

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SIROSIS HEPATIS DENGAN  
MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKSEIMBANGAN  
NUTRISI KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH  
DI RUANG AGATE BAWAH RSUD  
DR SLAMET GARUT**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli  
Madya Keperawatan (A.Md.Kep) pada Prodi DIII Keperawatan  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh :

**Siti Aminah**

**AKX.15.129**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG**

**2018**

## SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Siti Aminah  
NPM : AKX.15.129  
Program Studi : DIII Keperawatan Umum  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Sirosis Hepatis Dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh di Ruang Agate Bawah RSUD Dr Slamet Garut

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di Perguruan Tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah Karya Tulis Ilmiah yang murni dan bukan plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar – benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh atau sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, 28 Mei 2018

Yang Membuat Pernyataan



Siti Aminah

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SIROSIS HEPATIS DENGAN  
MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKSEIMBANGAN  
NUTRISI KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH  
DI RUANG AGATE BAWAH RSUD  
DR SLAMET GARUT

SITI AMINAH

AKX.15.129

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL : 13 Agustus 2018

Oleh  
Pembimbing Ketua



A. Aep Indama, S.Pd., S.Kep., Ners

NIK : 0420107704

Pembimbing Pendamping



Ade Tika Herawati, M.Kep

NIK : 10107069

Mengetahui  
Prodi DIII Keperawatan  
Ketua,



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

NIP : 1011603

## LEMBAR PENGESAHAN

### KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SIROSIS HEPATIS DENGAN  
MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKSEIMBANGAN  
NUTRISI KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH  
DI RUANG AGATE BAWAH RSUD  
DR SLAMET GARUT

Oleh :

Nama : SITI AMINAH

NIM : AKX.15.129

Telah Diuji  
Pada tanggal, 21 Agustus 2018  
Panitia Penguji

Ketua : A. Aep Indarna, S.Pd., S.Kep., Ners  
(Pembimbing Utama)

  
.....

Anggota :

1. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners  
(Penguji I)
2. Irfan Safarudin, S.Kep., Ners  
(Penguji II)
3. Ade Tika Herawati, M.Kep  
(Pembimbing Pendamping)

  
.....

  
.....

  
.....

Mengetahui  
STIKes Bhiktu Kerjana Bandung  
Kema,  
  
Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep  
NIP: 101070641

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Sirosis Hepatis adalah penyakit hati kronis dimulai dengan proses peradangan nekrosis sel hati yang luas ditandai oleh pembentukan nodul regenerative. Berdasarkan catatan *medical record* di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut didapat data 4 bulan terakhir (Januari – April 2018), klien dengan Sirosis hepatis tidak termasuk 10 besar penyakit di Ruang Agate Bawah. **Tujuan:** Untuk memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien Sirosis Hepatis dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. **Metode:** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi, masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada kasus 1 dan kasus 2 dapat teratasi sebagian pada hari ketiga. **Diskusi:** Pada kedua klien ditemukan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dikarenakan penurunan fungsi hati sehingga terjadi respons gangguan gastrointestinal yang menyebabkan mual, muntah, kembung, anoreksia, sehingga pemenuhan nutrisi pun mengalami perubahan. Adapun perbedaan hasil dari intervensi dilakukan adalah mengkaji porsi makan pada kedua klien yaitu pada hari ketiga pada klien 1 dengan hasil porsi makan  $\frac{1}{2}$  porsi, sedangkan pada hari ketiga pada klien 2 dengan hasil  $\frac{3}{4}$  porsi. **Saran:** Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar meningkatkan standar pelayanan dalam pemberian asuhan keperawatan, khususnya keterlibatan dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan pada klien dan kepada pihak institusi pendidikan diharapkan mampu memenuhi ketersediaan literatur terbaru terutama mengenai Sirosis Hepatis dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sehingga dapat menambah wawasan keilmuan mahasiswa.

Kata kunci : Sirosis Hepatis, Nutrisi, Asuhan keperawatan

Daftar Pustaka : 16 Buku (2007-2018), 1 Jurnal (2014)

## ABSTRAC

**Background:** *Cirrhosis Hepatis is a chronic liver disease starting with an inflammatory process of extensive liver cell necrosis characterized by regenerative nodule formation. Based on the medical record in the Lower Agate Room of RSUD Dr. Slamet Garut obtained data from the last 4 months (January - April 2018), clients with hepatic cirrhosis did not include the top 10 diseases in the Lower Agate Room.* **Objectives:** *To gain experience in nursing care for Sirosis Hepatis clients with nursing problems imbalance of nutrients less than the body's needs.* **Method:** *A case study is to explore a problem with detailed boundaries, have in-depth data collection and include various sources of information.* **Results:** *After nursing care is carried out by providing intervention, the nursing problem of nutritional imbalance is less than the body's needs in case 1 and case 2 can be partially resolved on the third day.* **Discussion:** *In both clients, nursing problems were found to be imbalanced with nutrients less than the body's needs due to decreased liver function resulting in a gastrointestinal disturbance response which caused nausea, vomiting, bloating, anorexia, so that the fulfillment of nutrients was changed. The difference between the results of the intervention is to examine the portion of food on both clients, namely on the third day on client 1 with the results of the meal portion of  $\frac{1}{2}$  portion, while on the third day on client 2 with the results  $\frac{3}{4}$  portion.* **Suggest:** *The author advises the hospital to improve service standards in the provision of nursing care, especially the involvement in the implementation of health education for clients and the educational institutions are expected to be able to meet the availability of new published literature, especially regarding Hepatic Cirrhosis and imbalance of nutrients less than the body needs increase student knowledge.*

Keywords : *Sirosis Hepatis, Nutrition, Nursing care*

References : *16 Books (2007-2018), 1 Journals (2014)*

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SIROSIS HEPATIS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH DI RUANG AGATE BAWAH RSUD DR SLAMET GARUT”** dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak pernah berdiri sendiri, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah turut serta membantu proses hingga terwujudnya harapan dan tujuan penulis dengan baik, ucapan terima kasih ini penulis sampaikan yang sebesar-besarnya kepada :

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., M.H.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. dr. H. Maskut Farid MM. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

4. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
5. A. Aep Indarna, S.Pd., S.Kep.,Ners. selaku pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, saran serta motivasi yang sangat berguna dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ade Tika Herawati, M.Kep. selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Apriyanto, S.Kep., Ners, selaku CI Ruang Agate Bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Dr. Slamet Garut.
8. Staf dosen, Staf perpustakaan serta karyawan/i program studi DIII Keperawatan Umum STIKes Bhakti Kencana Bandung, atas ilmu dan bantuannya selama penulis menempuh pendidikan.
9. Untuk kedua orangtua tercinta yaitu Ayahanda Bardjono (Alm) dan Ibunda Sugiyarti, Kakaku Mochamad Guntoro, Adiku Mochamad Iqbal Nurichlas, serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus dan selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
10. Untuk sahabat saya di rumah Fani Sukma Amalia, Syahrul Nur Fauzi dan Robi Sodri yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus dan selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
11. Untuk teman - teman seperjuangan Angkatan 2015 yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus.

12. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan Karya Tulis Ilmiah yang lebih baik.

Bandung, 29 Mei 2018

Siti Aminah



## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
SURAT PERNYATAAN .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
ABSTRAK .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN .....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Penulisan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat .....	7
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	7
1.4.2 Manfaat Praktis.....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Anatomi Dan Fisiologi Sistem Gastrointestinal .....	8
2.1.1 Anatomi Dan Fisiologi Hati .....	13
2.2 Konsep Sirosis Hepatis .....	16
2.2.1 Definisi Sirosis Hepatis .....	16
2.2.2 Etiologi.....	17
2.2.3 Patofisiologi .....	18
2.2.4 Manifestasi Klinis .....	25
2.2.5 Pemeriksaan Penunjang .....	25

2.2.6	Penatalaksanaan .....	27
2.2.7	Komplikasi .....	20
2.3	Konsep Nutrisi .....	30
2.3.1	Definisi Nutrisi.....	31
2.3.2	Kebutuhan Nutrisi .....	31
2.3.3	Diet Sirosis Hepatis.....	32
2.4	Konsep Promosi Kesehatan .....	35
2.4.1	Pengertian Promosi Kesehatan .....	35
2.4.2	Batasan Promosi Kesehatan .....	36
2.4.3	Metode Promosi Kesehatan .....	36
2.5	Konsep Asuhan Keperawatan Sirosis Hepatis .....	39
2.5.1	Pengkajian.....	39
2.5.2	Diagnosa Keperawatan .....	48
2.5.3	Intervensi Keperawatan .....	49
2.5.4	Implementasi Keperawatan.....	65
2.5.5	Evaluasi Keperawatan.....	65
<b>BAB III    METODE PENELITIAN</b>		
3.1	Desain Penelitian .....	74
3.2	Batasan Istilah.....	74
3.3	Partisipan/ Respon/ Subyek Penelitian .....	75
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	76
3.5	Pengumpulan Data.....	76
3.6	Uji Keabsahan Data .....	77
3.7	Analisis Data .....	78
3.8	Etik Penulisan KTI.....	79
<b>BAB IV    HASIL DAN PEMBAHASAN</b>		
4.1	Hasil	
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data .....	81
4.1.2	Pengkajian .....	82
4.1.3	Analisis Data .....	93

4.1.4	Diagnosa Keperawatan .....	97
4.1.5	Intervensi Keperawatan .....	102
4.1.6	Implementasi Keperawatan .....	105
4.1.7	Evaluasi Keperawatan .....	110
4.2	Pembahasan	
4.2.1	Pengkajian .....	112
4.2.2	Diagnosa Keperawatan .....	113
4.2.3	Intervensi Keperawatan .....	117
4.2.4	Implementasi Keperawatan .....	120
4.2.5	Evaluasi Keperawatan .....	124
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>		
5.1	Kesimpulan	
5.1.1	Pengkajian .....	126
5.1.2	Diagnosa Keperawatan .....	127
5.1.3	Intervensi Keperawatan .....	127
5.1.4	Implementasi Keperawatan .....	128
5.1.5	Evaluasi Keperawatan .....	128
5.2	Saran	
5.2.1	Untuk Perawat .....	128
5.2.2	Untuk Rumah Sakit .....	128
5.2.3	Untuk Pendidikan .....	129

## DAFTAR PUSTAKA

## LAMPIRAN

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 2.1 Struktur dan fungsi sistem pencernaan.....	9
Gambar 2.2 Hati .....	13
Gambar 2.3 Sirosis Hepatis.....	16

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 2.1 Diet Tinggi Protein Rendah Garam .....	33
Tabel 2.2 Intervensi Ketidakefektifan pola nafas .....	49
Tabel 2.3 Intervensi Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer .....	50
Tabel 2.4 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi .....	52
Tabel 2.5 Intervensi Kelebihan volume cairan .....	53
Tabel 2.6 Intervensi Nyeri akut .....	54
Tabel 2.7 Intervensi Kerusakan integritas kulit .....	56
Tabel 2.8 Intervensi Gangguan citra tubuh .....	57
Tabel 2.9 Intervensi Intoleransi Aktivitas .....	59
Tabel 2.10 Intervensi Ketidakmampuan koping keluarga .....	60
Tabel 2.11 Intervensi Resiko ketidakseimbangan elektrolit .....	62
Tabel 2.12 Intervensi Resiko perdarahan .....	63
Tabel 4.1 Identitas Klien .....	82
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab .....	82
Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan .....	83
Tabel 4.4 Pola aktivitas sehari-hari .....	84
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik .....	85
Tabel 4.6 Data Psikologis .....	90
Tabel 4.7 Data Sosial .....	91
Tabel 4.8 Data Spiritual .....	91
Tabel 4.9 Hasil Labolatorium .....	91
Tabel 4.10 Hasil Radiologi .....	92

Tabel 4.11 Program dan Rencana Pengobatan.....	93
Tabel 4.12 Analisa Data .....	93
Tabel 4.13 Diagnosa Keperawatan .....	97
Tabel 4.14 Intervensi Keperawatan .....	102
Tabel 4.15 Implementasi Keperawatan .....	105
Tabel 4.16 Evaluasi Keperawatan .....	110

## DAFTAR BAGAN

	<b>Halaman</b>
Bagan 2.1 Pathway Sirosis Hepatis .....	21
Bagan 2.2 Patofisiologi Sirosis Hepatis .....	23

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah
Lampiran II	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran III	Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran IV	Leaflet
Lampiran V	Jurnal



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Pada tubuh manusia, hati merupakan salah satu organ yang berperan dalam mempertahankan hidup. Hati termasuk organ intestinal terbesar dengan berat antara 1,2-1,8kg atau kurang lebih 25% berat badan orang dewasa yang menempati sebagian besar kuadran kanan atas abdomen dan merupakan pusat metabolisme tubuh dengan fungsi yang sangat kompleks, adapun dampak yang buruk bagi kesehatan seperti Hepatitis A, B, C dan Sirosis Hepatis. Di seluruh dunia sirosis hati lebih banyak di derita oleh laki-laki, jika dibandingkan dengan wanita rasionya sekitar 1,6 : 1. Umur rata-rata penderitanya terbanyak golongan umur 30-59 tahun dengan puncaknya sekitar umur 40-49 tahun (Setiati, 2014).

Berdasarkan data organisasi kesehatan dunia atau *World Health Organization* (WHO) tahun 2010, penyakit sirosis hepatis termasuk dalam 20 penyebab kematian terbanyak di dunia, mencakup 1,3% dari seluruh kematian di dunia dan 5 besar penyebab kematian di Indonesia. Kematian yang disebabkan oleh sirosis hepatis pada tahun 2008 di South East Asia Region B (Indonesia, Sri Lanka, Thailand) adalah sejumlah 51.715 kasus dengan 38.187 kasus pada pria dan 13.528 kasus pada wanita (WHO, 2008). Menurut Yunellia, dkk (2015) dalam jurnal Profil klien sirosis hati yang dirawat inap di rsup prof. Dr. R. D. Kandou manado periode Agustus 2012 – Agustus 2014 menjelaskan Di Negara Amerika Serikat pada tahun 2007, sirosis hati menyebabkan 29.165 kematian

dengan angka kematian 9,7 per 100.000 orang. Sedangkan di Eropa sirosis menyebabkan 170.000 kematian per tahun dengan prevalensi 1,8%.

