

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan menguraikan mengenai hasil asuhan keperawatan pada pasien Ny.D dengan Sirosis hepatitis di ruang rawat penyakit dalam 1403 rumah sakit umum daerah Koja Jakarta utara yang dilakukan selama 3x24 jam dari tanggal 28 Mei sampai 30 Mei 2024.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada 28 Mei 2024, data-data yang didapat oleh penulis merupakan pengamatan secara langsung, seperti pengkajian fisik, wawancara dengan keluarga, catatan rekam medis, catatan keperawatan hasil pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien.

1. Identitas Pasien

Berdasarkan hasil pengkajian yang diperoleh dari data antara lain pasien bernama Ny.D dengan usia 64 tahun jenis kelamin perempuan beragama Islam status janda, pendidikan tamat SD bahasa yang digunakan bahasa Indonesia suku sunda pekerjaan ibu rumah tangga alamat kampung baru, Jakarta utara sumber biaya BPJS kelas tiga sumber informasi berasal dari pasien, keluarga dan rekam medis pasien masuk 25 Mei 2023 di ruang rawat penyakit dalam 1403 dengan no rekam medis 2405250482 dengan diagnosa medis Sirosis hepatitis.

2. Resume

Pasien bernama Ny.D umur 64 tahun mengatakan penyakitnya terasa awal tahun 2024 setiap hari ia meminum obat omeprazole 20 mg, selanjutnya pasien sempat ke RS Firdaus lalu dirujuk ke RS Koja Pasien

dibawa ke poli penyakit dalam RS Koja oleh keluarganya (anaknya) tanggal 20 Maret 2024 pasien sempat ke RS Firdaus lalu dirujuk ke RS Koja Pasien dibawa ke poli penyakit dalam RS Koja oleh keluarganya (anaknya) tanggal 20 Maret 2024 Pasien mengatakan sempat dirawat dan dilakukan tindakan fungsi cairan (pengeluaran cairan di perut) didapat cairan sebanyak 2400 cc, awalnya lingkaran perut 66 cm, pasien masuk kembali ke RS Koja tanggal 25 Mei 2023 melalui IGD dengan keluhan utama perut membesar sejak 2 bulan, 1 minggu ini disertai dengan nafas lebih berat sampai dengan masuk rumah sakit keluhan tampak lemas pusing perut terasa penuh dan pucat, hal ini membuat pasien tidak nyaman, pasien tampak lemas, pasien tampak meringis nyeri skala 5/10, keadaan umum kompos mentis, GCS: E4M6V2, tekanan darah: 109/62 mmHg, Nadi: 99 x/menit, Suhu: 36,5 C, Pernapasan: 26 x/menit, SPO2: 98% , berat badan 52 kg, tinggi badan 155 cm.

Masalah keperawatan yang muncul berdasarkan masalah di atas adalah hipervolemia, nyeri akut dan pola nafas tidak efektif . Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan yaitu mengkaji keadaan umum, mengkaji tanda- tanda vital, memberi posisi yang nyaman. Sedangkan tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan untuk masalah di atas yaitu tanggal 25 Mei 2024 jam 22:00 WIB Analisa gas darah pH *7,473, p CO2 *28,6 mmHg, p O2 *160,7 mmHg, HCO3 21,2 mEq/L, Basa excess *-2,6 mmol/L, O2 saturation 99,9 %. Tindakan keperawatan pemberian trapi terpasang O2 nasal kanul 3 lpm SPO2 96%, Albumin 25%, Lasik 1x10 mg/ml, Asering 500 ml infus + KCL 25 meq vol (500 ml) 6 tetes/menit. Evaluasi secara umum pasien masih tampak nyeri skala nyeri 4/10,

abdomen 39 cm intervensi dilanjutkan hipervolemia dan nyeri akut.

3. Riwayat Keperawatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengeluh perut membesar dan nyeri timbulnya keluhan secara bertahap lamanya 30 menit upaya untuk mengatasinya minum obat.

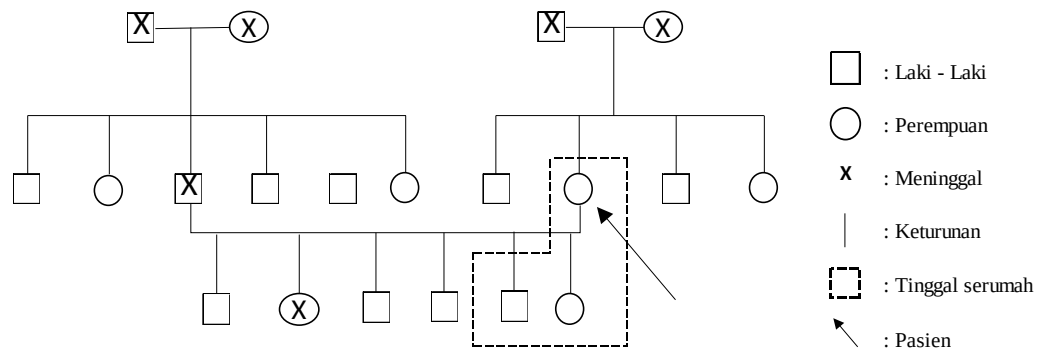
b. Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan pernah dirawat dan dilakukan tindakan pungsi cairan 1 kali dengan hasil cairan asites berwarna kuning jernih sebanyak 2400 cc pada 20 Maret 2024, Pasien tidak memiliki riwayat kecelakaan, tidak ada riwayat alergi akan obat, makanan, binatang dan lingkungan.

