



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN SIROSIS
HEPATIS DI RUANG BRASSIA RUMAH SAKIT MITRA
KELUARGA BEKASI TIMUR**

Disusun oleh :

FILDZAH FARHANA

201701065

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN SIROSIS
HEPATIS DI RUANG BRASSIA RUMAH SAKIT MITRA
KELUARGA BEKASI TIMUR**

Disusun oleh :

FILDZAH FARHANA

201701065

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA TULIS ILMIAH

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fildzah Farhana

NIM : 201701065

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan Sirosis Hepatis di Ruang Brassia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang dilaksanakan pada tanggal 11 Februari 2020 – 13 Februari 2020 adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas karya tulis ilmiah ini, tanpa ada unsur plagiarisme baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia bertanggung jawab atas semua risiko yang saya perbuat sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 13 Mei 2020

Yang Membuat Pernyataan

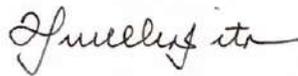


(Fildzah Farhana)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan Sirosis Hepatis di Ruang Brassia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 25 Mei 2020
Pembimbing Makalah



(Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep)

Mengetahui,
Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.M.B)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan sirosis hepatis di Ruang Brassia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang disusun oleh Fildzah Farhana (201701065) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 8 Juni 2020

Bekasi, 8 Juni 2020

Penguji I



(Ns. Devi Susanti, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.MB)

Penguji II



(Ns. Aprilia Veranita, S.Kep, M.Kep)

Nama : Fildzah Farhana
NIM : 201701065
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Tn. D dengan Sirosis Hepatis di Ruang Brassia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur
Halaman : xiii + 62 halaman + 1 tabel + 4 lampiran
Pembimbing : Aprillia Veranita

ABSTRAK

Latar Belakang: Sirosis hepatitis yaitu suatu penyakit kronis progresif yang dicirikan dengan adanya jaringan parut dan pembentukan nodul. Di Indonesia terdapat sebesar 1,2% kematian setiap tahunnya yang disebabkan oleh sirosis hepatitis. Menurut laporan rumah sakit umum pemerintah di Indonesia, rata-rata prevalensi sirosis hepatitis adalah 3,5% dari seluruh pasien yang dirawat di bangsal penyakit dalam. Oleh karena itu, diperlukan peran perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatitis secara komprehensif. Peran perawat dibutuhkan agar tidak terjadi peningkatan angka kejadian pada kasus sirosis hepatitis.

Tujuan Umum: Tujuan dari laporan kasus ini adalah untuk memperoleh gambaran nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Sirosis Hepatis secara holistik

Metode Penulisan: Penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode studi literatur dan studi kasus, yaitu dengan mengumpulkan data dari sumber penelitian, pasien, dan keluarga, serta mengungkapkan fakta sesuai dengan data yang di dapat.

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan tiga diagnosa keperawatan, yaitu kelebihan volume cairan, risiko perdarahan, dan kurang pengetahuan. Intervensi pada diagnosa prioritas kelebihan volume cairan adalah observasi edema dan asites; ukur tekanan darah dan nadi; ukur *intake output*; ukur *balance* cairan; timbang BB pasien; dan ukur lingkaran abdomen setiap hari; serta berikan obat golongan diuretik. Semua tindakan dilakukan sesuai dengan intervensi. Setelah dilakukan tindakan pemberian diuretik dan pengontrolan *balance* cairan pasien diharapkan tidak terjadi komplikasi pada pasien sirosis hepatitis.

Kesimpulan dan Saran: Asuhan keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatitis yang perlu diperhatikan yaitu kelebihan volume cairan agar tidak terjadi komplikasi. Saran perawat dapat mengobservasi dan mengukur *balance* cairan tubuh pada pasien sirosis hepatitis.

Keyword: asuhan keperawatan, Sirosis Hepatis.

Daftar Pustaka: 11 (2010 – 2019)

Nama : Fildzah Farhana
Student Number : 201701065
Major : Diploma of Nursing
the Tittle of Scientific papper : Nursing Care to Mr. D with Liver Cirrhosis in Brassia Room Mitra Keluarga Bekasi Timur Hospital
Pages : xiii + 62 pages + 1 table + 4 attachment
Advisor : Aprillia Veranita

ABSTRACT

Background: Liver cirrhosis is a progressive chronic disease characterized by fibrosis and nodule formation. In Indonesia, there are 1,2 % of deaths in each year caused by liver cirrhosis. According to the report of the government public hospital in Indonesia, the average prevalence of liver cirrhosis is 3.5% of all patients treated in internal medicine wards. Therefore, a nurse's role is needed in performing nursing care for patients with completed liver cirrhosis. The role of nurses is needed so that there is no increase in the incidence in cases of liver cirrhosis.

General Purpose: The purpose of this case report is to obtain realistic illustration in performing nursing care on patient with liver cirrhosis through the approach of holistic nursing process.

Writing Method: The preparation of this case report uses the method of literature study and case study, by collecting data from research sources, patients, families, and stating facts according to obtain data.

Results: The results from this study is obtained three nursing diagnoses, that are excess fluid volume, risk of bleeding, and lack of knowledge. Interventions in the priority diagnosis of excess fluid volume are observing of edema and ascites; measure blood pressure and pulse; measure intake output; measure fluid balance; weigh the patient's weight; and measure abdominal girth every day; and give diuretic drugs. All actions must be done as planned. After the diuretic administration and control of the patient's fluid balance, complications are not expected to occur in patients with liver cirrhosis.

Conclusion and Suggestion: Nursing care in patient with liver cirrhosis that needs to be considered is excess fluid volume to avoid complications. Nurses suggestions are observation and measure fluid balance on liver cirrhosis patient.

Keyword: liver cirrhosis, nursing care

Bibliography: 11 (2010 – 2019)

KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha penyayang, saya panjatkan puji syukur atas kehadiran-Nya, yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya kepada saya, sehingga saya dapat menyelesaikan makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan Sirosis Hepatis di Ruang Brassia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur.”

Makalah ini telah saya tulis dengan semaksimal mungkin. Penulisan makalah ilmiah ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga dapat memperlancar penulisan makalah ilmiah ini. Maka, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dengan rasa hormat kepada:

1. Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing dalam penyusunan makalah ilmiah sekaligus dosen penguji II yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya untuk membimbing dan memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan sebaik-baiknya.
2. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku dosen penguji I dan coordinator program studi yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan telah memberi dukungan, masukan, serta motivasi.
3. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua STIKes Mitra Keluarga.
4. Ns. Lastriyanti, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi, semangat dan kritik yang sangat membangun untuk penulis selama menuntut ilmu di STIKes Mitra Keluarga dan dalam penulisan makalah ini.
5. Seluruh staff akademik STIKes Mitra Keluarga yang sudah membantu dan menyediakan fasilitas dalam proses menyelesaikan makalah ilmiah ini.
6. *To my treasure* Ayah dan Ibu tercinta, Agusman dan Asmaniar, adik-adik tersayang Ahmad Fadhali dan Ahmad Nabil Faiz, yang selalu dalam

memberikan doa dan dukungan moril maupun materil kepada penulis selama pendidikan dan penyelesaian makalah ini.

7. Kepala ruangan dan Clinical Mentor Brassia Rumah Sakit Mitra Keluarga yang sudah meluangkan waktu dan membantu dalam proses menemukan kasus, serta petugas rekam medis yang sudah membantu penulis dalam pengisian angka kejadian kasus.
8. Tn. D beserta keluarga yang membantu memberikan informasi secara kooperatif dalam proses penyusunan makalah ini.
9. Teruntuk *my one and only* Hafriz Rafiuddin, terimakasih untuk selalu memotivasiku dalam segala hal, yang tiada hentinya memberi semangat, doa, dan keceriaan, serta dukungannya dalam segala proses.
10. Teruntuk *my beloved friend* Arvega Safina Pratiwi, yang selalu mendukung dan memberikan semangat dalam menjalani proses perkuliahan hingga akhir perkuliahan ini.
11. Teruntuk teman seperjuanganku, hompipa squad Shania Karista Anggraeni, Hesty Apriyani, Wulan Dwi Safitri, Widya Nuzul Azizah, dan Nurul Hanifah terimakasih selama 3 tahun ini sudah memberikan semangat dalam proses perkuliahan hingga penyusunan tugas akhir dan menjadi temen receh selama menjalankan perkuliahan ini. Tetap semangat.
12. Teruntuk Yulia Ambarwati terimakasih sudah menetap menjadi temanku, sejak pertama saat memasuki dunia perkuliahan hingga sekarang. Terimakasih sudah banyak berbagi mulai dari suka hingga duka, dan tentunya support dalam penyusunan makalah ini. Tak lupa juga ucapan terimakasih untuk Elysabeth Niken Indraswari yang sudah selalu menyemangati dan mendukung selama 1 tahun belakangan ini, walaupun baru sebentar namun terasa akrab sekali.
13. Untuk Teman seperjuangan KTI Pita Evi Utami, Siti Rismaya Umayiroh, Selvi Rohani Pardede, dan Karin Salsabilla Wibowo yang telah saling mendukung satu sama lain dalam proses penyusunan tugas akhir ini.
14. Tak lupa juga untuk seluruh teman-teman angkatan 7 yang tidak bisa disebutkan namanya satu persatu, yang selama tiga tahun ini sudah memberikan banyak pengalaman, mulai dari pengalaman menyenangkan hingga pengalaman

menjengkelkan. Memberikan motivasi hingga kita bisa sampai pada titik ini. Semoga kita semua akan gemilang pada waktunya nanti.

Namun, penulis menyadari bahwa dalam penulisan makalah ilmiah ini masih ada kekurangan. Oleh karena itu, penulis berharap adanya masukan, seperti kritik maupun saran untuk perbaikan makalah ilmiah ini. Penulis berharap semoga makalah ilmiah “Asuhan Keperawatan Pada Tn. D dengan Sirosis Hepatis di Ruang Brassia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” ini dapat bermanfaat bagi pembaca, khususnya mahasiswa keperawatan.

Bekasi, 16 Mei 2020

Penyusun

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Metode Penulisan.....	4
D. Ruang Lingkup.....	4
E. Sistematika Penulisan	4
BAB II TINJAUAN TEORI.....	6
A. Pengertian	6
B. Etiologi.....	6
C. Patofisiologi	8
1. Proses Perjalanan Penyakit	8
2. Manifestasi Klinis	9
3. Komplikasi.....	10
4. Klasifikasi	11
D. Pemeriksaan Penunjang	11

E. Penatalaksanaan Medis	13
F. Pengkajian Keperawatan	14
G. Diagnosa Keperawatan	16
H. Perencanaan Keperawatan	17
I. Pelaksanaan Keperawatan	22
J. Evaluasi Keperawatan	22
BAB III TINJAUAN KASUS	24
A. Pengkajian Keperawatan	24
1. Pengkajian	24
2. Pengkajian Fisik	30
3. Data Tambahan	33
4. Data Penunjang	33
5. Penatalaksanaan	34
6. Data Fokus	34
7. Analisa Data	36
B. Diagnosa Keperawatan	39
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan	39
BAB IV PEMBAHASAN	50
A. Pengkajian Keperawatan	50
B. Diagnosa Keperawatan	51
C. Perencanaan Keperawatan	54
D. Pelaksanaan Keperawatan	55
E. Evaluasi Keperawatan	57
BAB V PENUTUP	59
A. Kesimpulan	59
B. Saran	60

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data 1	36
--------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Patoflowdiagram

Lampiran 2: SAP

Lampiran 3: Leaflet

Lampiran 4: Booklet

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu organ yang memiliki kemampuan regenerasi yang cepat yaitu hati, akan tetapi kemampuan tersebut dapat dirusak oleh penggunaan alkohol jangka panjang maupun virus hepatitis. Kerusakan hati akan berkembang menjadi sirosis hati dalam waktu yang lama. Sirosis hati yaitu suatu penyakit kronis progresif yang dicirikan dengan fibrosis luas (jaringan parut dan pembentukan nodul. Sirosis terjadi ketika aliran normal darah, empedu dan metabolisme hepatic diubah oleh fibrosis dan perubahan hepatosit, duktus empedu, jalur vaskuler dan sel retikuler (Black & Hawks, 2014).

Menurut *World Health Organization* (WHO) (2011) mencatat sebanyak 738.000 pasien dunia meninggal akibat sirosis hati ini. Sirosis hati mengakibatkan terjadinya 35.000 kematian setiap tahunnya di Amerika Serikat berdasarkan AASLD (*American Association for the Study of Liver Diseases*) sirosis hati menjadi penyebab kematian ke delapan. Hasil Riskesdas (2013) prevalensi hepatitis di Indonesia adalah 1,2%, dan terdapat beberapa provinsi dengan prevalensi hepatitis tertinggi adalah Nusa Tenggara Timur (4,3%), Papua (2,9%), Sulawesi Selatan (2,5%), Sulawesi Tengah (2,3%), dan Maluku (2,3%). Hal ini dikarenakan budaya di Indonesia Timur sering mengkonsumsi alkohol. Menurut laporan rumah sakit umum pemerintah di Indonesia, rata-rata prevalensi sirosis hepatis adalah 3,5% dari seluruh pasien yang dirawat di bangsal penyakit dalam. Data yang didapat dari salah satu rumah sakit yang ada di Indonesia, yaitu RSUP Dr. M. Djamil Padang pada periode 1 Januari 2011 – 31 Desember 2013 terdapat sebanyak 304 pasien yang menderita sirosis hepatis

(Lovena, dkk, 2017). Berdasarkan data rekam medis di salah satu rumah sakit swasta di Bekasi sebanyak 3 orang mengalami Sirosis Hepatis.

Biasanya gejala sirosis hepatis diawali dengan pembesaran hati (hepatomegali), dan perubahan vascular (Black & Hawks, 2014). Akan tetapi pada tahap sirosis hepatis ringan terdapat sekitar 40% pasien tidak terlihat tanda dan gejala atau asimtomatik (Wahyudo, 2014). Jika sudah muncul gejala, kerusakan hati umumnya sudah meluas. Gejala lainnya sirosis hati, antara lain kehilangan selera makan, keletihan, kekurangan energi, dan mudah mengantuk, pembengkakan pada pergelangan kaki dan perut atau edema, penurunan atau kenaikan berat badan secara tiba-tiba, demam, menggigil, sesak napas dan kulit berwarna kuning, serta putih mata berwarna kuning atau sakit kuning (*jaundice*) (Kuncoro, 2018). Untuk mengatasi gejala yang muncul dan mencegah kerusakan hati agar tidak bertambah parah maka diperlukan pengobatan.

Komplikasi sirosis hepatis yang paling sering ditemukan adalah asites, perdarahan varises esophagus, dan infeksi (Black & Hawks, 2014). Selain itu, komplikasi sirosis juga dapat terjadi pada susunan saraf pusat berupa ensefalopati hepatic, yaitu kelainan neuropsikiatri karena gangguan detoksifikasi oleh hati. Gangguan fungsi ginjal juga dapat terjadi sebagai komplikasi sirosis yang ditandai dengan peningkatan ureum dan kreatinin (Kuncoro, 2018). Oleh karena itu, diperlukan peran perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatis secara komprehensif.

Peran perawat meliputi preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Peran preventif yang dilakukan perawat yaitu mencegah terjadinya sirosis hepatis dengan cara menghindari mengonsumsi alkohol berlebih dan menerapkan pola hidup sehat. Peran perawat sebagai promotif yaitu memberikan penyuluhan kesehatan tentang menghindari mengonsumsi alkohol berlebih dan menerapkan pola hidup sehat. Peran perawat sebagai kuratif adalah

berkolaborasi dengan tenaga medis dalam memberikan obat dan pengaturan pola diet pasien. Peran perawat sebagai rehabilitatif yaitu memberikan penyuluhan kesehatan yang bertujuan untuk memulihkan pasien dari penyakitnya. Maka dari itu, peran perawat sangat penting untuk mencegah terjadinya peningkatan angka kejadian pada kasus sirosis hepatis.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan sirosis hepatis.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan dari pembuatan makalah ini untuk memperoleh gambaran nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Sirosis Hepatis.

2. Tujuan Khusus

Penulis diharapkan mampu:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan sirosis hepatis.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan sirosis hepatis.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan sirosis hepatis.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan sirosis hepatis.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan sirosis hepatis.
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi atau alternatif pemecahan masalahnya.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan sirosis hepatis.