Di Negara Indonesia belum terdapat data yang dapat mempresentasikan jumlah penderita sirosis hepatitis secara akurat. Namun, menurut laporan rumah sakit umum pemerintah di Indonesia, rata-rata prevalensi sirosis hepatitis adalah 3,5% seluruh klien yang dirawat di bangsal Penyakit Dalam, atau rata-rata 47,4% dari seluruh klien penyakit hati yang dirawat (Kusumobroto, 2007). Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 pada klien dengan sirosis hepatitis tidak didapatkan datanya, tetapi didapatkan data jumlah orang yang di diagnosis Hepatitis di fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan gejala-gejala yang ada, menunjukkan peningkatan dua kali lipat apabila dibandingkan dengan data 2007 dan 2013. Prevalensi hepatitis pada tahun 2007 adalah 0,6 persen dan pada tahun 2013 adalah 1,2 persen.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat pada tahun 2012, sirosis hepatitis tidak termasuk sepuluh besar pola penyakit penderita Rawat Inap Rumah Sakit (RS) pada semua golongan umur dan pada pola penyakit penderita Rawat Inap Rumah Sakit (RS) dengan golongan umur lebih dari 45 tahun (Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2012). Berdasarkan catatan *medical record* di RSUD Dr. Slamet Garut periode Januari 2018 sampai April 2018 pada klien dengan sirosis hepatitis tidak termasuk 10 besar penyakit terbanyak yang ada di ruang Agate Bawah, walaupun demikian penyakit sirosis hepatitis merupakan penyakit yang dapat menular dan sering memerlukan perawatan berulang di rumah sakit bahkan sering kali penyakit ini

menjadi salah satu penyebab kematian seseorang (Sumber ; Data *Medical Record* RSUD Dr. Slamet Garut 2018).

Sirosis hepatis merupakan suatu penyakit dimana sirkulasi mikro, anatomi pembuluh darah besar dan seluruh sistem arsitektur hati mengalami perubahan menjadi tidak teratur dan terjadi penambahan jaringan ikat (fibrosis) di sekitar parenkim hati yang mengalami regenerasi (Diyono & Mulyanti, 2013).

Klien sirosis hepatis sering mengeluh seperti cepat lelah atau merasa lemah, mual, muntah, nyeri, demam dan gangguan pola tidur. Manifestasi dari serosis hepatis adalah anorexia, mual, muntah dan penurunan BB (Yuliana elin, 2009). Selain itu, komplikasi dari sirosis hepatis adalah kongestif splenomegali, perdarahan varises, kegagalan hepatoseluler, hepatoma/hepatocellular carcinoma (HCC) (Muttaqin & Sari, 2011).

Komplikasi yang timbul akibat serosis hepatis juga turut menimbulkan masalah keperawatan bagi klien hospitalisasi. Masalah keperawatan yang sering muncul pada klien dengan diagnosa medis serosis hepatis antara lain adalah ketidakefektifan pola napas, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, kelebihan volume cairan, nyeri akut, kerusakan integritas kulit, gangguan citra tubuh, intoleransi, ketidakmampuan coping keluarga, resiko ketidakseimbangan elektrolit, resiko perdarahan dan resiko gangguan fungsi hati (Nurarif & Kusuma, 2016).

Masalah ketidakseimbangan nutrisi yang paling sering dirasakan oleh klien itu disebabkan karena penurunan fungsi hati sehingga terjadi respons gangguan gastrointestinal yang menyebabkan mual, muntah, kembung dan anoreksia,

sehingga pemenuhan nutrisi pun mengalami perubahan. Sehingga muncul masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (Muttaqin & Sari, 2011).

Menurut Arisman (2010) menyebutkan bahwa salah satu penyebab masalah gizi dikarenakan minimnya pengetahuan akan gizi yang kemudian dapat menyebabkan kesalahan dalam memilih makanan. Metode pendidikan ini dapat dilakukan dengan berbagai cara salah satunya dengan metode pendidikan kelompok melalui ceramah dan diskusi, dengan memberikan pendidikan kesehatan secara intensif serta dibantu media dapat menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan pada individu, maupun kelompok (Notoatmodjo, 2007).

Peran perawat salah satu profesi keperawatan berpengaruh terhadap status kesehatan klien dengan masalah Sirosis Hepatis. Salah satu cara mengatasi masalah pemenuhan nutrisi ini melalui tindakan kolaboratif perawat dengan tim kesehatan lain maupun tindakan kolaboratif perawat dengan tim kesehatan lain maupun tindakan mandiri perawat salah satunya adalah mengkaji pola makan klien, hal ini dapat memenuhi pemenuhan kebutuhan nutrisi klien.

Asuhan keperawatan tersebut dilakukan dengan melakukan proses keperawatan yaitu pengkajian, merumuskan masalah yang muncul, menyusun rencana penatalaksanaan, melaksanakan tindakan dan mengevaluasi.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien sirosis hepatis melalui penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SIROSIS

# HEPATIS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH DI RUANGAN AGATE BAWAH RSUD DR SLAMET GARUT”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien sirosis hepatis dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di Ruang Agate Bawah RSUD Dr Slamet Garut?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien sirosis hepatis dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di Ruang Agate Bawah RSUD Dr Slamet Garut secara komprehensif meliputi aspek bio, psiko, spiritual, dalam bentuk pendokumentasian.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien sirosis hepatis dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di Ruang Agate Bawah RSUD Dr Slamet Garut.

- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien sirosis hepatis dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di Ruang Agate Bawah RSUD Dr Slamet Garut.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien sirosis hepatis dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di Ruang Agate Bawah RSUD Dr Slamet Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien sirosis hepatis dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di Ruang Agate Bawah RSUD Dr Slamet Garut.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien sirosis hepatis dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di Ruang Agate Bawah RSUD Dr Slamet Garut.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien sirosis hepatis dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

#### **a. Bagi Perawat**

Manfaat praktis penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada klien sirosis hepatis dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

#### **b. Bagi Rumah Sakit**

Manfaat praktis penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi klien khususnya pada klien sirosis hepatis dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

#### **c. Bagi Institusi Pendidikan**

Manfaat praktis bagi institusi Pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien sirosis hepatis dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Anatomi Dan Fisiologi Sistem Gastrointestinal**

Sistem Gastrointestinal (disebut juga sistem digesif atau sistem pencernaan) terdiri atas saluran gastrointestinal dan organ aksesori. Rongga mulut, faring, esophagus, lambung, usus halus dan usus besar merupakan komponen saluran gastrointestinal. Organ aksesori terdiri atas gigi, lidah, serta beberapa kelenjar dan organ seperti kelenjar saliva, hati dan pancreas (Muttaqin & Sari, 2011).

Sistem gastrointestinal mempunyai fungsi utama yaitu untuk menyuplai nutrisi bagi sel-sel tubuh. Kondisi ini dapat terlaksana dengan optimal melalui beberapa aktivitas, meliputi hal-hal sebagai berikut :

1. Ingesti atau proses material masuk ke saluran pencernaan melalui mulut.
2. Digesti merupakan proses penguraian dengan melibatkan bahan kimia.
3. Absorpsi merupakan proses penyerapan material oleh epitelium.
4. Eliminasi merupakan proses pembuangan/ekskresi dari produk sisa tubuh.

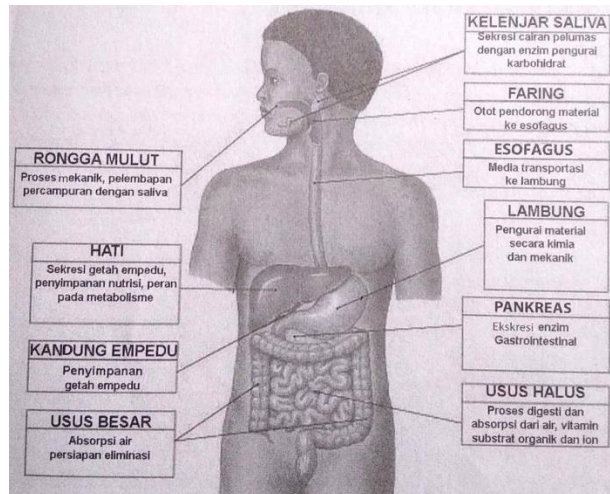
(Muttaqin & Sari, 2011).

Saluran gastrointestinal merupakan suatu pipa dengan panjang 9 meter yang dimulai dari mulut sampai ke anus. Seluruh saluran berisi empat lapisan dari dalam ke luar yaitu : mukosa, submukosa, otot dan serosa (Trolli, 2000). Selain lapisan utama, terdapat selapis tipis serat-serat otot



polos yaitu muskularis mukosa yang terletak dilapisan paling dalam dari mukosa. Menurut (Guyton, 1996) fungsi motorik dari usus dikerjakan oleh berbagai lapisan otot polos (dikutip oleh Muttaqin & Sari, 2011).

**Gambar 2.1**  
**Struktur dan fungsi dari sistem pencernaan**



(dikutip oleh Muttaqin & Sari, 2011)

Susunan saluran pencernaan terdiri dari :

### 1. Rongga Mulut

Menurut (Simon, 2003) rongga mulut mempunyai beberapa fungsi, yaitu :

- menganalisis material makanan sebelum menelan
- sebagai proses mekanis dari gigi, lidah dan permukaan palatum
- Lubrikasi oleh sekresi saliva
- Digesti pada beberapa material karbohidrat dan lemak

(dikutip oleh Muttaqin & Sari, 2011).

## 2. Lidah

Lidah mempunyai beberapa fungsi utama, meliputi :

- a) Proses mekanik dengan cara menekan, melunakkan dan membagi material
- b) Melakukan manipulasi material makanan didalam rongga mulut dan melakukan fungsi dalam proses menelan
- c) Analisis sensori terhadap kaarakteristik material, suhu dan reseptor rasa
- d) Menyekresikan mukus dan enzim (Muttaqin & Sari, 2011).

## 3. Kelenjar saliva

Kelenjar saliva menyekresikan air liur ke rongga mulut oleh kelenjar saliva sublingual dan submandibular bawah lidah, serta oleh kelenjar parotis yang mempunyai fungsi utama sebagai pelumaaan untuk memperhalus material. Saliva mengandung enzim amilase (ptialin) yang menguraikan zat tepung menjadi maltose (Muttaqin & Sari, 2011).

## 4. Gigi

Gigi melakukan fungsi proses mekanik dalam menghancurkan makanan (Muttaqin & Sari, 2011).

## 5. Faring

Faring menjadi jalan untuk material makanan, cairan dan udara. Faring terdiri atas nasofaring, orofaring dan laringofaring. Bolus makanan secara normal melewati orofaring dan laringofaring menuju esophagus (Muttaqin & Sari, 2011).

## 6. Esofagus

Esofagus adalah saluran berotot dengan panjang sekitar 25 cm dan diameter sekitar 2cm yang berjalan menembus diafragma untuk menyatu dengan lambung di taut gastroesofagus. Menurut (Gavaghan, 2009) fungsi utama dari esofagus adalah membawa bolus makanan dan cairan menuju lambung (dikutip oleh Muttaqin & Sari, 2011).

## 7. Lambung

Lambung terletak dibagian kiri atas abdomen tepat dibawah diafragma. Dalam keadaan kosong, lambung berbentuk tabung , dan bila penuh berbentuk seperti buah alpukat raksasa. Secara anatomis lambung terbagi atas fundus, badan, dan antrum pilorikum atau pilorus. Sebelah kanan atas lambung terdapat cekungan kurvatura minor dan bagian kiri bawah lambung terdapat kurvatura mayor. Menurut (Lewis, 2000) kapasitas normal lambung adalah sebesar 1 – 2L (dikutip oleh Muttaqin & Sari, 2011).

## 8. Usus Halus

Usus halus berjalan dari pilorus lambung ke sekum dan dapat dibagi menjadi tiga bagian: duodenum, jejunum, dan ileum. Panjang usus halus diperkirakan 3,65-6,7m (Guyton, 1996). Menurut Black (1995) dimana proses digesti kimia dan absorpsi nutrisi terjadi di dalam jejunum. Fungsi usus halus meliputi transportasi dan yang mengontrol aliran material dari ileum ke usus besar (dikutip oleh Muttaqin & Sari, 2011).

## 9. Kolon dan Rektum

Kolon, yang panjangnya sekitar 90 – 150 cm, berjalan dari ileum ke rektum. Bagian pertama kolon adalah sekum, Menurut (Black, 1995) dari sigmoid, anatomi usus besar dilanjutkan ke rektum (dikutip oleh Muttaqin & Sari, 2011).

## 10. Pankreas

Pankreas adalah organ tipis yang terletak didalam retroperitoneum dibagian atas abdomen dan berada tepat dibawah lambung. Menurut (Lewis, 2000) setiap hari pankreas menyekresikan sekitar 1000 ml getah pankreas (dikutip oleh Muttaqin & Sari, 2011).

## 11. Hati

Hati terletak di kuadran kanan atas abdomen di atas ginjal kanan, kolon, lambung, pankreas, dan usus serta tepat di bawah diafragma. Menurut (Simon 2003) hati mempunyai berat sekitar 1,5kg (dikutip oleh Muttaqin & Sari, 2011).

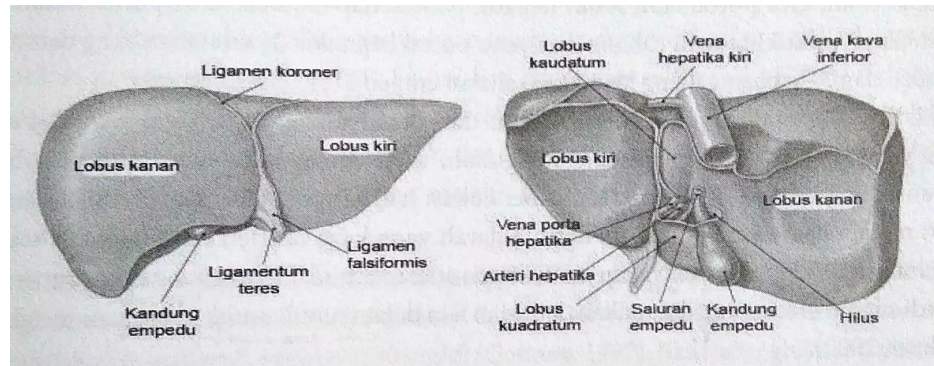
## 12. Kandung Empedu

Kandung empedu (*Gallbladder*) adalah organ menyerupai kantong yang berada di permukaan bawah hati dan disambung oleh jaringan penyambung, peritoneum dan pembuluh darah (Muttaqin & Sari, 2011).

### 2.1.1 Anatomi dan Fisiologi Hati

Hati (hepar) adalah organ paling besar didalam tubuh kita, warnanya coklat dan beratnya 1500 kg. letaknya dibagian atas dalam rongga abdomen disebelah kanan bawah diafragma. Hepar terletak di quadran kanan atas abdomen, dibawah diafragma dan terlindungi oleh tulang rusuk (*costae*), sehingga dalam keadaan normal (hepar yang sehat tidak teraba). Hati menerima darah teroksigenasi dari arteri hepatica dan darah yang tidak teroksigenasi tetapi kaya akan nutrient vena porta hepatica (Setiadi, 2016).

