

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN SIROSIS HEPATIS PADA Tn. I

DIRUANG MELATI RSUD BATANG

KABUPATEN BATANG



Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar ahli madya keperawatan

Oleh

Tri Yuni Utami

Nim: 13.1706.P

PRODI DIII KEPERAWATAN

STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN

PEKALONGAN

TAHUN 2016

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Pekalongan, Juni 2016

Yang Membuat Pernyataan

Tri Yuni Utami

NIM 13.1706.P

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Sirosis Hepatis Pada Pasien Tn. I Di Ruang Melati RSUD Batang Kabupaten Batang” yang disusun oleh Tri Yuni Utami telah di setujui untuk dipertahankan dihadapan penguji sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Pekalongan, Juni 2016

Pembimbing

Nuniek Nizmah F, M.Kep.Sp.KMB

NIK 93.001.013

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul “Asuhan Keperawatan Sirosis Hepatis Pada Tn. I Di Ruang Melati RSUD BATANG Kabupaten Batang” yang disusun oleh Tri Yuni Utami telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, Juli 2016

Penguji I

Penguji II

Rita Dwi Hartanti, M.Kep. Ns, Sp. Kep.MB

NIK 10.001.077

Nuniek Nizmah F, M.Kep, Sp. KMB

NIK 93.001.013

Mengetahui

Ka.Prodi DIII Keperawatan

STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Herni Rejeki M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom

NIK 96.001.016

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah banyak melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Sirosis Hepatis Pada Pasien Tn. I Di Ruang Melati RSUD Batang Kabupaten Batang” sebagai syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan. Penulis menyadari dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah tanpa bantuan dari banyak pihak yang telah memberi dorongan baik materi dan spiritual, maka tidak akan terlaksana dengan baik. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan banyak terim kasih kepada:

1. Direktur dan Kepala Ruang Melati RSUD Batang Kabupaten Batang
2. Mokhamad Arifin, S.Kep.,M.Kep, selaku ketua STIKes Muhammadiyah Pekajangan.
3. Herni Rejeki M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom dan selaku Ka Prodi DIII Keperawatan.
4. Nuniek Nizmah F, M.Kep.Sp. KMB selaku dosen pembimbing dan penguji Karya Tulis Ilmiah.
5. Rita Dwi Hartanti, M.Kep.Ns.Sp.Kep.KMB selaku dosen peguji Karya Tulis Ilmiah
6. Kedua orang tua yang senantiasa memberikan doa dan dukungan.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh sangat dari sempurna, untuk itu penulis mohon kritik yang konstruktif dalam penyempurnaan karya tulis ilmiah ini, Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca khususnya penulis.

Pekajangan, Juni 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITA	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	2
C. Manfaat	3
BAB II KONSEP DASAR	
A. Pengertian	4
B. Patofisiologi.....	4
C. Etiologi.....	5
D. Klasifikas	6
E. Manifestasi Klinis.....	6
F. Fokus Intervensi	10
BAB III RINGKASAN KASUS	
A. Pengkajian	14
B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan	15

C.	Intervensi Keperawatan	16
D.	Implementasi	17
E.	Evaluasi	18

BAB IV PEMBAHASAN

A.	Pengkajian	20
B.	Diagnosa Keperawatan	21
C.	Intervensi Keperawatan.....	23
D.	Implementasi Keperawatan.....	24
E.	Evaluasi	25

BAB V PENUTUP

A.	Simpulan	27
B.	Saran	28

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR LAMPIRAN

PATHWAYS

ASUHAN KEPERAWATAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

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

Di Indonesia data prevalensi sirosis hati belum ada, hanya laporan-laporan dari beberapa pusat pendidikan saja. Di RS Dr. Sardjito Yogyakarta jumlah pasien sirosis hati berkisar 4,1% dari pasien yang dirawat di Bagian Penyakit Dalam dalam kurun waktu 1 tahun 2004 (tidak dipublikasi). Di

Medan dalam kurun waktu 4 tahun dijumpai pasien sirosis hati sebanyak 819 (4%) pasien dari seluruh pasien di Bagian Penyakit Dalam (Nurdjanah, 2009). Menurut Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 penderita sirosis hepatis di Jawa Tengah berjumlah 2,7% dari seluruh penduduk Jawa Tengah.

Data yang diperoleh dari Rumah Sakit Umum Daerah Batang pada tahun 2014 terdapat 133 penderita sirosis hepatis dan pada tahun 2015 penderita sirosis hepatis mengalami peningkatan menjadi 285 penderita sirosis hepatis. Melihat jumlah pasien yang bertambah hingga mencapai dua kali lipat, sangat penting bagi seorang perawat memberikan asuhan keperawatan yang tepat mengingat penyakit ini dapat menular dan sering memerlukan perawatan berulang dirumah sakit bahkan sering kali penyakit ini menjadi salah satu penyebab kematian seseorang. Oleh karena itu penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sirosis Hepatis di RSUD Batang Kabupaten Batang”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Sirosis Hepatis sesuai dengan konsep dan teori yang didapatkan selama proses pendidikan.

2. Tujuan khusus

Setelah melakukan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis diharapkan mampu :

- a. Melakukan pengkajian data pada pasien yang menderita sirosis hepatis baik melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien sirosis hepatis.

- c. Membuat rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatis.
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatis.
- e. Mengevaluasi atas tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien sirosis hepatis.
- f. Mendokumentasi semua hasil pengkajian, analisa data, perumusan diagnosa, rencana tindakan, tindakan yang telah dilakukan, serta evaluasi tindakan.

C. Manfaat Penulisan

1. Penulis

Dapat digunakan untuk memperoleh pengetahuan dan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan serta mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama pendidikan.

2. Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan serta dapat digunakan sebagai sumber bacaan bagi mahasiswa di Stikes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

3. Lahan praktik

Dapat menjadi bahan masukan bagi perawat di Rumah Sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang tepat pada pasien sirosis hepatis.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Pengertian

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

Aru, (2009) menjelaskan sirosis adalah suatu keadaan yang menggambarkan stadium akhir fibrosis hepatis yang berlangsung progresif yang ditandai dengan distrosi dari arsitektur hepar dan pembentukan nodulus regenerative (dikutip oleh Nurarif & Kusuma, 2015). Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa sirosis hepatis adalah penyakit hati kronis yang menyebabkan hilangnya sebagian fungsi hepar yang ditandai oleh pembentukan nodul regeneratif.

B. Patofisiologi

Sirosis adalah tahap akhir pada banyak tipe cidera hati. Sirosis hati biasanya memiliki konsistensi noduler, dengan berkas fibrosis (jaringan parut) dan daerah kecil jaringan regenerasi. Terdapat kerusakan luas hepatosit. Perubahan bentuk hati mengubah aliran

system vascular dan limfatik serta jalur duktus empedu. Periode eksaserbasi ditandai dengan statis empedu, endapan jaundis (Black & Hawks, 2014).

Hipertensi *vena porta* berkembang pada sirosis berat. Vena porta menerima darah dari usus dan limpa. Jadi peningkatan didalam tekanan vena porta menyebabkan :

1. Aliran balik meningkat pada tekanan resistan dan pelebaran vena esofagus, umbilicus,dan vena rektus superior, yang mengakibatkan perdarahan varises.
2. Asites (akibat pergeseran hidrostastik atau osmotic mengarah pada akumulasi cairan didalam peritoneum)
3. Bersihan sampah metabolic protein tidak tuntas dengan akibat meningkatnya ammonia, selanjutnya mengarah kepada ensefalopati hepatikum.

Kelanjutan proses sebagai akibat penyebab tidak diketahui atau penyalahgunaan alkohol biasanya mengakibatkan kematian dari ensefalopati hepatikum, infeksi bakteri (gram negative), peritonitis (bakteri), hepatoma (tumor hati), atau komplikasi hipertensi porta (Black & Hawks, 2014).

C. Etiologi

Menurut Nurdjanah (2014), penyebab sirosis bermacam-macam, kadang lebih dari satu sebab ada pada satu penderita. Di negara barat alkoholisme kronik bersama virus hepatitis C merupakan penyebab yang sering dijumpai. Sedangkan Black (2014) berpendapat, penyebab sirosis belum teridentifikasi jelas, meskipun hubungan antara sirosis dengan minum alkohol berlebihan telah ditetapkan dengan baik. Negara-negara dengan insiden sirosis tertinggi memiliki konsumsi alkohol per kapita terbesar. Kecenderungan keluarga dengan predisposisi genetik, juga hipersensivitas terhadap alkohol, tampak pada sirosis alkoholik.

