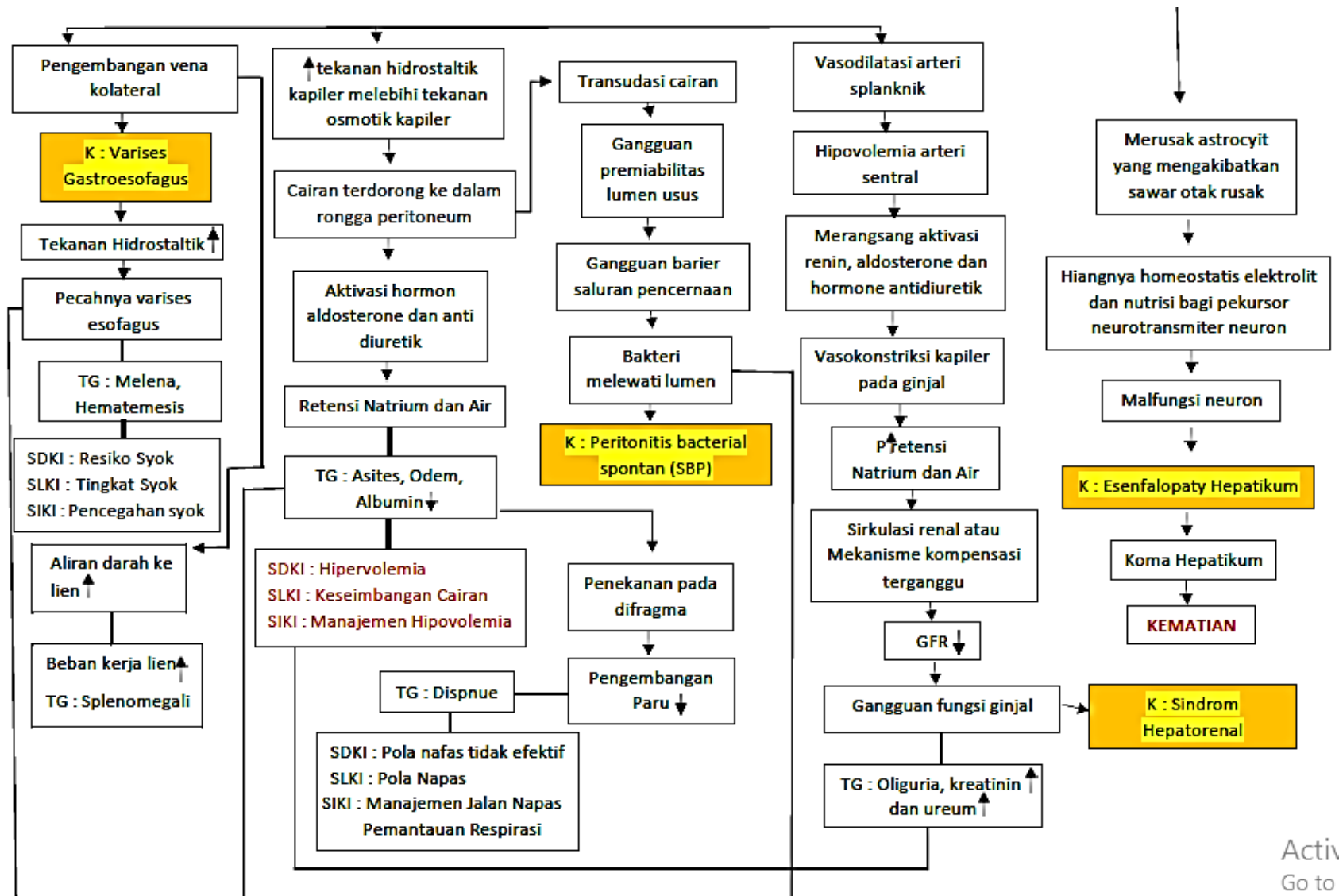
4. *Discharge Planning*

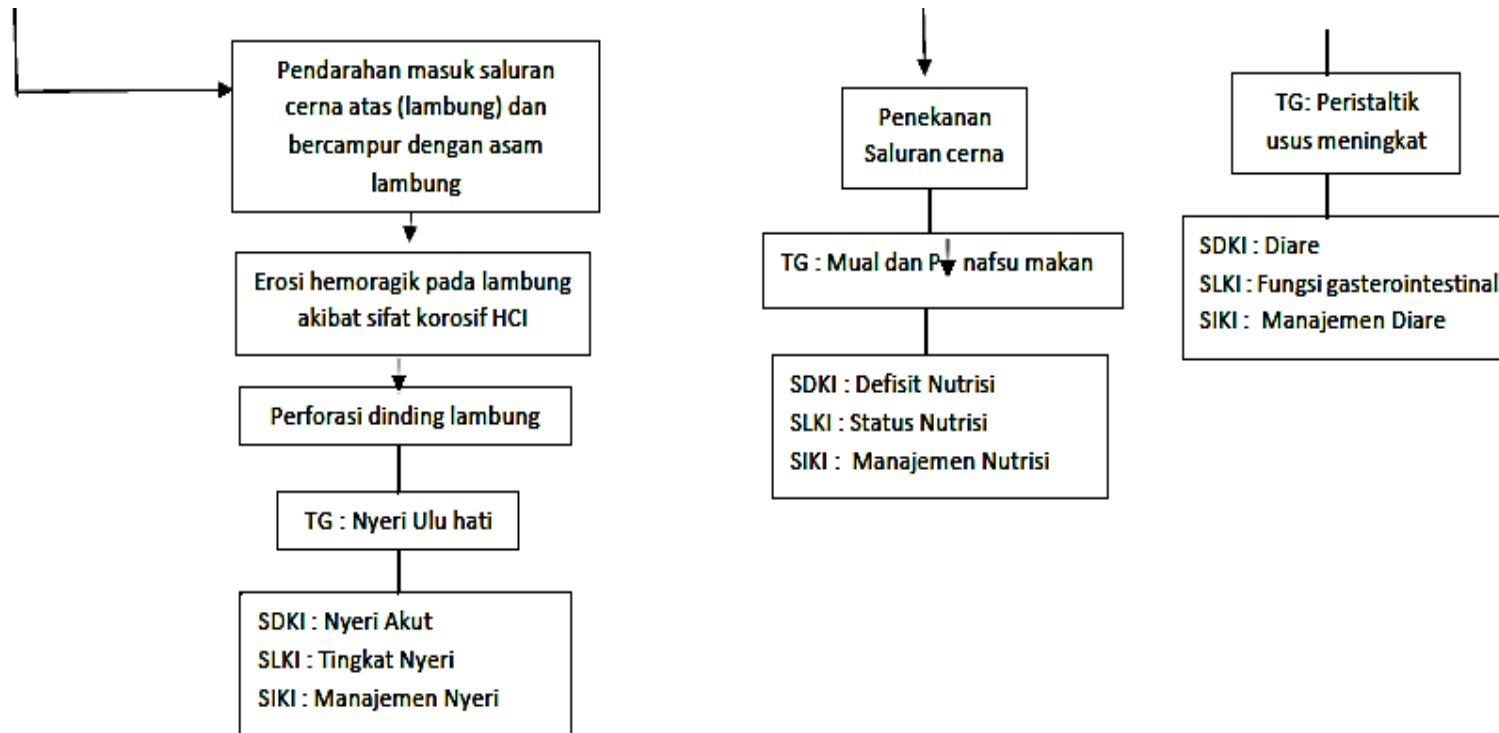
- a. Perawat menganjurkan pada pasien dan keluarga untuk mengonsumsi makanan rendah garam.
- b. Menghindari atau berhenti mengonsumsi alkohol.
- c. Meminum obat secara teratur sesuai dengan resep yang diberikan.
- d. Memberikan informasi terkait kondisi yang mengharuskan pasien dibawa ke pelayanan kesehatan, yaitu jika terjadi muntah darah, pengeluaran urine sedikit, gangguan berpikir, BAB berwarna hitam, peningkatan BB lebih dari 2,5 kg dalam waktu singkat, penurunan BB yang tidak disengaja lebih dari 5 kg.

C. Patoflowdiagram









BAB III

PENGAMATAN KASUS

Pasien Tn. M umur 41 tahun masuk rumah sakit di ruang perawatan Sta. Bernadeth II RS Stella Maris Makassar pada tanggal 01 April 2023 dengan diagnosa melena. Pasien mengeluh BAB berwarna hitam pekat lebih dari 10 kali dan muntah darah satu kali. Pasien kemudian dibawa ke RS Stella Maris Makassar untuk mendapatkan pengobatan. Pada saat pengkajian, pasien mengatakan BABnya berwarna hitam pekat, tidak ada nyeri pada saat BAB, tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur, tampak pasien pucat, tampak kulit pasien ikterik, tampak konjungtiva anemis, tampak pasien terpasang IVFD RL 500 cc dengan 20 tetes per menit pada tangan kanan. Pasien mengatakan sebelumnya memiliki riwayat penyakit hepatitis namun tidak memperbaiki pola hidupnya serta tidak menjalan pengobatan. Pasien mengatakan sering begadang dan memiliki riwayat mengkonsumsi alkohol saat masih muda. Kesadaran pasien compos mentis dengan GCS 15, tanda-tanda vital: tekanan darah 105/55 mmHg, nadi 76x/menit, suhu 36,10C, pernapasan 20x/menit, pengukuran lingkar perut didapatkan 121 cm, abdomen tampak buncit, perkusi pekak, *shifting dullness* (+). Hasil pemeriksaan laboratorium darah menunjukkan HGB 5,4 g/dl, HCT 16,2%, dan PLT 67 10³/UI. Terapi obat yang diberikan adalah Ocreotide ½ ampul/ IV, Omeprazole 40 mg 1 flc / 12 jam / IV, Ceftriaxone 1 gram / 12 jam / IV, Antasida 1 tab/oral (extra), Spironolstone 100 mg 1x1 per oral.

Berdasarkan data diatas maka penulis mengangkat tiga diagnosis keperawatan yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, dan pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji:	NIM:
1. Monica Tamba	NS2214901116
2. Rezki Mentodo	NS2214901140

Unit: Bernadeth II Autoanamnese : ✓

Kamar: 511 Bed 1 Alloanamnese : ✓

Tanggal masuk RS : 01 April 2023

Tanggal pengkajian : 03 April 2023

1. IDENTITAS

a. Pasien

- 1) Nama initial : Tn. M
- 2) Umur : 41 tahun
- 3) Jenis kelamin : Laki-laki
- 4) Status perkawinan : Menikah
- 5) Jumlah anak : 2 (dua)
- 6) Agama/ suku : Islam / Makassar
- 7) Warga negara : Indonesia
- 8) Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
- 9) Pendidikan : SMA
- 10) Pekerjaan : Wirausaha
- 11) Alamat rumah : Takalar

b. Penanggung Jawab

- 1) Nama : Ny. H
- 2) Umur : 39 tahun
- 3) Alamat : Takalar
- 4) Hubungan dengan pasien : Istri pasien

2. DATA MEDIK

a. Diagnosa medik

- 1) Saat masuk : Melena
- 2) Saat pengkajian : Sirosis hepatis + melena

3. KEADAAN UMUM

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak ~~sakit ringan/~~ **sedang/** ~~berat/ tidak tampak sakit~~

Alasan : tampak keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis, terpasang IVFD RL 500cc dengan 20 tpm pada tangan kanan, tampak conjungtiva anemis, tampak pasien ikterik, tampak pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur.

Kesadaran (kualitatif) : Composmentis

1) Skala koma Glasgow (kuantitatif)

- | | |
|------------------------|------------|
| a) Respon motorik | : 6 |
| b) Respon bicara | : 5 |
| c) Respon membuka mata | : <u>4</u> |
| Jumlah : | 15 |

Kesimpulan : Pasien dalam kondisi kesadaran penuh.

2) Tekanan darah: 105/55 mmHg

3) MAP: 71, 66 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai.

4) Suhu : 36,1⁰c di axilla

5) Pernapasan: 20x/menit

- Irama: Teratur
- Jenis: Dada

6) Nadi: 76 x/menit

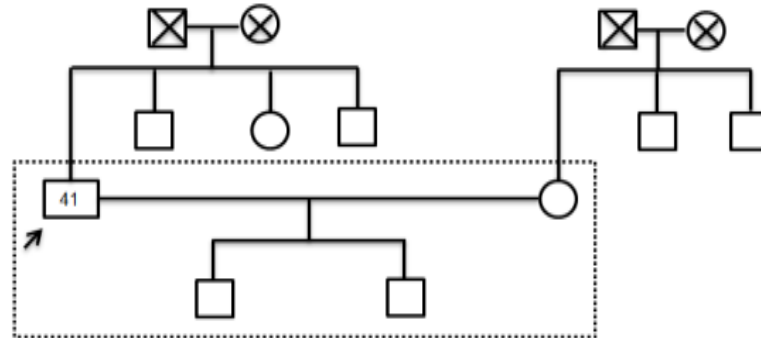
- Irama: Teratur dan teraba kuat.

b. Pengukuran.