**Gambar 2.2**  
**Hati**



*Sumber : Muttaqin & Sari, 2011*

#### a. Pembagian Hati

Hati dibagi atas 2 lapisan utama yaitu :

1. Permukaan atas terbentuk cembung, terletak dibawah diafragma
2. Permukaan bawah tidak rata dan memperlihatkan lekukan *fisura transversus* dan *fisura longitudinal* yang memisahkan belahan kanan dan kiri dibagian atas hati, selanjutnya hati dibagi 4 belahan yaitu

lobus kanan, lobus kiri, lobus kaudata dan lobus quadratus (Setiadi, 2016).

b. Pembuluh darah pada hati

Hati mempunyai 2 jenis peredaran darah yaitu :

1. Arteri hepatica, yang keluar dari aorta dan memberi 80% darah pada hati, darah ini mempunyai kejenuhan 95-100% masuk ke hati akan membentuk jaringan kapiler setelah bertemu dengan kapiler vena, akhirnya keluar sebagai vena hepatica.
2. Vena porta, yang terbentuk dari lienalis dan vena mesentrika superior menghantarkan 20% darahnya ke hati, darah ini mempunyai kejenuhan 70% sebab beberapa O<sub>2</sub> telah diambil oleh limfe dan usus, guna darah ini membawa zat makanan ke hati yang telah diabsorpsi oleh mukosa dan usus halus. Darah berasal dari vena porta bersentuhan erat dengan sel hati dan setiap lobulus disaluri oleh sebuah pembuluh sinusoid darah atau kapiler hepatica. Pembuluh darah halus berjalan diantara lobules hati disebut Vena interlobular (Setiadi, 2016).

c. Fungsi hati

1. Sekresi

- Hati memproduksi empedu dibentuk dalam system retikulo endothelium yang dialirkan ke empedu yang berperan dalam emulsifikasi dan absorbs lemak
- Menghasilkan enzim glikogenik yang mengubah glukosa menjadi glikogen.

2. Metabolisme

- Hati berperan serta dalam mempertahankan homeostatic gula darah
- Hati menyimpan glukosa dalam bentuk glikogen dan mengubahnya kembali menjadi glukosa jika diperlukan tubuh

- Hati mengurangi protein dari sel-sel tubuh dan sel darah merah yang rusak dan hasil penguraian protein menghasilkan urea dari asam amino berlebih dan sisa nitrogen. Hati menerima asam amino diubah menjadi ureum dikeluarkan dari darah oleh ginjal dalam bentuk urin
- Hati mensintesis lemak dari karbohidrat dan protein.

### 3. Penyimpanan

- Hati menyimpan glikogen, lemak, vitamin A, D, E, K dan zat besi yang disimpan sebagai feritin, yaitu suatu protein yang mengandung zat besi dan dapat dilepaskan bila zat besi diperlukan
- Mengubah zat makanan yang diabsorpsi dari usus dan disimpan disuatu tempat dalam tubuh, dikeluarkannya sesuai dengan pemakaiannya dalam jaringan.

### 4. Detoksifikasi

- Hati melakukan inaktivasi hormon dan detoksifikasi toksin, obat dan memfagositosis eritrosit dan zat asing yang terdisintegrasi dalam darah
- Mengubah zat buangan dan bahan racun untuk dieksresi dalam empedu dan urin (mendetoksifikasi).

### 5. Membentuk dan menghancurkan sel-sel darah merah selama 6 bulan masa kehidupan fetus yang kemudian diambil oleh sumsum tulang belakang (Setiadi, 2016).

## 2.2 Konsep Sirosis Hepatis

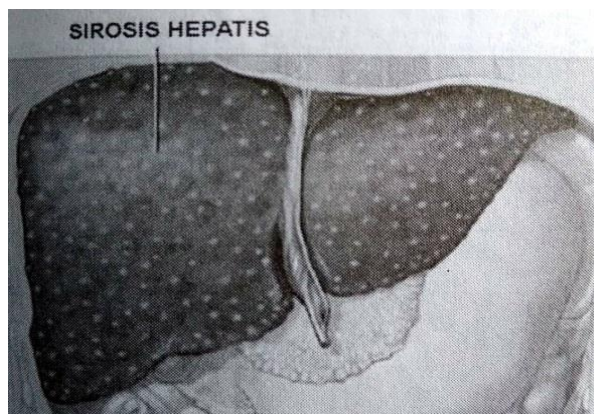
### 2.2.1 Definisi Sirosis Hepatis

Sudoyo Aru, dkk (2009) menjelaskan sirosis adalah suatu keadaan patologis yang menggambarkan stadium akhir fibrosis hepatic yang berlangsung progresif yang ditandai dengan distorsi dari arsitektur hepar dan pembentukan nodulus regenerative (dikutip oleh Nurarif & Kusuma, 2016).

Sirosis Hepatis adalah suatu keadaan yang mewakili stadium akhir jalur histologis umum untuk berbagai penyakit hati kronis (Muttaqin & Sari, 2011).

Maka dapat disimpulkan bahwa sirosis hepatis adalah penyakit hati kronis dimulai dengan proses peradangan nekrosis sel hati yang luas ditandai oleh pembentukan nodul regenerative.

**Gambar 2.3**  
**Sirosis Hepatis**



*Sumber : Muttaqin & Sari, 2011*



### 2.2.2 Etiologi

Menurut Price dan Wilson (1995) menyebutkan 50% sirosis hepatis disebabkan oleh alcohol, tetapi menurut Wolf (2008), saat ini Hepatitis C telah muncul sebagai penyebab utama terjadinya hepatitis kronis dan sirosis, khususnya yang terjadi di Amerika Serikat.

Penyebab paling umum sirosis di Amerika Serikat adalah

1. Hepatitis C (26%)
2. Penyakit hati alkoholik/sirosis Laennec (21%)
3. Hepatitis C + Penyakit hati alkoholik (15%)
4. Penyebab kriptogenik
5. Hepatitis B (15%)
6. Lain-lain (5%), meliputi hal-hal sebagai berikut :
  - a. Autoimmune hepatitis.
  - b. Sirosis bilier primer.
  - c. Sirosis bilier sekunder.
  - d. Sclerosing primer kolangitis.
  - e. Hemochromatosis.
  - f. Penyakit Wilson.
  - g. Defisiensi Alpha-1 antitripsin.
  - h. Penyakit granulomatosa (misalnya sarcoidosis).
  - i. Jenis IV penyakit penyimpanan glikogen.

- j. Obat yang menginduksi penyakit hati (misalnya: metotreksat, alfa methyldopa dan amiodarone).
- k. Obstruksi vena (misalnya Sindrom Budd-Chiari, penyakit veno-oklusi).
- l. Regurgitasi trikuspidalis.

Ada 3 tipe sirosis hepatis atau pembentukan parut dalam hati :

1. Sirosis Laennec ( disebut juga sirosi alkoholik, portal, dan sirosis gizi), dimana jaringan parut secara khas mengelilingi daerah portal. Sering disebabkan oleh alkoholis kronis.
2. Sirosis pascanekrotik, dimana terdapat pita jaringan parut yang lebar sebagai akibat lanjut dari hepatitis virus akut yang terjadi sebelumnya.
3. Sirosis biliaris, dimana pembentukan jaringan parut terjadi dalam hati disekitar saluran empedu. Terjadi akibat obstruksi bilier yang kronis dan infeksi (kolangitis) (Nurarif & Kusuma, 2016).

### **2.2.3 Patofisiologi**

Beberapa faktor yang terlibat dalam kerusakan sel hati adalah defisiensi ATP (akibat gangguan metabolisme sel), peningkatan pembentukan metabolit oksigen yang sangat reaktif dan defisiensi antioksidan atau kerusakan enzim perlindungan (glutathion peroksida) yang timbul secara bersamaan. Sebagai contoh metabolit oksigen akan bereaksi dengan asam lemak tak jenuh pada fosfolipid. Hal ini membantu kerusakan membrane plasma dan organ sel (lisosom, reticulum

endoplasma), akibatnya konsentrasi kalsium di sitosol meningkat, serta mengaktifkan protease dan enzim lain yang akhirnya kerusakan sel menjadi ireversibel (Sibernagl, 2007).

Pembentukan jaringan fibrotic di dalam hati terjadi dalam beberapa tahap, jika hepatosit (sel hati) yang rusak atau mati, diantaranya akan terjadi kebocoran enzim lisosom dan pelepasan sitokin dari matriks ekstrasel. Sitokin dengan debris sel yang mati akan mengaktifkan sel *Kufler* di sinusoid hati dan menarik sel inflamasi (granulosit, limfosit dan monosit). Berbagai faktor pertumbuhan dan sitokin kemudian dilepaskan dari sel *Kufler* dan dari sel inflamasi yang terlibat.

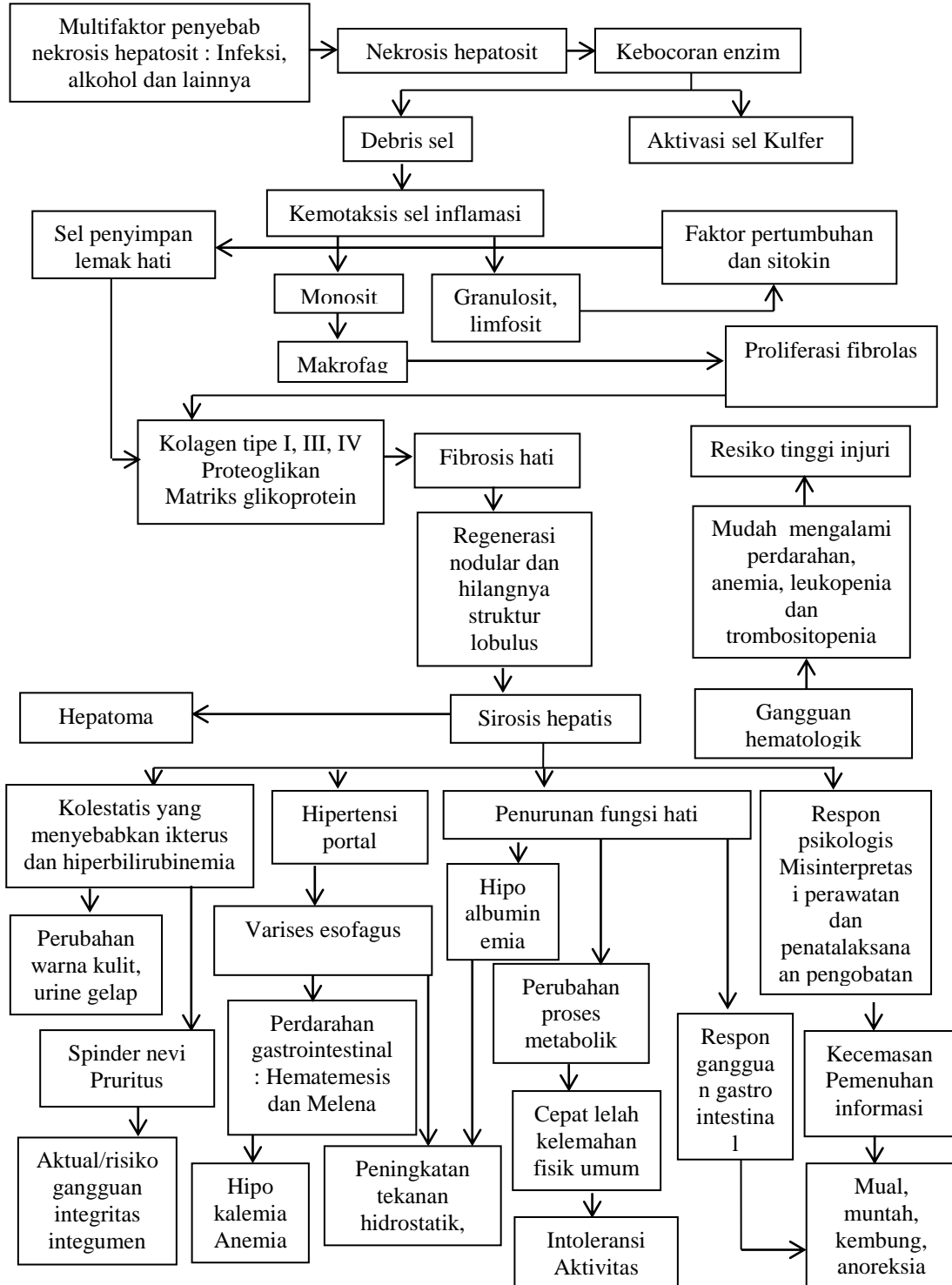
Faktor pertumbuhan ini dan sitokin akan memberikan manifestasi sebagai berikut :

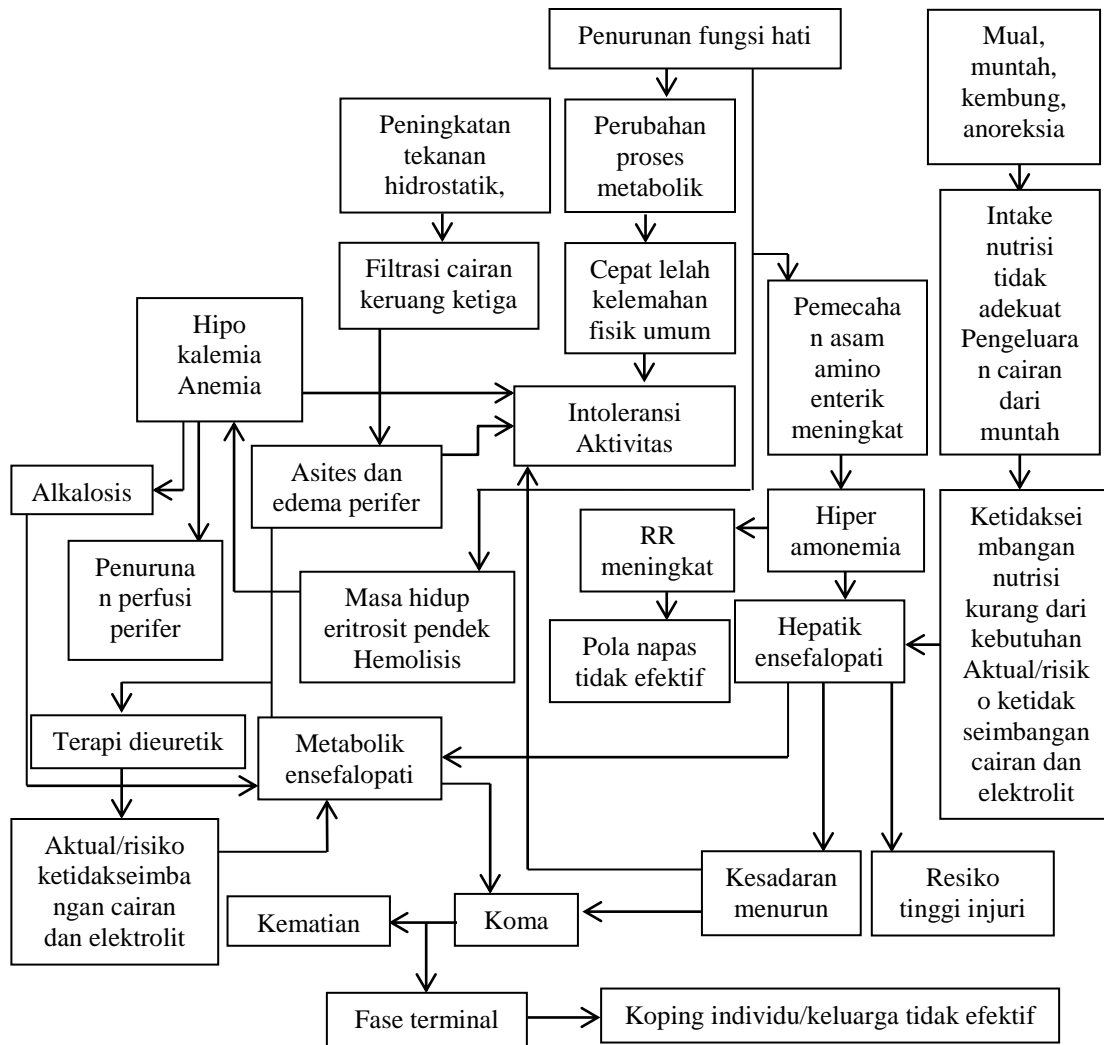
- a. Mengubah sel penyimpan lemak menjadi miofibroblast .
- b. Mengubah monosit yang bermigrasi menjadi makrofag aktif.
- c. Memicu proliferasi fibroblast.