C. Metode Penulisan

Metode yang digunakan oleh penulis makalah ini adalah:

1. Studi Literatur

Yaitu studi literatur adalah serangkaian kegiatan yang berkenaan dengan metode pengumpulan data pustaka, membaca dan mencatat, serta mengelolah bahan penelitian.

2. Studi Kasus

Yaitu dengan cara memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung, dengan mengadakan pemeriksaan fisik pada pasien, wawancara dengan keluarga pasien dan menerapkan proses asuhan keperawatan.

D. Ruang Lingkup

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini merupakan “Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan Sirosis Hepatis di Ruang Brassia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” dilakukan selama 3 hari perawatan, yaitu dari tanggal 11 Februari 2020 sampai 13 Februari 2020.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Karya Tulis Ilmiah ini terdiri dari lima bab besar yang disusun sebagai berikut: Bab I pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teori yang terdiri dari pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi klinik, komplikasi), pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan (termasuk pemeriksaan diagnostik), diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab III tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV pembahasan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan,

perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab V penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran, serta diakhiri dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Menurut Black & Hawks (2014) sirosis hepatis merupakan penyakit kronis ditandai dengan adanya jaringan parut yang meluas dan pembentukan nodul. Sedangkan, sirosis hepatis menurut LeMone, *et.al.*, (2012) adalah adanya fibrosis jaringan hati yang menyebabkan berkurangnya massa, terganggunya fungsi hati, dan berubahnya aliran darah.

B. Etiologi

Penyebab sirosis belum teridentifikasi jelas, meskipun hubungan antara sirosis dan minum alkohol berlebihan telah ditetapkan. Adapun faktor resiko sirosis hepatis, yaitu (Black & Hawks, 2014):

1. Mengonsumsi alkohol

Pasien dari riwayat keluarga alkoholik seharusnya menghindari alkohol karena peningkatan risiko penyakit.

2. Hepatitis virus

Akibat dari proses penyakit hepatitis yang berkepanjangan

3. Kolelitiasis atau obstruksi duktus empedu

4. Pemakaian obat-obatan (seperti asetaminofen, methotrexate, atau isoniazid)

Kelebihan dosis asetaminofen ditentukan sebagai penyebab paling sering gagal hati akut

5. Kongesti hepatis dari gagal jantung sisi kanan berat

Gagal jantung kanan dapat mengakibatkan peningkatan SGOT dan SGPT, dikarenakan tekanan dari ventrikel kanan ditransmisikan langsung ke pembuluh darah hati. Hal ini dapat mengakibatkan munculnya tanda gejala, seperti icterus atau jaundice.

6. Perikarditis konstiksi

Terjadinya peradangan pada selaput jantung yang mengakibatkan terjadinya hipertensi portal, yang disebabkan oleh peningkatan vena portal dan akhirnya terjadi penurunan tekanan onkotik, sehingga terjadinya edema dan asites.

Menurut artikel (Orfanidis, 2019) faktor risiko terjadinya sirosis hepatitis karena alkoholik, yaitu:

1. Konsumsi Alkohol dalam Jumlah Besar dan Waktu yang Lama

Konsumsi alkohol dalam waktu yang lama, yaitu biasanya lebih dari 8 tahun. Agar sirosis berkembang, pria biasanya harus minum lebih dari 3 ons alkohol sehari selama lebih dari 10 tahun. Mengonsumsi 3 ons sehari melibatkan minum 6 kaleng bir, 5 gelas anggur, atau 6 gelas minuman keras. Sekitar setengah dari pria yang minum lebih dari 8 ons alkohol sehari selama 20 tahun mengalami sirosis. Umumnya, semakin banyak orang minum, semakin besar risiko penyakit hati alkoholik. Namun, penyakit hati tidak berkembang pada setiap orang yang minum banyak untuk waktu yang lama. Jadi, juga ada faktor-faktor lain yang terlibat.

2. Perempuan

Menurut artikel ini perempuan lebih rentan terhadap kerusakan hati oleh alkohol, bahkan setelah penyesuaian dilakukan untuk ukuran tubuh yang lebih kecil. Perempuan berisiko mengalami kerusakan hati jika mereka minum alkohol sekitar setengah dari jumlah pria. Artinya, minum lebih dari 3/4 sampai 1 1/2 ons alkohol sehari berisiko bagi perempuan. Risiko dapat meningkat pada perempuan karena sistem pencernaan pada perempuan kurang mampu memproses alkohol, sehingga meningkatkan jumlah alkohol yang mencapai hati. Wanita lebih rentan terhadap penyakit hati alkoholik, bahkan setelah penyesuaian ukuran tubuh.

Perempuan hanya membutuhkan 20 hingga 40 g alkohol untuk berisiko. Risiko pada perempuan dapat meningkat karena perempuan memiliki lebih sedikit alkohol dehidrogenase di mukosa lambung, dengan demikian lebih banyak alkohol yang utuh mencapai hati.

3. Obesitas

Obesitas membuat orang lebih rentan terhadap kerusakan hati oleh alkohol.

C. Patofisiologi

1. Proses Perjalanan Penyakit

Menurut LeMone, *et.al.*, (2012) pada sirosis hepatis jaringan hati fungsional secara bertahap menjadi rusak dan diganti oleh jaringan parut fibrosa. Ketika hepatosit dan lobul hati menjadi rusak. Fungsi metabolik hati akan menghilang. Nodul yang berstruktur abnormal yang dikelilingi oleh jaringan ikat akan terbentuk. Jaringan ikat fibrosa ini akan membentuk pita konstrikatif yang mengganggu aliran darah dan empedu dalam lobul hati. Darah tidak lagi mengalir secara bebas melalui hati ke vena cava inferior. Keterbatasan aliran darah ini akan menyebabkan hipertensi portal, meningkatkan tekanan dalam sistem vena portal.

Menurut Black & Hawks (2014) sirosis hepatis yang berat mengakibatkan hipertensi vena porta. Vena porta berfungsi untuk menerima darah dari usus dan limpa. Jadi, peningkatan di dalam tekanan vena porta menyebabkan hal-hal sebagai berikut:

- a. Aliran balik meningkat pada tekanan resisten dan pelebaran vena esofagus, umbilicus, dan vena rektus superior yang mengakibatkan perdarah varises.
- b. Asites, akibat dari pergeseran hidrostatik atau osmotik mengarah pada akumulasi cairan di dalam peritoneum

- c. Bersihan sampah metabolik protein tidak tuntas dengan akibat meningkatkan ammonia yang selanjutnya mengarah kepada ensefalopati hepaticum.

2. Manifestasi Klinis

Pada awal proses penyakit sirosis, hanya sedikit manifestasi yang mungkin terjadi. Hati biasanya semakin membesar dan dapat teraba keras. Nyeri tumpul dapat terjadi pada area epigastrik atau kuadran kanan atas. Tanda awal lainnya yaitu terjadi penurunan berat badan, kelemahan, mual, dan muntah, serta anoreksia. Fungsi BAB juga terjadi gangguan seperti diare atau konstipasi.

Pada pasien sirosis hepatis dapat mengakibatkan gangguan metabolisme, seperti (LeMone, *et.al.*, 2012):

a. Asites

Akumulasi cairan di dalam ruang peritoneum akibat interaksi beberapa perubahan patofisiologi. Asites terjadi karena tekanan porta meningkat, plasma bocor langsung dari kapsul hati dan vena porta kongesti ke dalam ruang peritoneum. Kongesti saluran limpa terjadi dan mengarah pada kebocoran plasma ke dalam ruang peritoneum. Kehilangan protein plasma ke dalam cairan asites dari sistem vena porta, sehingga dapat mengurangi tekanan onkotik di dalam kompartemen pembuluh darah yang dapat membatasi kemampuan sistem pembuluh darah untuk menahan atau mengumpulkan air.

b. Ginekomastia pada pria dan infertilitas pada wanita

Hal ini disebabkan oleh terjadinya penurunan metabolisme esterogen di hati, sehingga mengakibatkan peningkatan kadar esterogen dalam tubuh.

c. *Jaundice*

Bilirubin adalah produk limbah tubuh yang penting yang diproses dan dihilangkan oleh hati. Jika hati tidak dapat memproses bilirubin

dengan cukup cepat, ia menumpuk di dalam darah dan disimpan di kulit. Hasilnya adalah penyakit kuning (pewarnaan kuning pada mata dan kulit).

Manifestasi lain yang muncul pada sirosis hepatis, yaitu:

- a. Hipoalbumin, yaitu terjadinya penurunan kadar albumin dalam darah, dimana albumin berfungsi untuk menahan cairan dalam darah. Apabila terjadi penurunan pada albumin, maka dapat mengakibatkan asites, edema tungkai, dan malnutrisi. Hipoalbumin diakibatkan oleh hipertensi portal yang menyebabkan peningkatan tekanan kapiler, sehingga terjadi penurunan tekanan onkotik.
- b. Hipoprotrombinemia, yaitu terjadinya penurunan kadar protombin akibat dari defisiensi vitamin k dalam darah, dimana vitamin k berfungsi untuk mensintesa protombin.
- c. Trombositopenia, yaitu terjadinya penurunan kadar trombosit dalam darah, dimana trombosit berfungsi untuk mempercepat proses penyembuhan luka. Apabila hal ini terus terjadi maka proses penyembuhan luka di hati akan semakin lama.
- d. Splenomegali, yaitu kondisi pembesaran pada organ limpa yang disebabkan oleh sejumlah penyakit atau infeksi.

Namun, manifestasi sirosis dapat berkurang jika proses berhenti pada tahap awal (Black & Hawks, 2014).

3. Komplikasi

Menurut Black & Hawks (2014) komplikasi sirosis hepatis adalah asites, perdarahan varises esophagus, dan ensefalopati hepatikum. Selain itu komplikasi yang terjadi pada sirosis hepatis adalah gagal ginjal (sindrom hepatorenal) dan infeksi.

4. Klasifikasi

Terdapat tiga klasifikasi sirosis atau pembentukan parut dalam hati menurut Diyono & Mulyanti (2013):

- a. Sirosis portal laenec (alkoholik nutrisional), yaitu jaringan parut secara khas mengelilingi daerah portal. Sering disebabkan oleh alkoholik kronis.
- b. Sirosis *pasca* nekrotik, yaitu terdapat pita jaringan parut yang lebar sebagai akibat lanjut dari hepatitis virus akut yang terjadi sebelumnya. Pasien dengan riwayat hepatitis, perubahan dari hepatitis kronik menjadi sirosis hepatis membutuhkan waktu sekitar 10 sampai 30 tahun sedangkan sirosis hepatis kompensata menjadi dekompensata biasanya membutuhkan waktu enam tahun. Penderita sirosis biasanya belum memeriksakan diri apabila gejala penyakitnya belum terlihat.
- c. Sirosis bilia, yaitu pembentukan jaringan parut yang terjadi di dalam hati di sekitar saluran empedu. Hal ini diakibatkan oleh obstruksi bilier yang kronis dan infeksi (kolanguitis). Bagian hati yang terlihat tersiri atas ruang portal dan periportal tempat kanalikulus biliaris dan masing masing lobius hati bergabung untuk mebentuk saluran empedu baru. Dengan demikian akan terjadi pertumbuhan jaringan yang berlebihan, terutama terdri atas saluaran empedu yang baru dan tidak berhubungan yang dikelilingi oleh jaringan parut.

D. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Diyono & Mulyanti (2013) berikut adalah pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien sirosis hepatis, yaitu:

1. Pemeriksaan Laboratorium

a. Darah

Pemeriksaan ini melihat kadar haemoglobin rendah, anemia normokrom normositer, hipokrom normositer, dan hipokrom mikositer, serta hipokrom makrositer. Anemia diakibatkan oleh hiperspleenisme dengan leukopenia dan trombositopenia. Kolesterol

darah yang selalu rendah mengindikasikan keadaan yang kurang baik. Kenaikan kadar enzim transaminase atau SGOT dan SGPT bukan petunjuk tentang berat dan luasnya parenkim hati. Kenaikan tersebut akibat adanya kebocoran dari sel yang mengalami kerusakan. Pemeriksaan laboratorium bilirubin, gamma GT, dan transaminase tidak meningkat pada sirosis inaktif.

b. Albumin

Kadar albumin rendah menandakan adanya kemampuan kerja sel hati yang kurang.

c. Pemeriksaan CHE (kolinesterase)

Berfungsi untuk menilai sel hati. Apabila kadar CHE turun artinya ada kerusakan pada sel hati. Apabila CHE kembali normal maka ada perbaikan pada sel hati, namun jika CHE terus menurun maka sel hati makin memburuk

d. Pemeriksaan Kadar Elektrolit

Hal ini penting diperiksa untuk mengetahui penggunaan diuretik dan pembatasan garam dalam diet. Dalam ensefalopati, kadar Na 500-1000, mempunyai nilai diagnostik suatu kanker hati primer.

e. USG Abdomen

Dilakukan untuk mengevaluasi ukuran hati, mendeteksi asites, dan mengidentifikasi nodul.

2. Pemeriksaan Fisik

Selain pemeriksaan laboratorium sirosis hepatitis juga dapat didiagnosis melalui pemeriksaan fisik, yaitu pemeriksaan adanya asites dengan *shifting dullness*. Cara yang dilakukan adalah pasien dipindah posisi menjadi berbaring miring/ lateral. Apabila memang ada cairan dalam rongga abdomen tentu akan berpindah ke bagian bawah mengikuti gaya gravitasi. Maka daerah lateral abdomen yang semula pekak setelah berada diatas menjadi timpani karena cairan berpindah, sebaliknya daerah umbilical sekarang menjadi pekak. Hal ini menandakan cairan

dalam rongga perut mengikuti hukum gravitasi dan selalu berada di bagian bawah.

E. Penatalaksanaan Medis

Menurut LeMone, dkk (2012) penatalaksanaan medis digunakan untuk mengatasi komplikasi dan dampak dari sirosis hepatis, bukan untuk menyembuhkan atau memperlambat proses penyakit. Obat hepatotoksik yang diketahui dan alkohol harus dihindari, serta obat yang dimetabolisme oleh hati (misalnya asetaminofen, sedasi, hipnotik). Adapun penatalaksanaan medis, yaitu:

1. Diuretik untuk mengurangi retensi cairan dan asites. Obat pilihan pertama adalah spironolakton (aldaktone) untuk mengatasi asites. Jika diuresis tambahan diperlukan dapat menggunakan furosemide (Lasix atau farsix).
2. Obat untuk mengurangi beban nitrogen dan menurunkan kadar ammonia serum ditambahkan ketika manifestasi ensefalopati hepatic terjadi. Pengobat yang diberikan adalah laktulosa dan antibiotik
3. Penyekat beta, seperti nadolol atau propranolol dapat diberikan untuk menurunkan hipertensi portal dan mencegah perdarahan varises esophageal.
4. Fero sulfat dan asam folat diberikan untuk mengatasi anemia
5. Vitamin K juga diperlukan untuk menurunkan resiko perdarahan

Terapi diet yang dianjurkan pada pasien sirosis hepatis menurut Black & Hawks (2014) adalah diet dengan kalori dan protein adekuat (75-100 gram/hari), kecuali pada ensefalopati protein perlu dibatasi. Tidak ada pembatasan pada asupan lemak. Pada pasien edema atau retensi cairan, diperlukan dalam pembatasan asupan cairan dan natrium. Jika pasien mendapatkan diuretik thiazide, maka diet seharusnya tinggi kalium. Vitamin B dan vitamin larut lemak (Vit. A, D, E, dan K) umum diberikan kepada pasien sirosis alkoholik. Pada pasien sirosis posthepatik dokter mungkin meresepkan kortikosteroid untuk mengurangi gejala sirosis dan

meningkatkan fungsi hati. Medikasi lain mungkin digunakan untuk mengobati komplikasi.

Diet yang diberikan yaitu diet hati IV untuk sirosis hepatitis yang nafsu makannya telah baik, telah dapat menerima protein dan tidak menunjukkan gejala sirosis hepatitis yang aktif. Bentuk makanannya lunak atau biasa. Makanan ini mengandung kalori tinggi, protein tinggi, lemak cukup, hidrat arang tinggi, vitamin dan mineral cukup. Proses penyembuhan pasien juga harus didukung oleh pola diet pasien. Selama perawatan pada kasus diberikan diet hati IV. Diet hati IV berfungsi untuk meningkatkan protein melalui perbaikan nutrisi, sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan lukanya. Manfaat dari diet hati IV yang disarankan tentunya sesuai dengan keadaan dan diagnosa medis.