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1) Lingkar lengan atas | : 31,9 cm |
| 2) Tinggi badan | : 165 cm |
| 3) Berat badan | : 65 kg |
| 4) IMT (Indeks Massa Tubuh) | : 23,89 kg/m ² |

Kesimpulan : Berat badan normal

Genogram



Keterangan:

- Laki-laki
- Perempuan
- ↗ Pasien
- ⊗ Meninggal
- Tinggal serumah

Penjelasan

Pasien mengatakan ia adalah seorang suami dan seorang ayah dari 2 orang anak. Pasien mengatakan ia tinggal bersama istri dan kedua anaknya. Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit yang sama dengannya. Pasien mengatakan ayahnya meninggal karena faktor usia dan ibunya meninggal karena hipertensi. Pasien mengatakan ayah dan ibu mertuanya meninggal karena faktor usia.

4. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

a. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan kesehatan itu penting. Keluarga pasien mengatakan jika sakit maka akan membeli obat dan beristirahat. Pasien mengatakan mengetahui menderita penyakit hepatitis B sejak tahun 2021 dan mengetahui penyebab serta pantangannya tetapi tidak melakukan pengobatan dan sering melanggar pantangannya dengan alasan merasa baik-baik saja dan tidak ada gejala yang berat. Pasien mengatakan sering begadang dan merokok. Pasien mengatakan sering minum alkohol saat masih muda, setelah menikah pasien jarang meminum alkohol.

2) Riwayat penyakit saat ini :

a) Keluhan utama : BAB berwarna hitam pekat

b) Riwayat keluhan utama :

Pasien mengatakan mengalami operasi laparascopi kolesistektomi tanggal 27 April 2023. Saat pulang ke rumah, pasien mengatakan BABnya berwarna hitam pekat. Pasien mengatakan muntah darah 1 kali setelah keluar dari RS. Keluarga pasien mengatakan pasien BAB berwarna hitam lebih dari 10 kali, merasa lemas dan tampak pucat sehingga memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit.

Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Pasien mengatakan menderita hepatitis B sejak tahun 2021 dan sempat dirawat di rumah sakit. Tampak pasien terlihat tidak peduli saat ditanya mengenai penyakitnya.

Riwayat kesehatan keluarga :

Pasien mengatakan ibunya menderita hipertensi.

Pasien mengatakan di keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit seperti dirinya.

Pemeriksaan fisik :

- c) Kebersihan rambut :tampak bersih, berwarna hitam, tidak berbau
- d) Kulit kepala :tampak bersih, tidak ada lesi
- e) Kebersihan kulit :tampak ikterik
- f) Higiene rongga mulut :tampak bersih, tak berbau
- g) Kebersihan genetalia :tampak bersih
- h) Kebersihan anus :tampak bersih

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan pola makan 3x sehari dengan menu sarapan pagi hari roti dan kopi sambil merokok, makan siang dan makan malam dengan menu nasi, sayur, serta ikan. Pasien mengatakan suka makan gorengan dan makanan yang asin. Pasien mengatakan minum air > 5 gelas (± 1600 cc) per hari. Pasien mengatakan BB sebelum sakit 68 kg. Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi vitamin ataupun suplemen lainnya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan pola makannya 3x sehari dengan menu yang disediakan dari rumah sakit yaitu bubur saring, ikan, tempe tahu, ayam,serta buah-buahan. Pasien mengatakan nafsu makannya menurun, mual dan menghabiskan setengah porsi bubur saring yang disediakan oleh rumah sakit. Pasien mengatakan perutnya

terasa begah dan penuh (cepat kenyang padahal makan hanya sedikit) sehingga pasien merasa tidak nyaman. Pasien mengatakan mengalami penurunan BB sebanyak 3 kg menjadi 65 kg dalam waktu kurang lebih 2 bulan.

Observasi :

Tampak pasien lemas, tampak pasien menghabiskan setengah porsi dari makanan yang disediakan, tampak perut pasien buncit, lingkar perut 121cm, tampak pasien tidak kurus.

3) Pemeriksaan fisik :

- | | |
|------------------------------|---|
| a) Keadaan rambut | :Tampak bersih, berwarna Hitam, tidak berbau |
| b) Hidrasi kulit | :Elastis |
| c) Palpebra/conjungtiva | :Tampak edema palpebra dan tampak konjungtiva anemis. |
| d) Sclera | :Tampak ikterik |
| e) Hidung | :Tampak bersih, tidak ada peradangan, dan septum berada ditengah. |
| f) Rongga mulut | :Tampak bersih
gusi : tampak berwarna pink kehitaman. |
| g) Gigi
Gigi | :Tampak ada karang gigi.
palsu: tidak ada penggunaan gigi palsu. |
| h) Kemampuan mengunyah keras | : Pasien tampak mampu mengunyah keras. |
| i) Lidah | : Tampak lidah bersih. |
| j) Pharing | : Tampak tidak ada peradangan. |

- k) Kelenjar getah bening :Tidak teraba pembesaran
- l) Kelenjar parotis :Tidak teraba pembesaran.
- m) Abdomen :
 - (1) Inspeksi :Tampak buncit
 - (2) Auskultasi :Terdengar bising usus 12x/menit
 - (3) Palpasi :Tidak ada nyeri tekan
 - (4) Perkusi :Pekak, *shifting dullness* (+)
- n) Kulit :
 - (1) Edema :Negatif
 - (2) Ikterik :Positif
 - (3) Tanda-tanda radang :Tampak tidak ada
 - (4) Lesi :Tampak tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan BAB 2 kali sehari dengan konsistensi padat dan tidak mengedan saat BAB, serta BAK lebih dari 5 kali sehari berwarna kekuningan. Pasien mengatakan tidak merasa nyeri saat BAB maupun BAK.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan BAB berwarna hitam pekat seperti oreo lebih dari 5x sehari. Pasien mengatakan kadang mengedan jika BAB. Saat pengkajian pasien mengatakan belum BAB dari pagi. Pasien mengatakan BAK 3x sehari berwarna pekat seperti teh.

3) Observasi :

Tampak BAB berwarna hitam pekat, tampak urine berwarna pekat.

4) Pemeriksaan fisik :

- a) Peristaltik usus :12 x/menit
- b) Palpasi kandung kemih :Teraba kosong
- c) Nyeri ketuk ginjal :Negatif
- d) Mulut uretra :Tidak dikaji
- e) Anus :
 - (1) Peradangan : Tidak dikaji
 - (2) Hemoroid : Tidak dikaji
 - (3) Fistula : Tidak dikaji

d. Pola Aktivitas Dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sehari-hari ia bekerja sebagai pengusaha mebel. Pasien mulai bekerja dari pagi hari lalu beristirahat siang hari kemudian dilanjutkan sampai malam hari. Pasien mengatakan jarang berolahraga.

Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan merasa lemas dan tidak mampu beraktivitas berat.

2) Observasi :

Tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur

Aktivitas harian :

- (1) Makan : 0
- (2) Mandi : 2
- (3) Pakaian : 2
- (4) Kerapihan : 2
- (5) Buang air besar : 2
- (6) Buang air kecil : 2
- (7) Mobilisasi di tempat tidur : 0

0 : mandiri
1 : bantuan dengan alat
2 : bantuan orang
3 : bantuan alat dan orang
4 : bantuan penuh

- a) Postur tubuh : tampak sedikit membungkuk.
- b) Gaya jalan : normal

- c) Anggota gerak yang cacat :Tampak tidak ada
 - d) Fiksasi :Tidak tampak penggunaan fiksasi
 - e) Tracheostomi :Tidak tampak penggunaan tracheostomi.
- 3) Pemeriksaan fisik
- a) Tekanan darah: 105/55 mmHg
 - b) HR : 76 x/menit
 - c) Kulit :
 - Keringat dingin :Akral teraba dingin
 - Basah :Tampak tidak ada
 - d) JVP: 5-2 cmH₂O
 - Kesimpulan :Pemompaan ventrikel jantung memadai.
 - e) Perfusi pembuluh kapiler kuku :kembali dalam > 3 detik.
 - f) Thorax dan pernapasan
 - (1) Inspeksi:
 - Bentuk thorax :Tampak datar dan simetris
 - Retraksi interkostal :Tampak tidak ada
 - Sianosis :Tampak tidak ada
 - Stridor :Tampak tidak ada
 - (2) Palpasi :
 - Vocal premitus :Teraba getaran pada kedua lapang paru sama
 - Krepitasi :Tidak teraba adanya krepitasi.
 - (3) Perkusi :Terdengar sonor pada kedua lapang paru
 - (4) Auskultasi
 - Suara napas :Terdengar vesikular
 - Suara ucapan :Terdengar jelas dan normal
 - Suara tambahan :Tidak terdengar

g) Jantung

(1) Inspeksi.

Ictus cordis :Tidak tampak.

(2) Palpasi.

Ictus Cordis :Ictus cordis teraba 2 jari pada
ICS 5 linea mid clavicularis
sinistra.

(3) Perkusi.

Batas atas jantung :Pada ICS 2 linea
parasternalis sinistra

Batas bawah jantung :Pada ICS 5 mid
clavicularis sinistra

Batas kanan jantung :Pada ICS 2 linea sternalis
dextra

Batas kiri jantung :Pada ICS 5 linea mid
clavicularis sinistra

h) Auskultasi.

(1) Bunyi jantung II A :Terdengar tunggal pada ICS 2
linea sternalis dextra.

(2) Bunyi jantung II P :Terdengar tunggal pada ICS 2
dan 3 linea sternalis sinistra

(3) Bunyi jantung I T :Terdengar tunggal pada ICS 4
linea sternalis kiri.

(4) Bunyi jantung I M :Terdengar tunggal pada ICS 5
linea midclavicularis sinistra

(5) Bunyi jantung III irama gallop : Tidak terdengar.

(6) Murmur :Tidak terdengar.

(7) Bruit Aorta :Tidak terdengar.

Arteri Renalis :Tidak terdengar.

Arteri Femoralis :Tidak terdengar.

i) Lengan dan Tungkai.

- (1) Atrofi otot :Negatif.
 (2) Rentang Gerak :Tampak pasien mampu mengangkat tangan dan kakinya.
 Kaku sendi :Tidak tampak.
 Nyeri sendi :Tidak tampak.
 Fraktur :Tidak tampak.
 Parese :Tidak tampak.
 Paralisis :Tidak tampak.

(3) Uji Kekuatan Otot.

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Kesimpulan: Kekuatan penuh.

Refleks fisiologi

- (1) Bisep : + / +
 (2) Trisep : + / +
 (3) Patella : + / +
 (4) Achilles : + / +

Refleks patologis

- (1) Babinski Kiri :Negatif.
 (2) Babinski Kanan :Negatif.
 Clubbing jari-jari :Negatif.

Varises tungkai :Tidak tampak adanya varises tungkai.

j) Columna vertebralis

1. Inspeksi :Tampak sedikit lordosis
 2. Palpasi :Teraba tidak ada benjolan
 3. Kaku kuduk :Tidak ada

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sering begadang hingga lewat jam 12 malam dan bangun jam 6 pagi untuk sholat subuh lalu lanjut bekerja. Pasien mengatakan tidur siang selama 1-2 jam setiap harinya. Pasien mengatakan tidak ada gangguan tidur dan dapat langsung tertidur dengan pulas jika beristirahat.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sulit tidur di malam hari karena merasa tidak nyaman dengan perutnya dan terbiasa begadang hingga larut malam. Pasien mengatakan ia tidur jam 23.00 wita hingga jam 05.00 wita namun tidurnya tidak pulas dan sering terbangun bahkan tidak tidur sama sekali. Pasien mengatakan tidur siang dari jam 12.00 wita hingga jam 15.00 wita.

Observasi :

Tampak pasien lemas, tampak pasien sesekali menguap.

- a) Ekspresi wajah mengantuk : Positif.
- b) Banyak menguap : Positif
- c) Palpebra inferior berwarna gelap : Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia mampu melihat dan mendengar dengan baik tanpa alat bantu. Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pada pengecapan, penghiduan, maupun perabaan dan daya ingat pasien juga masih baik.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada perubahan pada fungsi persepsi sensori.