Berbagai interaksi ini memberikan manifestasi peningkatan pembentukan matriks ekstrasel oleh miofibroblast. Hal ini menyebabkan peningkatan akumulasi kolagen (tipe I, III dan IV), proteoglikan dan glikoprotein hati. Jumlah matriks yang berlebihan dapat dirusak (mula-mula oleh metaloprotease) dan hepatosit dapat mengalami regenerasi. Jika nekrosis terbatas pada lobules hati, maka pergantian struktur hati yang sempurna memungkinkan terjadi. Namun, jika nekrosis telah meluas

menembus parenkim perifer lobular hati, maka akan terbentuk jaringan ikat. Akibatnya, terjadi regenerasi fungsional dan arsitektur yang tidak sempurna dan terbentuk nodul-nodul (sirosis) (Muttaqin & Sari, 2011).

**Bagan 2.1**  
**Pathway Sirosis Hepatis**

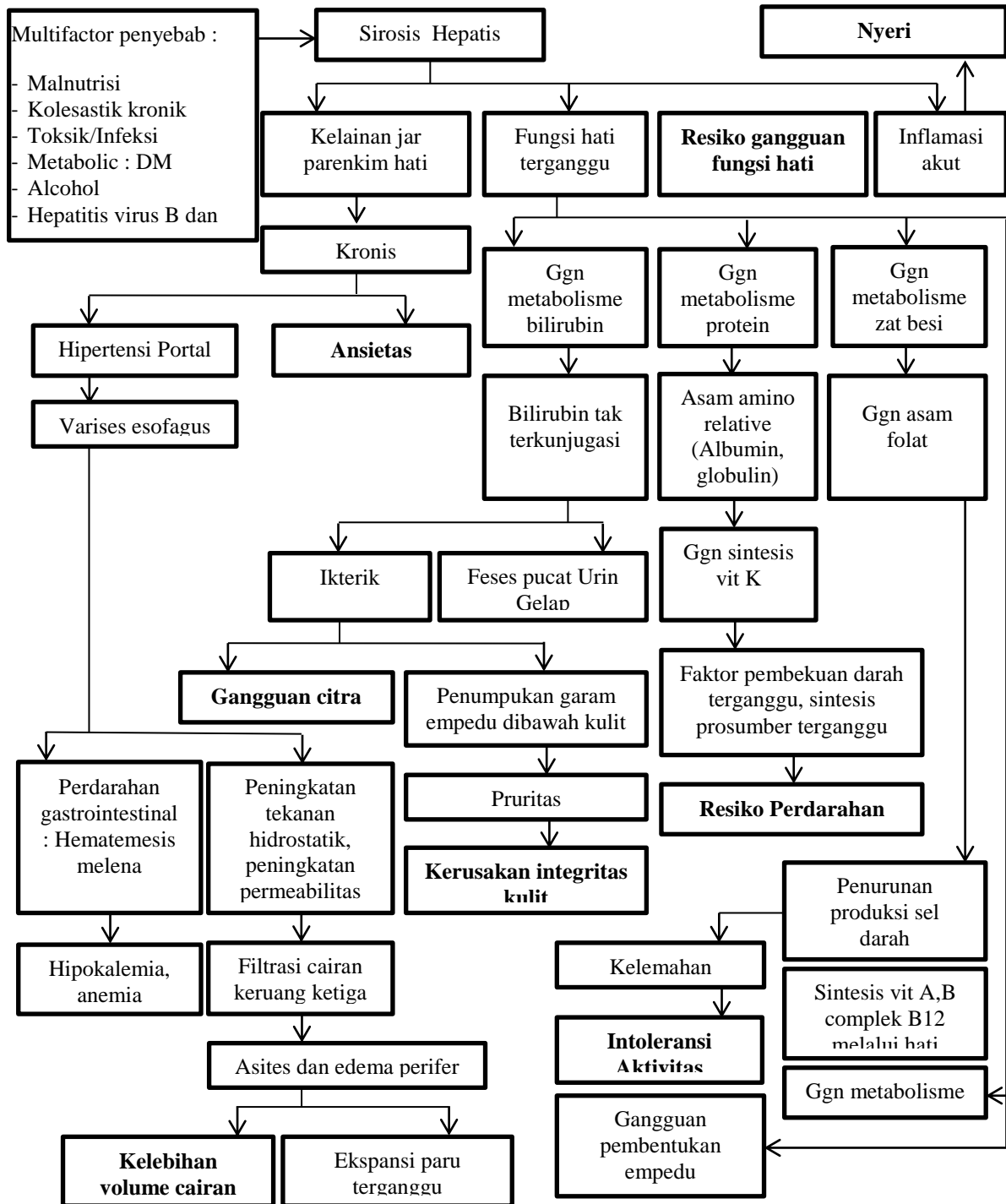


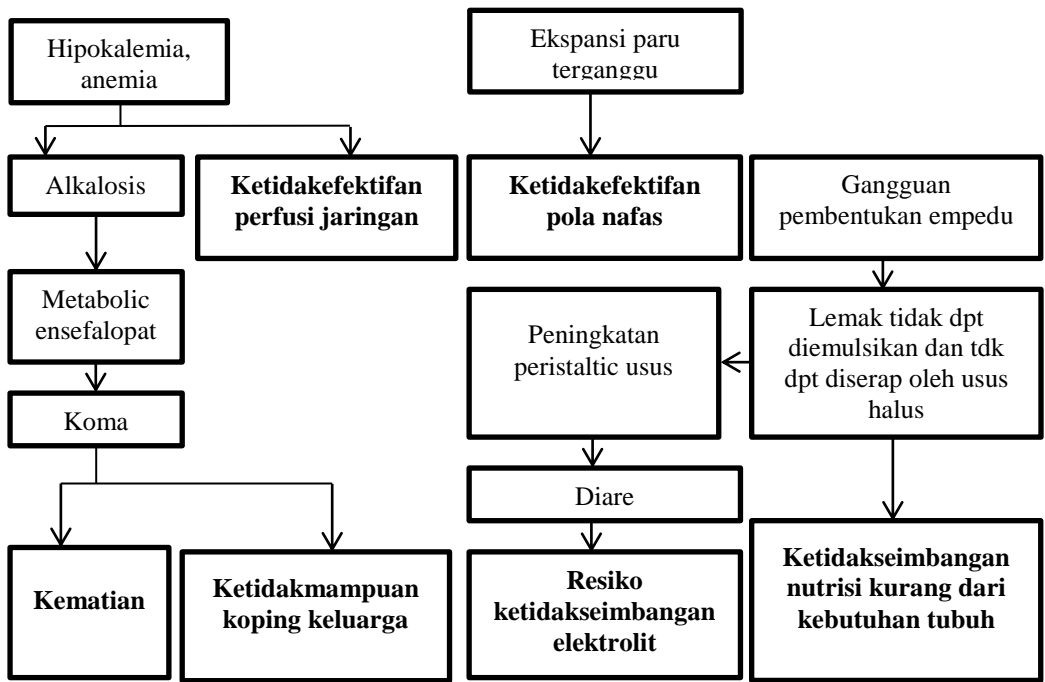


Sumber : Muttaqin & Sari, 2011

## Bagan 2.2

### Patofisiologi Sirosis Hepatis





Sumber : Nurarif & Kusuma, 2016



#### **2.2.4 Manifestasi Klinis**

Menurut (Yuliana elin, 2009) manifestasi klinis dari sirosis hepatis dibagi menjadi 2 yaitu :

##### **1. Keluhan fisik**

Biasanya klien mengeluh pruitis, urin bewarna gelap, ukuran lingkar pinggang meningkat, turunnya selera makan dan turunnya berat badan, ikterus (kuning pada kulit dan mata) muncul belakangan.

##### **2. Tanda Klasik :**

Tanda klasik yang sering dijumpai antara lain : telapak tangan merah, pelebaran pembuluh darah, ginekomastia bukan tanda yang spesifik, peningkatan waktu protombin adalah tanda yang lebih khas, ensefelopati hepatitis fulminant akut dapat terjadi dalam waktu singkat dan klien akan merasa mengantuk, delirium, kejang, dan koma dalam waktu 24 jam, onset ensefelopati hepatitis dengan gagal hati kronik lebih lambat dan lemah (dikutip oleh Nurarif & Kusuma, 2016).

#### **2.2.5 Pemeriksaan penunjang**

Menurut (Sutiadi, 2003) pemeriksaan penunjang pada klien dengan sirosis hepatis meliputi :

##### **1. Pemeriksaan fungsi hepar abnormal :**

- a. Peningkatan alkalin fosfat serum, ALT dan AST (akibat dari destruksi jaringan hepar)

- b. Peningkatan kadar ammonia darah (akibat dari kerusakan metabolisme protein)
  - c. Peningkatan bilirubin serum (disebabkan oleh kerusakan metabolisme bilirubin)
  - d. PT memanjang (akibat kerusakan sintesis protombin dan faktor pembekuan)
2. Biopsi hepar dapat memastikan diagnosis bila pemeriksaan serum dan pemeriksaan radiologis tak dapat menyimpulkan
  3. Scan CT, atau MRI dilakukan untuk mengkaji ukuran hepar, derajat obstruksi dan aliran darah hepatic
  4. Elektrolit serum menunjukkan hipokalemia, alkalosis dan hiponatremia (disebabkan oleh peningkatan sekresi aldosterone pada respon terhadap kekurangan volume cairan ekstraseluler sekunder terhadap asites)
  5. TDL menunjukkan penurunan SDM, hemoglobin, hematokrit, trombosit SDP (hasil dari depresi sumsum sekunder terhadap kegagalan ginjal dan kerusakan metabolisme nutrien)
  6. Urinalisis menunjukkan bilirubinuria
  7. SGOT, SGPT, LDH (meningkat)
  8. *Endoskopi retrograde kolangiopankreatografi* (ERCP) obstruksi duktus koleduktus
  9. Esofagoskopi (varises) dengan barium esofagografi

10. Biopsi hepar dan ultrasonografi (dikutip oleh Nurarif & Kusuma, 2016).

### **2.2.6 Penatalaksanaan**

Menurut (Sutiadi, 2003) pengobatan sirosis hati pada prinsipnya berupa :

1. Simtomatis
2. Supportif, yaitu antara lain :
  - a. Istirahat yang cukup
  - b. Pengaturan makanan yang cukup dan seimbang, misalnya : cukup kalori, protein 1gr/kgBB/hari dan vitamin
  - c. Pengobatan berdasarkan etiologic, misalnya pada sirosis hati akibat infeksi virus hepatitis C dapat dicoba dengan interferon.
3. Pengobatan yang spesifik dari sirosis hati akan diberikan jika telah terjadi komplikasi seperti :
  - a. Asites
  - b. *Spontaneous bacterial peritonitis* (SBP)

Adanya kecurigaan akan SBP bila dijumpai keadaan sebagai berikut :

- Dicurigai sebagai sirosis tingkat B dan C dengan asites
- Gambaran klinis mungkin tidak ada dan leukosit tetap normal
- Protein asites biasanya < 1g/dL

- Biasanya monomicrobial dan bakteri Gram-Negative
- Mulai pemberian antibiotic jika asites > 250mm polymorphs
- 50% mengalami kematian dan 69% sembuh dalam 1 tahun

Pengobatan SBP dengan memberikan Cephalosporins Generasi III (Cefotaxime), secara parental selama lima hari, atau Qinolon secara oral. Mengingat akan rekurennnya tinggi maka untuk profilaxis dapat diberikan Norfloxacin (400mg/hari) selama 2-3 minggu.

c. Hepatorenal syndrome

Adapun kriteria diagnostic dapat dilihat sebagai berikut :

- Mayor : penyakit hati kronis dengan asites, glomerular filtration rate yang rendah, serum creatin > 1,5 mg/dL, creatine clearance (24 hour) < 4,0 mL/minute, tidak ada syok, infeksi berat, kehilangan cairan and obat-obatan Nephrotoxic, proteinuria < 500 mg/hari, tidak ada peningkatan ekspansi volume plasma.
- Minor : volume urin < 1 liter/hari, sodium urin < 10 mmol/liter, osmolaritas urin > osmolaritas plasma, konsentrasi sodium serum < 13mmol/liter.

Sindroma ini dicegah dengan menghindari pemberian diureutik yang berlebihan, pengenalan secara dini setiap penyakit seperti gangguan elektrolit, perdarahan dan infeksi.

Penanganan secara konservatif dapat dilakukan berupa :

retriksi cairan, garam, potassium dan protein. Serta menghentikan obat-obatan yang nefrotoxic. Manitol tidak bermanfaat bahkan dapat menyebabkan asidosis intraseluler. Diuretik dengan dosis yang tinggi juga tidak bermanfaat, dapat mencetuskan perdarahan dan shock. Pilihan terbaik adalah transplantasi hati yang diikuti dengan perbaikan dan fungsi ginjal.

d. Perdarahan karena pecahnya varises esofagus

Kasus ini merupakan kasus emergensi. Prinsip penanganannya meliputi : Klien diistirahatkan dan dipuasakan, pemasangan IVFD berupa garam fisiologis dan kalau perlu transfuse , pemasangan *Naso Gastric Tube*, pemberian obat-obatan berupa antasida, ARH2, antifibrinolitik, vitamin K, vasopressin, octriotide dan somatostatin, Disamping itu diperlukan tindakan-tindakan lain dalam rangka menghentikan perdarahan misalnya pemasangan Ballon Tamponade dan tindakan Skleroterapi atau Ligasi atau Oesophageal Transection.

e. Ensefalopathy hepatic

Factor pencetus, antara lain : infeksi, perdarahan gastrointestinal, obat-obatan yang hepatotoxic. Prinsip penanganan ada 3 sasaran :

- Mengenali dan mengobati factor pencetus

- Intervensi untuk menurunkan produksi dan absorpsi amoniak serta toxin-toxin yang berasal dari usus dengan jalan : diet rendah protein, pemberian antibiotic (neomisin), pemberian lactulose/lactikol.
- Obat-obatan yang memodifikasi Balance Neutronsmiter : secara langsung (Bromocriptin, flumazemil) dan tak langsung (pemberian AARS) (dikutip oleh Nurarif & Kusuma, 2016).