D. Klasifikasi

Rubenstein, Wayne, dan Bradley (2007) membagi sirosis hepatis dalam beberapa klasifikasi, yaitu:

1. Mikronodular (sirosis portal) ditandai oleh pita fibrotik tebal teratur yang menghubungkan pembuluh portal dengan vena hepatika, dan disertai nodul-nodul regenerative kecil. Hati pada awalnya membesar dengan tepi rata namun akhirnya mengerut akibat fibrosis progresif. Seringkali disebabkan oleh alkohol.
2. Makronodular (sirosis pascanekrotik) lebih jarang ditemukan dan ditandai oleh pita fibrosis yang kasar dan tidak teratur dan hilangnya arsitektur normal serta nodul regenerative yang besar. Jenis ini diyakini biasanya terjadi setelah hepatitis virus disertai nekrosis yang luas. Hati membesar dan bentuknya tidak sangat teratur akibat besarnya nodul.
3. *Sirosis billiaris* lebih jarang dan ditandai oleh fibrosis disekitar duktus intrahepatik yang melebar. Bisa terjadi setelah kolangitis kronis dan obstruksi bilier, atau idiopatik (primer).
4. *Sirosis biliaris primer* terjadi kerusakan progresif pada duktus biliaris intrahepatik. Terutama (90%) mengenai wanita antara 40-60 tahun, dan keluhan utamanya berupa tanda-tanda koleastatis: pruritus, ikterus, disertai tinja pucat, urin gelap, dan steatorea, pigmentasi, dan xantelasma.

E. Manifestasi Klinis

1. Keluhan pasien

Biasanya pasien mengeluh pruritis, urin berwarna gelap, ukuran lingkar pinggang meningkat, turunnya selera makan dan turunnya berat badan, ikterus (kuning pada kulit dan mata) muncul belakangan

2. Tanda Klasik:

Tanda klasik yang sering dijumpai antara lain : telapak tangan merah, pelebaran pembuluh darah, ginekomastia bukan tanda yang spesifik, peningkatan waktu yang protombin adalah tanda yang lebih khas, ensefalopi hepatis dengan hepatis fulminan akut dapat terjadi dalam waktu singkat dan pasien akan merasa mengantuk, delirium, kejang, dan koma dalam waktu 24 jam, onset enselopati hepatis dengan gagal hati kronik lebih lambat dan lemah (Elin, 2009 dikutip oleh Nurarif & Kusuma, 2015).

F. Komplikasi

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

1. Hipertensi Portal

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

2. Asites

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

3. Varises Gastroesofagu

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

4. Peritonitis Bakterial Spontan

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

5. Ensefalopati Hepatikum

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

6. Sindrom Hepatorenal

Merupakan gangguan fungsi ginjal tanpa kelainan organik ginjal, yang ditemukan pada sirosis hepatis lanjut. Sindrom ini sering dijumpai pada penderita sirosis hepatis dengan asites refrakter. Sindroma Hepatorenal tipe 1 ditandai dengan gangguan progresif fungsi ginjal dan penurunan klorrens kreatinin secara bermakna dalam 1-2 minggu. Tipe 2 ditandai dengan penurunan filtrasi glomerulus dengan peningkatan serum kreatinin. Tipe 2 ini lebih baik prognosisnya daripada tipe 1 (Nurdjanah, dikutip oleh Siti, 2014).

G. Penatalaksanaan

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

1. Mencegah infeksi

Pencegahan infeksi diikuti dengan istirahat adekuat, diet tepat, dan penghindaran bahan hepatotoksik (minuman alkohol serta obat-obatan dan toksik kimia terhadap hati). Sebelum

penemuan antibioti, infeksi adalah penyebab utama kematian didalam sirosis.

2. Berikan klien pengajaran

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

3. Berikan suplemen vitamin

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

H. Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan funsi hepar abnormal :
 - a. Peningkatan alkalin fosfat serum, *alanine transaminase* (ALT) dan *aspartate transaminase* (AST) (akibat dari destruksi jaringan hepar)
 - b. Peningkatan kadar ammonia darah (akibat dari kerusakan metabolism protein)
 - c. Penikatan bilirubin serum (disebabkan oleh kerusakan metabolism bilirubin)
 - d. *Prothrombin time* (PT) memanjang (akibat kerusakan sintesis protombin dan faktor pembekuan)
2. Biopsi hepar dapat memastikan diagnosis bila pemeriksaan serum dan pemeriksaan radiologis tak dapat menyimpulkan

3. *Computerized tomography scanner* (scan CT), atau *magnetic resonance imaging* (MRI) dilakukan untuk mengkaji ukuran hepar, derajat obstruksi dan aliran darah hepatic
4. Elektrolit serum menunjukkan hipokalemia, alkalosis, dan hiponatremia (disebabkan oleh peningkatan sekresi aldosteron pada respon terhadap kekurangan volume cairan ekstraseluler sekunder terhadap asietes)
5. *Thermo luminescene dosimeter* (TLD) menunjukan penurunan sel darah merah (SDM), hemoglobin, hematokrit, trombosit, dan sel darah putih (SDP) (hasil dari depresi sumsum sekunder terhadap kegagalan ginjal dan kerusakan metabolisme nutrien)
6. Urinalisis menunjukan bilirubinuria
7. *Serum glutamic oxaloacetic* (SGOT), *serum glutamic pyruvic transaminase* (SGPT), *laktat dehidrogenase* (LDH) meningkat
8. *Endoskopi retrograde kolangiopankreatografi* (ERCP) obstruksi duktus koledukus
9. Esofagoskopi (varises) dengan barium esofagografi
10. Biopsi hepar & ultrasonografi (Nurarif & Kusuma, 2015).

I. Fokus Intervensi

1. Pengkajian

a. Identitas klien

b. Riwayat kesehatan :

1.) Riwayat Kesehatan Sekarang

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

2.) Riwayat Kesehatan Dahulu

- a.) Apakah ada riwayat konsumsi alkohol?
 - b.) Apakah ada riwayat penyakit hepatitis kronis sebelumnya?
 - c.) Apakah ada riwayat gagal jantung kiri/kanan?
 - d.) Riwayat pemakaian obat-obatan, merokok, pirampisin
- 3.) Riwayat Kesehatan Masa Kecil
- Tanyakan apakah ada anggota keluarga yang menderita hepatitis/sirosis hepatitis?
- c. Pemeriksaan fisik
- Kaji adanya lateragi, asites, dispnea, kaji adanya pembesaran pada hepar (hepatomegali), apakah ada edema pada seluruh tubuh, kaji adanya kulit kering dan ikterik, apakah ada perdarahan pada gusi
- d. Eritema palmaris, pruritus
 - e. Tremor
 - f. Spidernevi
 - g. Cavut medusa
 - h. Varises esophagus, hemel
 - i. Atropi testis, ginekomastia (Wijaya, 2013).

2. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cidera fisik
 - a. Tujuan :
 - Nyeri berkurang
 - b. Kriteria Hasil
 - 1.) Melaporkan nyeri berrkurang
 - 2.) Mampu menenali nyeri
 - 3.) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

Intervensi

- a. Kaji tingkat nyeri,

- Rasional : Penentuan faktor penyebab, dan menentukan intervensi/tindakan selanjutnya
- b. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan

Rasional : reaksi nonverbal dapat menentukan tingkat

 - c. Ajarkan teknik nafas dalam.

Rasional : nafas dalam dapat mengurangi nyeri

 - d. Tingkatkan istirahat.

Rasional : istirahat yang cukup dalam mengurangi rasa nyeri

 - e. Kolaborasi pemberian analgetik.

Rasional : analgetik adalah obat pengurang nyeri (Nurarif & Kusuma, 2015).
2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat sekunder terhadap anorexia.
- a. Tujuan :

Perbaikan status nutrisi
 - b. Kriteria Hasil
 - 1.) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan.
 - 2.) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
 - 3.) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti
- Intervensi**
- a. Kaji adanya alergi makanan.
- Rasional : untuk mengetahui adanya alergi
- b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.
- Rasional : jumlah nutrisi yang tepat dapat membantu meningkatkan berat badan pasien
- c. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi).

Rasional : makanan yang sesuai dapat membantu meningkatkan berat badan pasien

- d. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.

Rasional : mengkaji kemampuan pasien dalam mendapatkan nutrisi (Nurarif & Kusuma, 2015).

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelelahan dan penurunan berat badan.

- a. Tujuan

Peningkatan energi dan partisipasi dalam aktivitas

- b. Kriteria Hasil

1.)Mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri

2.)Tanda-tanda vital normal

3.)Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi, dan frekuensi nafas

Intervensi

- a. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.

Rasional : membantu pasien dalam beraktivitas yang tidak dapat dilakukan

- b. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan.

Rasional : membantu pasien mendapatkan pengetahuan

- c. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, kresek.

Rasional : membantu klien untuk beraktivitas secara mandiri

- d. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai.

Rasional : aktivitas yang disukai dapat meningkatkan tingkat aktivitas pasien (Nurarif & Kusuma, 2015).

4. Resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilitas sekunder terhadap kelemahan
 1. Tujuan
Memperbaiki integritas kulit dan meminimalkan iritasi kulit
 2. Kriteria Hasil
 - 1.)Tidak terdapat luka/lesi pada kulit
 - 2.)Perfusi jaringan baik
 - 3.)Integritas kulit yang baik mampu dipertahankan
 - 4.)Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembapan kulit dan perawatan alami

Intervensi

- a. Anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang longgar.
Rasional : pakaian longgar dapat meminimalisir adanya kerusakan integritas kulit
- b. Hindari kerutan pada tempat tidur.
Rasional : kerutan di tempat tidur akan mengakibatkan integritas kulit rusak.
- c. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.
Rasional : menghindari adanya infeksi.
- d. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali.
Rasional : melemaskan otot-otot
- e. Monitor kulit adanya kemerahan.
Rasional : kemerahan dapat menimbulkan luka
- f. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien.
Rasional : memantau aktivitas yang dilakukan pasien (Nurarif & Kusuma, 2015).

BAB III

RESUME KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian pada tanggal 23 Mei 2016 jam 09.00 WIB diruang Melati RSUD Batang meliputi :

1. Identitas

Klien bernama Tn. I berumur 49 tahun, berjenis kelamin laki-laki, agama islam, bekerja sebagai buruh, suku jawa, Indonesia. Klien dirawat diruang melati RSUD Batang. Identitas penanggung jawab klien bernama Ny. S hubungan dengan klien sebagai istri Tn. I umur 45 tahun, agama islam, suku jawa, sebagai ibu rumah tangga.

2. Riwayat keperawatan

Klien dibawa ke RSUD Batang pada tanggal 21 Mei 2016 dengan keluhan nyeri perut, mual, muntah, dan tidak nafsu makan, kemudian klien dirawat diruang melati. Dari pemeriksaan dokter klien di diagnosa menderita penyakit Sirosis Hepatis. Kebiasaan pasien saat muda sering mengkonsumsi alkohol, hal ini bisa menyebabkan timbulnya penyakit Sirosis Hepatis.

3. Pengkajian fokus

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 mei 2016 pukul 09.00 didapatkan data klien mengeluh nyeri pada perut, dengan skala nyeri P (*provokatif*) : penyakitnya. Q (*qualitas*) : seperti diremas-remas. R (*region*) : perut kanan atas. S (*skala*) : skala 5. T (*time*) : hilang-timbul, warna kulit ikterik, perut asites, ekstremitas terpasang infuse. Klien juga mengatakan pada saat dirumah mual dan muntah, klien juga tidak nafsu makan. Keluarga klien mengatakan, klien tidak bisa beraktivitas secara mandiri jika beraktivitas klien sering dibantu oleh anggota keluarga yang lain. Tanda-tanda vital tekanan darah : 130/80 mmHg, suhu : 36,7°C, nadi :

90x/menit, respirator rate : 22x/menit, klien tampak lemas, klien tampak menahan sakit, jika beraktivitas klien dibantu oleh anggota keluarga yang lain. A (*Antropometri*) : berat badan sebelum sakit : 60 kg, berat badan setelah sekarang : 59 kg, tinggi badan : 167, berat badan ideal : 60,3 kg berat badan min: 54,3 berat badan max: 66,3. B (*Biokimia*) : Hb: 9,8 g/dl. C (*Clinical sign*) : tekanan darah: 130/80mmHg, nadi: 90 x/menit, Frekuensi nafas: 22x/menit. D (*Diit*) : klien hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makannya. Terapi terapi tanggal 23 Mei 2016 infus asering, infuse aminoleban 20 tpm, Vitamin K 3x40 mg, furosemid 3x40 mg, pantoprazole 2x40 mg, neuciti 3x250 mg

B. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik. Ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan nyeri pada perut kanan bagian bawah, dengan skala nyeri P : penyakitnya, Q : seperti diremas-remas, R : perut kanan atas, S : skala 5, T : hilang-timbul. Data objektif: klien tampak lemas, klien tampak menahan nyeri, tekanan darah: 130/80mmHg, nadi: 90x/menit, frekuensi nafas: 22x/menit, dilihat dari data subjektif dan data objektif klien merasa nyeri.
2. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan jika ke kamar mandi klien dibantu oleh anggota keluarga yang lain, data objektif : dalam beraktivitas, klien dibantu oleh anggota keluarga, klien terlihat hanya berbaring ditempat tidur, hasil indeks katz F artinya klien dalam beraktifitas dibantu oleh anggota keluarga.
3. Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan tidak adekuat. Ditandai dengan data subjektif : klien menatakan mual muntah, dan tidak nafsu makan. Data objektif : porsi makan klien habis $\frac{1}{4}$ porsi. A (*Antropometri*) : berat badan sebelum sakit : 60 kg, berat badan setelah sekarang : 59 kg, tinggi badan :

167, berat badan ideal : 60,3 kg berat badan min: 54,3 berat badan max: 66,3. B (Biokimia) : Hb: 9,8 g/dl. C (Clinical sign) : tekanan darah: 130/80mmHg, nadi: 90x/menit, frekuensi nafas: 22x/menit. D (Diit) : klien hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makannya.

C. Intervensi keperawatan

Berdasarkan masalah yang ditemukan pada saat pengkajian tanggal 23 mei 2016 penulis dapat menyusun intervensi sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan nyeri pada perut dengan skala nyeri : P : penyakitnya Q : seperti diremas-remas R : perut kanan atas S: skala 5 T: hilang-timbul. Data objektif : klien tampak menahan nyeri, klien tampak lemas, tekanan darah : 130/80mmHg, nadi: 90x/menit, frekuensi nafas: 22x/menit. Dilihat dari data subjektif dan data objektif, klien tampak merasa nyeri. Tujuan dilakukan tindakan keperawatan yaitu nyeri berkurang, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil : klien mengungkapkan nyeri berkurang dengan skala nyeri 2, klien tampak rileks. Intervensi keperawatan yang digunakan untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut adalah dengan kaji tingkat nyeri. Rasional : Penentuan faktor penyebab, dan menentukan intervensi/tindakan selanjutnya. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. Rasional : nafas dalam dapat mengurangi rasa nyeri. Berikan posisi nyaman. Rasional : posisi nyaman dapat meringankan rasa nyeri.
2. Diagnosa kedua adalah Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan jika kekamar mandi, klien dibantu oleh anggota keluarga yang lain. Data objektif : dalam beraktivitas klien dibantu oleh keluarga, klien terlihat hanya berbaring ditempat tidur. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien dapat melakukan aktivitas dengan

- maksimal. Dengan kriteria hasil : melakukan aktivitas secara mandiri, tidak memerlukan bantuan orang lain. Intervensi yang dilakukan adalah kaji respon klien dengan aktivitas yang dilakukannya. Rasional : mengkaji respon klien terhadap aktivitasnya, bimbing aktivitas yang tidak bisa dilakukan klien. Rasional : membimbing aktivitas klien. Bantu klien mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.
3. Diagnosa prioritas yang ketiga adalah resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan tidak adekuat ditandai dengan data subjektif: klien mengatakan mual, muntah, dan tidak nafsu makan. Data objektif: porsi makan klien habis $\frac{1}{4}$ porsi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kebutuhan nutrisi tercukupi, dengan kriteria hasil: nafsu makan bertambah, adanya peningkatan berat badan. Rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa kebutuhan nutrisi kurangnya dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan yang tidak adekuat adalah dengan kaji pola makan klien. Rasional : mengetahui pola makan klien. Anjurkan klien makan sedikit tapi sering. Rasional : mengurangi rasa mual

D. Implementasi

Diagnosa prioritas yang pertama adalah nyeri yang berhubungan dengan agen cidera fisik. Implementasi yang digunakan untuk menatas masalah tersebut yaitu dengan mengkaji tingkat nyeri klien mengajarkan relaksasi nafas dalam, memberikan klien posisi senyaman mungkin, kolaborasi pemberian obat anti nyeri.

Diagnosa prioritas yang kedua adalah Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik yang ditandai dengan data subjektif: klien mengatakan jika kekamar mandi klien dibantu oleh anggota keluarga yang lain, data objektif: klien terlihat dibantu oleh keluarga saat beraktivitas, klien tampak hanya berbaring ditempat tidur. Implementasi yang digunakan

untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut yaitu dengan mengkaji respon klien dengan aktivitas yang dilakukannya, membantu klien mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.

Diagnosa prioritas yang ketiga adalah resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan yang tidak adekuat, ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan mual, muntah, dan tidak nafsu makan, data objektif : porsi makan $\frac{1}{2}$ porsi. Implementasi yang digunakan untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut yaitu dengan mengkaji pola makan klien, menganjurkan makan sedikit tapi sering.

E. Evaluasi

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan selama 3 hari, pada Tn. I, selanjutnya penulis melakuakan evaluasi selama proses keperawatan tersebut.

Untuk diagnosa keperawatan pertama yaitu nyeri yang berhubungan dengan agen cidera fisik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan nyeri berkurang, dengan kriteria hasil klien mengatakan nyeri berkurang, klien tampak rileks, skala nyeri menjadi 2. Intervensi yang digunakan untuk mengatasi masalah tersebut yaitu dengan mengkaji tingkat nyeri klien, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, memberikan klien posisi senyaman mungkin, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari pada tanggal 26 mei dilakukan evaluasi, klien mengatakan nyeri berkurang menjadi 4 dengan demikian masalah nyeri belum teratasi.