F. Pengkajian Keperawatan

Menurut LeMone, *et.al.*, (2012) dan Doenges, *et.al.*, (2012), pengkajian keperawatan pada sirosis hepatitis meliputi:

1. Riwayat Kesehatan

manifestasi saat ini, termasuk nyeri atau ketidaknyamanan abdomen, penurunan berat badan akhir-akhir ini, kelemahan, dan anoreksia. Perubahan eliminasi fekal, perdarahan atau memar berlebihan bias terjadi. Selain itu terjadi distensi abdomen, *jaundice*, pruritus, perubahan libido, atau hipotensi. Adanya riwayat penyakit hati atau kandung empedu dapat menyebabkan sirosis hepatitis. Pola dan perluasan penggunaan obat injeksi atau alkohol, serta penggunaan obat resep atau obat yang dijual bebas lainnya secara berlebih dapat menjadi indikasi riwayat kesehatan untuk terjadinya penyakit ini.

2. Pengkajian Fisik

Pengkajian fisik yang dilakukan yaitu pengecekan tanda-tanda vital, status mental, warna dan kondisi kulit dan membrane mukosa, nadi perifer dan adanya edema perifer, pengkajian abdomen, bising usus

ukuran abdomen, perkusi untuk batas hati, dan palpasi untuk nyeri tekan, serta ukuran hati.

Pengkajian Keperawatan meliputi:

a. Aktivitas/ Istirahat

Gejala: Kelemahan, kelelahan, terlalu lelah

Tanda: Letargi dan penurunan massa otot

b. Sirkulasi

Gejala: Riwayat gagal jantung kronis, penyakit jantung reumatik, kanker (malfungsi hati menimbulkan gagal hati) disritmia, bunyi jantung ekstra, dan distensi vena jugularis, serta distensi vena abdomen.

c. Eliminasi

Gejala: Flatus

Tanda: distensi abdomen (*hepatomegaly, splenomegaly, asites*), penurunan atau tak ada bising usus, feses berwarna tanah liat, melena, urin gelap dan pekat

d. Makanan/ Cairan

Gejala: anoreksia, tidak toleran terhadap makanan atau tidak dapat mencerna, dan mual/muntah

Tanda: terjadi penurunan berat badan atau peningkatan cairan, penggunaan jaringan, edema umum pada jaringan, kulit kering atau turgor buruk, ikterik: angioma spider, napas berbau/ fetor hepaticus, perdarahan paru

e. Neurosensori

Gejala: orang terdekat dapat melaporkan perubahan kepribadian, penurunan mental

Tanda: perubahan mental, bingung halusinasi, koma, bicara lama atau tak jelas, asterisk (ensefalopati hepatic)

f. Nyeri/ Kenyamanan

Gejala: nyeri tekan abdomen atau nyeri kuadran kanan atas dan pruritus

- Tanda: perilaku berhati-hati atau distraksi dan focus pada diri sendiri
- g. Pernapasan
- Gejala: dispnea
- Tanda: takipnea, pernapasan dangkal, bunyi napas tambahan ekspansi paru terbatas (asites), dan hipoksia
- h. Keamanan
- Gejala: pruritus
- Tanda: demam (lebih umum pada sirosis alkoholik), ikterik, ekimosis, petekie, angioma spider atau teleangiectasis, serta eritema palmar.
- i. Seksualitas
- Gejala: gangguan menstruasi, impoten
- Tanda: atrofi serius, ginekomastia, kehilangan rambut (dada, bawah lengan, dan pubis)
- j. Penyuluhan/ pembelajaran
- Gejala: riwayat penggunaan alkohol jangka panjang/ penyalahgunaan, penyakit hati alkoholik. Riwayat penyakit empedu, hepatitis, terpajan pada toksin, trauma hati, perdarahan gastrointestinal atas, penggunaan obat yang mempengaruhi fungsi hati.
- Rencana pemulangan: mungkin memerlukan bantuan dengan tugas perawatan atau pengaturan rumah.

G. Diagnosa Keperawatan

Menurut Doenges, *et.al.*, (2012) diagnosa yang dapat diangkat pada pasien sirosis hepatis adalah sebagai berikut:

1. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual/muntah, tidak mau makan, dan mudah kenyang (asites).
2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (penurunan protein plasma malnutrisi)

3. Resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan sirkulasi/ status metabolic, akumulasi garam empedu, dan adanya edema asites.
4. Resiko tinggi ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan asites, penurunan ekspansi paru, akumulasi sekret, dan kelemahan.
5. Resiko tinggi perdarahan berhubungan dengan profil darah abnormal: gangguan faktor pembekuan (penurunan produksi prothrombin, fibrinogen, gangguan absorpsi vitamin K, dan pengeluaran tromboplastin).
6. Resiko tinggi perubahan proses pikir berhubungan dengan perubahan fisiologis, peningkatan kadar ammonia serum, dan ketidakmampuan untuk detoksikasi enzim atau obat tertentu.
7. Gangguan harga diri atau citra tubuh berhubungan dengan perubahan biofisika atau gangguan penampilan fisik.
8. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang terpajan atau meningkat, kesalahan interpretasi dan ketidakbiasaan terhadap sumber-sumber informasi.

H. Perencanaan Keperawatan

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan protein plasma
Hasil yang diharapkan:
 - a. Menunjukkan volume cairan stabil, dengan keseimbangan pemasukan dan pengeluaran
 - b. Berat badan stabil
 - c. Tanda vital dalam rentang normal
 - d. Tidak ada edema

Rencana Tindakan

a. Mandiri

- 1) Ukur masukan dan haluaran, catat keseimbangan cairan.
Rasional: menunjukkan status volume sirkulasi, terjadinya/perbaikan perpindahan cairan, dan respons terhadap terapi.
- 2) Timbang berat badan tiap hari, dan catat peningkatan lebih dari 0,5kg/hari. Rasional: Peningkatan berat badan menunjukkan retensi cairan lanjut.
- 3) pantau tekanan darah, perhatikan distensi vena jugularis.
Rasional: peningkatan tekanan darah biasanya dikaitkan dengan kelebihan volume cairan, tetapi mungkin tidak terjadi karena cairan berpindah keluar dari ruang vaskular.
- 4) Ukur lingkaran abdomen. Rasional: untuk menggambarkan pengumpulan cairan atau asites akibat kehilangan plasma protein dan cairan ke dalam ruang peritoneal.
- 5) Sediakan perawatan mulut yang sering dan es batu, khususnya jika pasien dibatasi cairan. Rasional: mengurangi perasaan haus, ketika asupan cairan dibatasi.

b. Kolaborasi

- 1) Pantau albumin serum dan elektrolit, khususnya kalium dan natrium. Rasional: penurunan albumin serum memengaruhi tekanan osmotik koloid plasma, yang mengakibatkan pembentukan edema. Penurunan aliran darah ginjal disertai dengan peningkatan ADH dan kadar aldosteron serta penggunaan diuretik untuk mengurangi air tubuh total. Dapat menyebabkan berbagai perpindahan dan ketidakseimbangan elektrolit.
- 2) Berikan albumin bebas garam dan ekspander plasma, sesuai indikasi. Rasional: albumin mungkin diberikan untuk meningkatkan tekanan osmotik koloid dalam kompartemen

vascular sehingga meningkatkan volume sirkulasi efektif dan dapat mengurangi pembentukan asites.

- 3) Berikan diuretik, seperti spironolakton (Aldactone) diberikan tunggal atau dikombinasi dengan furosemide (Lasix). Rasional: spironolakton merupakan diuretik untuk mengendalikan edema dan asites, menghambat efek aldosterone, dan meningkatkan ekskresi air sementara menghemat kalium. Diuretik yang diberikan berkoordinasi dengan pemberian albumin dapat meningkatkan pengeluaran cairan.

2. Resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan sirkulasi/ status metabolik, akumulasi garam empedu, dan adanya edema asites.

Hasil yang diharapkan:

- a. Mempertahankan integritas kulit
- b. Mengidentifikasi faktor resiko dan menunjukkan perilaku untuk mencegah kerusakan kulit.

Rencana Tindakan

- a. Mandiri
 - 1) Lihat permukaan kulit. Gunakan lotion minyak: batasi penggunaan sabun untuk mandi. Rasional edema jaringan lebih cenderung untuk mengalami kerusakan dan terbentuk dekubitus. Asites dapat meregangkan kulit sampai pada titik robekan pada sirosis hepatis.
 - 2) Ubah posisi pada jadwal teratur. Rasional: pengubahan posisi menurunkan tekanan pada jaringan edema untuk memperbaiki sirkulasi.
 - 3) Tinggikan ekstermitas bawah. Rasional: meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan edema pada ekstermitas

- 4) Pertahankan sprei kering dan bebas lipatan. Rasional kelembaban meningkatkan pruritus dan meningkatkan risiko kerusakan kulit.
3. Resiko tinggi perdarahan berhubungan dengan profil darah abnormal: gangguan faktor pembekuan (penurunan produksi protrombin, fibrinogen, gangguan absorpsi vitamin K, dan pengeluaran tromboplastin).
Hal yang diharapkan: mempertahankan homeostasis dengan tanpa perdarahan.

Rencana Tindakan

a. Mandiri

1. Kaji adanya tanda dan gejala perdarahan GI. Observasi warna dan konsistensi feses. Rasional: traktus GI paling bias untuk sumber perdarahan sehubungan dengan mukosa yang mudah rusak dan gangguan dalam hemostatis karena sirosis.
2. Awasi tekanan darah. Rasional peningkatan nadi dengan penurunan tekanan darah dapat menunjukkan kehilangan volume darah sirkulasi.
3. Hindarkan penggunaan produk yang mengandung aspirin. Rasional: koagulasi memanjang, berpotensi untuk resiko perdarahan.

b. Kolaborasi

- 1) Awasi haemoglobin dan faktor pembekuan (pemeriksaan diagnostik). Rasional indikator anemia, perdarahan aktif atau terjadinya komplikasi
- 2) Berikan obat sesuai indikasi: vitamin dan pelunak feses. Rasional vitamin untuk meningkatkan sintesis protrombin dan koagulasi bila hati berfungsi. Rasional pelunak feses untuk mencegah mengejan yang akhirnya meningkatkan tekanan intra abdomen dan resiko robekan vaskuler atau perdarahan.

4. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang terpajan atau mengingat, kesalahan interpretasi dan ketidakbiasaan terhadap sumber-sumber informasi.

Hasil yang diharapkan:

- a. menyatakan pemahaman proses penyakit,
- b. menghubungkan gejala dan faktor penyebab,
- c. melakukan perubahan pola hidup dan berpartisipasi dalam perawatan.

Rencana Tindakan

a. Mandiri

- 1) Kaji ulang proses penyakit dan harapan yang akan datang.
Rasional: memberikan dasar pengetahuan pada pasien yang dapat membuat pilihan informasi
- 2) Tekankan pentingnya menghindari alkohol. Rasional: alkohol menyebabkan terjadinya sirosis
- 3) Informasikan pasien tentang efek gangguan karena obat pada sirosis dan pentingnya penggunaan obat hanya yang diresepkan dokter mengenai penyakit pasien. Rasional beberapa obat bersifat hepatotoksik. Selain itu kerusakan hati telah menurunkan kemampuan metabolisme semua obat dan berpotensi terjadi perdarahan.
- 4) Tekankan pentingnya nutrisi yang baik. Anjurkan menghindari bawang dan keju padat. Rasional: pemeliharaan diet yang tepat menghindari makanan tinggi amonia membantu perbaikan gejala dan membantu mencegah kerusakan hati.
- 5) Diskusikan pembatasan natrium dan garam. Rasional; untuk meminimalkan asites dan pembentukan edema. Penggunaan berlebihan bahan tambahan dapat mengakibatkan ketidakseimbangan elektrolit lain.

I. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Dengan rencana keperawatan dibuat berdasarkan diagnosis yang tepat intervensi diharapkan dapat mencapai dan hasil tujuan yang diinginkan untuk meningkatkan status klien.

Proses implementasi :

1. Tinjau ulang segala kemungkinan intervensi keperawatan yang sesuai dengan masalah klien (contoh: untuk masalah nyeri, perawat mempertimbangkan pemberian analgetik, pengaturan posisi, teknik relaksasi, dan pendekatan non-farmakologi lainnya).
2. Tinjau ulang semua kemungkinan pada setiap kemungkinan intervensi keperawatan (contoh: perawat mempertimbangkan pemberian analgetik dapat mengurangi nyeri, memiliki efek samping yang tidak diinginkan / menyebabkan reaksi negatif).
3. Pertimbangkan peluang terjadinya kemungkinan konsekuensi (contoh: nyeri yang dirasakan berkurang setelah pemberian analgetik dan pengaturan posisi, reaksi negatif akan muncul dan intervensi akan berhasil. Namun, jika klien terus cemas maka nyeri tidak akan terobati).
4. Buat keputusan tentang manfaat dari konsekuensi bagi klien (contoh : jika pemberian analgetik berhasil, rasa cemas akan berkurang dan lebih responsif mendengar instruksi pre operatif).

J. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

Evaluasi ada dua jenis yaitu:

1. Evaluasi formatif adalah berfokus pada aktifitas proses keperawatan yang dilakukan setelah mengimplementasikan untuk menilai keefektifan yindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Ada empat bagian yaitu SOAP. Terdiri dari subyektif yang merupakan data keluhan pasien, obyektif merupakan data dari hasil pemeriksaan, analisa data merupakan perbandingan data dengan teori, dan perencanaan
2. Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan dengan cara wawancara respon psien dan keluarga pda layanan kepeawatan.

Ada tiga hasil evaluasi untuk pencapaian tujuan keperawatan, yaitu

1. Tujuan tercapai jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
2. Tujuan tercapai sebagian jika pasien menunjukan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
3. Tujuan tidak tercapai jika pasien menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali bahkan dapat timbul masalah yang baru

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada 11 Februari 2020. Pasien masuk tanggal 10 Februari 2020 di ruang Brassia kelas III, nomor registrasi 390065 dengan diagnosa medis Sirosis Hepatis.

a. Identitas Pasien

Pasien berinisial Tn. D, jenis kelamin laki-laki berusia 67 tahun, sudah menikah, beragama Kristen, suku bangsa batak, Pendidikan terakhir SMA, bahasa yang digunakan adalah Indonesia, pekerjaan wiraswasta, dan alamat rumah di Narogong, Bekasi Timur. Sumber biaya perawatan adalah pribadi. Sumber informasi didapatkan dari pasien dan keluarga pasien.

b. Resume

Pasien datang diantar keluarga ke unit gawat darurat (UGD) Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur pada tanggal 10 Februari 2020 pukul 12.00 WIB, pasien datang dengan keluhan perut semakin membesar, terasa begah, kembung, dan kedua kaki bengkak \pm satu bulan, serta BAK berwarna merah \pm satu minggu. Pada saat di UGD dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) didapatkan hasil tekanan darah (TD): 143/77 mmHg, frekuensi nadi 115x/menit, frekuensi pernafasan 21 x/menit, suhu 36,9°C. Keadaan umum sakit sedang dan kesadaran *compos mentis*, GCS: E: 4, V: 5, M: 6. Tindakan yang dilakukan adalah pemasangan infus comatusin hepar 500 cc/ 24 jam di vena *metacarpal dextra*, dilakukan pemeriksaan laboratorium darah lengkap, dengan hasil Hb 12,5 g/dl (13,5-18,0), hematokrit 35 % (42-92), trombosit 71.000 /ul (150.000-450.000), eritrosit 3,11 (4,70-6,00), MCV 111fl (78-100), MCH 40 pg (27-31),

albumin 2,4g/dl (3,5-5,2), bilirubin *indirect* 4,91 mg/dl (0,10-1,00), bilirubin *direct* 6,35 mg/dl (0,00-0,30), SGOT 47 u/L (0-40), GDS 219 mg/dl (60-140). HBsAg *nonreactive* (*nonreactive*), anti HCV total *nonreactive* (*nonreactive*). Di UGD juga dilakukan pemeriksaan USG *abdomen yaitu* USG abdomen lengkap, kesannya *liver cirrhosis, focal fat* atau hemangioma kecil di lobus kanan liver, tidak mencurigakan *hepato cellular carcinoma* (HCC). *Thick gallbladder wall*, tidak tampak *cholelithiasis*. *Mild splenomegaly, moderate to severe ascites* di antara *bowel*. Ginjal tidak tampak bendungan dan lain-lain dalam batas normal.