c. Riwayat pemakaian obat

Pasien mengatakan mengonsumsi obat Omeprazole 1x 20 mg./hari.

d. Riwayat kesehatan keluarga



Pasien merupakan anak kedua dari empat bersaudara, ayah pasien meninggal karena penyakit liver dan ibu pasien meninggal karena faktor usia pasien menikah dan dikaruniai lima orang anak yang anak pertama, ketiga, keempat dan kelima laki-laki sedangkan anak kedua dan enam

perempuan pasien tinggal bersama dengan anak kelima dan keenam.

- e. Penyakit yang pernah diderita oleh keluarga yang menjadi fakta risiko keluarga pasien mengatakan ayahnya pernah memiliki riwayat penyakit liver. Riwayat psikologis dan spiritual. Orang terdekat pasien adalah anaknya dan tetangganya, pola komunikasi dengan keluarga dua arah dan pengambilan keputusan diambil oleh keluarga serta pasien mengikuti kegiatan masyarakat pengajian. Dampak penyakit terhadap keluarga pasien mengatakan karena ia harus dirawat anaknya yang ke lima harus cuti karena anak perempuan yang ke enam harus menjaga anaknya di rumah dan anaknya yang lain sibuk berkerja, mekanisme koping terhadap stress oleh pasien adalah minum obat. Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan berkumpul dengan keluarganya serta akan menjalani perawatan dan tidak ingin dirawat di rumah sakit lagi. Perubahan yang dirasakan pasien sejak jatuh sakit adalah pasien merasa lemas. Tidak Ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan, aktivitas keagamaan atau kepercayaan yang dilakukan pasien sholat dan mengaji, lingkungan rumah pasien padat penduduk dan pasien juga jarang keluar rumah karena Sejak sakit malu dengan kondisi nya perut membesar seperti hamil.

- f. Riwayat Psikososial dan Spiritual

Pasien mengatakan pasien dekat dengan anaknya, pola komunikasi 2 arah dan tidak ada hambatan. Pasien mengatakan di rumah yang membuat keputusan adalah anaknya, pasien tidak mengikuti kegiatan masyarakat apapun. Dampak dari penyakit pasien saat ini membuat keluarga pasien

cemas dan khawatir dengan keadaan pasien saat ini. Pasien mengatakan berharap agar cepat pulang, agar bisa beraktivitas seperti biasanya. Pasien mengatakan tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan keyakinan mengatakan tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan keyakinan mengenai kesehatan, pasien juga mengatakan menjalankan ibadah sholat 5 waktu dan selalu berdoa.

g. Pola Kebiasaan

a. Pola Nutrisi

Sebelum sakit: Pasien makan tiga kali sehari, nafsu makan baik, pasien mampu menghabiskan satu porsi makanan, makanan yang tidak disukai pasien ikan lele, tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan, tidak ada diet makanan, pasien tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan.

Di rumah sakit: Pasien makan tiga kali sehari, nafsu berkurang, pasien hanya menghabiskan 1/2 porsi, pasien mengatakan tidak terlalu suka dengan makanan rumah sakit karena tidak ada rasa.

b. Pola Eliminasi

Sebelum sakit: Buang air kecil (BAK) 6x/hari, warna kuning jernih, tidak ada keluhan sakit saat BAK pasien tidak menggunakan alat bantu. Pasien buang air besar (BAB) 1x/hari, biasanya waktu pagi terkadang sore, warna kuning kecoklatan, konsistensi padat namun lunak, tidak ada keluhan saat buang air besar (BAB) dan pasien tidak menggunakan Laxatif.

Dirumah sakit: Buang air kecil (BAK) 6x/hari, Pasien tidak

menggunakan alat bantu BAK, warna urine kuning seperti teh. Buang air besar (BAB) satu 1x/hari tidak tentu biasanya waktu pagi terkadang sore, warna kuning kecoklatan, konsistensi padat namun lunak, tidak ada keluhan saat buang air besar (BAB) dan pasien tidak menggunakan Laxatif.

c. Pola Personal Hygie

Sebelum sakit: Pasien mandi 2x/hari biasanya pada pagi dan sore hari dengan menggunakan sabun, pasien gosok gigi 2x/hari dan pasien mencuci rambut 1x/hari dengan menggunakan shampoo.