Diagnosa yang dilakukan prioritas kedua adalah Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien masih tampak lemas, klien hanya berbaring ditempat tidur. Dengan demikian masalah keperawatan untuk Intoleransi Aktivitas belum teratasi.

Diagnosa yang diangkat sebagai prioritas ketiga adalah resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, berhubungan dengan intake makanan yang tidak adekuat. Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan adalah mengkaji pola makan klien, menganjurkan klien makan sedikit tapi sering. Saat dilakukan evaluasi klien mengatakan makan habis $\frac{1}{2}$ porsi, dengan demikian masalah kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan pada Tn. I dengan Sirosis Hepatis di RSUD Batang Kabupaten Batang. Masalah keperawatan (diagnosa keperawatan) yang muncul pada Tn. I sesuai dengan prioritas masalah keperawatan adalah Nyeri yang berhubungan agen cidera fisik. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan yang tidak adekuat. Dalam bab ini akan dibahas tentang asuhan keperawatan.

A. Pengkajian

Dalam melakukan pengkajian penulis menggunakan format yang telah ada pada format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah (KMB). Selama proses pengkajian penulis tidak menemukan hambatan, pasien dan keluarga kooperatif sehingga mempermudah penulis untuk mengumpulkan data. Penulis mengkaji dari semua aspek meliputi: aspek bio-psiko-sosial-kultural-spiritual. Dari pengkajian pada tanggal 23 mei 2016 pada pukul 08.30 didapatkan data dari aspek bio: data subjektif hasil dari pengkajian pasien mengatakan jika terlalu banyak bergerak Nyeri pada perut kanan atas, P: penyakitnya, Q: seperti diremas-remas, R: perut kanan atas, S : skala 5, T : hilang-timbul, pasien merasakan lemas dalam aktivitas di bantu keluarga, pasien mengatakan mual, dan tidak nafsu makan. data obyektif, tekanan darah : 130/80 mmHg. Nadi 90 x / menit. frekuensi nafas : 22 x / menit, suhu :36,6 ° C, infus asering, infus aminoleban 20 tpm, pasien tampak lemah, pasien tampak menahan nyeri, pasien tampak dibantu oleh keluarga saat beraktivitas, makan habis ¼ porsi A (Antropometri) : berat badan sebelum sakit : 60 kg, berat badan setelah sekarang : 59 kg, tinggi badan : 167, berat badan ideal : 60,3 kg berat badan min: 54,3 berat badan max: 66,3. B (Biokimia) : Hb: 9,8

g/dl. C (Clinical sign) : TD: 130/80mmHg, nadi: 90x/menit, Rr: 22x/menit. D (Diit) : klien hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makannya.

Pada pengkajian aspek psiko-sosial-kultural-spiritual penulis tidak memaparkan lebih rinci karena tidak ada masalah di dalam aspek-aspek tersebut, hasil pengkajian yang ditemukan penulis dalam melakukan pengkajian tanggal 23 Mei 2016 sudah sesuai dengan apa yang ada di teori. sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik.

B. Diagnosa

Berdasarkan data pengkajian yang didapat, penulis menegakkan diagnosa sebagai berikut: Nyeri yang berhubungan agen cidera fisik. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan yang tidak adekuat.

1. Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut yang berhubungan dengan cidera fisik.

a. Pengertian

Diagnosa nyeri akut adalah sensasi tidak nyaman subjektif yang dihasilkan dari interaksi saraf sensori multiple yang dibangkitkan oleh stimulasi fisik, kimia, biologis, atau psikologis (Sheila & M. Cynthia, 2012).

b. Alasan diagnosa ditegakkan

Penulis menegakkan diagnosa ini, berdasarkan data subjektif klien mengatakan nyeri pada bagian perut kanan atas, dengan skala nyeri : P : penyakitnya, Q : seperti diremas-remas, R : perut kanan atas, S : skala 5, T : hilang-timbul. Tanda-tanda vital tekanan darah : 130/80 mmHg. Nadi 90 x / menit. frekuensi nafas : 22 x / menit, suhu : 36,6^o C. Data objektif klien tampak lemas, klien tampak menahan nyeri.

c. Cara memprioritaskan masalah.

Menurut NANDA (2003), saat menuliskan pernyataan diagnostik, perawat harus menyebutkan lokasinya (mis, nyeri pada pergelangan

kaki kanan). Lebih lanjut, karena nyeri dapat mempengaruhi banyak aspek pada fungsi individu, kondisi tersebut dapat pula menjadi etiologi untuk diagnosis keperawatan lain (Mubarak & Chayatin, 2008).

2. Diagnosa Keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.

- a. Pengertian

Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-sehari yang harus atau yang ingin dilakukan (Herdman, 2012).

- b. Alasan diagnosa ditegakkan

Diagnosa ini ditegakkan karena pada klien ditemukan data: klien mengatakan tidak mampu beraktivitas secara mandiri, jika kekamar mandi klien dibantu oleh keluarga, Skala nyeri : P : penyakitnya. Q : seperti diremas-remas. R : perut kanan atas, S : skala 5, T : hilang-timbul. Tanda-tanda vital tekanan darah : 130/80 mmHg. Nadi 90 x / menit. Frekuensi nafas : 22 x / menit, suhu : 36,6 ° C. klien tamak lemas, klien tampak hanya berbaring ditempat tidur.

- c. Cara memprioritaskan masalah

Diagnosa ini diangkat sebagai prioritas kedua pada kasus ini karena berdasarkan teori Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow kebutuhan keselamatan dan rasa aman menjadi prioritas kedua setelah kebutuhan fisiologis terpenuhi (Mubarak & Chayatin, 2008).

3. Diagnosa Keperawatan Resiko Perubahan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh Berhubungan dengan Intake Makanan yang Tidak Adekuat.

- a. Pengertian

Resiko nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolismik (Herdman, 2012)

- b. Alasan diagnosa ditegakkan

Diagnosa ini ditegakkan karena pada klien ditemukan data: Klien mengatakan mual, dan tidak nafsu makan. A (Antropometri) : berat badan sebelum sakit : 60 kg, berat badan setelah sekarang : 59 kg, tinggi badan : 167, berat badan ideal : 60,3 kg berat badan min: 54,3 berat badan max: 66,3. B (Biokimia) : Hb: 9,8 g/dl. C (Clinical sign) : TD: 130/80mmHg, nadi: 90x/menit, Rr: 22x/menit. D (Diit) : klien hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makannya.

c. Cara memprioritaskan masalah.

Diagnosa ini menjadi prioritas keempat karena menurut Hierarki kebutuhan dasar manusia Maslow kebutuhan makanan merupakan kebutuhan yang ketiga setelah kebutuhan oksigenasi dan kebutuhan cairan dan elektrolit (Mubarak & Chayatin, 2008). Manusia memerlukan asupan makanan guna memperoleh zat-zat penting yang dikenal dengan istilah nutrisi tersebut. Nutrisi berfungsi untuk membentuk dan memelihara jaringan tubuh, mengatur proses-proses dalam tubuh, sebagai sumber tenaga, serta untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit (Mubarak & Chayatin, 2008).

C. Intervensi

Adapun tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil : pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien tampak rileks, skala nyeri 2. Intervensi dan rasional : kaji tingkat nyeri pasien, dengan rasional menentukan tingkat nyeri yang dirasakan pasien. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan rasional nafas dalam bisa mengurangi rasa nyeri. Berikan posisi senyaman mungkin rasional posisi nyaman dapat mengurangi rasa nyeri.

Adapun tujuan serta kriteria hasil yang akan dicapai penulis dan intervensi untuk Intervensi Keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Intervensi yang dilakukan prioritas kedua yaitu intoleransi

aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Ditandai dengan klien mengatakan lemas dalam beraktivitas, saat beraktivitas klien dibantu keluarga, klien hanya berbaring ditempat tidur. Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi intoleransi aktivitas yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 x 24 jam diharapkan klien dapat melakukan aktivitas dengan maksimal, dengan kriteria hasil klien beraktivitas secara mandiri, tidak memerlukan bantuan orang lain, intervensi yang dilakukan, kaji respon klien pada aktivitas yang dilakukan dengan rasional menentukan respon pasien pada aktivitas yang dilakukan, bimbing aktivitas yang tidak bisa dilakukan klien penuhi kebutuhan pasien yang diperlukan rasionalnya membimbing aktivitas yang pasien lakukan.

Adapun tujuan serta kriteria hasil yang akan dicapai penulis dan intervensi untuk Intervensi Keperawatan Resiko Perubahan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh Berhubungan dengan Intake Makanan yang Tidak Adekuat. Tindakan keperawatan untuk diagnosa kebutuhan nutrisi kurangnya dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan yang tidak adekuat adalah dengan kaji pola makan klien, untuk mengetahui pola makan pasien, anjurkan klien makan sedikit tapi sering, makan sedikit tapi sering mengurangi rasa mual, anjurkan istirahat sebelum makan bertujuan untuk menenangkan peristaltik dan meningkatkan energi untuk makanan.