3) Observasi :

Tampak pasien mampu membaca papan nama perawat dengan ukuran font 12 dalam jarak ± 30 cm tanpa menggunakan alat bantu.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan

- (1) Kornea :Tampak jernih
- (2) Pupil :Tampak isokor
- (3) Lensa mata :Tampak jernih
- (4) Tekanan intra okuler (TIO) : Tekanan intraokuler pada kedua bola mata sama

b) Pendengaran

- (1) Pina :Tampak bersih dan simetris.
- (2) Kanalis :Tampak tidak ada serumen.
- (3) Membran timpani :Tampak utuh
- (4) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai: pasien mampu merasakan sentuhan pada tangan dan kakinya.

g. Pola Persepsi Dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia sebagai kepala keluarga, seorang suami bagi istrinya dan seorang ayah bagi kedua anaknya. Pasien mengatakan sehari-hari bekerja mencari nafkah untuk keluarganya. Pasien mengatakan sering memberi nasihat kepada anak-anaknya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak bisa mencari nafkah karena kondisinya tidak memungkinkan. Pasien mengatakan ingin cepat sembuh agar dapat kembali ke aktivitasnya.

3) Observasi :

Tampak pasien mampu berinteraksi dengan baik.

- a) Kontak mata :Tampak ada kontak mata saat berinteraksi.
- b) Rentang perhatian :Rentang perhatian pasien penuh.
- c) Suara dan cara bicara:Terdengar jelas dan agak pelan.
- d) Postur tubuh :Tampak sedikit membungkuk.

4) Pemeriksaan fisik :

- a) Kelainan bawaan yang nyata: Tidak tampak adanya kelainan
- b) Bentuk/postur tubuh :Tampak sedikit membungkuk.
- c) Kulit : Tampak ikterik

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tinggal bersama istri dan kedua anaknya. Pasien mengatakan hubungan dengan istri, anak, dan keluarganya terjalin baik.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan merasa sangat diperhatikan oleh istri, anak dan keluarganya. Pasien mengatakan istri dan anaknya selalu mendampingi dan menjaga pasien selama dirawat dan keluarga serta kerabat datang menjenguk pasien.

3) Observasi :

Tampak istri dan anak pasien menjaga pasien, tampak pasien sering dikunjungi oleh kerabat ataupun teman-temannya.

i. Pola Reproduksi Dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan hubungan dengan istri baik, pasien mengatakan tidak memiliki masalah atau gangguan seksual.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan gairah seksual berkurang karena pasien fokus untuk pengobatan dan proses penyembuhan penyakitnya.

3) Observasi :

Tampak tidak ada perilaku menyimpang pada pasien.

4) Pemeriksaan fisik:

Tampak pasien berpakaian dan berpenampilan sesuai dengan jenis kelaminnya.

j. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan santai dalam menjalani kehidupan bersama keluarganya. Keluarga pasien mengatakan pasien jarang marah, dan jika ada masalah selalu mendiskusikan dengan istrinya untuk mencari solusi.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien merasa cemas dengan kondisinya, pasien selalu memikirkan penyakitnya. Pasien merasa tidak nyaman dengan kondisinya saat ini yang hanya terbaring lemah di tempat tidur.

3) Observasi :

Tampak pasien sedikit sedih saat menceritakan perasaannya terkait kondisi penyakitnya.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia seorang beragama Islam dan selalu melakukan sholat 5 waktu. Pasien juga mengatakan tidak memiliki nilai budaya atau agama tertentu yang dianut yang berhubungan dengan kesehatannya,

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan ia melakukan kegiatan beribadah atau sholat di tempat tidur. Pasien mengatakan lebih banyak berdoa dalam hati demi kesembuhannya.

3) Observasi:

Tampak pasien mendengarkan lantunan ayat suci Al-quran melalui smartphon e nya.

5. UJI SARAF CRANIAL

a. N I (Olfaktorius)

Pasien dapat menghirup dan menyebutkan aroma minyak kayu putih dengan mata tertutup.

b. N II (Opticus)

Pasien mampu membaca tanda pengenal perawat dalam jarak ± 30 cm dengan ukuran font 12.

c. N III, IV, VI (Oculomotorius, Trochlearis, Abducen)

Pasien mampu mengikuti gerakan tangan perawat ke atas, bawah, kiri, dan kanan.

d. N V (Trigeminus)

Sensorik : Pasien mampu menunjuk lokasi gerakan tissue pada wajah pasien.

Motorik : Pasien mampu menelan dan menggigit dengan baik.

e. N VII (Fascialis)

Sensorik : Pasien mampu mengangkat kedua alis.

Motorik : Pasien mampu merasakan rasa dari makanan yang

disediakan.

f. N VIII (Vestibulotrochlearis)

Vestibularis: Pasien mampu berjalan seimbang ke toilet dengan dibantu keluarga.

Akustikus: Pasien mampu mendengar dan menunjuk lokasi suara gesekan tangan perawat di kedua telinga pasien

g. N IX (Glossopharyngeus)

Tampak uvula berada di tengah.

h. N X (Vagus)

Pasien mampu menelan dengan baik.

i. N XI (Accesorius)

Pasien mampu mengangkat bahu kanan dan kiri.

j. N XII (Hypoglossus)

Pasien mampu mendorong pipi kiri dan kanan dari dalam dengan menggunakan lidah.

6. PEMERIKSAAN PENUNJANG

a. USG Abdomen dan Pelvis (04 Mei 2023)

Kesan:

- SIRRHOsis liver
- Splenomegaly
- GB post op
- Banyak echo udara ec. Ileus DD: Meteorismus
- Ascites
- Efusi pleura kiri minimal

b. Laboratorium (02 Mei 2023)

Tabel 3.1: Hasil Laboratorium 01 Mei 2023

Parameter	Nilai	Rujukan	Satuan	Ket.
WBC	24.97	4.60 – 10.20	10 ³ /uL	High
RBC	2.29	4.70 – 6.10	10 ⁶ /uL	Low
HBG	6.0	14.1 – 18.1	g/dl	Low
HCT	18.4	43.5 – 53.7	%	Low

c. Laboratorium (04 Mei 2023)

Tabel 3.2: Hasil Laboratorium 03 Mei 2023

Parameter	Nilai	Rujukan	Satuan	Ket.
Albumin	2.41	3.5 - 5	g/dl	Low
Natrium	150	136 - 145	mmol/ L	High
Kalium	3.3	3.4 – 4.5	mmol/ L	Low
WBC	4.36	4.60 – 10.20	10 ³ /uL	Low
RBC	1.96	4.70 – 6.10	10 ⁶ /uL	Low
HBG	5.4	14.1 – 18.1	g/dl	Low
HCT	16.2	43.5 – 53.7	%	Low
PLT	67	150 - 450	10 ³ /uL	Low

d. Laboratorium (06 Mei 2023)

Tabel 3.3: Hasil Laboratorium 05 Mei 2023

Parameter	Nilai	Rujukan	Satuan	Ket.
Albumin	2.88	3.5 - 5	g/dl	Low
HBG	7.4	14.1 – 18.1	g/dl	Low

7. TERAPI

a. Ocreotide

1. Nama obat
Ocreotide.
2. Klasifikasi/golongan obat
Obat sintetis hormon.
3. Dosis umum
50 mcg/ 4 jam/ IV.
4. Dosis untuk pasien
25 mcg (1/2 ampul)/ 12 jam/ IV.
5. Cara pemberian obat
Injeksi intravena pada bolus.
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat
Obat ini bekerja dengan cara menghambat pelepasan hormon pertumbuhan dan beberapa hormon saluran pencernaan, termasuk glukagon, insulin, serotonin, dan vasoactive intestinal peptide.
7. Alasan pemberian obat pada pasien
Obat ini diberikan untuk mengatasi perdarahan pada saluran pencernaan.
8. Kontra indikasi
Pasien yang memiliki alergi terhadap obat ini, konsumsi obat jantung atau tekanan darah, dan penggunaan insulin atau obat diabetes oral.
9. Efek samping
Kembung, gejala seperti flu, sembelit, diare, sakit perut, muntah, sakit kepala, lelah, rambut rontok, nyeri punggung, otot, atau persendian, dan iritasi hidung atau tenggorokan.

b. Omeprazole

1. Nama obat

Omeprazole.

2. Klasifikasi/golongan obat

Proton pump inhibitor.

3. Dosis umum

40 mg/ 24 jam/ IV.

4. Dosis untuk pasien

40 mg/ 12 jam/ IV.

5. Cara pemberian obat

Injeksi intravena pada bolus.

6. Mekanisme kerja dan fungsi obat

Obat ini bekerja dengan cara menghambat pompa proton yang berperan besar dalam produksi asam lambung. Dengan cara kerja tersebut, obat ini dapat mengurasi gejala iritasi dinding lambung seperti nyeri ulu hati, mual, dan kembung.

7. Alasan pemberian obat pada pasien

Mencegah terjadinya peningkatan asam lambung akibat konsumsi obat lain.

8. Kontra indikasi

Pasien dengan hipersensitivitas terhadap omeprazole dan obat golongan penghambat pompa proton lainnya.

9. Efek samping

Sakit kepala, sakit perut atau kembung, mual muntah, diare, sembelit, gejala flu seperti demam, sakit tenggorokan, atau pilek.

c. Ceftriaxone

1. Nama obat

Ceftriaxone.

2. Klasifikasi/golongan obat

Antibiotik golongan sefalosporin.

3. Dosis umum

2gr/ 12 jam/ IV.

4. Dosis untuk pasien

1 gr/12 jam/ IV.

5. Cara pemberian obat

Injeksi intravena pada bolus.

6. Mekanisme kerja dan fungsi obat

Obat ini bekerja dengan cara membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi dalam tubuh. Selain itu, ceftriaxone juga dapat digunakan untuk mencegah infeksi pada saat operasi.

7. Alasan pemberian obat pada pasien

Mengurangi infeksi pada pasien.

8. Kontra indikasi

Pasien dengan hipersensitivitas terhadap obat ini ataupun golongan sefalosporin lainnya. Penggunaan harus hati-hati pada pasien dengan riwayat alergi penisilin karena dapat menyebabkan terjadinya reaksi silang.

9. Efek samping

Sakit kepala, diare, keputihan, ruam kulit, kantuk, sakit perut, keringat berlebihan.

d. Antasida

1. Nama obat

Antasida.

2. Klasifikasi/golongan obat

Obat esensial nasional (DOEN).

3. Dosis umum

1-2 tablet (200mg – 400mg)/ 12 jam/ oral.

4. Dosis untuk pasien

1 tablet (200mg)/ oral pada saat mual muntah (extra).

5. Cara pemberian obat

Melalui oral (dikunyah).

6. Mekanisme kerja dan fungsi obat

Obat ini bekerja dengan cara menetralkan asam lambung sehingga keluhan akibat naiknya asam lambung akan mereda. Obat ini dapat bekerja dalam hitungan jam setelah diminum namun obat ini hanya bisa meredakan gejala dan tidak dapat mengobati penyebab meningkatnya asam lambung.

7. Alasan pemberian obat pada pasien

Mengatasi mual muntah dan rasa perih yang diakibatkan oleh peningkatan asam lambung.

8. Kontra indikasi

Pasien dengan disfungsi ginjal berat, hipersensitif terhadap obat ini, dan obstruksi saluran pencernaan.

9. Efek samping

Nyeri perut, konstipasi, diare, mual muntah, pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi hiperfosfatemia dan hipermagnesimia.

e. Spironolactone

1. Nama obat

Spironolactone.

2. Klasifikasi/golongan obat

Golongan diuretik hemat kalium.

3. Dosis umum

100-400 mg/ 24 jam/ oral.

4. Dosis untuk pasien

100mg/ 24 jam/ oral.

5. Cara pemberian obat

Melalui oral.

6. Mekanisme kerja dan fungsi obat

Obat ini bekerja dengan cara menghambat penyerapan garam (natrium) dan air yang berlebihan ke dalam tubuh serta menjaga agar kadar kalium darah tidak terlalu rendah.

7. Alasan pemberian obat pada pasien

Mengatasi kelebihan natrium dalam darah serta meringankan gejala sirosis.

8. Kontra indikasi

Pasien dengan hipersensitivitas terhadap obat ini serta konsumsi kalium, OAINS, lithium, digoxin, dan colestyramine.

9. Efek samping

Pusing, rasa kantuk, mual muntah, diare.

- f. Albumin 20%
1. Nama obat
Albumin 20%
 2. Klasifikasi / golongan obat
Pengganti plasma/ terapi berbasis protein
 3. Dosis umum
Albumin 25% 200-300 ml per hari
 4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan
Albumin 20% (100 ml) / 24 jam
 5. Cara pemberian
Intravena
 6. Mekanisme kerja dan fungsi obat
Albumin berfungsi untuk mengangkut hormon, asam lemak, dan senyawa lainnya, sebagai buffer pH, dan mempertahankan tekanan onkotik intravaskuler. Human albumin meningkatkan tekanan onkotik intravaskuler dan menyebabkan pergerakan cairan dari interstisial ke ruang intravascular.
 7. Alasan pemberian obat
Diberikan pada Tn. M karena mengalami hipoalbumin
 8. Kontra indikasi
Riwayat hipersensitivitas pada obat ini dan komponen dalam sediaan, serta hipersensitifitas terhadap perfultren atau produk darah, gagal jantung (kondisi saat otot jantung menjadi sangat lemah sehingga tidak bisa memompa cukup darah ke seluruh tubuh pada tekanan yang tepat) dan anemia berat.
 9. Efek samping obat :
Mual, muntah, sakit kepala, demam atau menggigil, hipotensi, takikardi, sesak napas, ruam.

g. Transfusi PRC (Packed Red Cells) 240 ml 4 Bag

1. Nama Obat

PRC (240 ml)

2. Klasifikasi / golongan obat

komponen darah (sel darah merah)

3. Dosis umum : -

4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan

Total pemberian PRC 4 bag dalam 3 hari (2 bag/hari)

5. Cara pemberian

Intravena (transfusi)

6. Mekanisme kerja dan fungsi obat

Tujuan transfusi PRC adalah meningkatkan kadar hemoglobin klien tanpa menaikkan volume darah secara nyata, mengganti darah yang hilang karena perdarahan, mencegah dan mengatasi perdarahan karena kekurangan/kelainan komponen darah misalnya pada penderita thalassemia.