Di rumah sakit: Pasien Setelah masuk rumah sakit belum mandi dan gosok gigi selama 2 hari dirawat pasien juga belum keramas.

d. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit: Pasien tidur siang selama 2 jam/hari dan tidur malam selama 3- 4 jam/ hari pasien sering terbangun di malam hari dan sulit untuk tidur sampai pagi dan kebiasaan sebelum tidur adalah berdoa.

Di rumah sakit: Pasien tidur siang hanya 1-2 jam/hari dan tidur malam 3-4 jam/hari kebiasaan sebelum tidur berdoa.

e. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit: Pasien bukan seorang pekerja melainkan pasien merupakan seorang ibu rumah tangga. Aktivitas pasien hanya bersih-bersih rumah, tidak ada pekerjaan berat pasien tidak pernah berolahraga dan keluhan pasien dalam beraktivitas mudah lelah.

Di rumah sakit: Pasien duduk dan mengobrol, pasien juga mengatakan jika dia sedang melakukan aktivitas lain dan sesudahnya pasien terasa

mudah lelah.

f. Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Sebelum sakit: Pasien sering tidak patuh dalam makan makanan pantangan pasien senang makan gorengan dan makanan asin, Pasien mengatakan berhenti merokok 1 tahun yang lalu, pasien juga mengatakan senang meminum kopi dan hampir tiap hari terkadang tidak bisa tidur sampai pagi.

Di rumah sakit: Tidak ada

4. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan Umum

Pasien memiliki berat badan 52 kg sesudah sakit dan 50 kg sebelum sakit, tinggi badan pasien 155 cm, TD 104/96 mmHg, frekuensinadi 83x/menit, frekuensi nafas 19x/menit dan suhu tubuh 36 C. Keadaan umum pasien sakit sedang dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem Penglihatan

Posisi mata simetris kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, sklera ikterik, Pupil isokor, otot-otot mata tidak ada kelainan, fungsi penglihatan kabur, tidak ada tanda-tanda radang pasien menggunakan kacamata plus.

c. Sistem Pendengaran

Daun telinga normal, karakteristik serumen cair , kondisi telinga normal, perasaan penuh ditelinga tidak ada, tinitus tidak ada, pendengaran pada pasien normal, pasien tidak menggunakan alat bantu.

d. Sistem Wicara

Pasien berbicara norma dan tidak mengalami aphasia, anarthia, aphoria dan dyshphasi.

e. Sistem Pernapasan

Di jalan napas pasien bersih tidak ada sumbatan, pasien mengatakan tidak sesak saat bernafas, pasien tidak menggunakan otot bantu saat bernafas, frekuensi 19x/menit. Irama pernafasan pasien teratur, jenis pernafasan spontan, kedalaman pernapasan dangkal, pasien tidak terdapat batuk, tidak ada sputum, hasil palpasi dada tidak ada nyeri, perkusi dada sonor, suara napas vesikular, saat di palpasi dan perkusi tidak ada kelainan dan tidak ada nyeri saat pasien bernapas, pasien tidak menggunakan alat bantu napas.

f. Kardiovaskuler

Sirkulasi nadi perifer 83x/menit, irama teratur, denyut nadi kuat, tekanan darah 104/96 mmHg, tidak terjadi distensi vena jugularis kanan dan kiri, temperatur kulit terasa hangat, warna kulit tampak pucat, pengisian kapiler kurang 3 detik, kecepatan denyut apical 90 x/menit, irama teratur, tidak ada keluhan nyeri dada, akral terasa dingin.

g. Sistem Hematologi

Pasien tampak pucat, tidak ada pendarahan seperti petechie, purpura, mimisan, pendarahan gusi dan echimosis.

h. Sistem Syaraf Pusat

Pasien mengeluh pusing saja dan tidak mengeluh sakit kepala, tingkat

kesadaran pasien compos mentis, glasgow coma scale (GCS) E4 M6 V5 .
Tanda- tanda peningkatan TIK tidak ada gangguan sistem persyarafan,
dalam pemeriksaan refleks didapati normal.

i. Sistem Pencernaan

Keadaan mulu gigi pasien tampak karies Pada gigi, pasien menggunakan gigi palsu, tidak terdapat stomatis, lidah pasien tampak bersih, saliva normal, Pasien tidak mengalami muntah, bising usus pasien 12x/menit, pasien tidak mengalami diare.