D. Implementasi

Implementasi yang dilakukan penulis untuk menyelesaikan masalah Implementasi Keperawatan Nyeri Akut yang berhubungan dengan cidera fisik. Tindakan keperawatan yang dilakukan anatara lain dengan mengkaji tingkat nyeri klien, mengajarkan klien teknik relaksasi nafas dalam, memberikan posisi senyaman mungkin. Kekuatan dari implementasi ini adalah selama dilakukan tindakan keperawatan, klien kooperatif dan mendukung setiap tindakan yang dilakukan, serta melakukan cara yang sudah diajarkan secara mandiri, sehingga tidak ada hambatan selama dilakukan tindakan keperawatan.

Implementasi yang dilakukan penulis untuk menyelesaikan masalah keperawatan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Tindakan keperawatan yang dilakukan antara lain, mengkaji respon klien pada aktivitas yang dilakukan, membimbing aktivitas yang tidak bisa dilakukan klien penuhi kebutuhan pasien yang diperlukan. Klien selama proses keperawatan, tidak ada hambatan dalam proses implementasi dan mau melakukan apa yang disarankan oleh perawat.

Implementasi yang dilakukan penulis untuk menyelesaikan masalah resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan yang tidak adekuat adalah mengkaji pola makan pasien, mananjurkan makan sedikit tapi sering, menganjurkan istirahat sebelum makan. Kekuatan selama dilakukannya tindakan keperawatan, klien tampak kooperativ dan mau mengikuti yang disarankan.

E. Evaluasi

1. Evaluasi keperawatan yang diperoleh pada tanggal 26 mei 2016 bahwa masalah nyeri akut yang berhubungan dengan cidera fisik belum teratasi. Ditandai dengan data subjektif : pasien mengatakan nyeri, p : penyakitnya q : seperti diremas-remas r : perut kanan atas s : skala 4 t : hilang-timbul. Data objektif yang ditemukan : pasien tampak lemas, pasien tampak menahan nyeri. Intervensi selanjutnya adalah mengkaji skala nyeri, menganjurkan teknik nafas dalam, dan memberikan posisi nyaman.
2. Evaluasi keperawatan yang diperoleh pada tanggal 26 mei 2016 bahwa masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik belum teratasi, ditandai dengan data objektif : klien masih tampak lemas, kien hanya berbaring ditempat tidur. Intervensi yan dilakukan selanjutnya adalah kaji tingkat kemampuan pasien, bimbing aktivitas yang tidak bisa dilakukan pasien, penuhi kebutuhan yang pasien perlukan.
3. Evaluasi keperawatan yang diperoleh pada tanggal 26 mei 2016 bahwa masalah resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan yang tidak adekuat belum teratasi

yang ditandai dengan klien mengatakan mual berkurang, klien mengatakan makan $\frac{1}{2}$ porsi. Intervensi yang dilakukan selanjutnya adalah dengan kaji pola makan klien, anjurkan klien makan sedikit tapi sering, menganjurkan istirahat sebelum makan.

BAB V

PENUTUP

Pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah penulis lakukan pada Tn. I dengan sirosis hepatis di RSUD Batang Kabupaten Batang selama tiga hari pada tanggal 23-26 mei 2016, maka penulis menarik kesimpulan dan memberikan saran yang berguna bagi peningkatan asuhan keperawatan pada umumnya dan khususnya pada klien dengan sirosis hepatis .

A. Simpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pada Tn. I di ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Batang pada tanggal 23-26 Mei 2016 kemudian membandingkan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus, dapat disimpulkan :

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 Mei 2016 didapatkan keluhan klien, klien mengatakan nyeri pada bagian perut kanan atas, klien mengatakan tidak mampu beraktivitas secara mandiri. Klien mengatakan mual, muntah, dan tidak nafsu makan. Skala nyeri : P : penyakitnya. Q : seperti diremas-remas R : perut kanan atas, S : skala 5, T : hilang-timbul. Tanda-tanda vital tekanan darah = 130/80 mmHg. Nadi 90 x / menit. Rr : 22 x / menit, suhu = 36,6 °C . klien tamak lemas, klien tampak menahan nyeri. Makan habis ¼ porsi

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. I yaitu : diagnosa pertama adalah nyeri yang berhubungan agen cidera fisik, diagnosa yang dilakukan prioritas kedua adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Diagnosa yang diangkat sebagai prioritas ketiga adalah resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, berhubungan dengan intake makanan yang tidak adekuat.

Perencanaan dilakukan berdasarkan prioritas masalah sesuai kondisi klien yang ditemukan pada saat pengkajian. Dalam melakukan tindakan

keperawatan pada Tn. I penulis telah berusaha melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana perawatan ditunjukkan untuk memecahkan masalah yang dialami klien. Ada beberapa rencana keperawatan yang tidak dilakukan, hal itu dikarenakan keterbatasan penulis.

Implementasi yang telah dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien yaitu : Mengkaji tingkat nyeri klien, ajarkan klien teknik relaksasi nafas dalam, memberikan posisi senyaman mungkin. Kolaborasi pemberian terapi obat untuk mengurangi rasa nyeri. Kaji respon klien pada aktivitas yang dilakukan, bimbing aktivitas yang tidak bisa dilakukan klien penuhi kebutuhan pasien yang diperlukan. Kaji pola makan klien dan menanjurkan klien makan sedikit tapi sering, kurangi faktor yang mempengaruhi perubahan nutrisi.

Evaluasi yang didapat setelah penulis melakukan implementasi yaitu dari tiga diagnosa keperawatan yang muncul, masalah ketiga diagnosa tersebut belum teratasi semua, yaitu nyeri berhubungan dengan agen cidera fisik, kemudian yang kedua intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, dan yang ketiga resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan tidak efektif.

B. Saran

Dengan dilaksanakannya asuhan keperawatan pada klien dengan sirosis hepatis yang telah penulis lakukan, saran yang dapat di berikan yaitu:

1. Bagi Profesi Keperawatan.

Diharapkan perawat dapat meningkatkan pelayanan kesehatan, dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga pasien tentang penyakit sirosis hepatis, cara pencegahan penularan oleh keluarga, dan cara merawat pasien dirumah, sehingga diharapkan keluarga mendapatkan wawasan lebih baik tentang penyakit sirosis hepatis.

2. Bagi Lahan Praktik.

Rumah sakit diharapkan lebih memprioritaskan pencegahan penularan, khususnya pada klien sirosis hepatis yaitu dengan menggunakan alat proteksi diri bagi perawat dan melakukan penyuluhan kesehatan tentang cara mencuci tangan enam langkah yang benar, cara menghitung nutrisi untuk pasien sirosis hepatis, dan cara pencegahan penularan lainnya

3. Bagi Institusi Pendidikan.

Diharapkan mahasiswa pendidikan untuk memotivasi alumni agar menyumbangkan buku pengetahuan khususnya dibidang ilmu keperawatan agar koleksi buku diperpustakaan bertambah.

DAFTAR PUSTAKA

Black & Hawks 2014, *Keperawatan Medikal Bedah*, ed.8 Jilid 3, Singaparna, Jakarta

Huda, Amin & Kusuma Hardhi 2015, *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc Jilid 3*, Mediaktion Jogja, Yogyakarta

Mary, Baradero 2008, *Seri Asuhan Keperawatan: Klien Gangguan Hati*, EGC, Jakarta

Mubarak & Chayaning, 2008, *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*, EGC, Jakarta

