

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian Dasar

1. Biodata Pasien

- a. Tanggal Masuk RS : Kamis, 10 November 2022
- b. Tanggal Pengkajian : Senin, 14 November 2022
- c. Pukul : 13.10 WIB
- d. Nama inisial pasien : Tn. W
- e. Umur : 56 Tahun
- f. Alamat : Anak Tuha, Lampung Tengah
- g. Jenis Kelamin : Laki-Laki
- h. Diagnosa Medis : Sirosis Hepatis

2. Identitas Tanggung Jawab

- a. Nama : Ny. S
- b. Hubungan dengan klien : Istri
- c. Agama : Islam
- d. Pendidikan : Sekolah Dasar
- e. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- i. Alamat : Anak Tuha, Lampung Tengah

3. Riwayat Kesehatan

- a. Riwayat kesehatan masuk rumah sakit :

Klien datang ke Rumah sakit pada tanggal 10 November 2022 pada pukul 16.25 WIB dibawa oleh istri dan anaknya dengan keluhan nyeri perut sebelah kanan atas disertai lemah, didapatkan hasil pemeriksaan lingkaran perut sebesar 65 cm.

Pada saat pengkajian tanggal 14 November 2022 klien masih terdapat keluhan diatas yaitu nyeri perut sebelah kanan atas dan klien juga

mengatakan tidak mampu bergerak banyak dan tidak bisa berjalan, badannya terasa lemah dan sulit beraktivitas, klien juga mengatakan perutnya terasa kembung.

Saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil :

Tekanan Darah : 150/100 mmHg
 Nadi : 91 x/menit
 Respirasi : 25 x/menit
 Suhu : 36,2°C
 GCS : *Compos mentis* E4M6V5

b. Riwayat pada saat pengkajian

1) Keluhan utama saat pengkajian

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 November 2022 klien mengatakan nyeri perut kanan atas.

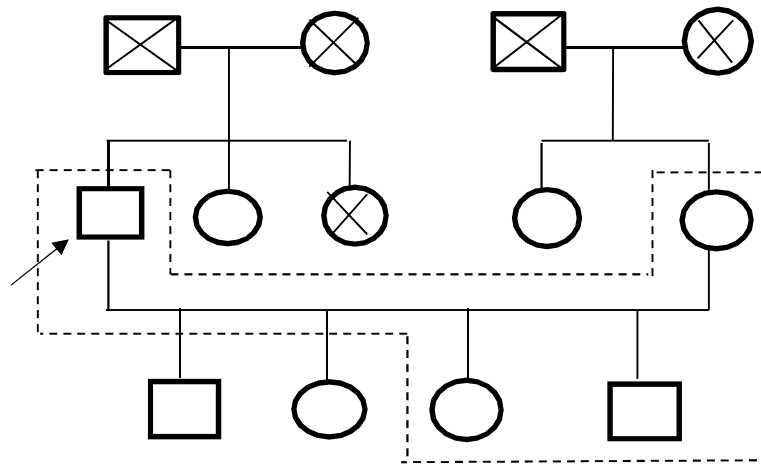
2) Keluhan penyerta

Klien mengatakan lemas, klien mengatakan perutnya terasa kembung, badannya terasa lemah dan sulit beraktivitas. Klien juga mengatakan perutnya terasa kembung, badannya terasa lemah dan sulit beraktivitas, klien tampak tidak mampu bergerak banyak, klien tampak tidak mampu berjalan.

3) Riwayat kesehatan lalu

Kien mengatakan tidak pernah memiliki riwayat alergi, tidak ada riwayat kecelakaan, Sebelumnya pada bulan Mei 2022 klien pernah dirawat di rumah sakit dan didiagnosa memiliki penyakit hepatitis B. Lalu ada edema perifer dan dilakukan sedot cairan pada bagian ekstremitas bawah pada tanggal 13 Agustus 2022.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga



Keterangan :



: Laki-laki

..... : Tinggal serumah



: Perempuan

↗ : Klien



: Sudah meninggal

Gambar 3.1 Genogram

Pada keluarga Tn. W tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan yang sama dengan pasien.

5) Riwayat psikososial-spiritual

Saat dilakukan pengkajian, klien mengatakan sedikit stress mengenai kondisinya, klien mengatakan bingung harus bagaimana karena dirinya sedang sakit sampai harus dirawat di Rumah Sakit. Saat stress klien mengatasinya dengan menonton televisi bersama keluarga, Klien mendapat dukungan dari keluarganya. Tidak ada program pengobatan yang bertentangan dengan nilai-nilai yang dianut klien.