j. Sistem Endokrin

Tidak terjadi pembesaran kelenjar tiroid, nafas pasien tidak berbau keton, dan tidak terdapat ganggren.

k. Sistem Urogenital

Balan cairan pada pasien per 24 jam pada 28 Mei 2024 pada pukul 06.00 WIB Dengan intake oral: 600 cc, infus: 100 cc, AM: 30 cc, output urine: 500 cc, IWL : 520 balance cairan -290 cc/24jam urine berwarna kuning dan pancaran urine nya lemas.

l. Sistem Integumen

Suhu kulit pasien tampak baik dengan temperatur hangat, warna kulit tampak pucat, terdapat asites di bagian abdomen lingkar perut 35 cm, abdomen tidak supel terjadi distensi, terdengar suara abdomen sonor (berisi cairan dengan suara redup), kondisi daerah pemasangan infus tampak baik dan tidak ada tanda- tanda plebitis.

m. Sistem Musculoskeletal.

Pasien tidak mengalami kesulitan dalam pergerakan akibat nyeri pada

area muskuloskeletal, tidak ditemukan fraktur, tidak ada kelainan bentuk tulang sendiri, tidak ditemukan kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, keadaan otot ekstremitas atas dan bawah 5555 (kondisi normal)

5. **Data tambahan**

Pasien mengatakan ayahnya mempunyai riwayat penyakit liver namun pasien tidak mengetahui pengertian, penyebab, tanda dan gejala, dan komplikasi Sirosis hepatitis, pasien mengatakan mengetahui menderita penyakit sirosis hepatitis 20/3/24 tetapi tidak tahu tentang makanan yang boleh dan tidak untuk penyakit liver.

6. **Data penunjang**

Tanggal 29 Februari 2024

Pemeriksaan : HBsAg Non reaktif, Anti HCV Non reaktif

Tanggal 25 mei 2024

Pemeriksaan : Hemoglobin *11,7 g/dL (12,5-16,0), Trombosit 15,0 % (11,5 – 14,0), Leukosit $9,47 \times 10^3/\mu\text{L}$, SGOT 17,2 u/l (<32), SGPT 64 u/l (<32)

Tanggal 27 Mei 2024

Pemeriksaan : natrium 136 mEq/L (135-147), Kalium 2,80 mEq/L(3,5-5,0),

Klorida 130 mEq/L (96-108), Albumin 2,00 g/dl (3,20-4,60)

Tanggal 20 maret 2024

Hasil USG (ultasonografi)

Hepar : ukuran mengecil permukaan tidak rata,tepi tumpul, ekostruktur kasar, terlihat asites masif.

Buli : terlihat asites masif kesan: sirosis hati, asites masif

Kesan: Sirosis hati Asites masif.

Tanggal 13 maret 2024

Hasil CT scan Asites masif

7. Penatalaksanaan

Pasien mendapatkan obat oral curcuma FCT 20mg/12 jam (setiap jam 06.00 & 12.00 wib), KSR 600mg/8 jam (setiap jam 06.00,12.00, 20.00 wib), spironolactone 100 mg/24 jam (06.00 wib), terapi injeksi Lasik 10 mg/ml /24 jam (setiap jam 06.00 wib), Caftriaksone 10cc/ml /24 jam (setiap jam 06.00 wib), Albumin 25%/24 jam (setiap jam 12.00 wib), Omeprazole 1 ampul /12 jam (setiap jam 06.00 & 18.00 wib).

8. Data fokus

1. Data subjektif

Pasien mengatakan pernah dirawat dan dilakukan tindakan pungsi cairan 1 kali dengan hasil cairan asites berwarna kuning jernih sebanyak 2400 cc pada 20 Maret 2024 pasien mengatakan perutnya membesar sejak 2 bulan pasien mengatakan perut terasa begah dan penuh, pasien mengatakan ayahnya mempunyai riwayat penyakit liver namun pasien tidak mengetahui pengertian, penyebab, tanda dan gejala, dan komplikasi sirosis hepatitis, pasien mengatakan mengetahui menderita penyakit sirosis hepatis 20/3/24 tetapi tidak tahu tentang makanan yang boleh dan tidak untuk penyakit liver, pasien mengatakan makan menghabiskan 1/2 porsi, pasien mengatakan tidur malam 3-4 jam/hari.