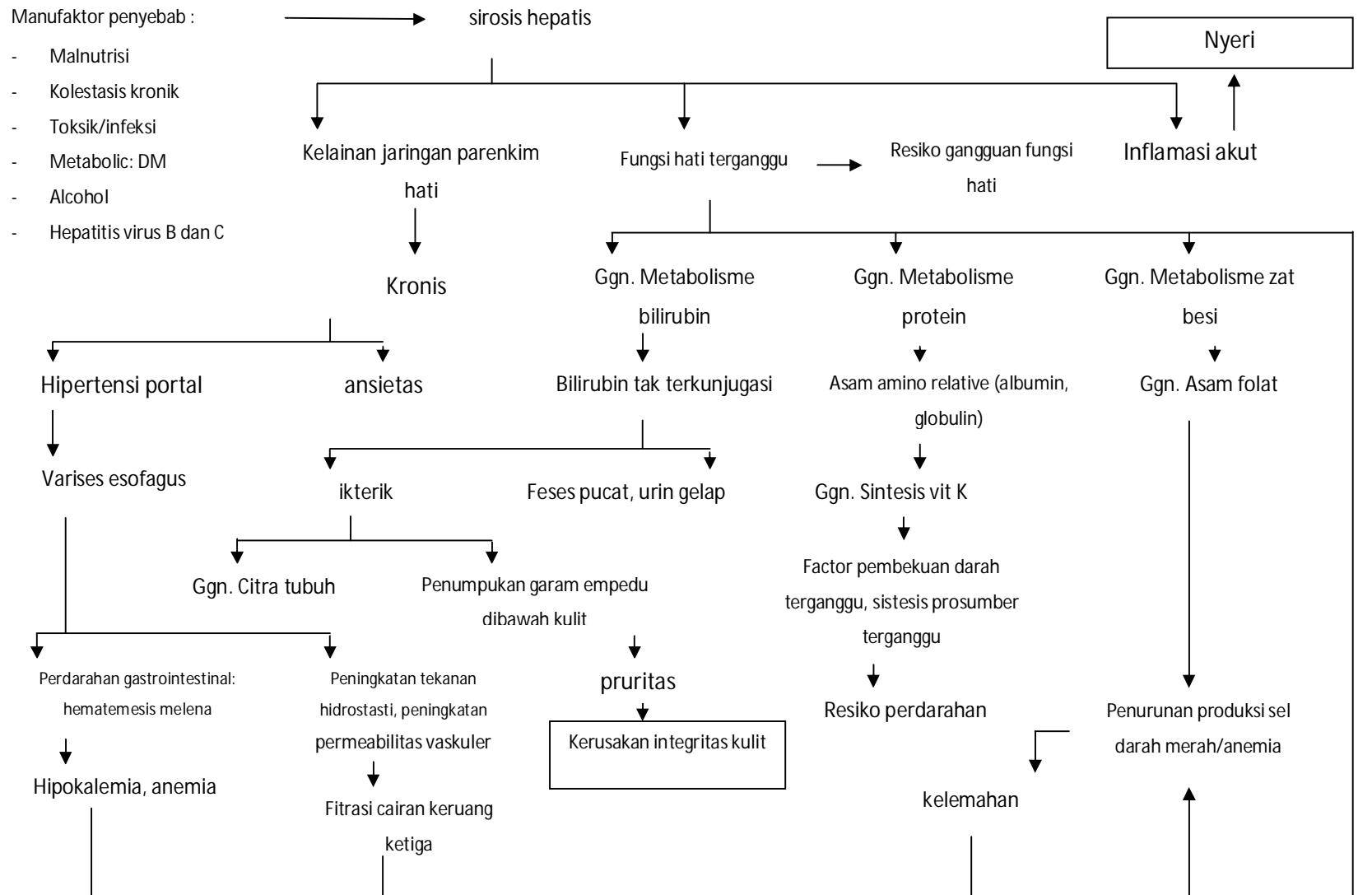
Setiati, Siti 2014, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Interna Publishing, Jakarta

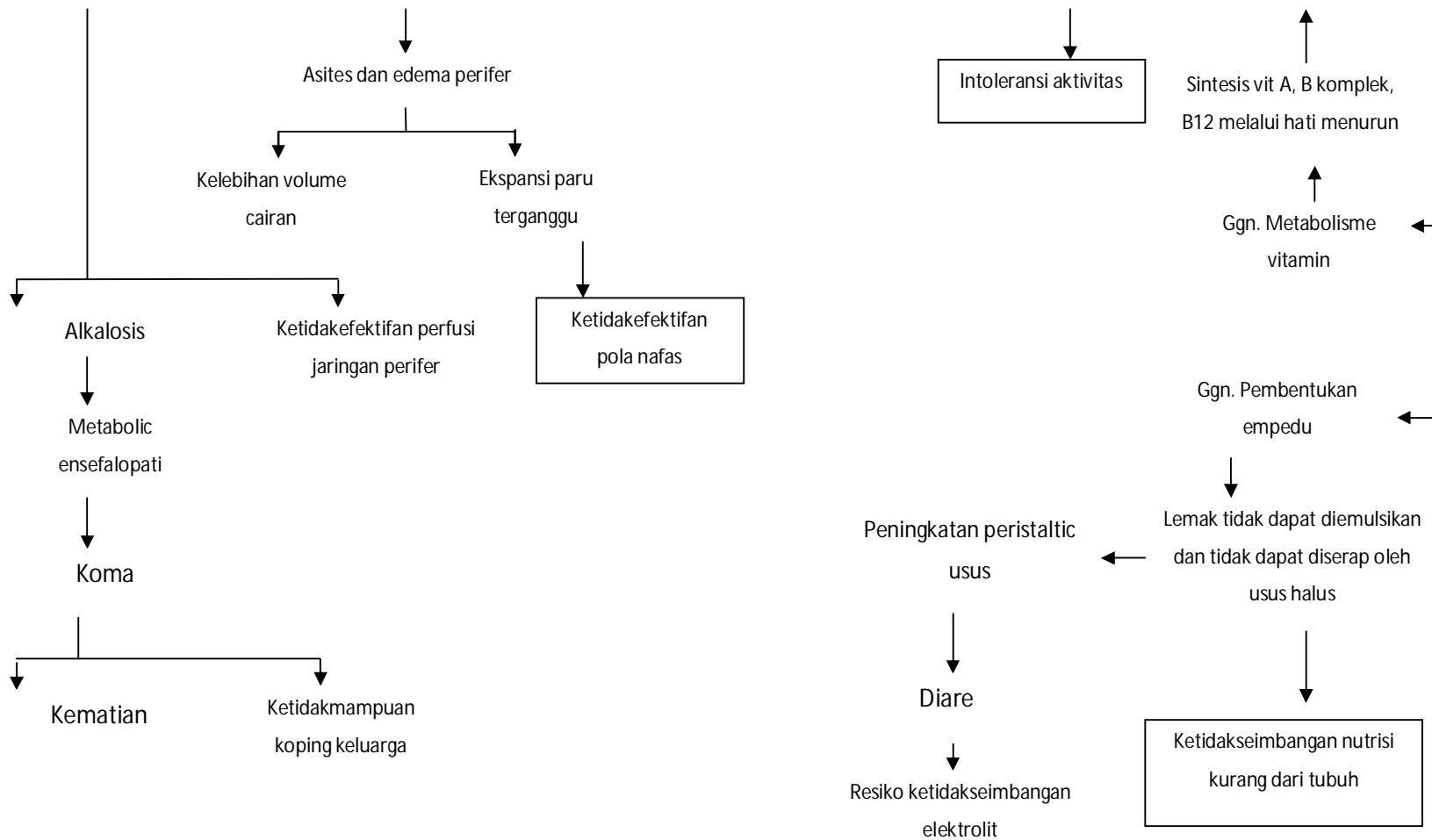
Sparks, Sheila & M. Taylor 2012, *Diagnosis Keperawatan Dengan Rencana Asuhan*, EGC, Jakarta

Sudoyo, W. Aru 2006, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, FKUI, Jakarta

Wijaya, Andra & Mariza 2008, *Keperawatan Medikal Bedah*, Nuha Medika, Yogyakarta

PATHWAYS





(Nanda nic-noc, 2015)

**ASUHAN KEPERAWATA PADA Tn. I DENGAN
DIAGNOSA MEDIS SIROSIS HEPATIS DIRUANG MELATI
RSUD BATANG**



Disusun oleh :

Tri Yuni Utami

13.1706.P

STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN PEKALONGAN

PRODI DIII KEPERAWATAN

2016

**ASUHAN KEPERAWATA PADA Tn. I DENGAN
DIAGNOSA MEDIS SIROSIS HEPATIS DIRUANG MELATI
RSUD BATANG**

A.PENGKAJIAN

1.Biodata Pasien

a. Data demografis pasien

Nama : Tn. I
Umur : 49 tahun
Jenis kelamin : Laki- Laki
Agama : Islam
Alamat : Tulis, Batang
Pendidikan : lulus SD
Pekerjaan : Buruh
Status perkawinan : Menikah
Diagnosa medis : Sirosis Hepatis

Tanggal pengkajian : 23 mei 2016

b. Data demografis penanggung jawab

Nama : Ny. S
Umur : 45 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Tulis, Batang
Pekerjaan : IRT
Hubungan dgn klien : Istri klien

c. Faktor Sosial Ekonomi dan Budaya

Menurut klien ekonomi berkecukupan walaupun tidak berlebihan, sedangkan sosialnya klien merupakan kepala keluarga, semua kebutuhan keluarga di penuhi oleh klien. Hubungan klien dengan keluarga dan lingkungan sekitar baik.

d. Faktor Lingkungan

Menurut klien tempat tinggalnya cukup bersih, ada tempat untuk membuang sampah dan ada ventilasi untuk sirkulasi udara, pencahayaan cukup, terdapat kamar mandi di rumah klien.

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan pada hari sabtu 21 mei 2016 pasien muntah darah dan pasien merasakan perutnya sakit dibagian kanan atas lalu oleh keluarga klien dibawa ke RSUD Batang untuk diperiksakan. Saat berada di RSUD Batang klien dirawat diruang melati.