Pasien dipindahkan ke ruang Brassia pukul 16.50 WIB. Pasien masih mengeluh begah pada perut, perut tampak asites, kaki edema, dan perut teraba keras. Kesadaran *compos mentis*, GCS: 15 E: 4, V:5, M: 6. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV), yaitu tekanan darah (TD): 133/88 mmHg, frekuensi nadi: 97x/menit, suhu 36,8°C, frekuensi pernafasan: 20 x/menit. Masalah keperawatan yang diangkat adalah kelebihan volume cairan. Tindakan mandiri keperawatan yang telah dilakukan yaitu observasi intake dan output, serta mengukur balance cairan, dengan hasil -1100 cc. Evaluasi secara umum, yaitu pasien mengatakan masih begah, perut tampak asites, tampak edema pada kaki, dan perut teraba keras. Lanjutkan intervensi di ruang rawat.

c. Riwayat Keperawatan:

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

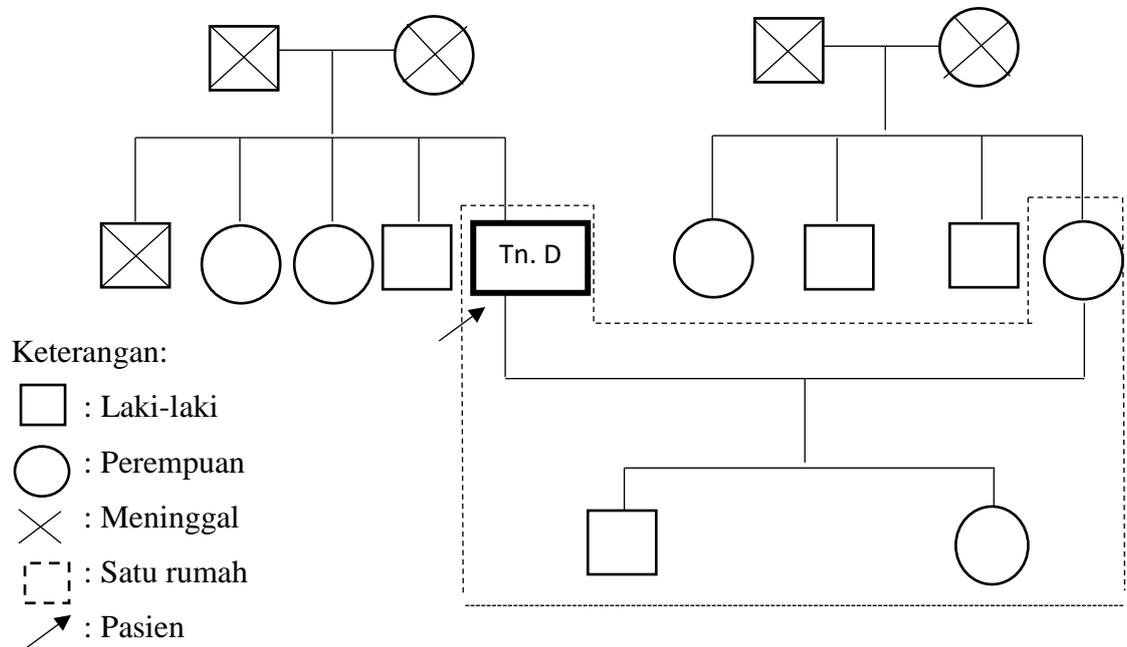
Pasien mengatakan merasa tidak nyaman dan terasa begah (kembung) pada perut. Faktor pencetusnya tidak ada, tetapi rasa tidak nyaman dan begah diakibatkan oleh perut yang semakin membesar dan keras. Pasien mengatakan munculnya mendadak. Pasien mengatakan lamanya tidak dapat ditentukan dan upaya

mengatasi penyakitnya hanya dengan beristirahat saja dan mengurangi aktivitas.

2) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya. Tidak ada riwayat alergi makanan, obat-obatan, binatang, dan lingkungan, serta tidak ada pula riwayat pemakaian obat.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram)



4) Penyakit yang pernah diderita oleh keluarga yang menjadi faktor resiko tidak ada, karena pasien mengatakan tidak pernah ada yang memiliki riwayat seperti ini.

5) Riwayat Psikososial dan Spiritual

- a) Pasien mengatakan orang terdekat dengan pasien adalah istrinya.
- b) Interaksi dalam keluarga adalah dengan pola komunikasi dua arah.

- c) Pembuatan keputusan di dalam keluarganya adalah pasien sendiri.
- 6) Dampak penyakit pasien terhadap keluarga adalah anak-anak dan istrinya menjadi khawatir dengan keadaan pasien.
- 7) Masalah yang mempengaruhi pasien adalah merasa takut penyakitnya akan lama sembuhnya.
- 8) Mekanisme koping terhadap stress yang dilakukan pasien adalah tidur.
- 9) Persepsi pasien terhadap penyakitnya
Hal yang sangat dipikirkan saat ini adalah pasien mengatakan hanya memikirkan kesembuhan dirinya. Pasien mengatakan harapannya setelah menjalani perawatan adalah pasien dapat pulih dari penyakitnya dan cepat pulang ke rumah. Pasien mengatakan perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit adalah merasa tidak nyaman, perut begah, dan tegang.
- 10) Sistem Nilai Kepercayaan
Pasien mengatakan tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatannya. Pasien mengatakan aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan adalah beribadah setiap minggu ke gereja.
- 11) Kondisi Lingkungan Rumah
Pasien mengatakan lingkungan rumahnya bersih.

12) Pola Kebiasaan

a) Pola Nutrisi

Sebelum sakit/ sebelum di RS pasien mengatakan frekuensi makan 3x sehari, nafsu makan baik, porsi makanan yang dihabiskan 1 porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan, tidak ada makanan diet, dan tidak ada penggunaan obat-obat sebelum makan, serta tidak menggunakan alat bantu seperti (NGT, dll).

Setelah sakit pasien mengatakan frekuensi makan 3x sehari, nafsu makan kurang baik, porsi makanan yang dihabiskan ½ porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan, tidak ada makanan diet, dan tidak ada penggunaan obat-obat sebelum makan, serta tidak menggunakan alat bantu seperti (NGT, dll).

b) Pola Eliminasi

Sebelum sakit/ sebelum di RS pasien mengatakan frekuensi BAK 6x sehari, berwarna kuning kemerahan, dan tidak ada keluhan serta tidak memakai alat bantu (kateter, dll). Pasien mengatakan BAB 1x sehari saat pagi hari, berwarna coklat, konsistensi padat, dan tidak ada keluhan, serta tidak menggunakan laksatif.

Saat pengkajian pasien mengatakan BAK sebanyak 16x sehari, berwarna kuning jernih, dan tidak ada keluhan, serta tidak memakai alat bantu (kateter, dll). Pasien mengatakan BAB 1x, saat pagi hari, berwarna coklat, konsistensi padat, dan tidak ada keluhan, serta tidak menggunakan laksatif.

c) Pola *Personal Hygiene*

Sebelum sakit pasien mengatakan mandi 2x sehari, waktu pagi dan sore hari. *Oral hygiene* pasien frekuensinya 2x sehari, waktunya pagi dan sore hari. Cuci rambut frekuensinya 2x seminggu.

Saat pengkajian pasien mengatakan mandi 2x sehari, waktu pagi dan sore hari. *Oral hygiene* pasien frekuensinya 3x sehari, waktunya pagi dan sore hari. Cuci rambut saat mandi saja.

d) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit pasien mengatakan tidur siang selama 1 jam/ hari, lama tidur malanya 6-7 jam/ hari, namun tidak ada kebiasaan sebelum tidur

Saat pengkajian pasien mengatakan tidur siang 2 jam, lama tidur malamnya 7-8 jam, namun tidak ada kebiasaan sebelum tidur.

e) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit pasien mengatakan sudah tidak bekerja, olahraga yang dilakukan adalah *jogging*, frekuensinya 1x/minggu, keluhan saat beraktivitas menjadi mudah lelah.

Setelah sakit pasien mengatakan sudah tidak bekerja, olahraga pun tidak dilakukan karena terasa perut semakin berat.

Saat pengkajian pasien hanya melakukan sedikit gerakan, karena merasa mudah lelah.

f) Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Sebelum sakit pasien mengatakan sudah berhenti merokok sejak tahun 1990an. Pasien mengatakan suka minum minuman keras, frekuensinya hampir setiap hari, dan jumlahnya 1-2 botol/hari, tetapi kadar alkohol tidak terkaji, dan lama pemakaiannya selama 10 tahun.

2. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Pasien mengatakan berat badan sebelum sakit 65 kg, namun saat pengkajian ditimbang berat badan pasien 80,6 kg; tinggi badan 163 cm; IMT 30,3 (obesitas tipe 1). Keadaan umum sakit sedang dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

1) Sistem Penglihatan

Posisi mata pasien tampak simetris, kelopak mata tampak normal, pergerakan bola mata tampak normal. konjungtiva tampak anemis, kornea tampak normal, sklera tampak ikterik, pupil tampak isokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda radang, tidak menggunakan kaca mata, pasien tidak menggunakan lensa mata, dan diameter pupil +2/+2.

2) Sistem Pendengaran

Daun telinga kanan dan kiri pasien tampak normal, tidak ada serumen, kondisi telinga tengah tampak normal dan tidak ada cairan yang keluar dari telinga, perasaan penuh di telinga tidak ada, tidak ada tinitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan dan tidak ada pemakaian alat bantu dengar.

3) Sistem Wicara

Pasien berbicara normal tidak terdapat gangguan pada sistem wicara.

4) Sistem penapasan

Jalan nafas bersih, pasien tidak sesak, tidak menggunakan otot bantu nafas, frekuensi pernafasan 18x/menit, irama teratur, jenis pernafasan spontan dan dangkal. Pasien tidak batuk, tidak ada sputum, saat dipalpasi dada getaran sama kuat di kedua lapang paru kanan dan kiri, perkusi dada sonor, suara nafas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernafas.

5) Sistem Kardiovaskuler

a) Sirkulasi Perifer

Frekuensi nadi pasien 110x/menit, irama teratur dan teraba kuat. TD 137/86 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis pada kiri dan kanan, temperatur kulit hangat, warna kulit pucat, pengisian kapiler >3 detik, dan ada edema.

b) Sirkulasi Jantung

Kecepatan denyut nadi apikal 110x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, pasien mengatakan tidak ada nyeri dada.

6) Sistem Hematologi

Kulit pasien tampak ikterus dan sklera icterus. Pasien tidak ada perdarahan.

7) Sistem Syaraf Pusat

Pasien tidak mengeluh sakit kepala, tingkat kesadaran kompos mentis, GCS: E: 4, M: 6, V:5, tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intra kranial (TIK), tidak ada gangguan sistem persyarafan, reflek fisiologis tampak normal, dan reflek patologis tidak ada.

8) Sistem Pencernaan

Gigi pasien tampak caries, tidak menggunakan gigi palsu dan sudah banyak gigi yang berlubang, tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, saliva normal, tidak ada muntah. Pasien mengatakan nyeri pada daerah perut. Bising usus 15 x/menit, tidak ada diare, dan tidak ada konstipasi. Pemeriksaan hepar tidak teraba dan abdomen *acistes* serta distensi.

9) Sistem Endokrin

Saat pengkajian pasien tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak bau keton, dan tidak ada luka ganggren.

10) Sistem Urogenital

Saat pengkajian pasien mengatakan minum pada hari ini 450 cc. Infus 400 cc (intake: 850 cc), buang air kecil dari jam 13.00 tanggal 10 Februari 2020 – pukul 06.30 tanggal 11 Februari 2020 psebanyak 160 cc, IWL 806 cc (output: 2406 cc) *balance* cairan: -1556 cc. Ada perubahan pada pola berkemih yaitu *nocturia* karena efek mengakibatkan gangguan pola tidur pada malam hari, warna urine kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

11) Sistem Integumen

Saat pengkajian turgor kulit tidak elastis, temperatur kulit hangat, warna kulit pucat, keadaan kulit baik, tidak ada kelainan kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik, tekstur rambut baik dan bersih.

12) Sistem Muskuloskeletal

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak kesulitan dalam bergerak, sakit pada tulang dan sendi, tidak ada fraktur, kelainan bentuk tulang tidak ada, kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot pada ekstremitas atas, dan bawah adalah 5.

3. Data Tambahan

Pasien mengatakan tidak tahu mengenai penyakit yang diderita dan tidak tau apa penyebab, tanda dan gejala serta penanganannya.

4. Data Penunjang

Hasil laboratorium darah lengkap tanggal 10 Februari 2020 adalah Hb *12,5 g/dl (13,5-18,0), leukosit 5860 (4000-10500), hematokrit *35 % (42-92), leukosit 5860 /ul (4.000-10.000), trombosit *71.000 /ul (150.000-450.000), eritrosit 3,11 *(4,70-6,00), MCV *111 fl (78-100), MCH *40 pg (27-31), albumin *2,4 g/dl (3,5-5,2), bilirubin indirect *4,91 mg/dl (0,10-1,00), bilirubin direct *6,35 mg/dl (0,00-0,30), bilirubin total *11,26mg/dl (0,00-1,20), SGOT * 47 u/L (0-40), SGPT 26u/l (0-41), Fungsi ginjal, yaitu ureum 23,3 mg/dl (16,6-48,5), creatinine 0,67 mg/dl (0,67-11,7), GDS *219 mg/dl (60-140). Natrium 135 mmol/l (135-145), kalium 3,78mmol/l (35,0-5,00), klorida 105mmol/l (98-108). HBsAg *nonreactive (nonreactive)*, anti HCV total *nonreactive (nonreactive)*. Warna urin *kuning keruh (kuning jernih), BJ 1,025 (1,005-1,030), pH 5,5 (4,5-8,9), keton *negative (negative)*,

Protein/albumin *negative (negative)*, glukosa *negative (negative)*, bilirubin *negative (negative)*, darah samar *negative (negative)*, nitrit *negative (negative)*, urobilinogen 1,0F.U/dl (0,1-1,0). Sedimen urin, yaitu leukosit 2-5/LPB (0-5), eritrosit 0-1/LPB (0-1), silinder *negative (negative)*, epitel 1+ (1+), bakteri **positive (negative)*, kristal *negative (negative)*, lain-lain *negative (negative)*

USG abdomen lengkap tanggal 10 Februari 2020 kesannya *liver cirrhosis, focal fat* atau hemangioma kecil di lobus kanan liver, tidak mencurigakan HCC. *Thick gallbladder wall*, tidak tampak *cholelithiasis. Mild splenomegaly, moderate to severe ascites* di antara *bowel*. Ginjal tidak tampak bendungan dan lain-lain dalam batas normal.

5. Penatalaksanaan

Pasien mendapat obat oral yaitu farsix 1x40 mg untuk diuretik. Spirola 3x100 mg untuk diuretik. Kalmethasone 1x0,5mg berfungsi untuk meredakan peradangan. Obat melalui intravena yaitu octalbin 25% 1x100 ml berisi cairan albumin. Vitamin K 1x2 mg untuk proses pembekuan darah. Ceftriaxone 2x2 gram berfungsi sebagai antibiotik. Cairan infus yang diberikan adalah comatusin hepar 1x500 mL berisi asam amino. Diet yang diberikan yaitu diet hati IV untuk sirosis hepatitis yang nafsu makannya telah baik.

6. Data Fokus

Keadaan umum: sakit sedang, kesadaran: *compos mentis*, GCS: E: 4 V: 5 M: 6, tanda-tanda vital: tekanan darah: 137/86 mmHg, frekuensi nadi: 110x/menit, frekuensi nafas: 18x/menit, suhu: 36°C.

a. Kebutuhan oksigenasi

Data Subyektif: pasien tidak mengeluh batuk dan sesak napas. Pasien mengatakan tidak ada sputum dan tidak nyeri saat bernapas.

Data Obyektif: *Respiratory Rate*: 18x/menit, suara napas vesikuler di kedua lapang paru, getaran di kedua lapang paru sama kuat. Tidak

menggunakan alat bantu napas, tidak menggunakan otot bantu napas dan tidak tampak retraksi dada. Irama napas pasien teratur.

b. Kebutuhan cairan

Data Subyektif: pasien mengatakan perut sudah membesar sekitar satu bulan terakhir minum pagi ini sudah 450cc. Pasien mengatakan banyak BAK.