7. Alasan pemberian obat

Diberikan pada Tn. M karena mengalami anemia dimana kadar hemoglobin 5.4 g/dl dan RBC $1.96 \times 10^6/UL$

8. Kontra indikasi

Transfusi prc tidak dilakukan bila kadar HB ≥ 10 g/dl.

9. Efek samping obat

Demam, alergi, infeksi, hemokromatosis, reaksi anafilaktik

B. Analisa Data

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan BAB berwarna hitam lebih dari 5x sehari 2. Pasien mengatakan badannya terasa lemas <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Warna kulit pucat 2. Tampak conjungtiva anemis 3. Tampak perfusi pembuluh kapiler kuku kembali dalam > 3 detik 4. HGB 5.4 g/dl 5. RBC $1.96 \times 10^6/\text{UI}$ 6. HCT 16.2 % 7. PLT $67 \times 10^3/\text{UI}$ 	<p>Penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif</p>
<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan perutnya terasa begah dan penuh <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak perut pasien buncit 2. Perkusi abdomen pekak, <i>shifting dullness</i> (+) 3. Lingkar perut 121 cm 4. Tampak urine berwarna pekat seperti teh 5. Natrium 150 mmol/L 6. Albumin 2.41 g/dl 7. HCT 16,2 % 8. USG abdomen kesan ascites dan sirtrosis liver 	<p>Gangguan mekanisme regulasi</p>	<p>Hipervolemia</p>
<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan mengetahui menderita penyakit hepatitis B sejak tahun 2021 dan 	<p>Ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat</p>	<p>Pemeliharaan kesehatan tidak efektif</p>

<p>mengetahui penyebab serta pantangannya tetapi tidak melakukan pengobatan dan sering melanggar pantangannya dengan alasan merasa baik-baik saja dan tidak ada gejala yang berat</p> <ol style="list-style-type: none">2. Pasien mengatakan masih sering merokok dan begadang3. Pasien mengatakan suka makan gorengan dan makanan asin. <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tampak pasien terlihat tidak peduli saat ditanya mengenai penyakitnya		
---	--	--

C. Diagnosis Keperawatan

Tabel 3.4: Diagnosis Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan
1.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dibuktikan dengan pengisian kapiler > 3 detik, tampak warna kulit pucat, akral terasa dingin, serta nadi perifer menurun (D.0009).
2.	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan tampak abdomen pasien buncit, hasil CT scan abdomen menunjukkan kesan asites, penurunan kadar albumin (2.41 g/dl) (D.0022).
3.	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat dibuktikan dengan pasien tampak tidak peduli saat ditanya mengenai penyakitnya, pasien mengatakan mengetahui penyakitnya namun tidak melakukan pengobatan karena tidak merasakan gejala yang berat, dan pasien mengatakan sering melanggar pantangan penyakitnya. (D.0117).

D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5: Intervensi Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)</p> <p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan BAB berwarna hitam lebih dari 5x sehari Pasien mengatakan badannya terasa lemas <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Warna kulit pucat Tampak conjungtiva anemis Tampak perfusi pembuluh kapiler kuku kembali dalam > 3 detik HGB 5,4 g/dl RBC $1.96 \times 10^6/\text{UI}$ HCT 16.2 % PLT $67 \times 10^3/\text{UI}$ 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi perifer meningkat (L.02011) dan tingkat perdarahan menurun (L.02017) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Denyut nadi meningkat Warna kulit pucat cukup menurun Pengisian kapiler cukup membaik Tekanan darah sistolik dan diastolik cukup membaik Hemoglobin cukup membaik Hematokrit cukup membaik 	<p>Pemantauan tanda vital (I.02060)</p> <ol style="list-style-type: none"> Observasi <ol style="list-style-type: none"> Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh Identifikasi penyebab perubahan tanda vital Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan <p>Pemantauan hasil laboratorium (I.02057)</p> <ol style="list-style-type: none"> Observasi <ol style="list-style-type: none"> Monitor hasil laboratorium yang diperlukan. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> Interpretasikan hasil pemeriksaan laboratorium. <p>Pemberian produk darah/ transfusi darah (I.02089)</p> <ol style="list-style-type: none"> Observasi <ol style="list-style-type: none"> Monitor tanda-tanda vital sebelum, selama, dan setelah transfusi diberikan. Monitor reaksi transfusi

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan pengecekan ganda (<i>double check</i>) pada label darah (golongan darah, rhesus, tanggal kadaluarsa, nomor seri, jumlah, dan identitas pasien) b. Berikan transfusi dalam waktu maksimal 4 jam c. Dokumentasikan tanggal, waktu, jumlah darah, durasi, dan respon transfusi 3. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur transfusi.
2.	<p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022)</p> <p>Data subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan perutnya terasa begah dan penuh. <p>Data objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak perut pasien buncit 2. Perkusi terdengar pekak, <i>shifting dullness</i> (+) 3. Lingkar perut 121cm 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan keseimbangan cairan meningkat (L.03020) dan keseimbangan elektrolit (L.03021) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelembaban membran mukosa cukup meningkat 2. Haluaran urine cukup meningkat 3. Asites cukup menurun 4. Serum natrium cukup 	<p>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia b. Identifikasi penyebab hipervolemia c. Monitor intake dan output d. Monitor hemokonsentrasi e. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma f. Monitor efek samping diuretik 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Timbang BB setiap hari pada waktu yang sama b. Batasi asupan cairan dan garam c. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat 3. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan melaporkan jika haluaran urine <

	<p>4. Tampak urine berwarna pekat</p> <p>5. Natrium 150 mmol/L</p> <p>6. Albumin 2.41 g/dl</p> <p>7. HCT 16.2%</p> <p>8. USG abdomen kesan ascites dan sirrhosis liver</p>	<p>meningkat</p> <p>5. Serum kalium cukup meningkat</p>	<p>0,5 mL/ kg/ jam dalam 6 jam</p> <p>b. Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari</p> <p>4. Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian diuretik</p>
3	<p>Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat (D.0117).</p> <p>Data subjektif:</p> <p>1. Pasien mengatakan mengetahui menderita penyakit hepatitis B sejak tahun 2021 dan mengetahui penyebab serta pantangannya tetapi tidak melakukan pengobatan dan sering melanggar pantangannya dengan alasan merasa baik-baik saja dan tidak ada gejala yang berat.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pemeliharaan kesehatan meningkat (L.12106) dan manajemen kesehatan meningkat (L.12104) dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Kemampuan menjalankan perilaku sehat cukup meningkat</p> <p>2. Menunjukkan perilaku adaptif cukup meningkat</p> <p>3. Aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan cukup meningkat</p>	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p>1. Observasi</p> <p>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>2. Terapeutik</p> <p>a. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>b. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>3. Edukasi</p> <p>a. Jelaskan faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan</p> <p>b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>

	<p>2. Pasien mengatakan masih sering begadang dan merokok</p> <p>3. Pasien mengatakan suka makan gorengan dan makanan yang asin.</p> <p>Data objektif</p> <p>1. Tampak pasien terlihat tidak peduli saat ditanya mengenai penyakitnya.</p>		
--	--	--	--

E. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6: Implementasi Keperawatan

Tanggal	DK	Jam	Implementasi	Paraf
Kamis, 04 Mei 2023	I	08.15	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD: 110/70 mmHg N: 74 x/menit S: 36,6°C P: 20 x/menit SPO ₂ : 99% Kesadaran compos mentis, GCS 15, Tampak pasien lemas, kulit pucat, konjungtiva anemis, sclera ikterik, CRT kembali dalam 4 detik Pasien mengatakan pagi ini BAK 400 cc	Monica
	II	08.20	Mengganti cairan infus Hasil : RL 500 cc	Monica
	I	10.05	Memberikan terapi injeksi Hasil : injeksi omeprazole 40 mg/ 12 jam/ IV, ceftriaxone 1 gr/ 12 jam/ IV Pasien mengatakan mual masih ada, perut terasa penuh masih ada	Monica
	II	10.10	Meninggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat Hasil: tampak pasien dalam posisi semi fowler, pasien mengatakan lebih nyaman dalam posisi semi fowler.	Monica
		10.25	Mengikuti kolaborasi dengan dokter jika hasil laboratorium memerlukan intervensi Hasil: Albumin 2,41 g/dl Memberikan albumin 20% 100cc/ 24 jam/IV	Monica
	II	11.35	Memonitor tanda dan gejala hipervolemia Hasil: pasien mengatakan perutnya terasa makin membesar, pasien mengatakan perut terasa cepat penuh, tampak abdomen buncit, perkusi abdomen terdengar pekak, <i>shifting dullness</i> (+), lingkar perut 121 cm	Monica
	II	11.45	Memonitor intake dan output Hasil: BAB 1X warna hitam, BAK 3x warna pekat seperti teh ±500cc, tidak ada nyeri saat BAB maupun BAK, makan 3x sehari	Monica

		bubur saring dan susu tetapi hanya mampu menghabiskan ½ porsi (120cc) karena perut terasa penuh dan mual, minum air putih dari pagi sampai siang sekitar 200 cc.	
I	12.05	Memberikan produk darah/ transfusi darah PRC 240 cc Hasil : Pasien dan keluarga dijelaskan tujuan dan prosedur transfusi darah, pasien dan keluarga mengerti penjelasan perawat serta setuju dilakukan transfusi darah.	Monica
I	12.10	Melakukan pengecekan ganda (<i>double check</i>) pada label darah (golongan darah, rhesus, tanggal kadaluarsa, nomor seri, jumlah, dan identitas pasien) Hasil : data pada label darah dan data pada formulir transfusi darah sudah sesuai.	Monica
I	12.25	Memonitor tanda-tanda vital sebelum dan selama transfusi diberikan Hasil : TD : 108/74 mmHg N : 68 x/menit S : 36,8 °C P : 20 x/menit SpO2 : 99 % Tampak pasien pucat, konjungtiva anemis, sclera ikterik , tidak ada reaksi alergi maupun menggigil	Monica
I	12.25	Memberikan transfusi dalam waktu maksimal 4 jam Hasil : pasien dilakukan transfusi darah PRC 240 cc habis dalam waktu 4 jam	Monica
I	13.35	Memonitor tanda- tanda vital dan memonitor reaksi transfusi Hasil : TD : 110/78 mmHg N : 72 x/menit S : 36,9 °C P : 20 x/menit SpO2 : 99 % KU Baik, tidak ada reaksi alergi dan tidak ada menggigil	Monica

	II	14.05	Membatasi asupan cairan dan garam Hasil : Pasien dianjurkan untuk mengurangi konsumsi makanan yang asin serta membatasi minum air Pasien mengatakan hanya mengkonsumsi makanan yang disediakan di rumah sakit tetapi biasanya menambahkan garam pada makanan karena terasa hambar (bubur saring, rendah garam, susu)	Monica
	II	14.10	Menganjurkan melaporkan jika haluaran urine <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam dan melapor jika BB bertambah >1kg dalam sehari. Hasil: Pasien dan keluarga mengerti anjuran perawat dan mengatakan akan melaporkan kepada perawat jika urine yang keluar sedikit dan BB bertambah > 1 kg dalam sehari.	Monica
	I	14.35	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD 104/64 mmHg N 85 x/menit S 36,7°C P 20 x/menit	Rezki
	II	15.15	Mengidentifikasi penyebab hipervolemia Hasil: Hipervolemia disebabkan oleh penumpukan cairan di abdomen (asites). Asites ini disebabkan oleh sirosis hepatis dekompensata. Sirosis hepatis menyebabkan peningkatan aliran darah menuju hati sehingga terjadi peningkatan cairan pada rongga abdomen.	Rezki
	II	15.45	Menimbang BB setiap hari pada waktu yang sama Hasil: BB 65 kg	Rezki
	II	16.08	Memonitor intake dan output Hasil: BAB tidak ada, BAK 1x warna pekat seperti teh 350cc, tidak ada nyeri saat BAB maupun BAK, makan bubur saring dan susu tetapi hanya mampu menghabiskan ½ porsi (120cc) karena perut terasa penuh dan mual	Rezki