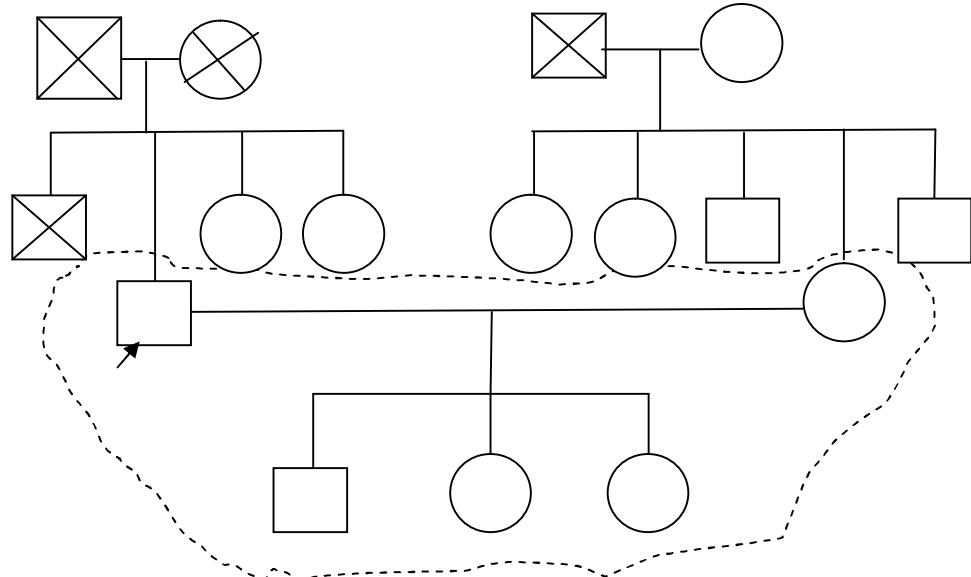
b. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas

c. Riwayak Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan dulu pernah menderita penyakit hepatitis selama 20 tahun yang lalu kemudian baru 6 bulan terakhir didiagnosa menderita penyakit sirosis hepatis.

d. Riwayat Penyakit Keluarga



Keterangan : : Laki-laki

: perempuan

: meninggal

: pasien

DS: Pasien mengatakan dari silsilah keluarga dari keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti diabetes militus, Hipertensi, dan keluarga istrinya juga tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan.

3. Pola Kesehatan Fungsional Gordon

a. Pola Penatalaksanaan Kesehatan / Persepsi Kesehatan

Menurut pasien jika ada salah satu anggota keluarganya yang sakit akan segera di bawah kepuskesmas, atau dokter untuk mendapatkan perawatan atau pelayanan kesehatan.

b. Pola Nutrisi Metabolik

DS :

Sebelum sakit	selama sakit
Makan pagi : habis 1 porsi	habis $\frac{1}{4}$ porsi
Makan siang : habis 1 porsi	habis $\frac{1}{2}$ porsi
Makan malam : habis 1 porsi	habis $\frac{1}{4}$ porsi
Minum : \pm 9 gelas/ hari	\pm 7 gelas/hari

c. Pola Eliminasi

DS :

Sebelum sakit		BAB	
BAK		BAB	
Frekuensi : \pm 4-5 x/ hari		Frekuensi : 2x/ hari	
Jumlah urine : -		Jumlah fases : -	
Warna : -		warna : -	
Bau : khas urine		konsistensi : lunak	

Selama sakit		BAB	
BAK		BAB	
Frekuensi : \pm 4-5 x/ hari		Frekuensi : belum pernah	
Jumlah urine : -		Jumlah fases : -	
Warna : -		warna : kuning	
Bau : khas urine		konsistensi : lunak	

d. Pola Aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan sebelum sakit dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti berpakaian, mandi, makan dilakukan secara mandiri, tetapi selama sakit pasien dalam beraktivitas dibantu oleh keluarganya.

e. Pola tidur dan istirahat

sebelum sakit	selama sakit
Tidur siang : Tidak pernah	± 2 jam /hari
Tidur malam : ±7 jam/hari	± 5 jam /hari

f. Pola kognitif perceptual kekuatan alat sensori

Penglihatan	:	Baik
Perasa	:	Baik
Pembau	:	Baik
Kemampuan untuk berbahasa	:	Baik
Belajar	:	Baik
Ingatan dan Pembuatan keputusan	:	Baik

g. Pola Persepsi Konsep diri

Sikap pasien terhadap dirinya	:	Baik
Pola Emosional	:	Baik
Citra diri	:	Baik
Identitas diri	:	Baik
Ideal diri	:	Baik

Harga diri/ peran diri : sebagai kepala keluarga
Persepsi pasien tentang kemampuannya : beraktivitas dibantu keluarga

h. Pola Seksual Reproduksi

Pasien mengatakan didalam keluarga berperan sebagai kepala keluarga selama dirawat di RS, pasien tidak dapat menjalankan perannya seperti bekerja untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Pasien mengatakan bahagia telah dikaruniai 3 orang anak, 1 laki-laki dan 2 perempuan

i. Pola coping dan toleransi stress

Pasien mengatakan stress terhadap penyakitnya, metode coping yang digunakan adalah berdo'a, sistem pendukung coping pasien adalah keluarganya. Efek penyakit terhadap tingkat stress pasien merasa cemas karena memikirkan penyakitnya. Ekspresi wajah pasien tampak lemah.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Penampilan Umum

Kesadaran : Comphes menthis

b. vital sign : TD : 130/80

N : 90X/menit

RR : 22X/menit

S : 36,7° C

Bb sebelum sakit : 60 kg

Bb setelah sakit : 59 kg

TB : 167 cm

c. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Inspeksi : bentuk kepala bulat, tidak ada luka

Palpasi : tidak ada lesi,tidak ada benjolan.

2) Mata

Inspeksi : simetris, penglihatan jelas,sclera ikterik

Palpasi : tidak ada lesi,tidak ada nyeri tekan

3) Leher

Inspeksi : tidak terlihat pembesaran vena jugularis

Palpasi : tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan

4) Telinga

Inspeksi : tidak ada serumen bersih

Palpasi : tidak ada lesi,tidak ada nyeri tekan

Pandengaran : pendengaran baik

5) Hidung

Inspeksi : tidak ada lendir, tidak ada luka, simetris

Palpasi : tidak teraba benjolan, tidak ada nyeri benjolan

Penciuman : penciuman baik, dapat mengenali rangsang bau

6) Mulut

Inspeksi : tidak ada luka, perasa baik

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

7) Kulit

Inspeksi : warna kulit ikterik, tidak ada luka, bersih

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

8) Paru

- Inspeksi : bentuk dada simetris
Palpasi : pengembangan dada kanan dan kiri sama
Perkusi : sonor
Auskultasi : terdengar bunyi vasikuler

9) Jantung

- Inspeksi : tidak terlihat ictus cardis
Palpasi : tidak ada nyeri tekan
Perkusi : bunyi peka
Auskultasi : terdengar bunyi jantung 1-2

10) Perut

- Inspeksi : simetris, asites
auskultasi : terdengar bunyi bising usus
Palpasi : - nyeri tekan bagian kanan atas, turgor baik, hepar terasa
- batas hepar teraba tegas.
Perkusi : pekak

11) Ekstermitas

- Inspeksi : terpasang infuse ditangan kanan
Palpasi : tidak ada nyeri tekan, kurgor kulit baik

5. Prosedur Diagnostik dan Laboratorium

Pemeriksaan Lab

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
HB	9,8	g/dl	14 - 18
Leukosit	5,14	$10^3/\mu\text{L}$	
Eritrosit	L 3,34	$10^6/\mu\text{L}$	

Trombosit	L 36	$10^3/\mu\text{L}$	150 – 450
Hematokrit	L 27,8	%	37,0-49,0
LED 1 jam	H 30,0	Mm/jam	<10
LED 2 jam	45,0	Mm/2jam	<20
DIFF count			
Eosinefil	4,3	%	0,0-0,5
Basofil	0,2	%	0-1
Limfosit	L 10,7	%	17-45
Netrofil	H 74,5	%	42-74
Monosit	H 10,3	%	2,0-8,0
Limfosit Absolute	L 0,55	$10^3/\mu\text{L}$	0,90-5,20
ELEKTROLIT			
Ureum	21,3		17 – 43
Creatinin	0,46		0,9 – 1,3
SGOT	47,1		< 35
SGPT	46,1		<41
Hb SAG	Positif		Negative

Terapi Obat.