### **2.2.7 Komplikasi**

1. Kongestif splenomegali
2. Perdarahan varises
3. Kegagalan hepatoseluler
4. Hepatoma/Hepatocellular carcinoma (HCC) (Muttaqin & Sari, 2011).

## **2.3 Konsep Nutrisi**

Konsep nutrisi adalah untuk mempelajari kebutuhan akan makanan yang diperlukana untuk mempertahankan kesehatan yang baik. Pada hakikatnya, semua komponen dalam makanan yang diperlukan untuk mempertahankan kehidupan dapat dipertahankan dengan makanan yang ditentukan secara kimiawi. Status nutrisi normal menggambarkan keseimbangan yang baik antara intake nutrisi dan kebutuhan nutrisi. Kekurangan nutrisi memberikan efek yang tidak diinginkan terhadap struktur dan fungsi hampir semua organ dan sistem tubuh (Muttaqin & Sari, 2011).

### **2.3.1 Definisi Nutrisi**

Nutrisi adalah jumlah total proses makhluk hidup menerima dan menggunakan zat (nutrien) yang penting bagi kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perbaikan jaringannya yang rusak. Diet seimbang mengandung semua nutrisi yang diperlukan bagi kesehatan dalam proporsi sesuai dan cara normal diperoleh dengan mengonsumsi berbagai jenis makanan. Untuk menjamin diet yang seimbang diperlukan pengetahuan dan perencanaan. Namun, Menurut (Denke, 1998) konsep mengenai intake nutrisi tertentu yang berlebihan dan kaitannya dengan prevalensi penyakit tertentu dalam masyarakat yang maju diakui, misalnya : aterosklerosis serta penyakit jantung koroner, diabetes, penyakit kanker payudara serta kolon, penyakit serebrovaskular, stroke dan sirosis hepatitis (dikutip oleh Muttaqin & Sari, 2011).

### **2.3.2 Kebutuhan Nutrisi**

Kebutuhan nutrisi bagi manusia dapat dibagi dalam lima kelompok besar (CDER, 1999), yakni sebagai berikut :

1. Karbohidrat, sebagai bahan bakar dan sumber energy. Dalam keadaan tertentu, lemak dan protein dapat dipergunakan sebagai bahan bakar.

2. Lemak, sebagai sumber pembangun jaringan lemak antara lain membrane sel, khususnya asam lemak esensial tak jenuh, juga sebagai sumber energi.
3. Protein, sangat penting bagi asam amino dari sel dan berfungsi sebagai sumber membangun jaringan otot/organ dan sebagai bahan bangun sel. Protein mengandung elemen nitrogen dan belerang, yang tidak terdapat dalam hidrat arang dan lemak. Protein hanya digunakan sebagai sumber energi oleh tubuh jika tidak terdapat cukup karbohidrat dan lemak dalam makanan.
4. Serat, gizi khusus bisa diperoleh dari sayuran dan buah-buahan.
5. Vitamin dan mineral, yang terdapat disemua bahan makanan dalam jumlah kecil.

Menurut (Grant, 1999) pada lansia, semua proses tubuh berjalan lebih lambat dan kurang sempurna, antara lain proses pencernaan dan resorpsi zat besi (vitamin dan mineral) dari makanan memburuk, apalagi bila diet sehari-hari kurang sempurna susunannya (dikutip oleh Muttaqin & Sari, 2011).

### **2.3.3 Diet Sirosis Hepatis**

Menurut (Beck, E. Mary, 2011) diet pada klien sirosis hepatis meliputi :

1. Bagi klien sirosis hepatis harus diterapkan diet seimbang yang mengandung semua nutrient dalam jumlah yang memadai. Masukan



protein sebesar 1gram/kg berat badan sudah cukup bagi kasus ini. Apabila selera makan klien kurang baik, dapat diberikan minuman TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein) sebagai suplemen.

2. Suplementasi vitamin sangat diperlukan. Kalau selera makan klien sama sekali hilang, penyajian makanan harus dalam bentuk yang menarik, tidak terlalu banyak dan mudah dicerna.
3. Pembatasan natrium bagi penderita sirosis hepatis dapat disertai dengan penimbunan cairan rongga abdomen, yang dinamakan asites. Namun, tetap mempertahankan masukan protein pada tingkat yang diperlukan. Oleh karena itu berikan diet tinggi protein rendah garam dengan komposisi sebagai berikut :

- a) Protein : 100 gram
- b) Lemak : 120 gram
- c) Hidratarang : 300 gram
- d) Nilai Kalori : 2700 kal
- e) Natrium : 500 mh (22 mmol)

**Tabel 2.1**  
**Diet Tinggi Protein Rendah Garam**

<b>Waktu</b>	<b>Jenis Diet</b>
Makan pagi	<ul style="list-style-type: none"><li>- Buah atau sari buah</li><li>- Bubur atau havermout yang tidak dibubuhi garam</li><li>- Telur atau ikan yang dimasak tanpa garam</li><li>- Teh atau kopi yang diberi susu dan madu</li></ul>
Jam 10.00	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bubur kacang hijau yang diberi gula</li></ul>

Makan siang	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nasi putih atau roti putih tanpa garam</li> <li>- Daging atau ikan yang dimasak tanpa garam</li> <li>- Tempe atau tahu yang dimasak tanpa garam</li> <li>- Sayuran</li> <li>- Sari papaya atau buah-buahan</li> <li>- Sirup buah</li> </ul>
Jam 16.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ketela, ubi atau kentang yang direbus tanpa garam</li> <li>- Pisang rebus</li> <li>- Susu kedelai manis (nutria-soya, prosobee)</li> </ul>
Makan malam	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nasi putih atau misoa atau macaroni</li> <li>- Daging ayam, ikan atau telur yang dimasak tanpa garam</li> <li>- Sayuran</li> <li>- Teh manis</li> </ul>
Saat akan tidur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Susu tinggi protein rendah natrium (Edosol) atau susu kedelai (nutria-soya, prosobee)</li> </ul>

*Sumber : Beck, E. Mary. 2011*

Adapun jumlah susu yang diperbolehkan :

a) 250 mL/hari (tidak termasuk susu nabati)

b) Minuman Tinggi Protein Rendah Natrium :

- Edosol, 500 ml
- Casilan, 30 gram
- Glukosa, 50 gram
- Aroma yang diperbolehkan-kopi, cokelat

4. Diet rendah garam dengan modifikasi sebagai berikut :

- a) Garam digunakan dalam jumlah minimal (tidak lebih dari ½ sendok teh atau 2 gram garam dapur sehari) pada waktu memasak.

- b) Tidak boleh menambahkan pada makanan bahan penyedap yang mengandung natrium misalnya : kecap, saus tomat, tauco, terasi dan lain-lain
- c) Untuk mengatasi rasa hambar, dianjurkan untuk menggunakan bumbu yang tidak mengandung natrium seperti gula, bawang merah, bawang putih, jahe, kunyit, laos, salam, garam khusus diet yang mengandung kalium klorida dan lain-lain.
- d) Makanan yang harus dihindari seperti :
  - Makanan asin : ikan asin, ebi, telur asin, keju, dendeng, abon, korned, sardencis dan sebagainya
  - Sayuran dan buah yang diasinkan : sayur asin, sawi asin, asinan, sayuran dan buah, acar dan sebagainya
  - Makanan cemilan yang diasinkan : roti, kue, biskuit dan lain-lain yang diolah dengan soda kue atau garam dapur

## **2.4 Konsep Promosi Kesehatan**

### **2.4.1 Pengetian Promosi Kesehatan**

Promosi Kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu, untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya dan mampu mengubah atau mengatasi

lingkungannya (lingkungan fisik, sosial budaya dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2007).

#### **2.4.2 Batasan Promosi Kesehatan**

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Dari batasan ini tersirat unsur-unsur pendidikan yakni :

- a. Input adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat) dan pendidik (pelaku pendidikan).
- b. Proses (Upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain)
- c. Output (melakukan apa yang diharapkan atau perilaku).

(Notoatmodjo, 2007).

#### **2.4.3 Metode Promosi Kesehatan**

Salah satu penyebab masalah gizi dikarenakan minimnya pengetahuan akan gizi yang kemudian dapat menyebabkan kesalahan dalam memilih makanan (Arisman, 2010). Proses promosi kesehatan yang menuju tercapainya tujuan pendidikan, yakni perubahan perilaku, dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor tersebut, di samping faktor masukannya sendiri juga faktor metode, faktor materi atau pesannya, pendidik atau petugas yang melakukannya dan alat-alat bantu atau alat

peraga pendidikan yang dipakai. Agar mencapai suatu hasil yang optimal, maka faktor-faktor tersebut harus bekerja sama secara harmonis. Hal ini berarti bahwa untuk masukan (sasaran pendidikan) tertentu harus menggunakan cara tertentu pula. Materi juga harus disesuaikan dengan sasaran. Demikian juga alat bantu pendidikan. Untuk sasaran kelompok maka metodenya harus berbeda dengan sasaran massa dan sasaran individual. Untuk sasaran masa pun harus berbeda dengan sasaran individual.

Dibawah ini diuraikan beberapa metode pendidikan individual, kelompok dan massa (public).

#### 1. Metode Pendidikan Individual (Perorangan)

Metode ini digunakan untuk membenahi perilaku baru atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Bentuk pendekatan metode pendidikan individual antara lain :

##### a. Bimbingan dan penyuluhan

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut dengan sukarela, berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

#### b. Wawancara

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien bertujuan untuk menggali informasi.

### 2. Metode Pendidikan Kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus diingat besarnya kelompok sasaran tingkat pendidikan formal dari sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

#### a. Kelompok Besar

Kelompok besar adalah apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang digunakan untuk kelompok besar yaitu ceramah dan seminar.

#### b. Kelompok Kecil

Kelompok kecil adalah apabila peserta penyuluhan kurang dari 15 orang. Metode yang digunakan untuk kelompok kecil yaitu Diskusi kelompok, curah pendapat, kelompok-kelompok kecil, memainkan peranan dan permainan simulasi.

### 3. Metode Pendidikan Massa

Metode ini cocok untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat, sasaran pendidikan massa ini bersifat umum. Metode yang digunakan untuk pendidikan

massa yaitu ceramah umum, pidato-pidato, simulasi dan tulisan-tulisan dimajalah atau Koran (Notoatmodjo, 2007).

## **2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Sirosis Hepatis**

### **2.5.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan untuk tahap berikutnya. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan secara teliti dan cermat, sehingga kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data (Rohma & Walid, 2009). Pada klien dengan sirosis hepatis, pengkajian difokuskan pada respon fungsi hati dan hipertensi portal (Muttaqin & Sari, 2011).

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

Identitas menggambarkan tentang gambaran secara umum tentang klien yang terdiri dari : nama, usia, jenis kelamin, pekerjaan, agama, alamat, diagnosis medis dan tanggal pengkajian (Rohma & Walid, 2009).

#### **b. Identitas keluarga**

Identitas keluarga menggambarkan siapa yang bertanggung jawab atas klien selama di rumah sakit (Rohma & Walid, 2009).

c. Keluhan Utama

Pada penurunan fungsi hati, keluhan utama yang didapatkan bervariasi sesuai tingkat toleransi individu. Keluhan cepat lelah merupakan keluhan utama yang paling lazim didapatkan akibat penurunan fungsi hati. Hal ini berhubungan dengan kegagalan hati dalam melakukan fungsi sintesis dan fungsi metabolik (Muttaqin & Sari, 2011).

d. Riwayat kesehatan :

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Alasan klien masuk rumah sakit, klien mengeluh adanya ikterus, anoreksia, mual, muntah, kulit gatal, dan gangguan pola tidur. Pada beberapa klien juga mengeluh demam ringan, nyeri otot, nyeri dan merasa ada benjolan pada abdomen kanan atas, keluhan nyeri kepala, mudah mengalami perdarahan, serta bisa didapatkan adanya perubahan kesadaran secara progresif sebagai respon dari hepatic ensefalopati, seperti agitasi (gelisah), tremor, disorientasi, *confusion*, kesadaran delirium sampai koma. Keluhan asites dan edema perifer dihubungkan dengan hipoalbuminemia sehingga terjadi peningkatan permeabilitas vascular dan menyebabkan perpindahan cairan ke ruang ketiga.

Pada kondisi hipertensi portal, keluhan yang dilaporkan adalah perut membesar (asites), edema ekstremitas dan adanya riwayat perdarahan (hematemesis dan melena). Mual dan



muntah yang berkepanjangan dapat menyebabkan dehidrasi. Keluhan mudah mengalami perdarahan (Muttaqin & Sari, 2011).

## 2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada pengkajian riwayat penyakit dahulu didapatkan adanya riwayat menderita virus, khususnya hepatitis B dan C, riwayat penggunaan alkohol dan riwayat penyakit kuning yang penyebabnya belum jelas (Muttaqin & Sari, 2011).

## 3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Hal ini dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam satu keluarga, penyakit menular akibat kontak langsung maupun tidak langsung antar anggota-anggota keluarga (Rohma & Walid, 2009).

## e. Pola Aktivitas

### 1) Nutrisi

Pada pola makan dan minum, ditemukan adanya keluhan kurangnya nafsu makan karena mual maupun akibat adanya asites. Asupan cairan menjadi kurang dan adanya keluhan penurunan berat badan (Muttaqin & Sari, 2011).

### 2) Eliminasi

Keluhan klien adanya urine berwarna kecoklatan seperti *cola* atau teh kental. Perubahan dalam buang air besar.(Muttaqin & Sari, 2011).

### 3) Istirahat Tidur

Keluhan klien adanya gangguan pola tidur (Muttaqin & Sari, 2011).

### 4) Personal Hygiene

Adanya kelemahan otot sehingga dalam personal hygiene perlu bantuan keluarga ataupun perawat ruangan (Muttaqin & Sari, 2011).

### 5) Aktivitas

Pengkajian kemampuan mobilitas dilakukan dengan tujuan untuk menilai kemampuan gerak ke posisi miring, duduk, berdiri, bangun dan berpindah tanpa bantuan (H. Alimul Aziz A, 2006).

Pada klien dengan sirosis hepatitis, keluhan klien dalam penurunan kekuatan otot yang mengakibatkan penurunan kemampuan beraktivitas (Muttaqin & Sari, 2011).