	II	16.10	Mengganti cairan infus Hasil : Cairan RL 500 cc	
	II	16.23	Meninggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat Hasil: tampak pasien dalam posisi semi fowler, pasien mengatakan lebih nyaman dalam posisi semi fowler.	Rezki
	I	16.45	Memberikan terapi injeksi Hasil : injeksi omeprazole 40 mg/ 12 jam/ IV, ceftriaxone 1 gr/ 12 jam/ IV Pasien mengatakan mual masih ada, perut terasa penuh.	Rezki
	III	17.56	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Hasil: Tampak pasien dan keluarga pasien siap untuk menerima informasi	Rezki
	II	18.03	Membatasi asupan cairan dan garam Hasil : Pasien dianjurkan untuk mengurangi konsumsi makanan yang asin serta membatasi minum air. Pasien mengatakan hanya mengonsumsi makanan yang disediakan di rumah sakit tetapi biasanya menambahkan garam pada makanan karena terasa hambar (bubur saring rendah garam, susu)	Rezki
	III	19.35	Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Hasil: Pasien dan keluarga pasien setuju untuk diberikan edukasi besok	Rezki
	II	22.10	Memberikan terapi diuretik Hasil : Spironolactone 100 mg/ 24 jam/ oral	Perawat
	I,II	23.40	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD: 110/70 mmHg N: 74 x/menit S: 36,8°C P: 20x/menit Memonitor intake dan output Hasil : Keluarga mengatakan pasien minum	Perawat

			air putih 100, BAK 540 cc warna pekat seperti teh.	
	II	00.10	Mengganti cairan infus Hasil : Cairan RL 500 cc	Perawat
	II	05.00	Memonitor Intake dan Output Hasil: Keluarga mengatakan pasien baru saja BAK 450 cc warna pekat	Perawat
Jumat, 05 Mei 2023	I	08.00	Melakukan balance cairan/24 jam Hasil : Cairan masuk : Infus = 1500 cc Susu = 120 cc +120ccc Air putih = 100 cc + 200 cc PRC = 240 cc Cairan Keluar : Urine = 400+500+350+540+450 IWL = 15x 65 kg: 24 jam = 40,625 cc Jadi, Balance cairan = CM - (CK + IWL) = 2280 cc - (2240 cc + 40,625) = 2280 cc - 2280,625 cc = (-) 0,625 cc	Rezki
	II	08.10	Mengganti cairan infus Hasil : Cairan RL 500 cc	Rezki
	I	08.15	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD: 110/80 mmHg N: 80 x/menit S: 36,6°C P: 20x/menit	Rezki
	I	10.05	Memberikan terapi injeksi Hasil : injeksi omeprazole 40 mg/ 12 jam/ IV, ceftriaxone 1 gr/ 12 jam/ IV Pasien mengatakan mual masih ada, perut terasa penuh.	Rezki
	II	10.30	Meninggikan kepala tempat tidur 30 ⁰ -40 ⁰ Hasil : tampak pasien dalam posisi semi fowler, pasien mengatakan lebih nyaman dalam posisi semi fowler	Rezki
	II	10.55	Melakukan edukasi pembatasan konsumsi makanan yang mengandung garam.	Rezki

		<p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat memberikan edukasi tentang pentingnya pembatasan konsumsi garam yaitu dengan tidak menambahkan garam pada makan dan menjelaskan dampak dari konsumsi garam dapat memperburuk kondisi asites saat ini. Karena sebelumnya pasien mengatakan suka mengonsumsi makanan yang asin dan menambahkan garam pada bubur yang disediakan dari RS karena merasa makanannya hambar. - Pasien mengatakan akan melakukan sesuai anjuran perawat dan tidak akan menambahkan garam pada makanannya. 	
II	11.05	<p>Memonitor tanda dan gejala hipervolemia</p> <p>Hasil: pasien mengatakan perutnya terasa masih membesar, pasien mengatakan perut terasa cepat penuh, tampak abdomen buncit, perkusi abdomen terdengar pekak, <i>shifting dullness</i> (+), lingkaran perut 117 cm</p>	Rezki
I	13.05	<p>Memberikan produk darah/ transfusi darah PRC 240 cc</p> <p>Hasil : PRC 240 ml</p> <p>TD: 110/78 mmHg</p> <p>N: 80 x/menit</p> <p>S: 36,7°C</p> <p>P: 20x/menit</p> <p>Tampak transfusi PRC lancar, tidak ada reaksi alergi dan tidak ada menggigil</p>	Rezki
I	14.30	<p>Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <p>TD 115/70 mmHg</p> <p>N 56 x/menit</p> <p>S 37°C</p> <p>P 20 x/menit</p> <p>Kes. CM, GCS : 15</p> <p>Tampak pasien masih pucat, konjungtiva anemis, sclera ikterik, CRT Kembali dalam 3 detik, nadi teraba kuat, pasien mengatakan mual sedikit berkurang dari hari sebelumnya</p>	Monica

	II	15.45	Menimbang BB setiap hari pada waktu yang sama Hasil: BB 65 kg	Monica
	II	15.55	Memonitor intake dan output Hasil: Pasien mengatakan dari pagi sampai sore ini belum BAB, BAK 3X banyak, warna pekat ±800, tidak ada nyeri saat BAK, makan 3x sehari bubur saring dan susu tetapi hanya mampu menghabiskan ½ porsi (120cc) karena perut terasa penuh. Minum air putih dari pagi sampai sore 200 ml.	Monica
	II	16.00	Mengganti cairan infus Hasil : Cairan RL 500 cc	Monica
	I	16.45	Melakukan pemberian produk darah/transfusi darah Hasil : PRC 240 cc TD: 118/76 mmHg N: 77 x/menit S: 36,5°C P: 21x/menit Tampak transfusi PRC lancar, tidak ada reaksi alergi dan tidak ada menggigil (sebelum, selama dan selesai transfusi)	Monica
	I	17.45	Memonitor tanda dan gejala hipervolemia Hasil: pasien mengatakan bengkak pada perutnya mulai berkurang, pasien mengatakan perut terasa lebih mendingan dari kemarin, tampak abdomen masih buncit, perkusi abdomen terdengar pekak, lingkaran perut 116 cm	Monica
	I	17.50	Memberikan terapi injeksi Hasil : injeksi omeprazole 40 mg/ 12 jam/ IV, ceftriaxone 1 gr/ 12 jam/ IV Pasien mengatakan mual masih ada, perut terasa penuh.	Monica
	II	18.05	Meninggikan kepala tempat tidur 30 ⁰ -40 ⁰ Hasil : tampak pasien dalam posisi semi fowler, pasien mengatakan lebih nyaman dalam posisi semi fowler	Monica

	II	18.35	Membatasi asupan cairan dan garam Hasil : Tampak pasien makan bubur yang disediakan dari RS dan tidak menambahkan garam, tampak pasien menghabiskan 1 porsi bubur. Pasien mengatakan hanya mengkonsumsi makanan dari RS dan tidak makan makanan yang dibawah oleh keluarga karena biasanya masakan keluarga agak asin.	Monica
	II	19.00	Memonitor intake dan output Hasil: Pasien mengatakan malam ini belum BAB, BAK 650cc, warna pekat tidak ada nyeri saat BAK, makan bubur saring habis ½ porsi dan susu tetapi hanya mampu menghabiskan ½ porsi (100cc), minum air putih 200 ml.	Monica
	II	20.10	Mengganti cairan infus Hasil : Terpasang cairan infus RL 500 ml	Monica
	II	22.10	Memberikan terapi diuretik Hasil: memberikan obat Spironolactone 100 mg/ 24 jam / oral	Perawat
	I, II	23.55	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD: 100/75mmHg N: 73 x/menit S: 36,5°C P: 20x/menit Memonitor intake dan output Hasil : Keluarga mengatakan pasien minum air putih 150, BAK 700 cc warna pekat seperti teh	Perawat
	II	00.00	Mengganti cairan infus Hasil : Cairan RL 500 cc	Perawat
	II	05.30	Memonitor Intake dan Output Hasil: Keluarga mengatakan pasien baru saja BAK 650 cc warna pekat, BAB tidak ada, minum air putih 100 cc	Perawat

Sabtu,06 Mei 2023	I	08.00	Melakukan balance cairan/24 jam Hasil : Cairan masuk : Infus = 1500 cc Nacl 0,9 % (bilasan transfusi)= 200 cc Susu = 220 cc Air putih = 650 cc PRC (2bag) = 480 cc Cairan Keluar : Urine = 800 + 650 + 2700 + 650 IWL = 15x 65 kg: 24 jam = 40,625 ml Jadi, Balance cairan = CM - (CK + IWL) = 2850 cc - (2800 ccc+ 40,625 cc) = 2850 cc - 2840,625 cc = (+) 9,375 cc	Rezki
	II	08.05	Mengganti cairan infus Hasil : Cairan RL 500 cc	Rezki
	I	08.10	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD 118/70 mmHg N 86 x/menit S 37 ⁰ C P 20 x/menit Kes. CM, GCS : 15 Pasien mengatakan hari ini merasa lebih baik dari sehari sebelumnya, lemas berkurang, mual berkurang. Tampak pasien masih pucat, anemis pada konjungtiva mulai berkurang, sclera ikterik, CRT Kembali dalam 3 detik, nadi teraba kuat, pasien mengatakan mual sedikit berkurang dari hari sebelumnya.	Rezki
	I	10.05	Memberikan terapi injeksi Hasil : injeksi omeprazole 40 mg/ 12 jam/ IV, ceftriaxone 1 gr/ 12 jam/ IV, Pemberian albumin 20% 100 cc/ 24 jam/ IV Pasien mengatakan mual masih ada, perut terasa penuh.	Rezki
	I	11.50	Memantau hasil laboratorium (memeriksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien) Hasil :	Rezki

		<p>WBC : 4,57 RBC : 2,60 HGB : 7,1 g/dL HCT : 21,1 % PLT : 64 Albumin : 2,88 g/dl</p>	
II	12.25	<p>Memonitor tanda dan gejala hipervolemia Hasil: pasien mengatakan perutnya sudah mulai lebih nyaman dari sebelumnya, bengkak berkurang , tampak distensi pada abdomen berkurang, palpasi abdomen lebih supel dari hari sebelumnya (hepar tidak teraba) dan tidak teraba nyeri tekan, perkusi abdomen pekak berkurang, lingkar perut 110 cm</p>	Rezki
II	12.55	<p>Memonitor intake dan output Hasil: Pasien mengatakan pagi ini BAB 1x sedikit tetapi masih berwarna hitam konsistensi lembek, BAK 2X banyak, warna pekat ±1000 (pagi-siang), tidak ada nyeri saat BAB dan BAK, makan 3x sehari bubur saring dan susu tetapi hanya mampu menghabiskan ½ porsi (± 300cc), air putih dari pagi sampai siang 250 cc</p>	Rezki
II	13.00	<p>Membatasi asupan cairan dan garam Hasil : Tampak pasien makan bubur yang disediakan dari RS dan tidak menambahkan garam, tampak pasien menghabiskan 1 porsi bubur. Pasien mengatakan hanya mengkonsumsi makanan dari RS dan tidak makan makanan yang dibawah oleh keluarga karena biasanya masakan keluarga agak asin.</p>	Rezki
I	14.05	<p>Memonitor tanda-tanda vital: Hasil: TD 98/70 mmHg N 74 x/menit S 36,5°C P 20 x/menit Kes. CM, GCS : 15</p>	Monica

	II	15.45	Menimbang BB setiap hari pada waktu yang sama Hasil: BB 64,5 kg	Monica
	II	16.07	Menjelaskan faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan Hasil: Pasien dan keluarga pasien mengatakan memahami penjelasan dari perawat tentang makanan rendah lemak, rendah garam	Monica
	II	16.10	Mengganti cairan infus Hasil : Cairan RL 500 cc Pasien mengatakan baru saja BAK 600 cc	Monica
	III	16.12	Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat Hasil: Pasien dan keluarga pasien mengatakan memahami penjelasan yang diberikan oleh perawat	Monica
	II	18.56	Memonitor tanda dan gejala hipervolemia Hasil: pasien mengatakan perut terasa membesar sedikit berkurang, tampak distensi pada abdomen berkurang, palpasi abdomen lebih supel dari hari sebelumnya (hepar tidak teraba) dan tidak teraba nyeri tekan, perkusi abdomen pekak berkurang, lingkaran perut 109 cm	Monica
	II	19.01	Membatasi asupan cairan dan garam Hasil : Tampak pasien makan bubur yang disediakan dari RS dan tidak menambahkan garam, tampak pasien menghabiskan 1 porsi bubur. Pasien mengatakan hanya mengkonsumsi makanan dari RS dan tidak mengkonsumsi makanan yang dibawa oleh keluarga karena biasanya masakan keluarga agak asin. Pasien mengatakan meminum air putih 150 cc.	Monica
	II	20.00	Mengganti cairan infus Hasil : Terpasang cairan infus RL 500 cc	Monica
	II	22.10	Memberikan terapi diuretik Hasil: memberikan obat Spironolactone 100 mg/ 24 jam/ oral	Perawat