2. Data objektif

Abdomen pasien tampak besar setelah dilakukan tindakan pungsi cairan

lingkar perut 35 cm sebelum 91 cm tanggal 28 Mei 2024, pasien dilakukan tindakan pungsi cairan hasil cairan asites berwarna kuning jernih sebanyak 4000 ml tanggal 28 Mei 2024, tampak lokasi abdomen tidak supel terjadi distensi, terdengar suara abdomen sonor (berisi cairan dengan suara redup), hasil laboratorium hemoglobin 11,7 g/dl Tanggal 26 Mei 2024 album 2,20 g/dl tanggal 27 Mei 2024, SGOT 172 u/L tanggal 25 Mei 2024, hasil USG Sirosis hati dan asites masif tanggal 20 Maret 2024, hasil CT scan asites masif tanggal 13 Maret 2024, pengisian kapiler kurang dari 3 detik, pasien tampak meringis, nafsu makan berkurang, pasien tampak sulit tidur, pasien tampak gelisah, tampak lingkaran hitam di sekitar mata pasien, terdapat kantong mata pada mata pasien, pemberian obat diuretik terapi injeksi Lasix 10 mg/ml /24 jam (setiap jam 06.00 wib).

9. Analisa data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data Subjektif: - Pasien mengatakan pernah riwayat tindakan pungsi cairan 1 kali dengan hasil cairan asites berwarna kuning jernih sebanyak 2400 cc 20/3/24 dengan lingkar perut 66 cm. - Pasien mengatakan perutnya membesar sejak 2 bulan - Pasien mengatakan perutnya begah	Hipervolemia	Kelebihan volume cairan

	dan penuh. Data Objektif: - Pasien di lakukan tindakan pungsi cairan 28/5/24 hasil cairan asites berwarna kuning jernih sebanyak 4000 ml - Sebelum dilakukan tindakan pungsi cairan lingkar abdomen 91 cm setelahnya 35 cm - Lokasi abdomen tidak supel terjadi distensi, terdengar suara abdomen sonor (berisi cairan dengan suara redup) - Warna urien berwarna seperti teh. - Pengisian kapiler kurang dari 3 detik - Hasil laboratorium : - Hemoglobin 11,7 g/dl tanggal 26/5/24 - Albumin 2,20 g/dl 27/5/24 - SGOT: 172 u/L 25/5/24 - SGPT: 64 u/L 25/5/24 - Hasil USG Sirosis hati dan asites masif - Hasil CT scan asites masif tanggal 13 Maret 2024		
--	---	--	--

	- Terapi injeksi Lasik 10 mg/ml/24 jam (setiap jam 06.00 wib)		
2.	Data Subjektif: - P: Nyeri saat beraktivitas maupun tidak beraktivitas - Q: Seperti di remas-remas - R: perut bagian kanan atas - S: skala 4/10 - T: nyeri terasa hilang timbul - Pasien mengatakan makan hanya menghabiskan 1/2 porsi, pasien tampak sulit tidur, tidur malam 3-4 jam/hari Data Objektif: - Tekanan darah: 104/96 mmHg, Nadi: 82 x/menit, Suhu: 36,7, Pernapasan: 83 x/menit, SPO2: 98% - Abdomen membesar sebelum dilakukan tindakan pungsi cairan lingkaran perut 91 cm sesudah dilakukan pungsi cairan 35 cm - Pasien tampak meringis saat timbul nyeri, nafsu makan berkurang, pasien tampak sulit tidur, pasien tampak	Nyeri akut	Agen Pencedera Fisiologis

	gelisah.		
3	Data Subjektif: - Pasien mengatakan mengetahui menderita penyakit sirosis hepatis 20/3/24 tetapi tidak tahu tentang makanan yang boleh dan tidak untuk penyakit liver - Pasien mengatakan ayahnya mempunyai riwayat penyakit liver namun pasien tidak mengetahui pengertian, penyebab, tanda dan gejala, dan komplikasi sirosis hepatis. Data Objektif: - Pasien tampak bingung saat ditanya mengenai penyakitnya.	Defisit pengetahuan	Kurang terpapar informasi

B. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan analisa data maka dirumuskan diagnosa keperawatan sesuai prioritas yaitu:

1. Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan
2. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

C. Perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan

1. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan ditandai

dengan: Data subjektif: Pasien mengatakan pernah dirawat dan dilakukan tindakan fungsi cairan (pengeluaran cairan di perut) satu kali dengan hasil cairan asites berwarna kuning jernih sebanyak 2400 cc pada 20 Maret 2024 pasien mengatakan perutnya membesar sejak 2 bulan pasien mengatakan perut terasa begah.