Data Obyektif: TD: 137/86 mmHg, Nadi: 110x/menit, Suhu 36°C. CRT >3detik, denyut nadi kuat, warna kulit tampak pucat, tampak edema dan *acites*. Hb 12,5 g/dl (13,5-18,0), hematokrit 35% (42-52), trombosit 71.000/uL (150.000-450.000), dan albumin 2,4 g/dl (3,5-5,2). (minum 450 cc dan infus 400 cc (intake: 850 cc), urin: sebanyak 1600cc, IWL 806cc (output: 2406)), *balance* cairan -1556 cc. Hasil USG abdomen, yaitu kesannya *liver cirrhosis, mild splenomegaly, moderate to severe asites* di antara bowel

c. Kebutuhan Nutrisi

Data Subyektif: pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada alergi makanan, mual dan muntah tidak ada juga. Pasien mengatakan makan hanya habis setengah porsi.

Data Objektif: BB saat ini 80,6 kg, tinggi badan saat ini 163cm. indeks massa tubuh (IMT): 30,3 (obesitas tipe 1). Hb 12,5 g/dl (13,5-18,0). GDS: 219 mg/dl dan bising usus 15x/menit. Diit pasien yaitu diit hati IV.

d. Kebutuhan Rasa Aman

Data Subjektif: pasien mengatakan tidak ada perdarahan saat BAB dan BAK

Data Objektif: kulit tampak ikterus, hasil lab SGOT *47u/l (0-40), SGPT *26 u/l (0-41), urinalisa bakteri *positif (*negative*).

e. Kebutuhan Aktivitas

Data Subjektif: pasien mengatakan merasa berat apabila berubah posisi dan merasa cepat lelah apabila ada perubahan posisi atau beraktivitas.

Data Objektif: pasien tampak lelah saat harus berubah posisi, pasien tampak ada edema di bagian ekstermitas bawah.

f. Kebutuhan Aktualisasi Diri: Pengetahuan

Data subjektif: Pasien mengatakan tidak tau mengenai penyakit yang diderita dan tidak tau apa penyebab, tanda dan gejala serta penanganannya. Pasien mengatakan tidak pernah memeriksakan kesehatannya, karena merasa dirinya sehat. Selama dirumah pasien mengatakan tidak ada pantangan dalam mengonsumsi makanan.

Data objektif: Pasien tampak bingung saat ditanya mengenai penyakitnya.

7. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data 1

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	Ds: a. Pasien mengatakan perut membesar sudah 1 bulan terakhir b. Pasien mengatakan minum pagi ini sudah 450cc.	Kelebihan volume cairan	Gangguan mekanisme regulasi (penurunan protein plasma)

No.	Data	Masalah	Etiologi
	<p>c. Pasien mengatakan banyak buang air kecil</p> <p>Do:</p> <p>a. TD: 137/86 mmHg</p> <p>b. Nadi: 110x/ menit</p> <p>c. CRT >3 detik</p> <p>d. BB: 80,6kg</p> <p>e. Lingkar perut 112 cm</p> <p>f. Pasien tampak edema ekstermitas bawah</p> <p>g. Pasien tampak asites</p> <p>h. Hb: 12,5 g/dl</p> <p>i. Ht: 35% (42-52)</p> <p>j. Trombosit: 71.000/ul</p> <p>k. Albumin: 2,4 g/dl</p> <p>l. <i>Balance</i> cairan: - 1556 cc (minum 450 cc dan infus 400 cc (intake: 850 cc), urin: sebanyak 160 cc, IWL 806 cc (output: 2406 cc)</p>		
2.	<p>Ds:</p> <p>a. pasien mengatakan BAK tidak berdarah</p>	Resiko perdarahan	Profil darah abnormal

No.	Data	Masalah	Etiologi
	b. pasien mengatakan BAB tidak berdarah Do: a. Hb: 12,5 g/dL b. Ht: 35% (42-52) c. Trombosit: 71.000/uL d. Konjungtiva anemis		
3.	Ds: Pasien mengatakan: a. Tidak tahu mengenai penyakit yang diderita b. tidak tahu apa penyebab, tanda dan gejala serta penanganannya. c. Tidak pernah memeriksakan kesehatannya, karena merasa dirinya sehat d. Selama dirumah pasien mengatakan tidak ada pantangan dalam mengonsumsi makanan Do: Pasien tampak bingung saat ditanya mengenai penyakitnya	Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan	Kesalahan interpretasi

B. Diagnosa Keperawatan

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (penurunan protein plasma).
2. Resiko perdarahan berhubungan dengan profil darah abnormal.
3. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kesalahan interpretasi.

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. **Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (penurunan protein plasma)**, ditandai dengan **Data Subjektif** : Pasien mengatakan perut membesar sudah 1 bulan terakhir, pagi ini sudah minum 400 cc, dan banyak buang air kecil.

Data Objektif : TD: 137/86 mmHg, Nadi: 110x/ menit, CRT >3 detik, pasien tampak edema ekstermitas bawah, asites, BB: 80,6 kg lingkar perut 112 cm, Hb: 12,5 g/dl, Ht: 35% (42-52), trombosit: 71.000/ul, albumin: 2,4 g/dl, *Balance* cairan: -1556 cc (minum 40 cc dan infus 400 cc (*intake*: 850 cc), urin: sebanyak 1600cc, IWL 806 cc (*output*: 2406 cc)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan volume cairan kembali normal.

Kriteria Hasil : Tekanan darah dalam batas normal (*sistole* 120-90 *diastole* 90/60 mmHg), nadi dalam batas normal (nadi 60-100x/*menit*), CRT < 3 detik, berat badan stabil, pitting edema berkurang sampai dengan hilang. Pemeriksaan kadar albumin dalam batas normal, yaitu 3,5-5,2 g/dl.

Rencana Tindakan:

1. Observasi edema pada kaki dengan pitting edema setiap shift
2. Observasi asites setiap shift.
3. Ukur tekanan darah dan nadi setiap shift.
4. Ukur *intake output* pasien setiap shift
5. Ukur *balance* cairan pasien setiap 24 jam.
6. Timbang berat badan setiap hari.
7. Ukur lingkar abdomen setiap hari.
8. Berikan octalbin 25% 1x100ml melalui IV, farsix 1x40mg dan spiroლა 3x100 mg melalui oral sesuai program medis.

Pelaksanaan Keperawatan:

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 06.00 WIB memberikan Octalbin 25% 100 cc oleh perawat ruangan dengan hasil tetesan berjalan lancar, dan tidak ada udara ataupun sumbatan di aliran infus. **Pukul 07.00 WIB** memberikan obat spiroლა 100 mg melalui oral sesuai program medis, dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. **Pukul 08.00 WIB** menimbang berat badan pasien dengan hasil berat badan 80,6kg. pukul 08.15 WIB mengukur lingkar abdomen pada tiga titik dengan hasil di bawah tulang rusuk terakhir sebesar 107 cm, di *umbilical* sebesar 112 cm, dan di atas *iliac crest* sebesar 110 cm. **Pukul 09.00 WIB** mengobservasi edema pada ekstermitas dan asites, dengan hasil positif edema pada ekstermitas bawah dan asites, skala pitting edema derajat I. **Pukul 10.00 WIB** mengukur tekanan darah dan nadi pasien, dengan hasil TD 128/95 mmHg dan nadi 102x/menit. **Pukul 13.00** memberikan obat spiroლა 100mg dan farsix 40mg melalui oral sesuai program, dengan hasil obat berhasil masuk dan tidak dimuntahkan oleh pasien. **Pukul 14.00 WIB** mengukur *intake* dan *output* pasien, dengan hasil urin sebanyak 250cc, minum 300cc dan infus 150cc.

Pukul 15.00 WIB tekanan darah dan nadi pasien diukur oleh perawat ruangan shift siang, dengan hasil 122/83 mmHg dan nadi 87x/menit
Pukul 17.00 WIB mengkaji edema dan asites oleh perawat ruangan dengan hasil edema dan *acites* positif, serta pitting edema derajat I.
Pukul 19.00 WIB memberikan obat spiroლა 100mg melalui oral sesuai program, dengan hasil obat berhasil masuk dan tidak dimuntahkan oleh pasien.
Pukul 20.30 WIB perawat ruangan mengukur *intake* dan *output* pasien, dengan hasil infus sebanyak 150cc, minum 150cc dan urin 800cc.

Pukul 22.00 WIB perawat ruangan mengukur tekanan darah dan nadi pasien, dengan hasil 119/77 mmHg dan nadi 93x/menit.
Pukul 05.00 WIB perawat ruangan mengukur *intake* dan *ouput* pasien, dengan hasil sebanyak 200cc infus, dan 520cc urin.
Pukul 05.30 WIB perawat ruangan mengukur *balance* cairan, dengan hasil -1426 cc (minum: 450 cc, infus: 500; *intake* 950 cc. urin: 1570 cc, IWL: 806 cc; *output*: 2376 cc). Pasien mengatakan sudah buang air kecil pagi ini satu kali di tempat tidur karena saran dari dokter untuk tidak menekuk kaki dan meninggikannya dengan bantal.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020 pukul 06.00

Subjektif: Pasien mengatakan sudah buang air kecil pagi ini satu kali di tempat tidur, karena saran dari dokter untuk tidak menekuk kaki dan meninggikannya dengan bantal.

Objektif: Tekanan darah 110/67 mmHg, nadi 88x/menit, edema pasien tampak berkurang, pitting edema positif I, *balance* cairan -1426 cc (minum: 450 cc, infus: 500; *intake* 950 cc. urin: 1570 cc, IWL: 806 cc; *output*: 2376cc). lingkaran perut pada tiga titik, yaitu 107 cm, 112 cm, dan 110 cm.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Perencanaan: Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 6, 7.

Pelaksanaan Keperawatan:

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 06.00 WIB memberikan Octalbin 25% 100cc oleh perawat ruangan dengan hasil tetesan berjalan lancar, dan tidak ada udara ataupun sumbatan di aliran infus. **Pukul 07.00 WIB** memberikan obat spiroლა 100 mg melalui oral sesuai program medis, dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. **Pukul 09.00 WIB** mengukur lingkār abdomen pada tiga titik, dengan hasil di bawah tulang rusuk terakhir sebesar 103 cm, di *umbilical* sebesar 105 cm, dan di atas *iliac crest* 105 cm. **Pukul 09.10 WIB** mengobservasi edema pada ekstermitas dan asites, dengan hasil edema mulai berkurang pada ekstermitas bawah, dan pitting edema tidak ada lagi. **Pukul 10.00 WIB** mengukur tekanan darah dan nadi pasien, dengan hasil TD 122/73 mmHg dan nadi 82x/menit. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat spiroლა 100mg dan farsix 40mg melalui oral sesuai program, dengan hasil obat berhasil masuk dan tidak dimuntahkan oleh pasien. **Pukul 14.00 WIB** mengukur intake dan output pasien, dengan hasil urin sebanyak 730 cc, minum 100 cc dan infus 50 cc.

Pukul 15.00 WIB tekanan darah dan nadi pasien diukur oleh perawat ruangan shift siang, dengan hasil 119/70 mmHg dan nadi 88x/menit.

Pukul 17.00 WIB mengkaji edema dan asites oleh perawat ruangan dengan hasil edema dan acites positif, serta pitting edema derajat I.

Pukul 19.00 WIB memberikan obat spiroლა 100mg melalui oral sesuai program, dengan hasil obat berhasil masuk dan tidak dimuntahkan oleh pasien. **Pukul 20.30 WIB** perawat ruangan mengukur intake dan output pasien, dengan hasil infus sebanyak 150 cc, minum 150 cc dan urin 300cc.

Pukul 21.00 WIB tekanan darah dan nadi pasien diukur oleh perawat ruangan shift malam, dengan hasil 122/80 mmHg dan nadi 71x/ menit.

Pukul 04.00 WIB perawat ruangan memberikan octalbin 25% dengan hasil obat menetes dan lancer. **Pukul 05.30 WIB** mengukur intake dan output pasien, dengan hasil cairan infus (octalbin 50 cc dan comafusin 50cc), minum 150 cc, dan urin 300 cc. pukul 05.45 perawat ruangan mengukur *balance* cairan, dengan hasil -1436cc (minum: 400 cc, infus: 300 cc; *intake* 700 cc. Urin: 1330 cc, IWL: 806cc; *output*: 2136 cc). Pasien mengatakan sudah buang air kecil pagi ini sebanyak dua kali di tempat tidur menggunakan pispot.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020 pukul 06.00

Subjektif: Pasien mengatakan sudah buang air kecil pagi ini sebanyak dua kali di tempat tidur menggunakan pispot.

Objektif: Tekanan darah 120/66 mmHg, nadi 78x/menit, edema pasien tampak berkurang, pitting edema sudah tidak ada, *balance* cairan -1436cc (minum: 400 cc, infus: 300 cc; *intake* 700 cc. urin: 1330 cc, IWL: 806cc; *output*: 2136 cc). Lingkar perut pada tiga titik, yaitu 103 cm, 105 cm, dan 105 cm.

Analisa: Masalah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian.

Perencanaan: Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8.

Pelaksanaan Keperawatan:

Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 07.00 WIB memberikan obat spiroლა 100mg melalui oral sesuai program medis, dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimutahkan. **Pukul 09.00 WIB** mengukur lingkar abdomen pada tiga titik, dengan hasil dengan hasil di bawah tulang rusuk terakhir sebesar 97 cm, di umbilical sebesar cm 100 cm, dan di atas *iliac* sebesar 99 cm.

Pukul 09.10 WIB mengobservasi edema pada ekstermitas dan asites pada perut teraba lunak, dengan hasil edema pada ekstermitas bawah sudah tidak tampak, dan pitting edema tidak ada lagi. **Pukul 10.00 WIB** mengukur tekanan darah dan nadi pasien, dengan hasil TD 110/70 mmHg, nadi 63x/menit. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat spiroლა 100mg dan farsix 40mg melalui oral sesuai program, dengan hasil obat berhasil masuk dan tidak dimuntahkan oleh pasien. Pukul 13.50 mengukur intake dan output pasien, dengan hasil urin sebanyak 950 cc dan infus 50 cc. **Pukul 14.00 WIB** mengukur *balance* cairan pasien, dengan hasil infus 50 cc (intake 50 cc), urin 950 cc dan IWL 268 cc/8 jam (ouput 1218 cc) maka *balance* cairan pasien menjadi -1168 cc/8 jam.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020 pukul 14.00

Subjektif: Pasien mengatakan tidurnya tidak nyenyak karena sering buang air kecil pada malam hari.

Objektif: Tekanan darah 116/80 mmHg, nadi 66x/menit, edema pasien tampak berkurang, pitting edema sudah tidak ada, *balance* cairan, dengan hasil infus 50 cc (intake 50 cc), urin 950 cc dan IWL 268 cc/8 jam (ouput 1218 cc) maka *balance* cairan pasien menjadi -1168 cc/8 jam. Lingkar perut pada tiga titik, yaitu 97 cm, 100 cm, dan 99 cm.

Analisa: Masalah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian.

Perencanaan: Hentikan intervensi, pasien pulang atas instruksi dokter dengan indikator kadar albumin dalam batas normal, pitting edema tidak ada, dan asites berkurang.

2. Resiko perdarahan berhubungan dengan profil darah abnormal.

Data Subjektif: Pasien mengatakan pernah buang air kecil berwarna kemerahan 1x saat di rumah.

Data Objektif: Hb: 12,5 g/dL, Ht: 35% (42-52), trombosit: 71.000/uL, dan konjungtiva anemis.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perdarahan tidak terjadi

Kriteria Hasil: konjungtiva pasien ananemis, Hb dalam batas normal, yaitu 13,5-18,0 g/dl. Hematokrit dalam batas normal, yaitu 42-52 %. Trombosit dalam batas normal, yaitu 150.000-450.000/uL. Tekanan darah dalam batas normal (*sistole* 120-90, *diastole* 90/60 mmHg)

Rencana Tindakan:

- 1 Observasi tanda dan gejala perdarahan setiap *shift*.
- 2 Ukur tekanan darah pasien setiap *shift*.
- 3 Berikan obat vitamin K 1x2 mg melalui IV sesuai program medis.
- 4 Kolaborasi untuk pemeriksaan laboratorium darah ulang.

Pelaksanaan Keperawatan:

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 07.15 WIB memberikan obat vitamin K 2mg melalui IV sesuai program medis, dengan hasil obat berhasil diberikan. **Pukul 09.40 WIB** mengobservasi warna dan konsistensi BAB pasien, dengan hasil pasien mengatakan belum BAB hari ini. **Pukul 10.00 WIB** mengukur tekanan darah dan nadi pasien, dengan hasil TD 128/95 mmHg dan nadi 102x/menit.