	I, II	23.55	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD: 110/77mmHg N: 74 x/menit S: 36,7°C P: 20x/menit Memonitor intake dan output Hasil : Keluarga mengatakan pasien minum air putih 100, BAK 550 cc warna pekat seperti teh	Perawat
	II	00.00	Mengganti cairan infus Hasil : Cairan RL 500 cc	Perawat
	II	05.30	Memonitor intake dan output Hasil: Keluarga mengatakan pasien baru saja minum air putih 100cc, BAK 650 cc warna pekat, BAB tidak ada	Perawat
	II	08.00	Melakukan balance cairan/24 jam Hasil : Cairan masuk : Infus = 1500 cc Nacl 0,9 % (bilasan transfusi)= 200 cc Susu = 300 cc Air putih = 600 cc PRC (1 bag) = 240 cc Cairan Keluar : Urine = 1000 + 600 + 550 + 650 IWL = 15x 65 kg: 24 jam = 40,625 cc Jadi, Balance cairan = CM - (CK + IWL) = 2840 cc - (2800+ 40,625) = 2840 cc - 2840,625 = (-) 0,625 cc	Rezki

F. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.7: Evaluasi Keperawatan

Hari/tanggal	DK	Evaluasi	Paraf
Kamis, 04 Mei 2023	I	<p>DK I: Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasa lemas - Pasien mengatakan masih BAB 1x warna hitam <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denyut nadi 68x/ menit - Tampak pasien pucat - Tampak CRT kembali dalam 4 detik - Tekanan darah 110/70 mmHg - HGB 5.4 g/dl - HCT 16.2 % <p>A: Masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital - Kolaborasi pemberian terapi injeksi 	Monica
	II	<p>DK II: Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perutnya terasa makin membesar - Pasien mengatakan perutnya terasa cepat penuh - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dalam posisi semi fowler <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak abdomen buncit (lingkar perut 121 cm) - Perkusi abdomen terdengar pekak - <i>Shifting dullness</i> (+) 	Monica

		<p>A: Masalah keperawatan hipervolemia belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab hipervolemia - Menimbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama - Monitor intake dan output - Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat - Kolaborasi pemberian diuretik 	
	III	<p>DK III: Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengetahui penyakitnya tetapi tidak melakukan pengobatan karena tidak merasakan gejala yang berat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien memberikan pertanyaan terkait kondisi penyakitnya - Tampak pasien dan keluarga pasien mendengarkan penjelasan perawat <p>A: Masalah keperawatan pemeliharaan kesehatan tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 	Monica
	I	<p>DK I: Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasa lemas - Pasien mengatakan BAB 1x berwarna 	Rezki

		<p>hitam</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denyut nadi 85x/ menit - Tampak pasien pucat - Tampak CRT kembali dalam 4 detik - Tekanan darah 104/64 mmHg - HGB 5.4 g/dl - HCT 16.2 % <p>A: Masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital - Kolaborasi pemberian terapi injeksi - Kolaborasi pemberian produk darah 	
	II	<p>DK II: Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perutnya terasa makin membesar - Pasien mengatakan perutnya terasa cepat penuh - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dalam posisi semi fowler <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak abdomen buncit (lingkar perut 121 cm) - Perkusi abdomen terdengar pekak - <i>Shifting dullness</i> (+) <p>A: Masalah keperawatan hipervolemia belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat - Monitor tanda dan gejala hipervolemia 	Rezki
	III	<p>DK III: Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang</p>	Rezki

		<p>tepat</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengetahui penyakitnya tetapi tidak melakukan pengobatan karena tidak merasakan gejala yang berat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien memberikan pertanyaan terkait kondisi penyakitnya - Tampak pasien dan keluarga pasien mendengarkan penjelasan perawat <p>A: Masalah keperawatan pemeliharaan kesehatan tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 	
Jumat, 05 Mei 2023	I	<p>DK I: Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasa lemas - Pasien mengatakan belum BAB sejak pagi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denyut nadi 80x/ menit - Tampak warna kulit pucat - Tampak CRT kembali dalam 4 detik - Tekanan darah 110/80 mmHg - HGB 7.4 g/dl <p>A: Masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda-tanda vital 	Rezki

		<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian terapi injeksi - Pantau hasil laboratorium 	
II	DK II: Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perutnya masih terasa begah dan cepat penuh - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dalam posisi semi fowler <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak abdomen masih buncit (lingkar perut 117 cm) - Perkusi abdomen terdengar pekak - <i>Shifting dullness</i> (+) - Balance cairan : - 110,625 ml <p>A: Masalah keperawatan hipervolemia belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingginkan kepala tempat tidur 30-40 derajat - Monitor tanda dan gejala hipervolemia - Monitor intake dan output 	Rezki
III	DK III: Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan memahami penjelasan dari perawat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dan keluarga pasien mendengarkan penjelasan perawat <p>A: Masalah keperawatan pemeliharaan kesehatan tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan perilaku hidup bersih dan 	Rezki

		<p>sehat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan 	
	I	<p>DK I: Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemas sedikit berkurang dari hari sebelumnya - Pasien mengatakan belum BAB sejak pagi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denyut nadi 56x/ menit - Tampak pasien masih pucat - Tampak CRT kembali dalam 3 detik - Tekanan darah 115/70 mmHg - HGB 7.4 g/dl <p>A: Masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda-tanda vital - Kolaborasi pemberian terapi injeksi - Pantau hasil laboratorium 	Monica
	II	<p>DK II: Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perutnya terasa mendingan dari kemarin - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dalam posisi semi fowler <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak buncit pada abdomen mulai berkurang (lingkar perut 116 cm) - Perkusi abdomen terdengar pekak <p>A: Masalah keperawatan hipervolemia belum teratasi</p>	Monica

		<p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingginkan kepala tempat tidur 30-40 derajat - Monitor tanda dan gejala hipervolemia - Monitor intake dan output - Tinggikan kepala tempat tidur 	
	III	<p>DK III: Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan memahami penjelasan dari perawat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dan keluarga pasien mendengarkan penjelasan perawat <p>A: Masalah keperawatan pemeliharaan kesehatan tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Jelaskan faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan 	Monica
Sabtu, 06 Mei 2023	I	<p>DK I: Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemas berkurang - Pasien mengatakan BAB 1x sedikit, warna hitam dengan konsistensi lunak <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denyut nadi 86x/ menit - Tampak warna kulit pucat - Tampak CRT kembali dalam 3 detik - Tekanan darah 118/70 mmHg <p>A: Masalah keperawatan perfusi perifer teratasi sebagian</p>	Rezki

		<p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda-tanda vital - Kolaborasi pemberian terapi injeksi - Pantau hasil laboratorium 	
	II	<p>DK II: Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perutnya masih terasa begah dan cepat penuh - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dalam posisi semi fowler <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak buncit pada abdomen berkurang (lingkar perut 109 cm) - Perkusi abdomen terdengar pekak - <i>Shifting dullness</i> (+) - Balance cairan: -190,625 ml <p>A: Masalah keperawatan hipervolemia teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala hipervolemia - Kolaborasi pemberian diuretik 	Rezki
	III	<p>DK III: Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan memahami penjelasan dari perawat - Pasien mengatakan akan berusaha mengubah perilaku hidupnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien belum mengikuti anjuran perawat tentang pembatasan cairan <p>A: Masalah keperawatan pemeliharaan kesehatan tidak efektif belum teratasi</p>	Rezki

		<p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan 	
	I	<p>DK I: Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemas berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denyut nadi 86x/ menit - Tampak warna kulit pucat - Tampak CRT kembali dalam 3 detik - Tekanan darah 118/70 mmHg <p>A: Masalah keperawatan perfusi perifer teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda-tanda vital - Kolaborasi pemberian terapi injeksi - Pantau hasil laboratorium 	Monica
	II	<p>DK II: Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perutnya masih terasa begah dan cepat penuh - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dalam posisi semi fowler <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak buncit pada abdomen berkurang (lingkar perut 109 cm) - Perkusi abdomen terdengar pekak <p>A: Masalah keperawatan hipervolemia teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala hipervolemia - Kolaborasi pemberian diuretik 	Monica
	III	DK III: Pemeliharaan kesehatan tidak	Monica

		<p>efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan memahami penjelasan dari perawat- Pasien mengatakan akan berusaha mengubah perilaku hidupnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak pasien belum mengikuti anjuran perawat tentang pembatasan cairan <p>A: Masalah keperawatan pemeliharaan kesehatan tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Jelaskan faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan	
--	--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini akan dibahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang didapatkan dapat saat merawat pasien Tn. M dengan sirosis hepatis diruang perawatan Sta. Bernadeth II di Rumah sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 04 Mei 2023 hingga 06 Mei 2023, dengan mulai pendekatan proses keperawatan yang meliputi: Pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

1) Pengkajian

Dalam pengkajian penulis memperoleh data melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien selain itu penulis juga memperoleh data dari observasi langsung, catatan medis dan pemeriksaan penunjang Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Berdasarkan yang dilakukan penulis pada kasus Tn. "M" berusia 41 tahun, tampak pasien sakit sedang dengan keadaan umum pasien lemah, keluhan yang dialami pasien yaitu BAB berwarna hitam pekat. Pasien tampak terpasang infus RL 500cc. Pasien tampak lemah, tampak pasien pucat, tampak conjungtiva anemis, tampak pasien ikterik. Pada pemeriksaan tanda- tanda vital didapatkan tekanan darah 105/ 55 mmHg, nadi 76x/menit, suhu 36,1°C, dan pernapasan 20x/menit, pengukuran lingkaran perut didapatkan 121 cm, abdomen tampak buncit, perkusi pekak.

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hepatitis B sejak tahun 2021 namun tidak melakukan pengobatan dengan alasan merasa baik-baik saja dan tidak ada gejala yang berat. Pasien mengatakan sewaktu muda sering mengonsumsi alkohol

dan merokok. Pasien juga mengatakan sering begadang. Hal ini sejalan dengan faktor pemicu terjadinya sirosis hepatis yang disebabkan oleh virus hepatitis B yang berkembang tanpa disertai pengobatan. Selain itu konsumsi alkohol secara berlebihan dapat menimbulkan fibrosis tanpa disertai peradangan atau nekrosis yang berlangsung lama sehingga menimbulkan sirosis hepatis. Pada kasus sirosis hepatis, BAB berwarna hitam pekat disebabkan karena pecahnya varises gastroesofagus (VGE) yang menyebabkan terjadinya perdarahan. Hal ini perlu mendapat perhatian khusus karena selain dapat menimbulkan kekhawatiran pada pasien, juga dapat memperburuk fungsi hati dan bahkan dapat menyebabkan kematian.

Manifestasi klinis pada pasien sirosis hepatis adalah mudah lelah dan lemas, selera makan berkurang, perasaan perut kembung, mual, berat badan menurun. Bila sudah lanjut berkembang menjadi sirosis hepatis dekompensata maka gejala yang timbul lebih menonjol yaitu gangguan tidur, icterus dengan air kemih berwarna seperti teh pekat, melena, hematemesis sampai koma (Saskara & Suryadarma, 2021).

Berdasarkan manifestasi pada tinjauan pustaka hampir semua ditemukan pada pasien. Pasien mengeluh merasa lemas, BAB darah berwarna hitam pekat dan urine berwarna seperti teh pekat. Selain itu pasien juga mengalami penurunan nafsu makan serta tampak ikterik pada kulitnya.

2) Diagnosis Keperawatan

Pada penerapan kasus, penulis memprioritaskan 3 diagnosis keperawatan yaitu:

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan pada pasien tampak pengisian kapiler > 3

detik, tampak warna kulit pucat, akral teraba dingin, serta nadi perifer menurun.

- b. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Penulis mengangkat diagnosis ini karena pada pasien didapatkan tampak abdomen pasien distensi, hasil CT scan abdomen menunjukkan kesan asites, penurunan kadar albumin (2.41 g/dl).
- c. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat. Penulis mengangkat diagnosis ini karena pasien tampak tidak peduli saat ditanya mengenai penyakitnya, pasien mengatakan mengetahui penyakitnya namun tidak melakukan pengobatan karena tidak merasakan gejala yang berat, dan pasien mengatakan sering melanggar pantangan penyakitnya.