Data Objektif: Abdomen pasien tampak besar setelah dilakukan tindakan pungsi cairan lingkar perut 35 cm sebelum 91 cm tanggal 28 Mei 2024, pasien dilakukan tindakan pungsi cairan hasil cairan asites berwarna kuning jernih sebanyak 4000 ml tanggal 28 Mei 2024, warna kulit tampak pucat, pengisian kurang dari 3 detik, tampak lokasi abdomen tidak supel terjadi distensi, terdengar suara abdomen sonor (berisi cairan dengan suara redup), hasil laboratorium hemoglobin 11,7 g/dl Tanggal 26 Mei 2024 albumin 2,20 g/dl tanggal 27 Mei 2024, SGOT 172 u/L tanggal 25 Mei 2024, bising usus 12x/menit, bunyi abdomen 12x/menit, tanggal 13 Maret 2024 hasil CT scan asites masif, tanggal 20 Maret 2024 hasil USG sirosis hati dan asites massif, Lasik 10 mg/ml/24 jam (setiap jam 06.00 wib).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan kesehatan cairan meningkat dengan

kriteria hasil: asupan cairan menurun, haluan urine meningkat, edema menurun, asites menurun

Rencana tindakan:

Manajemen hipervolemia

Observasi

a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia

- b. Identifikasi penyebab hipervolemia
- c. Monitor status hemodinamik
- d. Monitor intake dan output cairan
- e. Monitor tanda hemokonsentrasi

Terapeutik

- a. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- b. Batasi asupan cairan dan garam
- c. Tinggikan kepala 30-40°

Edukasi

- a. Anjurkan melapor jika haluaran urine < 0,5 mL/kg jam dalam 6 jam
- b. Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari
- c. Ajarkan cara membatasi cairan

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian diuretik

Implementasi

Tanggal 28 Mei 2024

Pukul 06:00 WIB mekolaborasi pemberian diuretik lasix 10 mg/ml/24 jam (setiap jam 06.00 wib) iv obat sudah diberikan tampak tidak ada alergi, pukul 08:00 memonitor tanda dan gejala hipervolemia lokasi abdomen tidak supel terjadi distensi, terdengar suara abdomen sonor (berisi cairan dengan suara redup) sebelum dilakukan tindakan pungsi cairan lingkaran abdomen 91 cm setelahnya 35 cm, pukul 08:10 WIB memonitor berat badan harian berat badan 52 kg, pukul 09:05 WIB mencatat intake dan output dan hitung balans cairan 24 jam dengan intake oral: 600 cc, infus:

100 cc, AM: 30 cc jumlah 730, output urine: 500 cc, IWL: 520 balance cairan – 290 cc/24jam, pukul 09:00 WIB meajarkan cara membatasi cairan minum tidak lebih dari 1 liter/hari.

Tanggal 29 Mei 2024

Pukul 06:00 mekolaborasi pemberian diuretik lasik 10 mg/ml/24 jam (setiap jam 06.00 wib)iv obat sudah diberikan tampak tidak ada alergi, pukul 08:00 WIB memonitor berat badan harian berat badan 52 kg, pukul 09:00 WIB memonitor hasil pemeriksaan laboratorium Albumin 2,90 g/dl 29/5/24, pukul 09:08 WIB, mencatat intake-outout dan hitung balans cairan 24 jam dengan intake oral minum : 700 cc, AM: 30 cc jumlah 730, output urine: 600 cc, IWL : 520 balance cairan : -290 cc/24jam.

Tanggal 30 Mei 2024

Pukul 06:00 mekolaborasi pemberian diuretik lasik 10 mg/ml/24 jam (setiap jam 06.00 wib)iv obat sudah diberikan tampak tidak ada alergi, pukul 08:00 WIB meidentifikasi tanda dan gejala hipervolemia tampak abdomen masih besar lingkar abdomen 31 cm lokasi abdomen tidak supel terjadi distensi, terdengar suara abdomen sonor (berisi cairan dengan suara redup), Memonitor berat badan harian berat badan 52 kg, pukul 09:00 WIB memonitor intake, output dan hitung balans cairan 24 jam pukul minum 900 cc injeksi 25 jumlah 925 ml output: urine 500 ml iwl: = 32,5 cc input – output balans cairan: -392,5 cc/24 jam, pukul, 06:00 WIB Mekolaborasi pemberian diuretik Lasik 10 mg/ml 1x1/pagi /iv, pukul 10:07 WIB tinggikan kepala 30-40 pasien mengatakan nyaman dalam posisi semi fowler, pukul 10:12 periksa tanda dan gejala hipervolemia pasien mengatakan perutnya

masih terasa begah.

Evaluasi :

Tanggal 30 Mei 2024 pukul 14.00 WIB

Subjektif : Pasien mengatakan perut masih terasa begah, pasien mengatakan nyaman dalam posisi semi fowler

Objektif : BB 53 kg, balance cairan -392,5 cc/24 jam, tampak abdomen masih besar lingkar abdomen 31 cm lokasi abdomen tidak supel terjadi distensi, terdengar suara abdomen sonor (berisi cairan dengan suara redup), Lasik 10 mg/ml/24 jam (setiap jam 06.00 WIB).

Analisa: Tujuan keperawatan teratasi sebagian.