Pukul 15.00 WIB perawat ruangan mengukur tekanan darah dan nadi pasien oleh perawat ruangan shift siang, dengan hasil 122/83 mmHg dan nadi 87x/menit. **Pukul 20.00 WIB** perawat ruangan mengobservasi tanda dan gejala perdarahan, dengan hasil tidak ada muntah berdarah dan BAB berdarah.

Pukul 22.00 WIB perawat ruangan mengukur tekanan darah dan nadi pasien oleh perawat ruangan shift malam, dengan hasil 119/77 mmHg dan nadi 93x/ menit. **Pukul 05.10 WIB** perawat ruangan mengobservasi tanda dan gejala perdarahan, dengan hasil pasien mengatakan tidak ada muntah darah dan BAB berdarah.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2020 pukul 06.00

Subjektif: Pasien mengatakan tidak ada muntah darah dan BAB berdarah.

Objektif: Tekanan darah 110/67 mmHg, nadi 8x/menit

Analisa: Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Perencanaan: Lanjutkan intervensi a, b, c, d

Pelaksanaan Keperawatan:

Tanggal 12 Februari 2020

Pukul 07.15 WIB memberikan obat vitamin K 2 mg melalui IV sesuai program medis, dengan hasil obat berhasil diberikan. pukul 09.30 WIB mengobservasi warna dan konsistensi BAB pasien, dengan hasil pasien mengatakan belum BAB hari ini. **Pukul 10.00 WIB** mengukur tekanan darah dan nadi pasien, dengan hasil TD 122/73 mmHg dan nadi 82x/menit.

Pukul 15.00 WIB perawat ruangan mengukur tekanan darah dan nadi pasien oleh perawat ruangan shift siang, dengan 119/70 mmHg dan nadi 88x/menit. **Pukul 20.00 WIB** perawat ruangan mengobservasi tanda

dan gejala perdarahan, dengan hasil tidak ada muntah berdarah dan BAB berdarah.

Pukul 21.00 WIB perawat ruangan mengukur tekanan darah dan nadi pasien oleh perawat ruangan shift malam, dengan hasil 122/80 mmHg dan nadi 71x/ menit. **Pukul 05.00 WIB** perawat ruangan mengobservasi tanda dan gejala perdarahan, dengan hasil pasien mengatakan tidak ada muntah darah dan BAB berdarah.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020 pukul 06.00

Subjektif: Pasien mengatakan muntah darah dan BAB berdarah.

Objektif: 120/66 mmHg dan nadi 78x/ menit.

Analisa: Masalah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian.

Perencanaan: Lanjutkan intervensi b, c, d

Pelaksanaan Keperawatan:

Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 07.15 WIB memberikan obat vitamin K 2 mg melalui IV sesuai program medis, dengan hasil obat berhasil diberikan. **Pukul 09.40 WIB** mengobservasi warna dan konsistensi BAB pasien, dengan hasil pasien mengatakan belum BAB hari ini. **Pukul 10.00 WIB** mengukur tekanan darah dan nadi pasien, dengan hasil TD 110/70 mmHg, nadi 63x/menit.

Pukul 13.30 WIB mengobservasi tanda dan gejala perdarahan, dengan hasil pasien mengatakan tidak ada muntah berdarah dan BAB berdarah.

Pukul 13.45 WIB melakukan kolaborasi untuk pemeriksaan lab darah ulang, dengan hasil pemeriksaan lab akan dilakukan pukul 16.00 WIB.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020 pukul 14.00

Subjektif: Pasien mengatakan tidak ada muntah darah dan BAB berdarah.

Objektif: Tekanan darah 116/80 mmHg, nadi 63x/menit

Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Perencanaan: lanjutkan intervensi a, b, dan c oleh perawat ruangan.

3. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kesalahan interpretasi

Data subjektif: Pasien mengatakan tidak tau mengenai penyakit yang diderita dan tidak tau apa penyebab, tanda dan gejala serta penanganannya. Pasien mengatakan tidak pernah memeriksakan kesehatannya, karena merasa dirinya sehat. Selama di rumah pasien mengatakan tidak ada pantangan dalam mengonsumsi makanan.

Data objektif: pasien tampak bingung saat ditanya mengenai penyakitnya.

Tujuan: setelah 1x20 menit diharapkan pasien mengetahui dan paham mengenai penyakitnya

Kriteria Hasil: pasien mengatakan paham tentang sirosis hepatis, pasien dapat menjelaskan pengertian sirosis hepatis, tanda dan gejala, penyebab, serta pencegahan dari sirosis hepatis.

Rencana Tindakan:

- a. Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang sirosis hepatis
- b. Berikan penyuluhan kesehatan

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020

Pukul 09.10 WIB sampai dengan 09.30 WIB perawat mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang sirosis hepatis dan memberikan penyuluhan kesehatan dengan kriteria hasil sebelum dilakukan penyuluhan kesehatan pasien mengatakan tidak mengetahui pengertian sirosis hepatis, penyebab, tanda dan gejala, serta cara pencegahannya. Tetapi setelah dilakukan penyuluhan kesehatan, pasien mengatakan mengetahui dan memahami pengertian sirosis hepatis, penyebab, tanda dan gejala, serta cara pencegahannya. Pasien juga dapat menyebutkan kembali.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 13 Februari 2020 pukul 09.30

Subjektif: sebelum dilakukan penyuluhan kesehatan pasien mengatakan tidak mengetahui pengertian sirosis hepatis, penyebab, tanda dan gejala, serta cara pencegahannya. Tetapi setelah dilakukan penyuluhan kesehatan, pasien mengatakan mengetahui dan memahami pengertian sirosis hepatis, penyebab, tanda dan gejala, serta cara pencegahannya.

Objektif: Pasien dapat menyebutkan kembali apa itu pengertian, penyebab, tanda gejala, dan pencegahan sirosis hepatis.

Analisa: masalah teratasi tujuan tercapai

Planning: hentikan intervensi dengan indikator pasien mengatakan sebelum dilakukan penyuluhan kesehatan tidak mengetahui tentang penyakitnya. Tetapi setelah dilakukan penyuluhan kesehatan, pasien mengatakan mengetahui dan paham penyakitnya, serta dapat menyebutkan kembali yang sudah dijelaskan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini merupakan pembahasan dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan terhadap Tn. D dengan Sirosis hepatis di ruang Brassia RS Mitra Keluarga Bekasi Barat. Dalam bab ini penulis akan membahas dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan dimulai dari tahap melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Setelah penulis melihat pada beberapa *literature* dan asuhan keperawatan yang diberikaan, maka penulis melihat adanya kesenjangan dan kesesuaian antar teori dengan kenyataan yang terjadi di lapangan, yaitu:

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap yang dilakukan dalam proses keperawatan. Pengkajian dilakukan menggunakan format pengkajian, melakukan pemeriksaan fisik *head to toe*, dan mengumpulkan informasi atau data pasien yang penulis peroleh melalui wawancara dengan pasien dan keluarga, Melakukan observasi, serta melihat catatan keperawatan.

Pada tahap ini penulis menemukan adanya kesenjangan yaitu pada kasus sirosis hepatis ini terjadi pada kasus dengan jenis kelamin laki-laki, sedangkan dalam artikel penelitian Orfanidis (2019) disebutkan bahwa wanita lebih tinggi terjadi sirosis hati. Hal tersebut dikarenakan perempuan hanya dapat menampung alkohol di hatinya sebanyak 20 gram, sedangkan laki-laki dapat menampung 2x lipat dari perempuan dan sistem pencernaan pada perempuan kurang mampu memproses alkohol, karena perempuan memiliki lebih sedikit alkohol *dehidrogenase* di mukosa lambung sehingga meningkatkan jumlah alkohol yang mencapai hati.

Pada saat pemeriksaan fisik BB pasien naik dari 65 kg menjadi 80,6 kg. berdasarkan teori seharusnya pada pasien sirosis hepatis terjadi penurunan

berat badan akibat terjadinya hiperkatabolik setelah lapar pada pasien sirosis hepatis, namun pada kasus terjadi peningkatan BB diakibatkan oleh terjadinya penumpukan cairan yang berlebih pada rongga peritoneum atau asites. Pada kasus hepar sulit dievaluasi atau diraba karena besarnya asites yang dialami oleh pasien dan keadaan hepar mulai menciut akibat dari peradangan yang terjadi di hepar. Berdasarkan literatur seharusnya hepar teraba saat dipalpsi.

Pada saat penulis melakukan pengkajian ada faktor pendukung dan penghambat, yaitu faktor pendukungnya adalah pasien dan keluarga pasien yang kooperatif dan terbuka mengenai penyakit yang dialami pasien. Adanya kelengkapan data pasien didapat dari rekam medis. Selain itu, faktor penghambat dalam pengkajian adalah kurangnya informasi data kelengkapan dari riwayat penyakit sebelumnya, dikarenakan pasien menyangkal terjadinya penyakit.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu keputusan klinik yang diberikan kepada pasien mengenai respon individu terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan dapat ditegakkan apabila ada yang mendukung dalam perumusannya, sehingga dapat terjadi kesesuaian dan kesenjangan antara kasus maupun teori, yaitu:

1. Diagnosa yang Tidak Muncul

Diagnosa yang tidak muncul pada kasus Tn. D antara lain:

- a. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual atau muntah, tidak mau makan, dan mudah kenyang (Doenges, 2012). Diagnosa ini tidak penulis tegakkan dikarenakan pada saat pengkajian penulis tidak melihat adanya perubahan nutrisi pada pasien, mual atau muntah juga tidak ada. Pasien masih mau makan, nafsu makan pasien masih baik, rasa mudah kenyang tidak ada hanya saja pasien merasa begah perutnya karena asites yang dialaminya.

- b. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan sirkulasi atau status metabolik, akumulasi garam empedu, dan adanya edema asites (Doenges, 2012). Diagnosa ini tidak penulis tegakkan karena keadaan kulit pasien masih dalam keadaan baik.
- c. Risiko tinggi ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan asites, penurunan ekspansi paru, akumulasi sekret, dan kelemahan (Doenges, 2012). Diagnosa ini tidak penulis tegakkan karena pada saat pengkajian pasien tidak mengalami perubahan pola napas dan frekuensi napas pasien masih dalam batas normal, yaitu 18x/menit. Pada pengkajian sistem pernapasan pasien juga tidak ditemukan adanya penurunan ekspansi paru, tidak adanya penumpukan sekret, kelemahan saat bernapas, tidak batuk, saat dipalpasi dada getaran sama kuat di kedua lapang paru kanan dan kiri, perkusi dada sonor, suara napas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernapas. Hasil pemeriksaan diagnostik juga menunjukkan bahwa cor paru dalam batas normal, tidak ditemukan hal yang menunjang untuk mengangkat diagnosa tersebut.
- d. Risiko tinggi perubahan proses pikir berhubungan dengan perubahan fisiologis, peningkatan kadar ammonia serum, dan ketidakmampuan untuk detoksikasi enzim atau obat tertentu (Doenges, 2012). Diagnosa ini tidak penulis tegakkan karena pada pasien tidak terjadi perubahan proses pikir. Hal ini dibuktikan bahwa saat pengkajian pasien masih dalam keadaan *compos mentis*, GCS pasien dalam batas normal yaitu 15.
- e. Gangguan harga diri atau citra tubuh berhubungan dengan perubahan biofisika atau gangguan penampilan fisik (Doenges, 2012). Diagnosa ini tidak penulis tegakkan karena pasien sangat kooperatif saat dilakukan pengkajian, seperti pengukuran lingkaran perut dan pengkajian fisik lainnya. Tidak ada penolakan apapun dari pasien selagi hal tersebut untuk proses membantu penyembuhannya. Tn. D tidak merasa

malu karena kondisinya sekarang, Ia hanya ingin yang terbaik untuk proses penyembuhannya.

2. Diagnosa yang Muncul

Berdasarkan data pengkajian yang diperoleh, penulis menegakkan diagnosa yang pertama yaitu kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (penurunan protein plasma). Kelebihan volume cairan merupakan keadaan dimana seorang individu mengalami atau berisiko mengalami kelebihan cairan intraseluler atau interstisial. Penulis menegakkan diagnosa ini dikarenakan pasien mengatakan perut membesar sudah 1 bulan dan banyak buang air besar. Pasien tampak asites yang menyebabkan terjadinya peningkatan BB dari 65 kg menjadi 80,6 kg, lingkar perut melebihi batas normal yaitu 112 cm.

Diagnosa kedua yang muncul yaitu risiko perdarahan berhubungan dengan profil darah abnormal. Risiko perdarahan pada pasien sirosis hati dapat diakibatkan sebagai hasil dari penurunan trombosit atau trombositopenia, penurunan Hb, dan penurunan hematokrit. Alasan penulis menegakkan diagnosa risiko perdarahan karena bisa menyebabkan perdarah apabila terjadi trauma minimal karena adanya gangguan pembekuan darah yang disebabkan oleh penurunan trombosit atau trombositopenia.

Diagnosa ketiga yang muncul yaitu kurang pengetahuan kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kesalahan interpretasi. Memberikan pengetahuan kepada pasien diharapkan agar pasien mengetahui tanda dan gejala sirosis hati, terjadinya asites, keterbukaan dalam mendapatkan perawatan dan lain sebagainya.

Berdasarkan hal di atas, maka diagnosa keperawatan yang muncul ada tiga. Diagnosa pertama belum teratasi dikarenakan pasien masih mengalami gangguan keseimbangan cairan, masih tampak asites dan edema pada tungkai. Diagnosa kedua belum teratasi karena belum ada pemeriksaan

darah yang menunjukkan perbaikan pada pasien, tetapi perdarahan tidak terjadi pada pasien. Diagnosa ketiga teratasi karena pasien sudah mengerti penjelasan perawat.

Faktor yang mendukung dalam perumusan diagnosa keperawatan adalah pasien dan keluarga yang kooperatif dalam memberikan informasi, serta adanya buku sumber yang dapat membantu penulis untuk menegakkan diagnosa.

Selama membuat proses keperawatan, penulis tidak menemukan hambatan di dalam merumuskan diagnosa keperawatan, hal ini dikarenakan literature dan artikel yang dipergunakan sangat membantu penulis dalam menegakkan diagnosa keperawatan

C. Perencanaan Keperawatan

Penulis menetapkan diagnosa keperawatan prioritas yaitu gangguan keseimbangan cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (penurunan protein plasma), berdasarkan hasil data penunjang dari pemeriksaan darah lengkap menunjukkan kadar albumin *2,4 g/dl (3,5-5,2), Hb: 12,5 g/dl, *balance* cairan: -1556 cc (minum 450 cc dan infus 400 cc (intake: 850 cc), urin: sebanyak 160 cc, IWL 806 cc (output: 2406 cc) dan USG abdomen, yaitu *moderate to severe ascites* di antara bowel. Maka penulis menetapkan diagnosa keperawatan ini sebagai prioritas masalah utama pada kasus ini. Hal ini dikarenakan apabila terjadi peningkatan cairan maka dapat terjadi gangguan dalam tubuh, seperti mual, muntah, dan edema seluruh tubuh yang berakibat terganggunya system regulasi dalam tubuh.

Berdasarkan perencanaan keperawatan penulis melakukan perencanaan sesuai berdasarkan tinjauan teori dari Doenges (2012). Namun, ada rencana tindakan yang tidak terdapat pada kasus, tetapi ada pada teori, yaitu sediakan perawatan mulut yang sering dan es batu, khususnya jika pasien dibatasi cairan. Rencana tersebut tidak diangkat oleh penulis dikarenakan pasien tidak tampak dehidrasi yang berat dan masih bisa mengontrolnya.

Diagnosa kedua, yaitu risiko perdarahan berhubungan dengan profil darah abnormal. Perencanaan keperawatan penulis melakukan sesuai berdasarkan tinjauan teori dari Doenges (2012). Namun, ada rencana tindakan yang tidak terdapat pada kasus, tetapi ada pada teori, yaitu:

1. Hindarkan penggunaan produk yang mengandung aspirin. Tindakan ini tidak diangkat karena Tn. D memang tidak mendapatkan obat yang mengandung aspirin.
2. Berikan obat sesuai indikasi: Pelunak feses. Tindakan ini tidak diangkat karena pada Tn. D tidak terjadi konstipasi atau gangguan buang air besar.