Terapi infus : 1. Asering 20tpm

2. Aminoleban 20tpm

Terapi injeksi : vit K 3x1 amp

Furosemid 3x1 amp

Pantoprazole 2x1

Neuciti 3x250mg

ANALISA DATA

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Ds : pasien menyatakan jika terlalu ban yak bergerak merasakan nyeri pada perut bagian atas kanan</p> <p>P : penyakitnya</p> <p>Q : seperti diremas-remas</p> <p>R : perut kanan atas</p> <p>S : skala 5</p> <p>T : pada saat aktivitas</p> <p>Do : - Pasien tampak menahan nyeri</p> <p>TD : 130/80</p> <p>N : 90X/menit</p> <p>RR : 22X/menit</p> <p>S : 36,7° C</p>	Nyeri Akut	Agen Cidera Fisik
2.	<p>DS : Pasien merasa lemas dalam ber aktivitas dibantu keluarga</p> <p>Do : - pasien tampak lemah</p> <p>- Hanya berbaring di tempat tidur</p>	Intoleransi aktivitas	Kelemahan Fisik
3.	<p>DS : klien mengatakan mual, dan tidak nafsu makan</p> <p>Do : makan habis ¼ porsi</p> <p>Bb sebelum sakit : 60kg</p> <p>Bb setelah sakit : 59kg</p> <p>TB : 167 cm</p>	Resiko Perubahan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Intake Makanan yang tidak adekuat

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cidera fisik
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik

3. Resiko perubahan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan yang tidak adekuat.

RENCANA KEPERAWATAN

No Dx	Tgl/jam	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
I.	Senin,23 mei 2016	<p>Setelah dilakukan tindakan keparawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan nyeri dapat berkurang dengan criteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri berkurang - Pasien tampak rileks - Sekala nyeri 2 	<ol style="list-style-type: none"> 1. kaji tingkat nyeri pasien 2. ajarkan pasien teknik relaksasi 3. memberikan posisi senyaman mungkin 4. kolaborasi pemberian terapi obat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. menetukan tingkat nyeri yang dirasakan pasien 2. nafas dalam dapat mengurangi rasa nyeri 3. untuk mengurangi rasa nyeri 4. analgetic dapat mengurangi rasa nyeri pada pasien.
II.	Senin,23 mei 2016	<p>Setelah dilakukan tindakan keparawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan pasien dapat melakukan aktivitas dengan maksimal, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien beraktivitas secara mandiri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. kaji tingkat kemampuan pasien 2. bimbing aktivitas yang tidak bisa dilakukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1 . menentukan respon pasien pada aktivitas yang di lakukan 2. membantu pasien dalam beraktivitas 3. menghemat

			<p>pasien.</p> <p>3. Penuhi kebutuhan pasien yang diperlukan</p> <p>1. kaji pola makan pasien</p> <p>2. anjurkan istirahat sebelum makan</p> <p>3. anjurkan makan sedikit tapi sering</p>	<p>energi klien</p> <p>1. mengetahui pola makan pasien</p> <p>2. menenangkan peristaltic dan meningkatkan energi untuk makanan</p> <p>3. makan sedikit tapi sering mengurangi rasa mual</p>
III	Senin,23 mei 2016	Pasien tidak mengalami gangguan nutrisi setelah dilakukan tindakan keperwatan selama 3 X 24 jam dengan kriteria hasil	<ul style="list-style-type: none"> - Intake nutrisi klien teratasi 	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari tgl/jam	No DX	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien	TTD
Senin 23- 05-16 09.15	1.	- Mengkaji keluhan pasien	S : pasien menyatakan nyeri perut pada perut kanan atas P : penyakitnya Q : seperti diremas-remas R : perut kanan atas S : skala 5 T : hilang-timbul O : - klien terlihat lemas - klien tampak menahan sakit	
09.25	1.	Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	S : klien mengatakan mau mengikuti yang diajarkan O : klien terlihat melakukan nafas dalam	
10.05	2.	Mengkaji aktivitas klien	S : klien mengatakan jika beraktivitas dibantu oleh keluarga O: klien terlihat hanya berbaring ditempat tidur	
10.15	2.	Membimbing aktivitas yan tidak bisa dilakukan oleh klien	S : klien mengatakan jika beraktivitas akan terasa nyeri O : klien tampak menahan nyeri saat beraktivitas	
11.30	3.	Mengkaji pola makan pasien	S : klien mengatakan mual, tidak nafsu makan O : porsi makan habis ¼	

11.35	3.	Menganjurkan makan sedikit tapi sering	porsi S : pasien mengatakan mau makan sedikit tapi sering O : pasien terlihat mau makan sedikit demi sedikit
12.05	1,2,3	Memberikan injeksi -vit k 1 amp -furosemid 1 amp -neuciti 250mg	S: pasien mau diinjeksi O: injeksi masuk lewat selang iv
12.15	1,2,3	Menukar ttv	S : - pasien mengatakan lemas - pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas O: pasien tampak lemah
12.35	1.	Memberikan posisi senyaman mungkin	S : klien mengatakan bersedia diposisikan O : klien tampak rileks dan nyaman
Selasa, 24-05-16 08.00	1.	Mengkaji skala nyeri pasien	S : klien mengatakan masih merasa nyeri P : penyakitnya Q : seperti diremas-remas R : perut kanan atas S : skala 4 T : hilang-timbul O : klien tampak menahan nyeri
08.10	1.	Menganjurkan melakukan teknik relaksasi nafas dalam	S : klien tampak melakukan yang dianjurkan O : klien tampak melakukan nafas dalam

09.00	2.	Mengkaji kemampuan aktivitas klien	S : klien mengatakan lemas O : klien tampak dibantu keluarga untuk beraktivitas
09.15	2.	Membantu klien mengidentifikasi aktivitas yang bisa dilakukan klien	S : klien mengatakan secara mandiri tapi tp dengan pelan O : klien tampak beraktivitas secara mandiri sedikit demi sedikit
11.35	3.	Mengkaji pola makan pasien	S : klien mengatakan masih mual dan muntah O : klien tampak lemas
11.40	3.	Menganjurkan makan sedikit tapi sering	S : klien mengatakan akan makan sedikit tapi sering O : klien tampak mau makan
12.01	1,2,3	Memberikan injeksi -vit k 1 amp -furosemid 1 amp -neuciti 250mg	S : klien mau diinjeksi O : injeksi masuk melalui selang iv
12.15	1,2,3	Menukur ttv	S : klien mengatakan masih lemas dan nyeri O : TD : 120/90 mmHg N : 78x/menit S : 36,5°C RR : 21x/menit
Rabu, 25-05-16	1.	Mengkaji skala nyeri	S : klien mengatakan masih nyeri P : penyakitnya Q : seperti diremas-remas R : perut kanan atas S : skala 4 T : hilang-timbul O : klien tampak lemas
09.15		Menganjurkan relaksasi nafas	S : klien menatakan akan

09.20	1.	dalam Memberikan posisi senyaman mungkin	mengatakan masih lemas, tapi sudah bisa makan secara mandiri O : saat makan klien tampak makan secara mandiri S : klien mengatakan mual berkurang O : klien menghabiskan ½ porsi makan	
09.25	1.	Mengkaji kemampuan aktivitas klien	S : klien mengatakan masih lemas, tapi sudah bisa makan secara mandiri O : saat makan klien tampak makan secara mandiri S : klien mengatakan mual berkurang O : klien menghabiskan ½ porsi makan	
10.20	2.	Mengkaji pola makan klien	S : klien mengatakan masih lemas, tapi sudah bisa makan secara mandiri O : saat makan klien tampak makan secara mandiri S : klien mengatakan mual berkurang O : klien menghabiskan ½ porsi makan	
11.40	3.	Menganjurkan makan sedikit tapi sering	S : klien mengatakan sering makan secara sedikit tapi sering O : klien tampak makan buah	
11.45	3.	Mengukur ttv	S : klien mengatakan nyeri, mual berkurang O : TD : 130/90mmHg N : 83x/menit RR : 21x/menit S : 36,3°C	
12.10	1,2,3			

EVALUASI KEPERAWATAN

Hari tgl/jam	No DX	Catatan Perkembangan	TTD
Senin 23-05-16	1.	S : Pasien menyatakan nyeri P : penyakitnya Q : seperti diremas-remas R : perut kanan atas S : skala 5 T : saat aktivitas	

		<p>O : - pasien terlihat lemah menahan nyeri - pasien terlihat lemah</p> <p>A : masalah nyeri pada pasien belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>2. S : pasien mengatakan lemah, saat beraktivitas dibantu oleh keluarga</p> <p>O : klien terlihat dibantu oleh keluarga saat beraktivitas</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>3. S : pasien mengatakan mual, dan tidak nafsu makan</p> <p>O : makan habis $\frac{1}{4}$ porsi</p> <p>T : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>
Selasa 24-05-16	1.	<p>S : Pasien menyatakan nyeri</p> <p>P : penyakitnya</p> <p>Q : seperti diremas-remas</p> <p>R : perut kanan atas</p> <p>S : skala 4</p> <p>T : hilang-timbul</p> <p>O : Pasien tampak menahan nyeri</p> <p>A : Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.</p> <p>S : Pasien menyatakan lemas, saat aktivitas di bantu keluarga</p> <p>A : Pasien tampak lemas, pasien mencoba makan secara mandiri</p> <p>O : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>S : pasien mengatakan masih mual dan tidak nafsu makan</p>

	3.	O : Makan habis $\frac{1}{4}$ porsi A : Masalah nafsu makan belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
Rabu 25-05-16	1. 2. 3.	<p>S : Pasien menyatakan nyeri P : penyakitnya Q : seperti diremas-remas R : perut kanan atas S : skala 4 T : hilang-timbul</p> <p>O : Pasien tampak menahan nyeri A : masalah nyeri pada pasien belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p> <p>S : Pasien menyatakan lemas, saat aktivitas di bantu keluarga O : Pasien tampak makan secara mandiri A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <p>S : klien mengatakan mual berkurang O : klien tampak menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan A : Masalah nafsu makan pasien belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>	