### f. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik klien terlihat sakit ringan, gelisah sampai sangat lemah. Tanda-tanda vital (TTV) biasa normal atau bisa didapatkan perubahan, seperti takikardia dan peningkatan pernafasan. Pada pemeriksaan fisik dilakukan pada seluruh sistem organ tubuh karena efek sirosis mempengaruhi seluruh organ tubuh (Muttaqin & Sari, 2011).

### 1) Sistem Pernafasan

Klien terlihat sesak dan penggunaan otot bantu nafas sekunder dari penurunan ekspansi rongga dada dari asites atau hepatomegali. Bila tidak ada komplikasi, taktil fremitus seimbang dan pada perkusi lapangan paru resonan. Bila terdapat efusi akan didapatkan bunyi redup. Bisa didapatkan adanya bunyi nafas tambahan ronkhi akibat akumulasi sekret (Muttaqin & Sari, 2011).

### 2) Sistem Kardiovaskuler

Terdapat anemia, terdapat tanda dan gejala perdarahan, peningkatan denyut nadi. Refluks hepatojugular bisa didapatkan. Bunyi jantung biasanya normal, kecuali didapatkan sirosis hepatis dengan gagal jantung kongestif (Muttaqin & Sari, 2011).

### 3) Sistem Gastrointestinal

Adanya keluhan mual, dyspepsia, perubahan dalam buang air besar, anoreksia dengan penurunan berat badan. Ascites dan kadang didapatkan hernia umbilikus, dilatasi vena abdominal. Pemeriksaan rektum anus mungkin didapatkan perdarahan sekunder dari hemoroid internal. Hepatosplenomegali ringan dengan nyeri tekanan (*tenderness*) kuadran kanan. Adanya *shifting dullness* atau gelombang cairan. Nyeri tekuk pada kuadran kanan atas. Biasanya bising usus normal (Muttaqin & Sari, 2011).

#### 4) Sistem Endokrin

Pada pria mungkin mengalami atrofi dari testis, ginekomastia (pembesaran payudara) dan impotensi. Wanita dapat mengalami menstruasi tidak teratur, hilangnya rambut ketiak, perubahan suara menjadi lebih berat. Pembesaran kelenjar tiroid (jarang) (Muttaqin & Sari, 2011).

#### 5) Sistem Genitourinaria

Adanya keluhan urine berwarna gelap kecoklatan, seperti *cola* atau teh kental. Tidak ada keluhan nyeri tekan (Muttaqin & Sari, 2011).

#### 6) Sistem Persarafan

Pada sistem persarafan ditemukan adanya keluhan agitasi, disorientasi, penurunan GCS (*Glasgow Coma Scale*) dan fetor uremikum (Muttaqin & Sari, 2011).

#### 7) Sistem Integumen

Kulit kuning dan pruritis mungkin berkembang dalam kaitannya dengan penumpukan pigmen empedu pada kulit. Memar dan bukti lain perdarahan juga mungkin hadir ; perdarahan ini meliputi gusi, ekimosis dan spider nevi.

Gejala-gejala ini berkaitan dengan tingkat estrogen yang tinggi dan penurunan penyerapan vitamin K (Muttaqin & Sari, 2011).

## 8) Sistem Muskuloskeletal

Penurunan kekuatan otot atau penurunan kemampuan beraktivitas. Klien terlihat kelelahan (*fatigue*), tremor dan atrofi otot pada sirosis akibat hepatitis kronis (Muttaqin & Sari, 2011).

## g. Pemeriksaan Psikologis

### 1) Status Emosi

Akan didapatkan peningkatan kecemasan, serta perlunya pemenuhan informasi intervensi keperawatan dan pengobatan (Muttaqin & Sari, 2011).

### 2) Pola Koping

Merupakan mekanisme koping yang biasa digunakan oleh klien ketika menghadapi masalah/ konflik/stress/kecemasan. Bagaimana klien mengambil keputusan (sendiri/dibantu) (Rohma & Walid, 2009).

### 3) Konsep Diri

#### a) Gambaran diri

Merupakan sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar.

#### b) Ideal Diri

Adalah persepsi individu tentang bagaimana ia harus berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan dan personal tertentu.

c) Harga diri

Adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri.

d) Peran diri

Adalah sikap dan perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisi di masyarakat.

e) Identitas diri

Adalah kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian yang merupakan sintesis dari semua aspek konsep diri sebagai suatu kesatuan yang utuh (Rohma & Walid, 2009).

h. Data Spiritual

Pada klien dalam kondisi terminal, klien dan keluarga membutuhkan dukungan perawat atau ahli spiritual sesuai dengan keyakinan klien (Muttaqin & Sari, 2011).

i. Data Penunjang

Menurut (Muttaqin & Sari, 2011) pemeriksaan laboratorium meliputi :

1. Pemeriksaan Leukosit ditemukan leukopenia. Pada pemeriksaan trombosit terjadi penurunan dan hasil pemeriksaan protrombin

memanjang yang disebabkan oleh penurunan fungsi hati.

Pemberian vitamin K dapat memperbaiki kondisi ini.

2. Pemeriksaan faal hati. Untuk memeriksa apakah hati berfungsi normal dalam sirosis.

Adapun pemeriksaan lain yang dapat menunjang menurut (Muttaqin & Sari, 2011) yaitu :

1. Ultrasonografi (USG), untuk mencari tanda-tanda sirosis dalam atau pada permukaan hati.
2. CT Scan diperlukan dalam mengidentifikasi adanya kondisi komplikasi sirosis hepatis, dampak dari peningkatan tekanan vena portal seperti : varises esophagus.
3. Paracentesis. Paracentesis ascites adalah penting dalam menentukan apakah ascites disebabkan oleh hipertensi portal atau proses lain. Studi ini digunakan untuk menyingkirkan infeksi dan keganasan.
4. Biopsi hati. Untuk mengidentifikasi fibrosis dan jaringan parut. Biopsy merupakan tes diagnosis yang paling dipercaya dalam menegakkan diagnosis sirosis hepatis.

### 2.5.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Sirosis Hepatis

Menurut Nurarif & Kusuma (2016) Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing diagnosis Association*) 2015 bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada klien sirosis hepatis adalah :

- a. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru.
- b. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer.
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat sekunder terhadap anorexia.
- d. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan hipertensi portal sekunder sirosis hepatis.
- e. Nyeri akut.
- f. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilitas sekunder terhadap kelemahan.
- g. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan peran fungsi.
- h. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
- i. Ketidakmampuan koping keluarga.
- j. Resiko ketidakseimbangan elektrolit.
- k. Resiko perdarahan.



### 2.5.3 Rencana Keperawatan

Menurut Nurarif & Kusuma (2016) *North American Nursing diagnosis Association 2015* Rencana Keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan sirosis hepatis adalah :

- a) Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru.

**Tabel 2.2**  
**Intervensi Ketidakefektifan pola napas**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakefektifan pola Napas	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
Definisi : Inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi	❖ Respiratory status : ventilation	<b>Airway Management</b>
Batasan Karakteristik:	❖ Respiratory status : Airway patency	- Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu
• Perubahan kedalaman pernapasan	❖ Vital sign status	- Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi
• Perubahan ekskursi dada	<b>Kriteria hasil :</b>	- Identifikasi klien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan
• Mengambil posisi tiga titik	❖ Mendemostrasikan batuk efektif dan suara napas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah, tidak ada pursed lips)	- Pasang mayo bila perlu
• Bradipneu	❖ Menunjukkan jalan napas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernapasan dalam rentang normal, tidak ada suara napas abnormal)	- Lakukan fisioterapi dada jika perlu
• Penurunan tekanan ekspirasi	❖ Tanda-tanda vital dalam rentang normal (tekanan)	- Keluarkan secret dengan batuk atau suction
• Penurunan ventilasi semenit		- Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
• Penurunan kapasitas vital		- Lakukan suction pada mayo
• Dispnea		- Berikan bronkodilator
• Peningkatan diameter anterior-posterior		- Berikan pelembab udara kassa basah NaCL lembab
• Pernapasan cuping hidung		- Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan
• Ortopneu		- Monitor respirasi dan status O2
• Fase ekspirasi memanjang		<b>Oxygen therapy</b>
• Pernapasan bibir		- Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea
• Takipneu		- Pertahankan jalan nafas yang paten
• Penggunaan otot aksesorius untuk bernapas		- Atur peralatan oksigen
Faktor Yang Berhubungan :		- Monitor aliran oksigen
		- Pertahankan posisi klien
		- Observasi adanya tanda tanda

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansietas</li> <li>• Posisi tubuh</li> <li>• Deformitas tulang</li> <li>• Deformitas dinding dada</li> <li>• Keletihan</li> <li>• Hiperventilasi</li> <li>• Sindrom hipoventilasi</li> <li>• Gangguan muskuloskeletal</li> <li>• Kerusakan neurologis</li> <li>• Imaturitas neurologis</li> <li>• Disfungsi neuromuscular</li> <li>• Obesitas</li> <li>• Nyeri</li> <li>• Keletihan otot pernapasan</li> <li>cedera medulla spinalis</li> </ul>	darah,nadi,pernafasan)	<p>hipoventilasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor adanya kecemasan klien terhadap oksigenasi</li> </ul> <p><b>Vital sign monitoring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor TD, nadi, suhu dan RR</li> <li>- Catat adanya fluktuasi tekanan darah</li> <li>- Monitor VS saat klien berbaring, duduk atau berdiri</li> <li>- Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan</li> <li>- Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas</li> <li>- Monitor kualitas dari nadi</li> <li>- Monitor frekuensi dan irama pernafasan</li> <li>- Monitor suara paru</li> <li>- Monitor pola pernafasan abnormal</li> <li>- Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit</li> <li>- Monitor sianosis perifer</li> <li>- Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik)</li> <li>- Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign</li> </ul>
---	------------------------	--

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2016

b) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer.

**Tabel 2.3**  
**Intervensi Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer  Definisi : penurunan sirkulasi darah ke perifer yang dapat mengganggu kesehatan.  Batasan Karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada nadi</li> <li>• Perubahan fungsi motoric</li> </ul>	<b>NOC</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Circulation status</li> <li>❖ Tissue Perfusion : cerebral</li> </ul> <b>Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan :</b>	<b>NIC</b>  <b>Peripheral Sensation Management (Manajemen sensasi perifer)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul</li> <li>- Monito adanya parestese</li> <li>- Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau</li> </ul>

---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan karakteristik kulit (warna, elastisitas, rambut, kelembapan, kuku, sensasi, suhu)</li> <li>• Indeks <i>ankle-brachial</i> &lt; 0,90</li> <li>• Perubahan tekanan darah diekstremitas</li> <li>• Waktu pengisian kapiler &gt; 3 detik</li> <li>• Klaudikasi</li> <li>• Warna tidak kembali ketungkai saat tungkai diturunkan</li> <li>• Kelambatan penyembuhan luka perifer</li> <li>• Penurunan nadi</li> <li>• Edema</li> <li>• Nyeri ekstremitas</li> <li>• Bruit femoral</li> <li>• Pemendekan jarak total yang ditempuh dalam uji berjalan 6 menit</li> <li>• Pemendekan jarak bebas nyeri yang ditempuh dalam uji berjalan 6 menit</li> <li>• Parestesia</li> <li>• Warna kulit pucat saat elevasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan</li> <li>❖ Tidak ada ortostatik hipertensi</li> <li>❖ Tidak ada tanda-tanda peningkatan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg)</li> </ul>	<p>laserasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gunakan sarung tangan untuk proteksi</li> <li>- Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung</li> <li>- Monitor adanya tromboplebitis</li> <li>- Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi</li> </ul>
	<p><b>Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan</li> <li>❖ Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi</li> <li>❖ Memproses informasi</li> <li>❖ Membuat keputusan dengan benar</li> </ul>	
	<p><b>Menunjukkan fungsi sensori motorik cranial yang utuh, tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan-gerakan involunter</b></p>	
<p>Faktor Yang Berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang pengetahuan tentang factor pemberat (mis., merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas)</li> <li>• Kurang pengetahuan tentang proses penyakit (mis., diabetes, hiperlipidemia)</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Hipertensi</li> <li>• Gaya hidup monoton</li> </ul>		

---

*Sumber : Nurarif & Kusuma, 2016*

c) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat sekunder terhadap anorexia.

**Tabel 2.4**  
**Intervensi Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik  Batasan karakteristik : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kram abdomen</li> <li>• Nyeri abdomen</li> <li>• Menghindari makanan</li> <li>• Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal</li> <li>• Kerapuhan kapiler</li> <li>• Diare</li> <li>• Kehilangan rambut berlebihan</li> <li>• Bising usus hiperaktif</li> <li>• Kurang makanan</li> <li>• Kurang informasi</li> <li>• Kurang minat pada makanan</li> <li>• Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat</li> <li>• Kesalahan konsepsi</li> <li>• Kesalahan informasi</li> <li>• Mamban mukosa pucat</li> <li>• Ketidakmampuan memakan makanan</li> <li>• Tonus otot menurun</li> <li>• Mengeluh gangguan sensasi rasa</li> <li>• Mengeluh asupan makanan kurang dan RDA (recommended daily allowance)</li> <li>• Cepat kenyang setelah makan</li> <li>• Sariawan rongga mulut</li> <li>• Steatorea</li> <li>• Kelemahan otot pengunyah</li> <li>• Kelemahan otot untuk menelan</li> </ul>	<b>NOC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Nutritional Status :</li> <li>❖ Nutritional Status : food and Fluid Intake</li> <li>❖ Nutritional Status: nutrient Intake</li> <li>❖ Weight control</li> </ul> <b>Kriteria Hasil:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</li> <li>❖ Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan</li> <li>❖ Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>❖ Tidak ada tanda-tanda malnutrisi</li> <li>❖ Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan</li> <li>❖ Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</li> </ul>	<b>NIC</b>  <b>Nutrition Management</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji adanya alergi makanan</li> <li>- Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan klien.</li> <li>- Anjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin C</li> <li>- Berikan substansi gula</li> <li>- Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>- Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)</li> <li>- Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</li> <li>- Kaji kemampuan klien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan</li> </ul> <b>Nutrition Monitoring</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BB klien dalam batas normal</li> <li>- Monitor adanya penurunan berat badan</li> <li>- Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan</li> <li>- Monitor lingkungan selama makan</li> <li>- Jadwalkan pengobatan dan perubahan pigmentasi</li> <li>- Monitor mual dan muntah</li> <li>- Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht</li> <li>- Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan cavitas oral.</li> <li>- Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet</li> </ul>

Faktor Yang Berhubungan:

- Faktor biologis
- Faktor ekonomi
- Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi
- Ketidakmampuan untuk mencerna makanan
- Ketidakmampuan menelan makanan
- Faktor psikologis

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2016

d) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan hipertensi portal sekunder sirosis hepatis.