Perencanaan: Tindakan keperawatan dilanjutkan sesuai poin terapeutik a, b dan c.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan :

Data Subjektif :Pasien mengatakan nyeri P: nyeri di bagian abdomen kuadran kanan atas Q: nyeri tumpul R: dibagian perut kanan atas S: skala 7/10 T: nyeri hilang timbul secara perlahan, makan hanya menghabiskan 1/2 porsi, tidur malam 3-4 jam/hari.

Data Objektif: Tekanan darah: 104/96 mmg, Nadi: 82 x/menit, Suhu: 36,7, Pernapasan: 83 x/menit, SPO2: 98% Pasien tampak perut besar sebelum dilakukan tindakan pungsi cairan lingkar perut 91 cm sesudah dilakukan pungsi cairan 35 cm, pasien tampak meringis, nafsu makan berkurang, pasien tampak sulit tidur, pasien tampak gelisah.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, nyeri akut menurun.

Kriteria Hasil: keluhan nyeri menurun, skala nyeri berkurang sampai hilang, nadi berkisar 80 -100x/ menit, frekuensi napas berkisar 18- 20x/menit, pasien tampak lebih rileks, lingkaran perut berkurang.

Rencana Tindakan :

Manajemen nyeri

Observasi

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri
- c. Identifikasi respons nyeri non verbal
- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e. Identifikasi nyeri pada kualitas hidup
- f. Monitor efek samping penggunaan obat

Terapeutik

- a. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- c. Fasilitasi istirahat dan tidur
- d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan rasa nyeri

Kolaborasi

a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Implementasi :

Tanggal, 28 Mei 2024

Pukul 06:00 WIB memberikan obat analgetik pasien diberikan obat Omeprazole 1 ampul/12 jam/iv reaksi pasien tidak mengalami nyeri lambung, pada pukul 07:40 WIB meidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri pasien mengatakan nyeri P : nyeri di bagian abdomen kuadran kanan atas Q: nyeri hilang timbul R : dibagian perut kanan atas S: skala 4/10 T: nyeri hilang timbul. Pukul 08:00 WIB meobservasi tanda -tanda vital tekanan darah : 104/96 mmg, nadi : 82 x/mnt, pernapasan: 19 x/menit, suhu 36,7 C, SPO2 : 99%,Pukul 08:10 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal, pasien tampak meringis saat timbul nyeri. Pukul 09:15 WIB mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam, pukul 09:25 WIB menganjurkan pasien untuk relaksasi nafas dalam pasien mengatakan lebih rileks.

Tanggal, 29 Mei 2024

Pukul 10.00 WIB mekolaborasi pemebrian obat analgetik pasien diberikan Omeprazole 1 ampul/12 jam/iv reaksi nya pasien tidak mengalami nyeri lambung, pukul 07:50 WIB meidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri pasien mengatakan nyerinya sudah menurun P : nyeri di bagian abdomen kuadran kanan atas Q: nyeri hilang timbul R : dibagian perut kanan atas S: skala 2/10 T: nyeri hilang timbul, Pukul 08:00 WIB meobservasi tanda -tanda vital tekanan darah: 129/77

mmg, nadi : 81x/mnt, pernapasan : 18 x/menit, suhu 36,5 C, SPO2: 99%.
 Pukul 08.45 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal tampak meringis menurun. Pukul 09.10 WIB mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam. Pukul 09.15 menganjurkan pasien untuk relaksasi nafas dalam, pasien mengatakan lebih rileks.

Tanggal, 30 Mei 2024

Pukul 10.00 WIB mekolaborasi pemberian obat analgetik pasien diberikan Omeprazole 1 ml/iv reaksi nya pasien tidak mengalami nyeri lambung, pukul 07.20 WIB meidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri pasien mengatakan nyerinya sudah menurun menjadi skala nyeri P : nyeri di bagian abdomen kuadran kanan atas Q: nyeri hilang timbul R : dibagian perut kanan atas S: skala 2/10 T: nyeri hilang timbul, Pukul 08:00 WIB meobservasi tanda -tanda vital tekanan darah: 99/55 mmg, nadi : 85x/mnt, pernapasan: 19 x/menit, suhu 37,0, SPO2: 99% C
 Pukul 13:40 menganjurkan pasien untuk relaksasi nafas dalam, pasien mengatakan lebih rileks. Pukul 12:00 mekolaborasi pemberian obat analgetik pasien diberikan obat pulang Lansoprazol 30 mg/2x1/sebelum makan pasien mengatakan akan rutin meminum obat, memfasilitasi istirahat dan tidur pasien mengatakan tidur malam 6 jam.