Diagnosis keperawatan pada tinjauan teori yang tidak diangkat pada kasus ini di antaranya ialah:

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Diagnosis ini tidak diangkat karena pasien tidak mengalami dispnea, pasien tidak menggunakan otot bantu pernapasan, dan pola napas pasien normal.
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Diagnosis ini tidak diangkat karena meskipun pasien mengalami penurunan berat badan, IMT pasien masih dalam batas rentang ideal.
- c. Risiko syok dengan faktor risiko hipovolemia. Diagnosis ini tidak diangkat karena pada intervensi untuk diagnosis perfusi perifer tidak efektif sudah dapat mengatasi diagnosis risiko syok.

3) Intervensi Keperawatan.

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien, penulis membuat perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul, diantaranya sebagai berikut:

- a. Diagnosis I: Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.

Pada diagnosis ini penulis membuat intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien dan didukung oleh teori yaitu monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, identifikasi penyebab perubahan tanda vital, dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, monitor hasil laboratorium yang diperlukan, interpretasikan hasil pemeriksaan laboratorium, monitor tanda-tanda vital sebelum, selama, dan setelah transfusi diberikan, monitor reaksi transfusi, lakukan pengecekan ganda (double check) pada label darah (golongan darah, rhesus, tanggal kadaluarsa, nomor seri, jumlah, dan identitas pasien), berikan transfusi dalam waktu maksimal 4 jam, dokumentasikan tanggal, waktu, jumlah darah, durasi, dan respon transfusi, jelaskan tujuan dan prosedur transfusi.

- b. Diagnosis II: Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Penulis membuat intervensi sesuai dengan kondisi pasien dan didukung oleh teori yaitu periksa tanda dan gejala hipervolemia, identifikasi penyebab hipervolemia, monitor intake dan output, timbang BB setiap hari pada waktu yang sama, batasi asupan cairan dan garam, tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat, anjurkan melaporkan jika haluaran urine $< 0,5 \text{ mL/ kg/ jam}$ dalam 6 jam, anjurkan melapor jika BB bertambah $> 1 \text{ kg}$ dalam sehari, kolaborasi pemberian diuretik.

- c. Diagnosis III: Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat.

Penulis membuat intervensi sesuai dengan kondisi pasien dan didukung oleh teori yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

4) Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah dibuat untuk mencapai hasil yang diharapkan. Tindakan keperawatan dilakukan selama 3 hari dan bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, teman shift dinas, perawat ruangan dan dokter sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan dapat berjalan dengan baik. Untuk diagnosis perfusi perifer tidak efektif tidak ada kendala yang dialami karena pasien dan keluarga bekerja sama dengan baik. Pada diagnosis kedua juga tidak memiliki kendala dalam melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi yang ditentukan, namun diagnosis ini sulit di atasi karena pasien telah masuk dalam kondisi sirosis hepatis dekompensata sehingga asites yang dialami hanya dapat diatasi dengan pemasangan selang drainase untuk mengeluarkan kelebihan cairan pada abdomen. Diagnosis ketiga ini tidak memiliki kendala dalam melakukan tindakan keperawatan namun sulit diatasi karena pasien belum mampu memperbaiki perilakunya yang memengaruhi kondisinya serta perawat tidak mampu melakukan *follow up* ketika pasien kembali ke rumahnya.

5) Evaluasi Keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan tercapai atau tidak. Adapun evaluasi keperawatan Tn."M" sebagai berikut.

- a. Diagnosis I: Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.

Diagnosis keperawatan ini belum teratasi dibuktikan dengan tampak pasien masih pucat dan pemeriksaan HGB 7,4 g/dl. Maka dari itu perencanaan dari diagnosis ini masih dilanjutkan oleh perawat ruangan.

- b. Diagnosis II: Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

Diagnosis keperawatan ini belum teratasi dibuktikan dengan pasien masih mengeluh perutnya terasa begah, tampak lingkaran perut 109 cm. Maka dari itu perencanaan dari diagnosis ini masih dilanjutkan oleh perawat ruangan.

- c. Diagnosis III: Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat.

Diagnosis keperawatan ini belum teratasi dibuktikan dengan pasien masih belum membatasi asupan cairan yang dikonsumsi serta pasien belum merubah pola hidupnya. Maka dari itu perencanaan dari diagnosis ini masih dilanjutkan oleh perawat ruangan dan dilanjutkan oleh keluarga ketika pulang ke rumah.

B. Pembahasan Penerapan EBN

1. Judul EBN : Pengaruh diet dengan pembatasan natrium (garam) pada pasities pasien dengan sirosis hepatis (Gu et al., 2021)

Diagnosis keperawatan (SDKI) : Hipervolemia

Luaran yang diharapkan (SLKI) : Kelembaban membran mukosa cukup meningkat, haluaran urine cukup meningkat, asites cukup menurun, serum natrium cukup meningkat, serum kalium cukup meningkat

Intervensi prioritas mengacu pada EBN : Pembatasan garam

Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN :

- a. Pengertian tindakan : Pembatasan natrium (garam) merupakan penatalaksanaan pada asites dengan 90-12 mmol/hari atau 4,6-6,9 gram/hari dimana tidak menambahkan garam pada makanan. Kementerian Kesehatan RI (Kemkes) menyarankan konsumsi garam per orang per hari yaitu 2000 miligram natrium/sodium atau 2 gram garam (1 sendok teh).
- b. Tujuan/rasional EBN pada kasus : Tujuan dari tindakan pada kasus ini adalah untuk membantu mengurangi asites atau mempercepat perbaikan asites. Pembatasan garam akan menurunkan akumulasi cairan dengan menurunkan tekanan portal melalui deplesi volume vaskuler.
- c. PICOT EBN

Tabel 4.1: PICOT EBN I

<i>P : Problem</i>	Sampel terdiri dari 200 pasien sirosis yang mengalami asites
<i>I : Intervention</i>	Intervensi yang diberikan pada penelitian ini adalah pembatasan garam
<i>C : Comparison</i>	Dalam penelitian ini melihat perbandingan antara kelompok responden tanpa pembatasan garam (98

	pasien) dan kelompok dengan pembatasan garam (102 pasien) yang dilakukan selama 10 hari pengobatan.
O : <i>Outcome</i>	Berdasarkan hasil penelitian ini diperoleh hasil asites mennghilang atau menurun dengan proporsi yang lebih tinggi pada kelompok yang dilakukan diet pembatasan garam dibandingkan dengan kelompok yang tidak dilakukan pembatas garam.
T : <i>Time</i>	Tindakan ini dilakukan selama 10 hari selama pengobatan rawat inap.

2. Judul EBN : Makanan rendah sodium yang disesuaikan secara medis untuk manajemen asites pada pasien sirosis hepatis (Tapper et al., 2020)

Luaran yang diharapkan (SLKI) : Kelembaban membran mukosa meningkat, haluaran urine meningkat, asites menurun, serum natrium cukup meningkat, serum kalium cukup meningkat

Intervensi prioritas mengacu pada EBN : Pembatasan garam

Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN :

- a. Pengertian Tindakan : Pembatasan natrium (garam) merupakan penatalaksanaan pada asites dengan 90-12 mmol/hari atau 4,6-6,9 gram/hari dimana tidak menambahkan garam pada makanan. Kementerian Kesehatan RI (Kemkes) menyarankan konsumsi garam per orang per hari yaitu 2000 miligram natrium/sodium atau 2 gram garam (1 sendok teh).
- b. Tujuan/rasional EBN pada kasus : Tujuan dari tindakan pada kasus ini adalah untuk membantu mengurangi asites atau mempercepat perbaikan asites. Pembatasan garam akan

menurunkan akumulasi cairan dengan menurunkan tekanan portal melalui deplesi volume vaskuler.

c. PICOT EBN

Tabel 4.2: PICOT EBN II

<i>P : Problem</i>	Masalah yang dialami oleh responden dalam penelitian ini yaitu asites dan edema pada tungkai dengan. Penelitian ini dilakukan pada 40 orang responden.
<i>I : Intervention</i>	Intervensi yang diberikan yaitu Pendidikan Kesehatan diet rendah garam dengan < 2.100 kkal, dan >80 g protein termasuk suplemen protein nocturnal dan dilakukan pemantauan kepatuhan mengkonsumsi makanan rendah garam.
<i>C : Comparison</i>	Pada penelitian ini melihat perbandingan antara responden yang patuh diet rendah garam dan responden yang tidak patuh diet rendah garam pada pasien sirosis hepatis yang mengalami asites
<i>O : Outcome</i>	Berdasarkan hasil penelitian pada minggu ke 12 diperoleh data responden yang patuh menjalankan diet rendah garam mengalami penurunan asites, peningkatan kualitas hidup, serta mengalami penurunan frekuensi tindakan parasentesis sedangkan pada responden yang tidak patuh diet rendah garam mengalami perburukan asites dan harus dilakukan transplantasi hati

	serta ada yang meninggal dunia.
T : <i>Time</i>	Intervensi ini dilakukan dalam waktu 12 minggu

3. Judul EBN : Penerapan pembatasan garam/sodium dalam mengurangi asites pada pasien sirosis hepatis (Thaha et al., 2020)
 Luaran yang diharapkan (SLKI) : Kelembaban membran mukosa cukup meningkat, haluaran urine cukup meningkat, asites cukup menurun, serum natrium cukup meningkat, serum kalium cukup meningkat

Intervensi prioritas mengacu pada EBN : Pembatasan garam

Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN :

- a. Pengertian Tindakan : Pembatasan natrium (garam) merupakan penatalaksanaan pada asites dengan 90-12 mmol/hari atau 4,6-6,9 gram/hari dimana tidak menambahkan garam pada makanan. Kementerian Kesehatan RI (Kemkes) menyarankan konsumsi garam per orang per hari yaitu 2000 miligram natrium/sodium atau 2gram garam (1 sendok teh).
- b. Tujuan/rasional EBN pada kasus : Tujuan dari tindakan pada kasus ini adalah untuk membantu mengurangi asites atau mempercepat perbaikan asites. Pembatasan garam akan menurunkan akumulasi cairan dengan menurunkan tekanan portal melalui deplesi volume vaskuler.
- c. PICOT EBN

Tabel 4.3: PICOT EBN II

P : <i>Problem</i>	Pasien dalam kasus ini adalah seorang laki- laki berusia 56 tahun yang terdiagnosis sirosis hepatis dekompensata et causa HBV kronik +
--------------------	--

	<p>sindrom hepatorenal + ascites masif+ hipoalbuminemia dengan kondisi perut yang membuncit (asites), terkadang sesak, edema pada kedua tungkai, urine yang berwarna pekat seperti teh, serta mengalami hipoalbuminemia (albumin 1,9 g/dL) HbsAg reaktif, pasien makan tanpa pembatasan garam.</p>
<i>I : Intervention</i>	<p>Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah pada studi kasus ini adalah tindakan diet pembatasan garam untuk membantu mengurangi asites dan mencegah perburukan kondisi pasien.</p>
<i>C : Comparison</i>	<p>Dalam penelitian ini tidak ditemukan pembanding dengan responden yang lain. Penelitian ini hanya meneliti pada satu responden.</p>
<i>O : Outcome</i>	<p>Berdasarkan hasil studi kasus pada penelitian ini terdapat perbaikan asites dan edema tungkai setelah dilakukan intervensi pembatasan konsumsi garam. Indikator berkurangnya masalah hipervolemia adalah pasien mengatakan merasa lebih nyaman pada perut, sesak berkurang, kelembaban membran mukosa meningkat, haluaran urine meningkat, asies menurun, serum natrium dan kalium meningkat, sedangkan pemberian tindakan pembatasan konsumsi garam pada Tn.R</p>

	di RSUD Mukupido Tolitoli selama 10 hari perawatan didapatkan hasil pasien mengatakan merasa lebih nyaman pada perutnya, sesak napas sudah mulai jarang muncul, bengkak pada perut dan kaki berkurang, BAK lebih banyak walupun warna urine masih pekat.
T : <i>Time</i>	Intervensi pemantauan diet pembatasan garam ini dilakukan selama perawatan pada tanggal 08 November 2020 hingga 18 November 2020.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatis, dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan maka dapat disimpulkan:

1. Pada pengkajian kasus didapatkan Tn. M usia 41 tahun dengan keluhan BAB berwarna hitam pekat lebih dari 10 kali dan muntah darah satu kali, pasien mengatakan BABnya berwarna hitam pekat, tidak ada nyeri pada saat BAB, tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur, tampak pasien pucat, tampak kulit pasien ikterik, tampak konjungtiva anemis, pasien mengatakan sebelumnya memiliki riwayat penyakit hepatitis namun tidak memperbaiki pola hidupnya, pasien mengatakan sering begadang dan memiliki riwayat mengkonsumsi alkohol saat masih muda.
2. Diagnosis yang didapatkan pada pasien adalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, hipervolemia berhubungan dengan mekanisme regulasi, dan pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat.
3. Pada rencana tindakan keperawatan disusun berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah dibuat.
4. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatis dilakukan berdasarkan *evidence based nursing* (EBN) tentang pembatasan cairan dan garam (natrium) pada pasien dengan sirosis hepatis yang mengalami asites, dimana penerapan ini dapat memberikan pengetahuan tentang pentingnya membatasi asupan cairan ataupun garam untuk mengurangi kelebihan cairan pada rongga abdomen.