**Tabel 2.5**  
**Intervensi Kelebihan volume cairan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Kelebihan volume cairan	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
Definisi : peningkatan retensi cairan isotonik	❖ Elektrolit and acid base balance	<b>Fluid Management</b>
Batasan Karakteristik:	❖ Fluid balance	- Timbang popok atau pembalut jika diperlukan
• Bunyi napas adventisius	❖ Hydration	- Pertahankan catatan intake dan output yang akurat
• Gangguan elektrolit	<b>Kriteria hasil :</b>	- Pasang urin kateter jika diperlukan
• Anasarka	❖ Terbebas dari edema, efusi, anaskara	- Monitor hasil Hb yang sesuai dengan retensi cairan(BUN, Hmt, osmolalitas urin)
• Ansietas	❖ Bunyi nafas bersih, tidak ada dsypneu/ortopneu	- Monitor status hemodinamik termasuk CVP, MAP, PAP, dan PCWP
• Azotemia	❖ Terbebas dari distensi vena jugularis, reflek hepatojugular (+)	- Monitor vital sign
• Perubahan tekanan darah	❖ Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign dalam batas normal	- Monitor indikasi retensi atau kelebihan cairan (cracles, CVP, edema, distensi vena leher, asites)
• Perubahan status mental	❖ Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau	- Kaji lokasi dan luas edema
• Perubahan pola pernapasan		- Monitor masukan makanan atau cairan dan hitung intake kalori
• Penurunan hematokrit		- Monitor status nutrisi
• Penurunan haemoglobin		- Kolaborasi pemberian diuretic sesuai intruksi
• Dispneu		
• Edema		
• Peningkatan tekanan vena sentral		
• Asupan melebihi haluaran		
• Distensi vena jugularis		
• Oliguria		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortopnea</li> <li>• Efusi pleura</li> <li>• Refleksi hepatojugular positif</li> <li>• Kongesti pulmonal</li> <li>• Gelisah</li> <li>• Perubahan berat jenis urin</li> <li>• Bunyi jantung S3</li> <li>• Penambahan berat badan dalam waktu sangat singkat</li> </ul>	kebingungan ❖ Menjelaskan indicator kelebihan cairan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Batasi masukan cairan pada keadaan hiponatremi dilusi dengan serum Na &lt; 130 mEq/l</li> <li>- Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk</li> </ul>
Faktor Yang Berhubungan :		<b>Fluid Monitoring</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi</li> <li>- Monitor serum dan osmolalitas urine</li> <li>- Monitor tekanan darah orthostatic dan perubahan irama jantung</li> <li>- Monitor parameter hemodinamik infasif</li> <li>- Catat secara akurat intake dan output</li> <li>- Monitor adanya distensi leher, rinchi, edema perifer dan penambahan BB</li> <li>- Monitor taanda dan gejala dari edema</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan mekanisme regulasi</li> <li>• Kelebihan asupan cairan</li> <li>• Kelebihan asupan natrium</li> </ul>		

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2016

e) Nyeri akut.

**Tabel 2.6**  
**Intervensi Nyeri Akut**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri akut  Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.  Batasan Karakteristik:	<b>NOC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pain Level,</li> <li>❖ Pain control</li> <li>❖ Comfort level</li> </ul> <b>Kriteria Hasil :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>❖ Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>❖ Mampu mengenali nyeri</li> </ul>	<b>NIC</b>  <b>Pain Management</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>- Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan</li> <li>- Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien</li> <li>- Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>- Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</li> <li>- Evaluasi bersama klien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan selera makan</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan tekanan darah</li> <li>• Perubahan frekwensi jantung</li> <li>• Perubahan frekwensi pernapasan</li> <li>• Laporan isyarat</li> <li>• Diaforesis</li> <li>• Perilaku distraksi (mis,berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)</li> <li>• Mengekspresikan perilaku (mis, gelisah, merengek, menangis)</li> <li>• Masker wajah (mis, mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis)</li> <li>• Sikap melindungi area nyeri</li> <li>• Fokus menyempit (mis, gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)</li> <li>• Indikasi nyeri yang dapat diamati</li> <li>• Perubahan posisi untuk menghindari nyeri</li> <li>• Sikap tubuh melindungi</li> <li>• Dilatasi pupil</li> <li>• Melaporkan nyeri secara verbal</li> <li>• Gangguan tidur</li> </ul>	<p>(skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>❖ Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>	<p>Iampau</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>- Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>- Kurangi faktor presipitasi nyeri</li> <li>- Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)</li> <li>- Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</li> <li>- Ajarkan tentang teknik non farmakologi</li> <li>- Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</li> <li>- Tingkatkan istirahat</li> <li>- Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</li> <li>- Monitor penerimaan klien tentang manajemen nyeri</li> </ul>
<p>Faktor Yang Berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agen cedera (mis, biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</li> </ul>		<p><b>Analgesic Administration</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</li> <li>- Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</li> <li>- Cek riwayat alergi</li> <li>- Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</li> <li>- Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</li> <li>- Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal</li> <li>- Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur</li> <li>- Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</li> <li>- Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</li> <li>- Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala</li> </ul>

f) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilitas sekunder terhadap kelemahan.

**Tabel 2.7**  
**Intervensi Kerusakan integritas kulit**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Kerusakan integritas kulit	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
Definisi : Perubahan / gangguan epidermis dan / atau dermis  Batasan Karakteristik :  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kerusakan lapisan kulit (dermis)</li> <li>• Gangguan permukaan kulit (epidermis)</li> <li>• Invasi struktur tubuh</li> </ul> Faktor Yang Berhubungan  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eksternal :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zat kimia, radiasi</li> <li>- Usia yang ekstrim</li> <li>- Kelembapan</li> <li>- Hipertermia, hipotermia</li> <li>- Factor mekanik (mis., gaya gunting [shearing forces])</li> <li>- Medikasi</li> <li>- Lembab</li> <li>- Imobilitasi fisik</li> </ul> </li> <li>• Internal               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perubahan status cairan</li> <li>- Perubahan pigmentasi</li> <li>- Perubahan turgor</li> <li>- Factor perkembangan</li> <li>- Kondisi ketidakseimbangan nutrisi (mis., obesitas, emasi)</li> <li>- Penurunan sirkulasi</li> <li>- Kondisi gangguan metabolic</li> <li>- Gangguan sensasi</li> <li>- Tonjolan tulang</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Tissue integrity : Skin and Mucous Membranes</li> <li>❖ Hemodyalisis akses</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Integritas kulit yang baik bias dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)</li> <li>❖ Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>❖ Perfusi jaringan baik</li> <li>❖ Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang</li> <li>❖ Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</li> </ul>	<p><b>Pressure Management</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang longgar</li> <li>- Hindari kerutan pada tempat tidur</li> <li>- Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>- Mobilisasi klien (ubah posisi klien) setiap dua jam sekali</li> <li>- Monitor kulit akan adanya kemerahan</li> <li>- Oleskan lotion atau minyak / baby oil pada daerah yang tertekan</li> <li>- Monitor aktivitas dan mobilisasi klien</li> <li>- Monitor status nutrisi klien</li> <li>- Memandikan klien dengan sabun dan air hangat</li> </ul> <p><b>Insision site care</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membersihkan, memantau dan meningkatkan proses penyembuhan pada luka yang ditutup dengan jahitan, klip atau strapless</li> <li>- Monitor proses kesembuhan area insisi</li> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi pada area insisi</li> <li>- Bersihkan area sekitar jahitan atau staples, menggunakan lidi kapas steril</li> <li>- Gunakan preparat antiseptic, sesuai program</li> <li>- Ganti balutan pada interval waktu yang sesuai atau biarkan luka tetap terbuka (tidak dibalut) sesuai program</li> </ul> <p><b>Dialysis Acces Maintenance</b></p>

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2016



g) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan peran fungsi.

**Tabel 2.8**  
**Intervensi Gangguan citra tubuh**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>
<p>Gangguan Citra tubuh</p> <p>Definisi : Konfusi daalam gambaran mental tentang diri-fisik individu</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perilaku mengenali tubuh individu</li> <li>• Perilaku menghindari tubuh individu</li> <li>• Perilaku memantau tubuh individu</li> <li>• Respon nonverbal terhadap perubahan actual pada tubuh (mis ; penampilan, struktur, fungsi)</li> <li>• Mengungkapkan perasaan yang mencerminkan perubahan pandangan tentang tubuh individu (mis ; penampilan, struktur, fungsi)</li> <li>• Mengungkapkan persepsi yang mencerminkan perubahan individu dalam penampilan</li> </ul> <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan actual pada fungsi</li> <li>• Perubahan actual pada struktur</li> <li>• Perilaku mengenali tubuh individu</li> <li>• Perilaku memantau tubuh individu</li> <li>• Perubahan dalam kemampuan memperkirakan hubungan special tubuh terhadap lingkungan</li> <li>• Perubahan dalam keterlibatan social</li> <li>• Perluasan batasan tubuh untuk menggabungkan objek lingkungan</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Body image</li> <li>❖ Self esteem</li> </ul> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Body image positif</li> <li>❖ Mampu mengidentifikasi kekuatan personal</li> <li>❖ Mendiskripsikan secara factual perubahan fungsi tubuh</li> <li>❖ Mempertahankan interaksi sosial</li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Body image enhancement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji secara verbal dan non verbal respon klien terhadap tubuhnya</li> <li>- Monitor frekuensi mengkritik dirinya</li> <li>- Jelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit</li> <li>- Dorong klien mengungkapkan perasaannya</li> <li>- Identifikasi arti pengurangan melalui pemakaian alat bantu</li> <li>- Fasilitasi kontak dengan individu lain dalam kelompok kecil</li> </ul> <p><b>Self-Esteem Enhancement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau klien untuk menemukan penerimaan diri</li> <li>- Membantu klien untuk menerima keterbatasan yang sesuai</li> <li>- Reward atau memuji kemajuan klien mencapai tujuan</li> <li>- Memfasilitasi lingkungan dan kegiatan yang akan meningkatkan harga diri</li> </ul>

- 
- Secara sengaja menyembunyikan bagian tubuh
  - Secara sengaja menonjolkan bagian tubuh
  - Kehilangan bagian tubuh
  - Tidak melihat bagian tubuh
  - Tidak menyentuh bagian tubuh
  - Trauma pada bagian yang tidak berfungsi
  - Secara tidak sengaja menonjolkan bagian tubuh

#### Subjektif

- Depersonalisasi kehilangan melalui kata ganti yang netral
- Depersonalisasi bagian melalui kata ganti yang netral
- Penekanan pada kekuatan yang tersisa
- Ketakutan terhadap reaksi orang lain
- Focus pada penampilan masa lalu
- Perasaan negatif tentang sesuatu
- Personalisasi kehilangan dengan menyebutkannya
- Focus pada perubahan
- Focus pada kehilangan
- Menolak memverifikasi perubahan actual
- Mengungkapkan perubahan gaya hidup

#### Faktor yang berhubungan :

- Biofisik, kognitif
- Budaya, tahap perkembangan
- Penyakit, cedera
- Perseptual, psikososial, spiritual
- Pembedahan, trauma
- Terapi penyakit

h) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

**Tabel 2.9**  
**Intervensi Intoleransi aktivitas**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil		Intervensi
<p>Intoleransi aktivitas</p> <p>Definisi : Ketidakcukupan energy psikologis atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktifitas kehidupan sehari-hari yang harus atau ingin dilakukan.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respon tekanan darah abnormal terhadap aaktivitas</li> <li>• Respon frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas</li> <li>• Perubahan EKG yang mencerminkan aritmia</li> <li>• Perubahan EKG yang mencerminkan iskemia</li> <li>• Ketidaknyamanan setelah beraktivitas</li> <li>• Dispnea setelah beraktivitas</li> <li>• Menyatakan merasa letih</li> <li>• Menyatakan merasa lemah</li> </ul> <p>Faktor yang Berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tirah baring atau imobilisasi</li> <li>• Kelemahan umum</li> <li>• Ketidakseimbangan antara suplei dan kebutuhan oksigen</li> <li>• Imobilitas</li> <li>• Gaya hidup monoton</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Energy conservation</li> <li>❖ Activity tolerance</li> <li>❖ Self Care : ADLs</li> </ul> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR</li> <li>❖ Mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri</li> <li>❖ Tanda-tanda vital normal</li> <li>❖ Mampu berpindah : dengan atau bantuan alat</li> <li>❖ Status kardiopulmunari adekuat</li> <li>❖ Sirkulasi status baik</li> <li>❖ Status respirasi : pertukaran gas dan ventilasi adekuat</li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Activity Therapy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medic dalam merencanakan program terapi yang tepat</li> <li>- Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan</li> <li>- Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social</li> <li>- Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan</li> <li>- Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, kruk</li> <li>- Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai</li> <li>- Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang</li> <li>- Bantu klien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas</li> <li>- Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas</li> <li>- Bantu klien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan</li> <li>- Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual</li> </ul>	

*Sumber : Nurarif & Kusuma, 2016*

i) Ketidakmampuan koping keluarga.