Diagnosa ketiga, yaitu kurang pengetahuan kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kesalahan interpretasi. Perencanaan keperawatan yang penulis lakukan tidak jauh berbeda dengan teori yang dijelaskan oleh Doenges (2012), yaitu: kaji tingkat pengetahuan pasien tentang sirosis hepatis dan berikan penyuluhan kesehatan yang berisi tekankan pentingnya menghindari alkohol, informasikan pasien tentang efek gangguan karena obat pada sirosis dan pentingnya penggunaan obat hanya yang diresepkan dokter mengenai penyakit pasien, tekankan pentingnya nutrisi yang baik.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan merupakan suatu perwujudan dari perencanaan yang sudah disusun pada tahap perencanaan sebelumnya. Berdasarkan hal tersebut penulis dalam mengelola pasien melakukan pelaksanaan per masing-masing diagnosa, yaitu:

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (penurunan protein plasma). Pada diagnosa ini penulis selama 3 x 24 jam melakukan pengkajian keseimbangan cairan. Respon pasien secara subyektif yaitu pasien mengatakan perut begah dan besar, pasien mengatakan buang air kecil, dan minum sudah 450 cc. Respon obyektif adalah perut besar atau asites, lingkar perut 107 cm; di *umbilical* sebesar 112 cm; dan di atas *iliac crest* sebesar 110 cm, BB mengalami kenaikan

dari 65 kg menjadi 80,6 kg, dan edema ekstermitas bawah, serta *balance* cairan: -2406cc (infus 400cc (intake: 850cc), urin: sebanyak 1600cc, IWL 806cc (output: 966).

2. Resiko perdarahan berhubungan dengan profil darah abnormal. Selama 3 x 24 jam penulis melakukan implementasi. Respon subjektif pasien, yaitu tidak ditemukan. Respon objektif pasien, yaitu Hb: 12,5 g/dL, Ht: 35% (42-52), trombosit: 71.000/uL, konjungtiva anemis.
3. Kurang pengetahuan kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kesalahan interpretasi. Selama 1 x 20 menit. Respon subjektif, yaitu pasien tidak tahu mengenai penyakit yang diderita, tidak tahu apa penyebab, tanda dan gejala serta penanganannya. Pasien tidak pernah memeriksakan kesehatannya, karena merasa dirinya sehat, Selama dirumah pasien mengatakan tidak ada pantangan dalam mengonsumsi makanan. Respon objektif pasien, yaitu Pasien tampak bingung saat ditanya mengenai penyakitnya.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan implementasi adalah adanya bantuan perawat dan tim kesehatan lainnya sehingga dapat terlaksana implementasi sesuai rencana yang telah disusun. Sikap kooperatif pasien juga merupakan salah satu faktor pendukung.

Selama membuat proses keperawatan, penulis menemukan hambatan di dalam pelaksanaan keperawatan, hal ini dikarenakan adanya keterbatasan waktu sehingga pelaksanaan tidak dapat dilakukan secara maksimal. Sehingga dibutuhkan kolaborasi Bersama perawat ruangan sebagai tim dan memonitor perkembangan pasien melalui tindakan yang dilakukan oleh perawat ruangan dengan menyesuaikan perencanaan keperawatan yang sudah ditentukan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan mengarah pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat di dalam perencanaan keperawatan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya, yang dilakukan selama 3 hari perawatan, yaitu:

1. Gangguan keseimbangan cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (penurunan protein plasma). Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan kembali efektif. Selama 3 hari pasien dirawat masalah teratasi sebagian dan **tujuan tercapai sebagian**. Hal ini ditandai dengan tekanan darah 116/80 mmHg, nadi 66x/menit, edema pasien tampak berkurang, pitting edema sudah tidak ada, *balance* cairan, dengan hasil infus 50 cc (intake 50 cc), urin 950 cc dan IWL 268 cc/8 jam (ouput 1218 cc) maka *balance* cairan pasien menjadi -1168 cc/8 jam. Lingkar perut pada tiga titik, yaitu 97 cm, 100 cm, dan 99 cm.
2. Resiko perdarahan berhubungan dengan profil darah abnormal. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perdarahan tidak terjadi. Selama 3 hari perawatan masalah teratasi sebagian dan **tujuan belum tercapai**. Hal ini dikarenakan tidak ada muntah darah, tidak ada BAB berdarah pada pasien, dan belum ada pemeriksaan darah lengkap yang kedua untuk melihat perkembangan pasien.
3. Kurang pengetahuan kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kesalahan interpretasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x20 menit diharapkan pasien memahami kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan. Selama 20 menit melakukan penyuluhan kesehatan didapatkan hasil bahwa masalah teratasi dan **tujuan tercapai**. Hal ini dikarenakan sebelum dilakukan penyuluhan kesehatan pasien mengatakan tidak mengetahui pengertian sirosis hepatitis, penyebab, tanda dan gejala, serta cara pencegahannya. Tetapi setelah dilakukan penyuluhan kesehatan, pasien mengatakan

mengetahui dan memahami pengertian sirosis hepatis, penyebab, tanda dan gejala, serta cara pencegahannya. Pasien dapat menyebutkan kembali apa itu pengertian, penyebab, tanda gejala, dan pencegahan sirosis hepatis.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Sirosis hepatis dapat disebabkan oleh konsumsi alkohol yang berlebihan, yaitu dalam kurun waktu 10 tahun. Tanda dan gejala dari sirosis hepatis, yaitu adanya penumpukan cairan di abdomen atau asites, edema ekstermitas bawah, sklera tampak ikterik, dan kulit berwarna kuning. Selain itu, pasien yang sirosis hepatis juga mengalami penurunan kadar albumin dan kadar trombosit atau yang disebut trombositopenia. Pemeriksaan penunjang yang digunakan untuk pasien sirosis hepatis adalah USG abdomen dan pemeriksaan darah lengkap.

Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh rumusan diagnosa keperawatan yaitu kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, risiko perdarahan berhubungan dengan profil darah abnormal, dan kurang pengetahuan kondisi; prognosis; dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kesalahan interpretasi. Namun, diagnosa yang menjadi prioritas pada pasien sirosis hepatis adalah kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Hal ini disebabkan oleh adanya peningkatan tekanan kapiler sehingga terjadi penurunan tekanan onkotik yang menyebabkan proses pengeluaran cairan yang terjadi pada rongga abdomen. Maka dari dapat mengakibatkan penumpukan cairan pada abdomen atau yang disebut asites.

Rencana keperawatan yang perlu diperhatikan pada pasien sirosis hepatis, yaitu observasi edema dan asites; ukur tekanan darah dan nadi; ukur *intake output*; ukur *balance cairan*; timbang BB pasien; dan ukur lingkar abdomen setiap hari; serta berikan obat golongan diuretik.

Pelaksanaan keperawatan yang perlu ditekankan pada pasien sirosis hepatis, yaitu untuk mengatasi volume cairan dalam tubuh. Tindakan yang dilakukan yaitu mengobservasi edema dan asites; mengukur tekanan darah dan nadi; mengukur *intake output*, mengukur *balance cairan*, menimbang BB pasien, dan mengukur lingkaran abdomen setiap hari, serta berikan obat golongan diuretik,

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan sirosis hepatis yang harus diperhatikan atau dievaluasi adalah lingkaran abdomen, *intake output*, dan *balance cairan*. Hal ini untuk memantau adanya perubahan volume cairan.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas maka penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi Institusi

Diharapkan selama proses asuhan keperawatan diberikan perpanjangan waktu agar penulis lebih mendalami kasus kelolaannya, sehingga penulis dapat memahami dan lebih fokus terhadap kasusnya, serta adanya penambahan pesediaan buku-buku sumber diperpus sebagai panduan dalam penyelesaian makalah.

2. Bagi perawat ruangan

- a. Meningkatkan pengetahuan mengenai proses penyakit dan komplikasi dari penyakit sirosis hepatis.
- b. Meningkatkan *skill* pemeriksaan fisik abdomen.
- c. Lakukan pendekatan secara terapeutik dengan pasien secara langsung, diharapkan perawat memiliki pengetahuan tentang penyakit yang akan dikaji sehingga mempermudah perawat dalam memperoleh informasi.

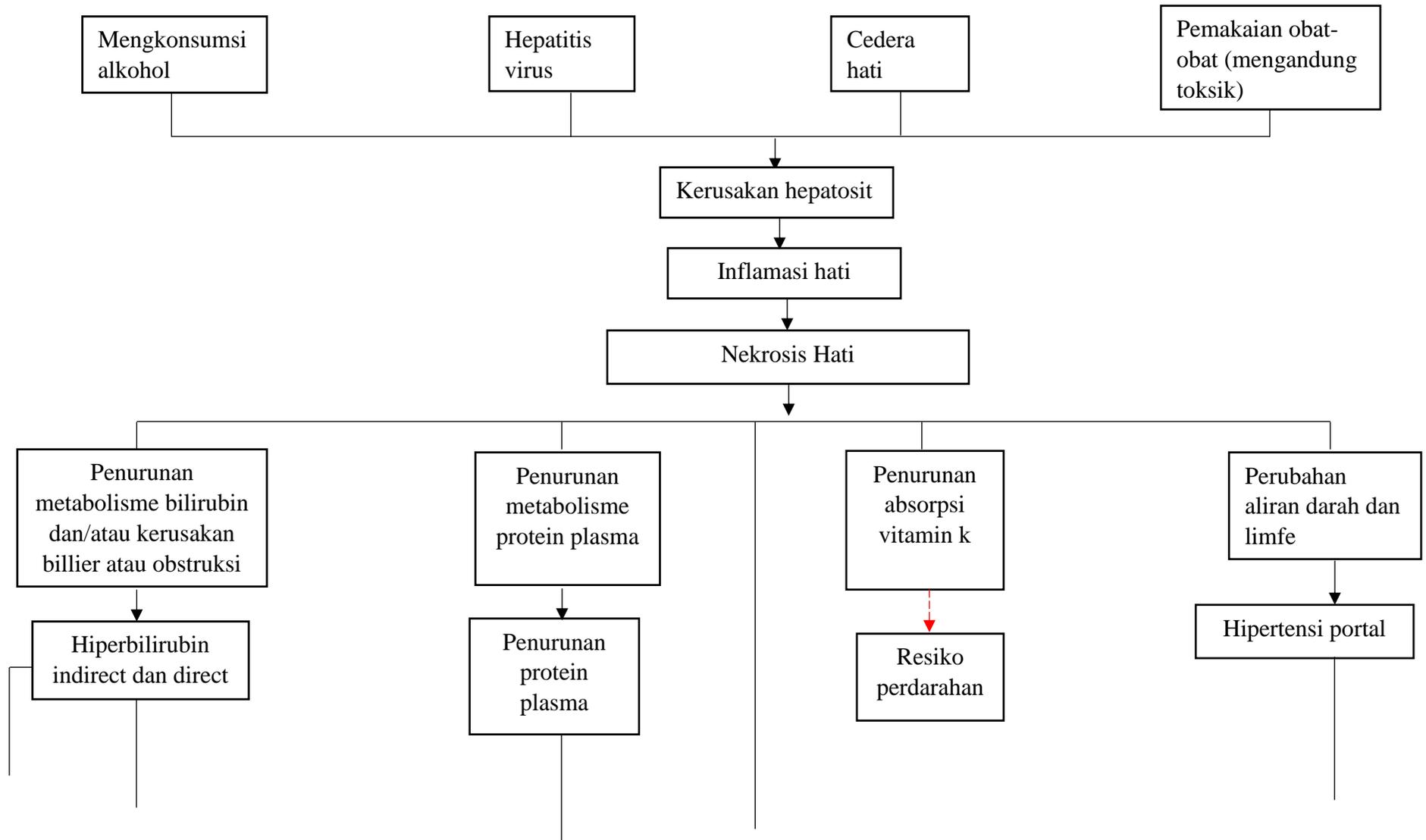
DAFTAR PUSTAKA

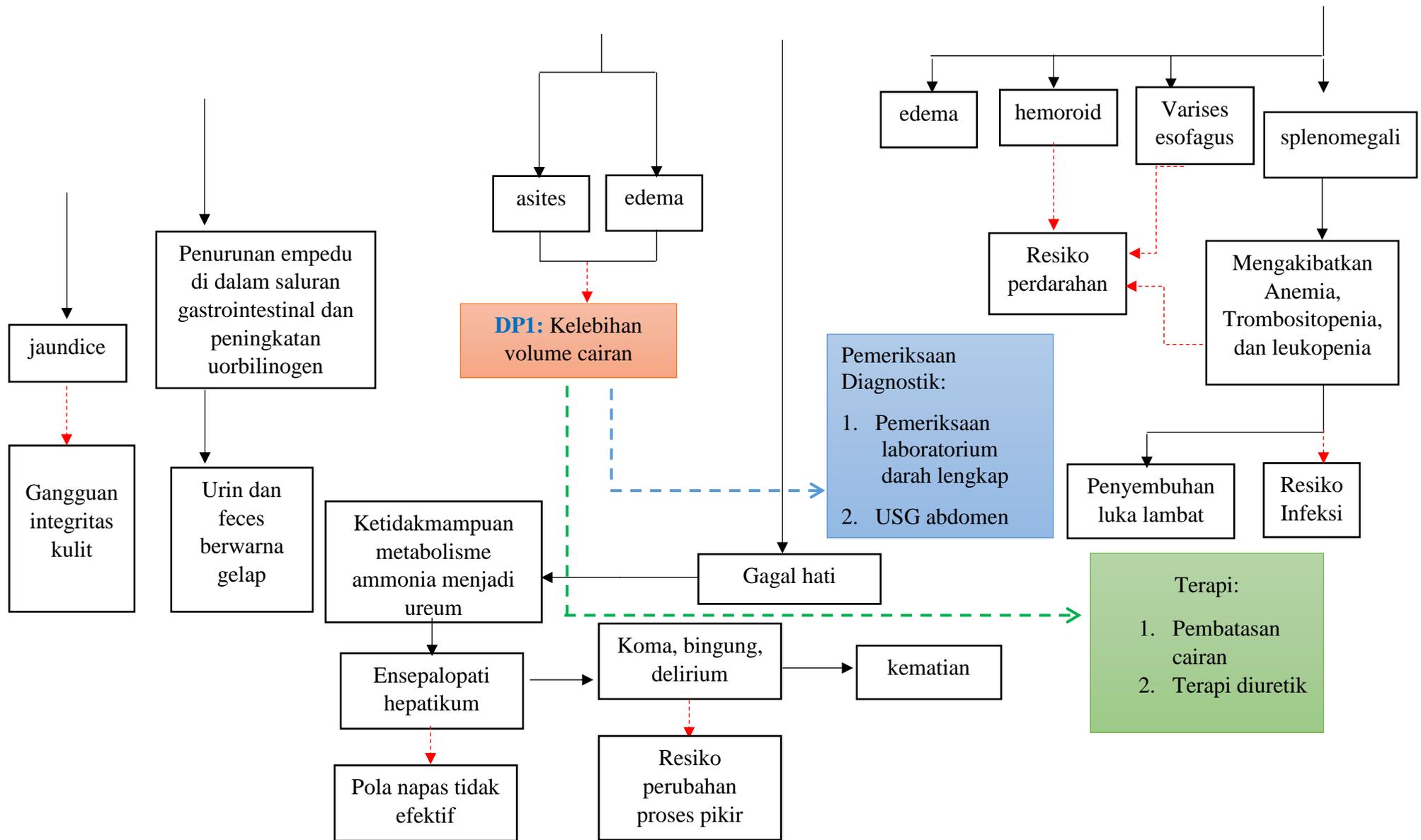
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan* (8 ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Diyono, & Mulyanti, S. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Pencernaan* (1 ed.). Jakarta: Kencana.
- Doenges, M. E. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC.
- Farida, Y., & dkk. (2014). Analisis Penggunaan Obat pada Pelayanan Farmasi. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*, 80. Retrieved 2 18, 2020, from https://www.google.com/search?safe=strict&sxsrf=ACYBGNRd6YQn1du4hOf_2ZrtcTudwE85dA%3A1581995306941&ei=KIVLXqP7OKmO4-EPmrezkAk&q=pengobatan+sirosis+hati+jurnal&oq=pengobatan+sirosis+hati+j&gs_l=psy-ab.3.0.33i22i29i30i10.9036.9852..10786..0.2..0.100.193.1j
- Hadland, S. E., et. al. (2015). Alcohol policies and alcoholic cirrhosis mortality in the United States. *Preventing Chronic Disease*, 1. doi:10.5888/pcd12.150200
- Kuncoro, H. (2018, Oktober 17). Info Kesehatan. *Sirosis Hati, Kenali Gejala dan Obati Segera*. Retrieved Februari 14, 2020, from <http://www.rscarolus.or.id/article/sirosis-hati-kenali-gejala-dan-obati-segera>
- LeMone, P., et. al. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* (5 ed., Vol. 2). Jakarta: EGC.
- Longo, D. L., et. al. (2010). *Gastroenterologi dan Hepatologi*. Jakarta: EGC.
- Lovena, A., dkk. (2017). Karakteristik Pasien Sirosis Hepatis di RSUP Dr. M. Djamil. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6. doi:<https://doi.org/10.25077/jka.v6i1.636>
- Orfanidis, N. T. (2019, Juli). Alcoholic Liver Disease. *MERCK MANUAL*. Retrieved Maret 19, 2020, from <https://www.merckmanuals.com/home/liver-and-gallbladder-disorders/alcoholic-liver-disease/alcoholic-liver-disease?query=Alcoholic%20Liver%20Disease>