5. Pada tahap evaluasi, penulis menemukan bahwa hasil akhir dari ketiga diagnosis tersebut pasien masih tampak pucat, tampak abdomen masih mengalami asites, tampak pasien masih belum merubah pola hidupnya.

B. Saran

1. Bagi Instansi Rumah sakit.

Bagi pihak Rumah Sakit agar mempertahankan atau bahkan meningkatkan mutu dan kualitas pelayan kesehatan terhadap pasien sirosis hepatis berdasarkan *evidence based nursing*.

2. Bagi Profesi Keperawatan.

Bagi profesi keperawatan untuk berperan aktif dalam mengurangi angka kejadian sirosis hepatis dengan pemberian pendidikan kesehatan serta menjadi pendamping dalam kepatuhan minum obat.

3. Bagi Institusi Pendidikan.

Bagi institusi Pendidikan diharapkan mampu memanfaatkan referensi ini untuk memperoleh ilmu dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatis.

DAFTAR PUSTAKA

- Adnan, A., & Lolita, Lolita. (2020). Analisis Efektivitas Penggunaan Antibiotika Pada Pasien Sirosis Hepatis Dengan Komplikasi Spontaneous Bacterial Peritonitis Di Salah Satu Rumah Sakit Di Yogyakarta. *Jurnal Insan Farmasi Indonesia*, 3(1), 1–8. <https://doi.org/10.36387/jifi.v3i1.489>
- Ahmad, L. N., Amran, H. A. M., Handriyati, A., Studi, P., Dokter, P., Kedokteran, F., Alkhairaat, U., & Tengah, S. (2022). Temuan Kolelitiasis Pada Penderita Sirosis Hepatis Di RSUD Anutapura Palu. *Jurnal Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan*, 4(3), 87–92. <http://www.jurnal.fkunisa.ac.id/index.php/MA/article/view/106/97>
- Azmi, F. (2020). Anatomi Dan Histologi Hepar. *Jurnal Kedokteran Universitas Islam Al-Azhar*, 2(20), 147–154. [https://scholar.google.co.id/scholar?q=Azmi,+F.+\(2020\).+Anatomi+Dan+Histologi+Hepar.+Jurnal+Kedokteran&hl=id&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar](https://scholar.google.co.id/scholar?q=Azmi,+F.+(2020).+Anatomi+Dan+Histologi+Hepar.+Jurnal+Kedokteran&hl=id&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar)
- Danastri, C. (2019). Sirosis Hepatitis Pasien dengan Riwayat Mengonsumsi Alkohol Kronik. *Jurnal Kesehatan*, 1(5), 19–26. <https://www.neliti.com/id/publications/154737/sirosis-hepatitis-pada-pasien-dengan-riwayat-mengonsumsi-alkohol-kronik>
- Darni, Z., & Rahmah, S. (2019). Pelaksanaan Pengukuran Tanda-Tanda Vital Pada Pasien Sirosis Hepatis Untuk Mencegah Hipertensi Portal. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Ortopedi*, 3(2), 47–54. <https://ejournal.akperfatmawati.ac.id/index.php/JIKO/article/view/29>
- Elfatma, Y., Arnelis, A., & Rachmawati, N. (2017). Gambaran Derajat Varises Esofagus Berdasarkan Beratnya Sirosis Hepatis. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(2), 457. <https://doi.org/10.25077/jka.v6i2.721>
- Gu, X. B., Yang, X. J., Zhu, H. Y., & Xu, B. Y. (2021). Effect Of A Diet With Unrestricted Sodium On Ascites In Patients With Hepatic Cirrhosis. *Gut and Liver Journal*, 6(3), 355–361. <https://doi.org/10.5009/gnl.2012.6.3.355>
- Ilmi, F. E., Nasrul, E., & Gustia, R. (2021). Perbedaan Rerata Kadar Albumin Serum Berdasarkan Klasifikasi Child Turcotte Pugh pada Pasien Sirosis Hepatis di RSUD Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia*, 1(3), 419–424. <https://doi.org/10.25077/jikesi.v1i3.172>

- Kemkes. (2018). Sirosis Hati di Indonesia. In *Kementrian Kesehatan Nasional*. <https://kemkes.go.id/article/view/19070400001/profil-kesehatan-indonesia-tahun-2018.html>.
- Lovena, A., Miro, S., & Efrida, E. (2019). Karakteristik Pasien Sirosis Hepatis di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(1), 5. <https://doi.org/10.25077/jka.v6i1.636>
- Muin, R. Y., Roma, J., Mutmainnah, M., & Samad, I. A. (2016). Sirosis Hepatis Dekompensata Pada Anak. *Indonesian Journal of Clinical Pathology and Medical Laboratory*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.24293/ijcpml.v18i1.353>
- PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- RISKESDAS. (2021). *Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI*. <http://labmandat.litbang.kemkes.go.id/riset-badan-litbangkes/menu-riskesdas>.
- Saskara, P. M. A., & Suryadarma, I. (2021). Laporan Kasus: Sirosis Hepatis. *Jurnal Kedokteran Universitas Udayana*, 1(2), 1–20. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/view/5108>.
- Silaban, B. P., Lumongga, F., & Silitonga, H. (2020). Karakteristik Penderita Sirosis Hati. *Jurnal Kedokteran Methodist*, 13(2), 84–90. <https://ejournal.methodist.ac.id/index.php/jkm/article/view/1322>.
- Sinurat, L. R., & Purba, B. T. (2018). Peningkatan Status Gizi Pada Pasien Sirosis Hepatis Melalui Regimen Nutrisi Di Rsu Sari Mutiara Medan. *Idea Nursing Journal*, 9(2), 1–6. <https://jurnal.usk.ac.id/INJ/article/view/12559>.
- Sutrisna, M. (2020). Hubungan Tanda-Tanda Hipertensi Portal Dengan Kejadian Perdarahan Varises Esophagus Pada Pasien Sirosis Hepatis. *Journal of Nursing and Public Health*, 8(1), 66–72. <https://doi.org/10.37676/jnph.v8i1.1015>
- Tapper, E. B., Baki, J., Nikirk, S., Hummel, S., Asrani, S. K., & Lok, A. S. (2020). Medically tailored meals for teh management of symptomatic

ascites: Teh SALTYFOOD pilot randomized clinical trial.
Gastroenterology Report, 8(6), 453–456.
<https://doi.org/10.1093/gastro/goaa059>

Thaha, R., Yunita, E., & Sabir, M. (2020). Sirosis Hepatis. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 2(3), 166–171.
<https://jurnal.fk.untad.ac.id/index.php/medpro/article/view/369>.

W, E. (2017). Sirosis Hepatis Child Pugh Class C Dengan Komplikasi Asites Grade III Dan Hiperonatremia. *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung Fakultas Kedokteran*, 1(5), 51–57.
<https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/medula/article/view/148/0>

Lampiran 1

LEMBAR KONSULTASI

Nama dan NIM : Monica Tamba (NS2214901116)
Rezki Mentodo (NS2214901140)
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Sirosis
Hepatis di Ruang Perawatan Santa Bernadeth II
Rumah Sakit Stella Maris Makassar
Pembimbing Teori : Rosmina Situngkir, Ns., M. Kes

No.	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
				I	II
1.	Senin/ 29 Mei 2023	<p>BAB I</p> <ul style="list-style-type: none">- Tambahkan penatalaksanaan terkait tindakan mandiri perawat- Tambahkan peran perawat dalam penatalaksanaan pasien dengan sirosis di latar belakang- Sesuaikan sitasi di depan dengan daftar pustaka <p>BAB II</p> <ul style="list-style-type: none">- Ganti gambar anatomi hepar- Tambahkan penjelasan terkait etiologi yang didapatkan pada pasien- Tunjukkan menggunakan panah merah perjalanan penyakit pasien dalam patoflow			

2.	Rabu/ 31 Mei 2023	BAB I - Perbaiki susunan paragraf di latar belakang			
3.	Jumat/ 02 Juni 2023	BAB I - Perbaiki latar belakang - Tambahkan data dari RS tempat pengambilan kasus - Tambahkan penelitian terdahulu ACC BAB II			
4.	Selasa/ 07 Juni 2023				

LEMBAR KONSULTASI

Nama dan NIM : Monica Tamba (NS2214901116)
 Rezki Mentodo (NS2214901140)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Sirosis
 Hepatis di Ruang Perawatan Santa Bernadeth II
 Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing Askep : Fitriyanti Patarru, Ns., M. Kep

No.	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
				I	II
1.	Rabu/ 03 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Lapor kasus - ACC kasus : sirosis hepatis - Lanjutkan pengkajian – intervensi 			
2.	Kamis/ 04 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Implementasi hari pertama - Ganti diagnosis defisit nutrisi menjadi pemeliharaan kesehatan tidak efektif - Lanjutkan implementasi sampai hari ketiga 			
3.	Jumat/ 16 Mei 2023	BAB III <ul style="list-style-type: none"> - Buat pengamatan kasus - Buat pengkajian – evaluasi BAB IV <ul style="list-style-type: none"> - Cari EBN 			
4.	Rabu/ 24 Mei 2023	BAB III <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan diagnosis keperawatan BAB IV <ul style="list-style-type: none"> - ACC EBN lanjutkan PICOT - Selesaikan intervensi – evaluasi Lanjutkan BAB V			

5.	Rabu/ 31 Mei 2023	<p>BAB III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan evaluasi per shift - Perbaiki bagian SOAP (bagian masalah keperawatan dan intervensi keperawatan - Perhatikan pemberian obat untuk implementasi shift malam <p>BAB V</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan penjelasan fisiologis EBN pada bagian rasional dan tujuan 			
6.	Selasa/ 06 Juni 2023				

Lampiran 2

RIWAYAT HIDUP

Identitas Pribadi

Nama : Monica Tamba
Tempat /Tanggal Lahir : Padang Sappa / 12 April 1995
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jln. Mangga No 14, Losari, Ujung Pandang,
Kota Makassar



Identitas Orang Tua/ Wali

Nama Ayah / Ibu : Markus Tamba / Lena Sampe
Agama : Katolik
Pekerjaan Ayah / Ibu : Petani / IRT
Alamat : Dsn. Ujung Batu II, Desa Maliwowo, Kec.
Angkona, Kab. Luwu Timur

Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD Inpres Laemanta : 2001 - 2007
SMP Negeri I Kasimbar : 2007 - 2010
SMA Negeri I Angkona : 2010 - 2013
STIK Stella Maris Makassar (Diploma III) : 2013 – 2016
STIK Stella Maris Makassar (S1 & Ners) : 2020 – 2023

Identitas Pribadi

Nama : Rezki Mentodo
Tempat /Tanggal Lahir : Makassar/ 16 Maret 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : BTN Pesona Alam Mas Blok A No. 14



Identitas Orang Tua/ Wali

Nama Ayah / Ibu : Jimmy Yanuar Pangerapan/ Rice, S. PAK
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan Ayah / Ibu : Wiraswasta/ PNS
Alamat : BTN Pesona Alam Mas Blok A No.14

Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Dharma Wanita Makassar : 2005 - 2006
SD Inpres PAI I Makassar : 2006 - 2012
SMP Negeri 25 Makassar : 2012 - 2015
SMA Negeri 21 Makassar : 2015 - 2018
STIK Stella Maris Makassar : 2018 - 2023

Lampiran 3 Permohonan Izin Pengambilan Data Pendukung



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS**
TERAKREDITASI "B" BAN-PT dan LAM-PTKes
PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS

Jl. Maipa No. 19 Makassar Telp. (0411)-8005319, Website : www.stikstellamarismks.ac.id Email: stiksm_mks@yahoo.co.id

Nomor : 449 / STIK-SM / S-1.202 / VI / 2023
Perihal : Permohonan Izin

Kepada, Yth.
Direktur Rumah Sakit
Stella Maris
Di
Makassar

Dengan hormat,

Dalam rangka penyusunan Karya Ilmiah Akhir (KIA) Mahasiswa(i) Program Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar, Tahun Akademik 2022/2023, melalui surat ini kami sampaikan permohonan kepada Bapak/Ibu, untuk kiranya dapat menerima Mahasiswa(i) berikut ini untuk melaksanakan Pengambilan Data pendukung untuk penyusunan KIA.

No	NIM-Nama Mahasiswa	Judul ASKEP
1	NS2214901116- Monica Tamba	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Sirosis
2	NS2214901140-Rezki Mentodo	Hepatis di Ruang Perawatan Santa Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Demikian permohonan ini kami berikan, atas perhatian dan kerja sama Bapak/Ibu kami sampaikan terima kasih.

Makassar, 9 Juni 2023
Ketua,

Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes.
NIDN: 0928027101