**Tabel 2.10**  
**Intervensi Ketidakmampuan koping keluarga**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Ketidakmampuan koping keluarga</p> <p>Definisi: perilaku terdekat (anggota keluarga atau orang penting lainnya) yang membatasi kapasitas / kemampuannya dan kemampuan klien untuk secara efektif menangani tugas penting mengenai adaptasi keduanya terhadap masalah kesehatan.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengabaian</li> <li>• Agresi</li> <li>• Agitasi</li> <li>• Menjamin rutinitas biasa tanpa menghormati kebutuhan klien</li> <li>• Peningkatan ketergantungan klien</li> <li>• Depresi</li> <li>• Membelot</li> <li>• Tidak mennghormati kebutuhan klien</li> <li>• Perilaku keluarga yang mengganggu kesejahteraan</li> <li>• Permusuhan</li> <li>• Gangguan individualisasi</li> <li>• Gangguan membangun kembali kehidupan yang bermakna untuk diri sendiri intoleran</li> <li>• Perawatan yang mengabaikan klien dalam hal kebutuhan dasar manusia</li> <li>• Perawatan yang mengabaikan klien dalam hal pengobatan penyakit</li> <li>• Hubungan yang mengabaikan anggota keluarga lain</li> <li>• Terlalu khawatir terus menerus mengenai klien</li> <li>• Psikosomatis</li> <li>• Penolakan</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Family Coping, Disable</li> <li>❖ Parenting, Impaired</li> <li>❖ Therapeutic Regimen</li> <li>❖ Management, Ineffective</li> <li>❖ Violence : other Directed, Risk for</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Hubungan pemberi asuhan klien : interaksi dan hubungan yang positif antara pemberi dan penerima asuhan</li> <li>❖ Performa pemberi asuhan perawatan langsung : penyediaan perawatan kesehatan daan perawatan personal yang tepat kepadaa anggota keluarga oleh pemberi perawatan keluarga</li> <li>❖ Performa pemberi asuhan perawatan tidak langsung : pengaturan dan pengawasan perawatan yang sesuai bagi anggota keluarga oleh pemberi perawatan keluarga</li> <li>❖ Kesejahteraan pemberi asuhan : derajat persepsi positif mengenai status kesehatan dan kondisi kehidupan pemberi perawatan primer</li> <li>❖ Potensial ketahanan pemberi asuhan : faktor yang meningkatkan kontinuitas perawatan oleh pemberi perawatan keluarga dalam periode waktu yang lama</li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Coping Enhancement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bantu keluarga dalam mengenal masalah (misalnya penatalaksanaan konflik kekerasan, kekerasan seksual)</li> <li>- Dorong partisipasi keluarga dalam semua pertemuan kelompok</li> <li>- Dorong keluarga untuk memperlihatkan kekhawatiran dan untuk membantu merencanakan perawatan pascahospitalisasi</li> <li>- Bantu memotivasi keluarga untuk berubah</li> <li>- Membantu klien beradaptasi dengan persepsi stressor, perubahan, atau ancaman yang mengganggu pemenuhan tuntunan dan peran hidup</li> <li>- Dukungan emosi : memberikan penenangan, penerimaan dan dorongan selama periode stress</li> <li>- Memfasilitasi partisipasi keluarga dalam perawatan emosi dan fisik psien</li> <li>- Dukungan keluarga : meningkatkan nilai, minat dan tujuan keluarga</li> <li>- Panduan sistem kesehatan : memfasilitasi lokal klien dan penggunaan pelayanan kesehatan yang sesuai</li> <li>- Mendorong klien ikut dalam aktivitas social</li> <li>- Mendorong klien mencari dorongan spiritual jika diperlukan</li> <li>- Bantu anggota keluarga dalam mengklarifikasi apa yang mereka haarpkan daan butuhkan satu sama lain</li> </ul> <p><b>Caregiver Support</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menyediakan informasi penting, advokasi dan dukungan yang</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merasakan tanda penyakit klien</li> </ul> <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penanganan resistensi keluarga terhadap pengobatan yang berubah-ubah</li> <li>• Gaya coping yang tidak sesuai antara orang terdekat dan klien untuk menangani tugas adaptif</li> <li>• Gaya coping yang tidak sesuai diantara orang terdekat</li> <li>• Hubungan keluarga yang sangat ambivalen</li> <li>• Orang terdekat lama tidak mengungkapkan perasaan (mis., rasa bersalah, cemas, permusuhan, putus asa)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Koping keluarga : tindakan keluarga untuk mengelola stressor sumber-sumber keluarga</li> <li>❖ Normalisasi keluarga : kapasitas system keluarga dalam mempertahankan rutinitas dan mengembangkan strategi untuk mengoptimalkan fungsi jika ada anggota keluarga sakit kronis atau mengalami ketundayaan</li> <li>❖ Mampu mengatasi masalah keluarga</li> <li>❖ Mencari bantuan keluarga jika perlu</li> <li>❖ Mencapai stabilitas finansial untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga</li> <li>❖ Mampu menyelesaikan konflik tanpa kekerasan</li> <li>❖ Memperlihatkan fleksibilitas peran</li> <li>❖ Mengungkapkan peningkatan kemampuan untuk melakukan coping terhadap perubahan dalam struktur dan dinamika keluarga</li> <li>❖ Mengungkapkan perasaan yang tidak terselesaikan</li> <li>❖ Identifikasi gaya coping yang bertentangan</li> <li>❖ Partisipasi dalam pengembangan dan implementasi rencana perawatan</li> </ul>	<p>dibutuhkan untuk memfasilitasi perawatan primer klien selain dari profesional kesehatan</p>
		<p><b>Family Support</b></p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yakinkan keluarga yang perawatan terbaik sedang diberikan kepada klien</li> <li>- Menilai family's reaksi emosional dengan kondisi klien</li> <li>- Foster harapan yang realistis</li> <li>- Memfasilitasi komunikasi antara klien dan keluarga atau antara anggota keluarga</li> <li>- Mempromosikan hubungan saling percaya dengan keluarga</li> </ul>

*Sumber : Nurarif & Kusuma, 2016*

j) Resiko ketidakseimbangan elektrolit.

**Tabel 2.11**  
**Intervensi Resiko ketidakseimbangan elektrolit.**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Resiko ketidakseimbangan elektrolit</p> <p>Definisi : Beresiko mengalami perubahan kadar elektrolit serum yang dapat mengganggu kesehatan</p> <p>Faktor Resiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Defisiensi volume cairan</li> <li>• Diare</li> <li>• Disfungsi endokrin</li> <li>• Kelebihan volume cairan</li> <li>• Gangguan mekanisme regulasi (mis., diabetes, isipidus, sindrom ketidaktepatan sekresi hormone antidiuretik)</li> <li>• Disfungsi ginjal</li> <li>• Efek samping obat (mis., medikasi, drain)</li> <li>• Muntah</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Fluid balance</li> <li>❖ Hydration</li> <li>❖ Nutritional status</li> <li>❖ Fluid intake</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mempertahankan urine output sesuai dengan usia, BB, BJ urine normal, HT normal</li> <li>❖ Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal</li> <li>❖ Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membrane mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan</li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Fluid management</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Timbang popok/pembalut jika diperlukan</li> <li>- Pertahankan catatan intake dan output yang akurat</li> <li>- Monitor status dehidrasi (kelembaban membrane mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan</li> <li>- Monitor vital sign</li> <li>- Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian</li> <li>- Kolaborasikan pemberian cairan IV</li> <li>- Monitor status nutrisi</li> <li>- Berikan cairan IV pada suhu ruangan</li> <li>- Dorong masukan oral</li> <li>- Berikan penggantian nasogatrik sesuai output</li> <li>- Dorong keluarga untuk membantu klien makan</li> <li>- Tawarkan snack (jus buah, buah segar)</li> <li>- Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk</li> <li>- Atur kemungkinan tranfusi</li> <li>- Persiapan untuk transfusi</li> </ul> <p><b>Hypovolemia Management</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor status cairan termasuk intake dan output cairan</li> <li>- Pelihara IV line</li> <li>- Monitor tingkat Hb dan hematokrit</li> <li>- Monitor tanda vital</li> <li>- Monitor respon klien terhadap penambahan cairan</li> <li>- Monitor berat badan</li> <li>- Dorong klien untuk menambah intake oral</li> <li>- Pemberian cairan IV monitor adanya</li> </ul>

- tanda dan gejala kelebihan volume cairan
- Monitor adanya tanda gagal ginjal

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2016

k) Resiko perdarahan.

**Tabel 2.12**  
**Intervensi Resiko perdarahan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Resiko perdarahan	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
<p>Definisi : Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan.</p> <p>Faktor Resiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aneurisme</li> <li>• Sirkumsisi</li> <li>• Defisiensi pengetahuan</li> <li>• Koagulopati intravaskuler diseminata</li> <li>• Riwayat jatuh</li> <li>• Gangguan gastrointestinal</li> <li>• (mis., penyakit ulkus lambung, polip, varises)</li> <li>• Gangguan fungsi hati (mis, sirosis, hepatitis)</li> <li>• Koagulopati inheren (mis, trombositopenia)</li> <li>• Komplikasi pascapartum (mis, atoni uteri, retensi plasenta)</li> <li>• Komplikasi terkait kehamilan (mis, plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta)</li> <li>• Trauma</li> <li>• Efek samping terkait terapi (mis, pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Blood lose severity</li> <li>❖ Blood koagulation</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Tidak ada hematuria dan hematemesis</li> <li>❖ Kehilangan darah yang terlihat</li> <li>❖ Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole</li> <li>❖ Tidak ada perdarahan pervagina</li> <li>❖ Tidak ada distensi abdominal</li> <li>❖ Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal</li> <li>❖ Plasma, PT, PTT dalam batas normal</li> </ul>	<p><b>Bleeding precautions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor ketat tanda-tanda perdarahan</li> <li>- Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan</li> <li>- Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit</li> <li>- Monitor TTV ortostatik</li> <li>- Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif</li> <li>- Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma)</li> <li>- Lindungi klien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan</li> <li>- Hindari mengukur suhu lewat rectal</li> <li>- Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant</li> <li>- Anjurkan klien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K</li> <li>- Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feses</li> </ul> <p><b>Bleeding reduction</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi penyebab perdarahan</li> <li>- Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure)</li> <li>- Monitor status cairan yang meliputi intake dan output</li> </ul>

- 
- Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan (PaO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub> dan level Hb dan cardiac output)
  - Pertahankan patensi IV line

**Bleeding reduction: wound/luka**

- Lakukan manual pressure (tekanan) pada area perdarahan
- Gunakan ice pack pada area perdarahan
- Lakukan pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka
- Tinggikan ekstremitas yang perdarahan
- Monitor ukuran dan karakteristik hematoma
- Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan
- Instruksikan klien untuk menekan area luka pada saat bersin atau batuk
- Instruksikan klien untuk membatasi aktivitas

**Bleeding reduction : gastrointestinal**

- Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh: emesis, feces, urine, residu lambung, dan drainase luka
- Monitor complete blood count dan leukosit
- Kolaborasi dalam pemberian terapi : lactulose atau vasopressin
- Lakukan pemasangan NGT untuk memonitor sekresi dan perdarahan lambung
- Lakukan bilas lambung dengan NaCl dingin
- Dokumentasikan warna, jumlah dan karakteristik feses
- Hindari pH lambung yang ekstrem dengan kolaborasi pemberian antacids atau histamine blocking agent
- Kurangi faktor stress
- Pertahankan jalan nafas
- Hindari penggunaan anticoagulant
- Monitor status nutrisi klien
- Berikan cairan Intravena
- Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen



#### **2.5.4 Implementasi Keperawatan**

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah tindakan dan menilai data yang baru. Dalam pelaksanaan membutuhkan keterampilan kognitif, interpersonal dan psikomotor (Rohma & Walid, 2009).

#### **2.5.5 Evaluasi Keperawatan**

- a. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru.

##### **NOC**

- Respiratory status : ventilation
- Respiratory status : Airway patency
- Vital sign status

##### **Kriteria hasil :**

- Mendemostrasikan batuk efektif dan suara napas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah, tidak ada pursed lips)
- Menunjukkan jalan napas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernapasan dalam rentang normal, tidak ada suara napas abnormal)

- Tanda-tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)

b. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer.

### **NOC**

Circulation status

Tissue Perfusion : cerebral

Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan :

- Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan
- Tidak ada ortostatik hipertensi
- Tidak ada tanda-tanda peningkatan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg)

Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan :

- Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan
- Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi
- Memproses informasi
- Membuat keputusan dengan benar

Menunjukkan fungsi sensori motorik cranial yang utuh, tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan-gerakan involunter

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat sekunder terhadap anorexia.

## **NOC**

- Nutritional Status :
- Nutritional Status : food and Fluid Intake
- Nutritional Status: nutrient Intake
- Weight control

### **Kriteria Hasil:**

- Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan
  - Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
  - Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
  - Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
  - Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan
  - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti
- d. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan hipertensi portal sekunder sirosis hepatis.

## **NOC**

- Electrolit and acid base balance
- Fluid balance
- Hydration

### **Kriteria hasil :**

- Terbebas dari edema, efusi, anaskara
- Bunyi nafas bersih, tidak ada dsypneu/ortopneu
- Terbebas dari distensi vena jugularis, reflek hepatojugular (+)

- Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign dalam batas normal
- Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau kebingungan
- Menjelaskan indicator kelebihan cairan

e. Nyeri akut

**NOC**

- Pain Level,
- Pain control
- Comfort level

**Kriteria Hasil :**

- Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
- Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
- Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
- Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

f. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilitas sekunder terhadap kelemahan.

**NOC**

- Tissue integrity : Skin and
- Mucous Membranes

- Hemodialis akses

**Kriteria Hasil:**

- Integritas kulit yang baik bias dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)
  - Tidak ada luka/lesi pada kulit
  - Perfusi jaringan baik
  - Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang
  - Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami
- g. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan peran fungsi.

**NOC**

- Body image
- Self esteem

**Kriteria hasil :**

- Body image positif
  - Mampu mengidentifikasi kekuatan personal
  - Mendiskripsikan secara factual perubahan fungsi tubuh
  - Mempertahankan interaksi social
- h. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

**NOC**

- Energy conservation
- Activity tolerance

- Self Care : ADLs

**Kriteria hasil :**

- Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
  - Mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri
  - Tanda-tanda vital normal
  - Mampu berpindah : dengan atau bantuan alat
  - Status kardiopulmunari adekuat
  - Sirkulasi status baik
  - Status respirasi : pertukaran gas dan ventilasi adekuat
- i. Ketidakmampuan coping keluarga

**NOC**

- Family Coping, Disable
- Parenting, Impaired
- Therapeutic Regimen
- Management, Ineffective
- Violence : other Directed, Risk for

**Kriteria Hasil:**

- Hubungan pemberi asuhan klien : interaksi dan hubungan yang positif antara pemberi dan penerima asuhan
- Performa pemberi asuhan perawatan langsung : penyediaan perawatan kesehatan dan perawatan personal yang tepat kepada anggota keluarga oleh pemberi perawatan keluarga

- Performa pemberi asuhan perawatan tidak langsung : pengaturan dan pengawasan perawatan yang sesuai bagi anggota keluarga oleh pemberi perawatan keluarga
- Kesejahteraan pemberi asuhan : derajat persepsi positif mengenai status kesehatan dan kondisi kehidupan pemberi perawatan primer
- Potensial ketahanan pemberi asuhan : faktor yang meningkatkan kontinuitas perawatan oleh pemberi perawatan keluarga dalam periode waktu yang lama
- Koping keluarga : tindakan keluarga untuk mengelola stressor sumber-sumber keluarga
- Normalisasi keluarga : kapasitas system keluarga dalam mempertahankan rutinitas dan mengembangkan strategi untuk mengoptimalkan fungsi jika ada anggota keluarga sakit kronis atau mengalami ketunandayaan
- Mampu mengatasi masalah keluarga
- Mencari bantuan keluarga jika perlu
- Mencapai stabilitas finansial untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga
- Mampu menyelesaikan konflik tanpa kekerasan
- Memperlihatkan fleksibilitas peran

- Mengungkapkan peningkatan kemampuan untuk melakukan coping terhadap perubahan dalam struktur dan dinamika keluarga
- Mengungkapkan perasaan yang tidak terselesaikan
- Identifikasi gaya coping yang bertentangan
- Partisipasi dalam pengembangan dan implementasi rencana perawatan

j. Resiko ketidakseimbangan elektrolit

**NOC**

- Fluid balance
- Hydration
- Nutritional status
- Fluid intake

**Kriteria Hasil:**

- Mempertahankan urine output sesuai dengan usia, BB, BJ urine normal, HT normal
- Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal
- Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membrane mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan

k. Resiko perdarahan

**NOC**

- Blood lose severity
- Blood koagulation



**Kriteria Hasil:**

- Tidak ada hematuria dan hematemesis
- Kehilangan darah yang terlihat
- Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole
- Tidak ada perdarahan pervagina
- Tidak ada distensi abdominal
- Hemoglobin, hematokrit, Plasma, PT, PTT dalam batas normal