Evaluasi :

Tanggal 30 Mei 2024 pukul 14.20 WIB

Subjektif : Pasien mengatakan sudah tidak terlalu nyeri namun nyeri masih ada P : nyeri di bagian abdomen kuadran kanan atas Q: nyeri hilang timbul

R : dibagian perut kanan atas S: skala 2/10 T: nyeri hilang timbul, pasien mengatakan tidur malam 6 jam, setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam pasien mengatakan lebih rileks.

Objektif : diberikan Omeprazole 1 ml/iv reaksi nya pasien tidak mengalami nyeri lambung, pasien tampak mengerti cara mengalihkan nyeri dengan tarik nafas dalam, pasien diberikan obat pulang Lansoprazol 30 mg/2x1/sebelum makan.

Analisa : Tujuan keperawat teratasi sebagian.

Perencanaan : Tindakan keperawatan dilanjutkan sesuai poin terapeutik a, b, c dan d.

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang tepapar informasi :

Data Subjektif : Pasien mengatakan mengetahui menderita penyakit sirosis hepatis 20/3/24 tetapi tidak tahu tentang makanan yang boleh dan tidak untuk penyakit liver, Pasien mengatakan ayahnya mempunyai riwayat penyakit liver namun pasien tidak mengetahui pengertian, penyebab, tanda dan gejala, dan komplikasi sirosis hepatitis.

Data Objektif : Pasien tampak bingung saat ditanya mengenai penyakitnya.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat kepatuhan meningkat.

Kriteria Hasil: Menunjukkan perilaku adaptif cukup meningkat, menunjukkan pemahaman perilaku sehat cukup meningkat, kemampuan menjalankan perilaku sehat cukup meningkat

Rencana Tindakan :

Edukasi Kesehatan

Observasi

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

Terapeutik

- a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- c. Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- a. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

Implementasi :

Tanggal, 28 Mei 2024

Pukul 09:08 WIB mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi pasien mengatakan siap menerima penkes hari ini pasien tampak antusias, pukul 10:01 WIB sediakan materi dan media pendidikan kesehatan lembar balik dan leaflet siap, pukul 10:11 WIB jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan rabu 29/5/24, pukul 10:09 WIB berikan kesempatan untuk bertanya pasien mengatakan banyak sekali yang membuatnya sadar bahwa kebiasaannya merokok dan bergadang mempengaruhi kondisinya saat ini, pukul 10:13 WIB jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien tampak mengerti dengan faktor

risiko yang selama ini dapat mempengaruhi sakitnya, pukul 11:18 WIB ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat pasien mengatakan akan menjauhi pola kebiasaannya yang buruk karna tidak ingin sampai di rawat kembali, pukul 11:14 WIB ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat Pasien mengatakan akan berusaha tidur tepat waktu dan tidak ingin memikirkan yang membuatnya stres.

Tanggal, 29 Mei 2024

Pukul 09:02 WIB meidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi pasien mengatakan siap menerima penkes hari ini, pukul 10:07 WIB sediakan materi dan media pendidikan kesehatan lembar balik dan leaflet siap, pukul 10:13 WIB jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan siang ini, pukul 10:23 WIB berikan kesempatan untuk bertanya pasien mengatakan kenapa perutnya terasa begah, pukul 13:35 WIB jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien mengerti tentang faktor risiko apa saja setelah dijelaskan perawat, pukul 13:44 WIB ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat pasien mengatakan akan rajin berolahraga minimal 30 menit sehari, pukul 13:50 WIB ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat pasien mengatakan mencuci tangan sebelum makan dan mengurangi minum.

Tanggal, 30 Mei 2024

Pukul 09:15 WIB meidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi pasien mengatakan hari ini rencana pulang dan pasien mengatakan akan rutin kontrol, pukul 10:41 WIB sediakan materi dan

media pendidikan kesehatan leaflet sudah diberikan, pukul 10:51 WIB jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan pasien diberikan surat kontrol senin 3 juni 2024 dipoli penyakit dalam RSUD koja, pukul 11:06 WIB ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat pasien mengatakan akan rajin berolahraga dan akan berhenti makan sembarangan, pukul 11:20 WIB ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat pasien mengatakan akan membiasakan cuci tangan sebelum makan dan pasien mengatakan akan rutin meminum obat di rumah.

Evaluasi:

Tanggal 30 Mei 2024 pukul 14.30 WIB

Subjektif : Pasien mengatakan akan rajin berolahraga dan akan berhenti makan sembarangan, pasien mengatakan akan rutin kontrol, pasien mengatakan akan membiasakan cuci tangan sebelum makan dan Pasien mengatakan akan rutin meminum obat di rumah.

Objektif : Leaflet sudah diberikan, Pasien telah di berikan surat kontrol senin 3 juni 2024 dipoli penyakit dalam RSUD koja

Analisa: Tujuan keperawat teratasi.

Perencanaan : Tindakan keperawatan dilanjutkan poin observasi a dan b.