Wahyudo, R. (2014). a 78 Years Old Woman with Hepatic Cirrhosis. *Jurnal Medula Unila*, 174. Retrieved 02 17, 2020, from https://www.google.com/search?safe=strict&sxsrf=ACYBGNQjxVCSmQLmn4_ksDqOpPrZD39fjg%3A1581949530933&ei=WqJKXoHNOMvH4-EPoYecyA8&q=jurnal+gejala+sirosis+hepatis+terbaru&oq=jurnal+gejala+sirosis+hepatis+terbaru&gs_l=psy-ab.3...20814.26288..26808...0.2..0.1454

LAMPIRAN

A. Patoflowdiagram





(Black & Hawks, 2014)

B. SATUAN ACARA PENYULUHAN

Diagnosa Keperawatan : Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kesalahan interpretasi

Topik : Waspada tanda dan gejala sirosis hepatis

Sasaran : 1 orang penderita Sirosis Hepatis pendidikan terakhir SMA dan 1 orang keluarga pasien Sirosis Hepatis

Waktu : Pukul 10:00 -10.20 WIB

Tempat : Ruang Brassia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur

TIU	TIK	MATERI	KBM		METODE	ALAT PERAGA	EVALUASI
			Mahasiswa	Peserta			
Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x20 menit diharapkan peserta mampu mengetahui apa penyakit Sirosis	Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x 20 menit diharapkan peserta mampu: 1. Menjelaskan secara singkat menggunakan bahasa sendiri pengertian dari Sirosis Hepatis	1. Pengertian Sirosis Hepatis 2. Penyebab Sirosis Hepatis 3. Tanda dan gejala Sirosis Hepatis	Pembuka (5 menit) 1. Salam dan doa pembuka 2. Perkenalan 3. Kontrak waktu 4. Evaluasi pengetahuan Penyuluhan/Isi (15menit)	Menjawab salam Menyetujui penyampaian topik } Memperhatikan topik yang disampaikan	Diskusi Ceramah.	1. Booklet 2. Leaflet	1. Peserta mampu menjelaskan pengertian Sirosis Hepatis 2. Peserta mampu menyebutkan 5 dari 8 penyebab

TIU	TIK	MATERI	KBM		METODE	ALAT PERAGA	EVALUASI
			Mahasiswa	Peserta			
Hepatis, tanda dan gejala, cara penularan, dan pencegahan penyakit Sirosis Hepatis	2. Mengetahui penyebab Sirosis Hepatis 3. Menyebutkan tanda dan gejala Sirosis Hepatis 4. Menyebutkan cara pencegahan Sirosis Hepatis	4. Pencegahan Sirosis Hepatis	1. Menjelaskan pengertian Sirosis Hepatis 2. Menyebutkan penyebab Sirosis Hepatis 3. Menyebutkan tanda dan gejala Sirosis Hepatis 4. Menjelaskan bagaimana pencegahan Sirosis Hepatis Penutup (5 menit) 1. Tanya jawab 2. Revaluasi pengetahuan	Bertanya hal yang belum dimengerti Menjawab salam			Sirosis Hepatis 3. Peserta mampu menyebutkan 3 dari 5 tanda dan gejala Sirosis Hepatis 4. Peserta mampu menyebutkan 4 dari 7 cara pencegahan Sirosis Hepatis

TIU	TIK	MATERI	KBM		METODE	ALAT PERAGA	EVALUASI
			Mahasiswa	Peserta			
			3. Menyimpulkan hasil penyuluhan				
			4. Salam penutup				

MATERI

1. Definisi Sirosis Hepatis

Sirosis hati adalah penyakit kronis progresif dicirikan dengan fibrosis luas (jaringan parut) dan pembentukan nodul yaitu pertumbuhan jaringan yang tidak normal berupa benjolan. Ada 3 tipe utama sirosis hepatic, yaitu:

- a. Sirosis portal laenec (alkoholik nuteisional), yaitu jaringan parut secara khas mengelilingi daerah portal. Sering disebabkan oleh alkoholik kronis.
- b. Sirosis pasca nekrotik, yaitu terdapat pita jaringan parut yang lebar sebagai akibat lanjut dari hepatitis virus akut yang terjadi sebelumnya.
- c. Sirosis bilia, yaitu pembentukan jaringan parut terjadi didalam hati disekitar saluran empedu. Terjadi akibat obstruksi bilier yang kronis dan infeksi (kolangitis) bagian hati yang terlihat tersiri atas ruang portal dan periportal tempat kanalikulus biliaris dan masing masing lobius hati bergabung untuk mebentuk saluran empedu baru. Dengan demikian akan terjadi pertumbuhan jaringan yang berlebihan, terutama terdri atas saluaran empedu yang baru dan tidak berhubungan yang dikelilingi oleh jaringan parut.

2. Penyebab

Ada beberapa penyebab sirosis hepatis, yaitu:

- a. Hepatitis virus B&C
- b. Alcohol
- c. Kolestasis kronik/sirosis siliar sekunder intra dan ekstra hepatic.
- d. Penyumbatan aliran vena hepatic, seperti penyakit vena oklusif, sindrom budd chiari, pericarditis konstrikuv, payah jantung kanan.
- e. Gangguan imunlogis, seperti hepatitis lupoid, hepatitis, hepatitis kronik aktif.
- f. Toksik dan obat, seperti: INH, metildopa.

3. Tanda dan Gejala Sirosis Hepatis

Tanda gejala yang dapat muncul pada penderita sirosis hepatis yaitu:

- a. Gejala dini yang samar dan non spesifik seperti kelelahan anoreksia, dispepsia, flatulen, perubahan kebiasaan defekasi (konstipasi / diare), berat badan menurun.
- b. Mual dan muntah khususnya pada pagi hari
- c. Nyeri tumpul atau perasaan berat pada epigastrium atau kuadran kanan atas (pada separuh dari semua penderita).
- d. Manifestasi gagal hepatoseluler, meliputi:
 - 1) Ikterus Terjadi paling sedikit pada 60% penderita selama perjalanan penyakit. Penderita dapat menjadi icterus selama fase dekompensasi disertai gangguan reversible fungsi hati. Icterus intermiten merupakan gambaran khas sirosis biliaris dan terjadi bila timbul peradangan aktif dan saluran empedu (kolangitis). Pada penderita, urine kadang kadang berwarna menjadi lebih tua atau kecoklatan.
 - 2) Edema perifer gejala lanjut lain pada sirosis hepatis ditimbulkan oleh gagal hati yang kronis. Konsentrasi albumin plasma menurun sehingga menjadi predisposisi untuk terjadinya edema.
 - 3) Produksi aldosteron yang berlebih akan menyebabkan retensi natrium serta air dan ekskresi kalium.
 - 4) Kecendrungan perdarahan, anemia, leukopenia dan trombositopenia. Pembentukan, penggunaan dan penyimpanan vitamin tertentu yang tidak memadai (terutama vit A, C, dan K) menyebabkan tanda tanda defisiensi vitamin tersebut sering dijumpai khususnya sebagai fenomena haemoragik (perdarahan hidung, gusi, menstruasi yang berat dan mudah memar. Anemia leukopenia dan trombositopenia diduga akibat hipersplenisme atau splenomegali (pembesaran limpa) yang tidak hanya membesar tetapi juga lebih aktif menghancurkan sel sel darah dari sirkulasi. Anemia juga disebabkan adanya gastritis kronis dan gangguan

fungsi pencernaan dengan asupan diet yang tidak adekuat serta gangguan fungsi hati sehingga dapat mengakibatkan kelelahan berat yang mengganggu kemampuan untuk melakukan aktifitas rutin sehari-hari dan lebih mudah terserang infeksi.

4. Pencegahan

Pencegahan yang dapat dilakukan untuk terhindar dari penyakit sirosis hepatitis adalah:

- a. Melakukan vaksin hepatitis B.
- b. Tidak berbagi penggunaan jarum suntik dengan orang lain.
- c. Memilih tempat tato dan tindik yang terpercaya dan menggunakan jarum sekali pakai.
- d. Melakukan hubungan seksual yang aman, yaitu tidak bergonta-ganti pasangan dan menggunakan kondom.
- e. Menghindari konsumsi minuman beralkohol.
- f. Menjaga berat badan ideal dengan konsumsi makanan dengan gizi seimbang dan rutin berolahraga.
- g. Mengonsumsi obat sesuai petunjuk dan anjuran dokter.

Bagi penderita penyakit hati kronis, seperti hepatitis B atau hepatitis C, dianjurkan rutin berkonsultasi dengan dokter untuk mencegah timbulnya sirosis serta mendeteksi sirosis lebih awal.

C. LEAFLET

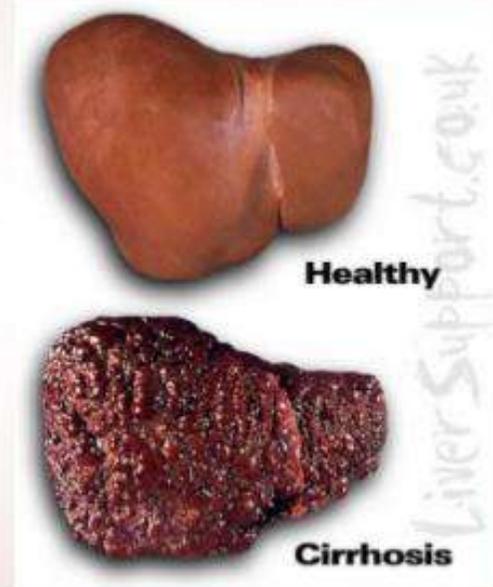
PENCEGAHAN

Pencegahan yang dapat dilakukan untuk terhindar dari penyakit sirosis hepatis adalah:

1. Melakukan vaksin hepatitis B
2. Penggunaan jarum suntik tidak bergantian (Memilih tempat tato dan tindik yang terpercaya dan menggunakan jarum sekali pakai).
3. Melakukan hub. Seksual yang aman
4. Menghindari konsumsi minuman beralkohol.
5. Menjaga berat badan ideal dengan konsumsi makanan dengan gizi seimbang dan rutin berolahraga.
6. Mengonsumsi obat sesuai petunjuk dan anjuran dokter.
7. Bagi penderita penyakit hati kronis, seperti hepatitis B atau hepatitis C, dianjurkan rutin berkonsultasi dengan dokter untuk mencegah timbulnya sirosis serta mendeteksi sirosis lebih awal.

Waspada Tanda dan Gejala SIROSIS HEPATIS

SIROSIS HEPATIS



RSMK Bekasi Timur



Tahukah Anda apa itu Sirosis Hepatis?

Sirosis hati adalah penyakit kronis progresif dicirikan dengan fibrosis luas (jaringan parut) dan pembentukan nodul yaitu pertumbuhan jaringan yang tidak normal berupa benjolan.

TIPE SIROSIS HEPATIS

- A. Sirosis portal laenec (alkoholik nuteisional), yaitu jaringan parut secara khas mengelilingi daerah portal. Sering disebabkan oleh alkoholik kronis.
- B. Sirosis pasca nekrotik, yaitu terdapat pita jaringan parut yang lebar sebagai akibat lanjut dari hepatitis virus akut yang terjadi sebelumnya.
- C. Sirosis bilia, yaitu pembentukan jaringan parut terjadi didalam hati disekitar saluran empedu

Penyebab

1. Hepatitis virus B&C
2. Alkohol
3. Kolestasis kronik/sirosis siliar sekunder intra dan ekstra hepatic.
4. Penyumbatan aliran vena hepatic, seperti penyakit vena oklusif, sindrom budd chiari, pericarditis konstriktuva, payah jantung kanan.
5. Gangguan imunlogis, yaitu: hepatitis kronik aktif.

TANDA DAN GEJALA



Dispepsia, konstipasi/
diare



Kulit dan konjungtiva
mata kuning (ikterik)

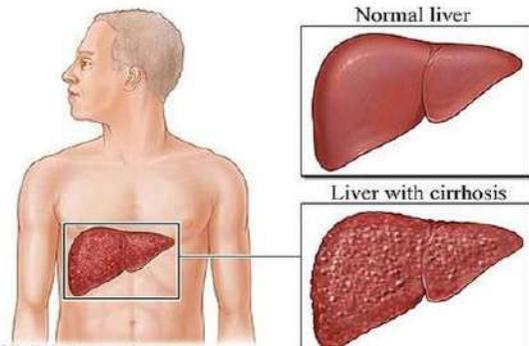
Mual dan muntah
khususnya pada pagi hari



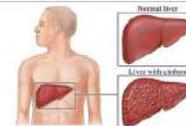
Bengkak pada perut (asites)
Dan kaki atau bahkan seluruh
tubuh

BOOKLET

WASPADA TANDA DAN GEJALA SIROSIS HEPATIS



FILDZAH FARHANA
(201701065)



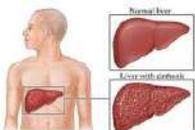
PENGERTIAN SIROSIS HEPATIS

Sirosis hati adalah penyakit kronis progresif dicirikan dengan fibrosis luas (jaringan parut) dan pembentukan nodul yaitu pertumbuhan jaringan yang tidak normal berupa benjolan.

3 Tipe Utama Sirosis Hepatik, yaitu:

- ❖ Sirosis portal laenec (alkoholik nuteisional), yaitu jaringan parut secara khas mengelilingi daerah portal. Sering disebabkan oleh alkoholik kronis.
- ❖ Sirosis pasca nekrotik, yaitu terdapat pita jaringan parut yang lebar sebagai akibat lanjut dari hepatitis virus akut yang terjadi sebelumnya.
- ❖ Sirosis billa, yaitu pembentukan jaringan parut terjadi didalam hati disekitar saluran empedu. Terjadi akibat obstruksi bilier yang kronis dan infeksi (kolanguitis) bagian hati. Mengakibatkan terjadinya pertumbuhan jaringan yang berlebihan, terutama terdiri atas saluran empedu yang baru dan tidak berhubungan yang dikelilingi oleh jaringan parut.

TANDA DAN GEJALA SIROSIS HEPATIS



Penumpukan cairan di rongga perut (asites)

HEALTHY DISEASED

FLUID

Konstipasi

Edema ekstremitas

Mual dan Muntah

Berat badan turun berlebih

TANDA DAN GEJALA SIROSIS HEPATIS

Perdarahan karena kekurangan trombosit

Ikterus (permukaan kulit berwarna kuning)

Terjadi pembesaran limpa

Healthy Spleen Enlarged Spleen



PENYEBAB SIROSIS HEPATIS

- Virus hepatitis
- Konsumsi Alkohol jangka panjang
- Kolestasis kronik/sirosis siliar sekunder intra dan ekstra hepatic.
- Penyumbatan aliran vena hepatic, seperti penyakit vena oklusif, sindrom budd chiari, pericarditis konstriktuv, payah jantung kanan.
- Gangguan imunologis, seperti hepatitis lupoid, hepatitis, hepatitis kronik aktif.
- Toksik dan obat, seperti: INH, metildopa.



PENCEGAHAN SIROSIS HEPATIS

Click to add text



Melakukan vaksin hepatitis B



Tidak berganti pasangan dalam hubungan seksual



Menghindari konsumsi minuman beralkohol



Menggunakan jarum suntik sekali pakai



Mengonsumsi makanan bergizi seimbang dan rutin berolahraga



Mengonsumsi obat sesuai petunjuk dan anjuran dokter