6) Lingkungan

Keluarga klien mengatakan kebersihan rumah selalu dijaga, karena setiap pagi dan sore selalu disapu dan dipel. Keadaan sekitar rumah klien baik tidak ada tempat pembuangan sampah dan jauh dari polusi kendaraan.

7) Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

a. Pola nutrisi dan cairan

Sebelum sakit klien mengatakan makan melalui oral 3x/hari dengan porsi yang cukup. Klien mengatakan sering jajan diluar dan dipinggir jalan seperti gorengan. Klien juga mengatakan memiliki riwayat mengkonsumsi alkohol sejak muda saat usia 19 tahun, lalu berhenti setelah merasakan nyeri perut dan mengetahui bahwa ia terkena virus hepatitis B diusia 53 tahun, klien minum air mineral melalui oral 2000 cc/hari. BB/TB: 158 cm/49kg.

Saat sakit klien mengatakan asupan nutrisi maupun cairan melalui oral, bibir klien tampak pucat, klien makan 3x/hari dengan porsi setengahnya karena klien merasa mual. Diit klien yaitu dengan nasi lunak, sayur, buah, dan telur rebus. Klien mengatakan minum hanya 3-4 gelas/hari, sekitar 1000 cc, klien terpasang comafun hepar 10tpm (infus iv). Berat badan dan tinggi badan saat sakit tidak terkaji dikarenakan klien lemah dan tidak mampu untuk berdiri.

b. Pola Eliminasi

a) BAK

Sebelum sakit klien mengatakan frekuensi BAK sebanyak 5x/hari waktu pagi, siang, sore, malam dan hendak subuh berwarna kuning jernih dengan bau khas urine, jumlah sekitar 750 cc.

Saat sakit klien mengatakan frekuensi BAK hanya 2-3 x/hari dengan bau khas urine, berwarna kuning pekat, jumlah tidak bisa dimonitor secara pasti karena klien tidak terpasang kateter dan klien memakai pampers.

b) BAB

Sebelum sakit klien mengatakan BAB lancar dan normal dengan frekuensi 1-2x/hari waktu pagi dan sore hari, dengan bau khas, konsistensi padat lunak, berwarna coklat khas feses.

Saat sakit klien mengatakan tidak BAB selama 2 hari perawatan di Rumah sakit, klien tidak menggunakan obat pencahar.

c. Pola *Hygiene*

Sebelum sakit klien mengatakan mandi 2x/hari, waktunya pagi dan sore hari secara mandiri. Klien menggosok gigi 2x/hari saat pagi dan sore dilakukan secara mandiri, klien juga mengatakan mencuci rambutnya 1x/2 hari.

Saat sakit klien mengatakan jarang jarang mandi, tetapi klien selalu dilap dengan kain basah oleh istrinya pada waktu pagi dan sore. Selama dirawat, klien belum pernah mencuci rambutnya.

8) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit klien tidur sekitar 8 jam/hari pada waktu malam hari, kebiasaan klien sebelum tidur minum 1 gelas air putih. Klien tidak ada kesulitan dalam tidur, klien selalu merasa puas saat bangun tidur.

Saat sakit klien tidur 4-5 jam/hari, klien tidur ketika siang hari dan sering terbangun ketika malam hari, dengan keluhan sering terbangun ketika malam hari dan mengeluh sulit tidur, klien mengeluh istirahat tidak puas.

9) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit klien mengatakan biasa kekebun untuk bertani dan berkerja, pada saat waktu luang klien bisa bersosialisasi dengan tetangga, tidak ada keluhan dalam beraktivitas maupun keterbatasan dalam hal mandi, berpakaian, berhias, BAB, BAK, makan, minum, dan mobilisasi. Skala aktivitas 0 (0-4).

Keterangan :

0 = Mandiri

1 = Alat bantu

2 = Bantuan orang lain

3 = Bantuan orang lain dan obat

4 = Ketergantungan total

Saat sakit klien hanya berbaring ditempat tidur, tampak lemah, dan klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas dan klien juga merasa cemas saat hendak bergerak. Klien mengatakan aktivitas dalam hal mandi, berpakaian, berhias, BAB/BAK, makan/minum dibantu keluarga.

Skala aktivitas 2 (0-4) : Dibantu orang lain

10) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan kurang paham dengan penyakit dan tindakan pengobatan yang dijalani. Untuk mengatasi masalah kesehatan, klien/keluarga bertanya kepada tenaga kesehatan dan pergi kepusat pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, dan Klinik), klien tidak merokok, klien memiliki riwayat minum-minuman keras sejak usia muda 19 tahun.

11) Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan umum

Kesadaran	: <i>Compos mentis</i> E4M6V5
Tekanan darah	: 150/100 mmHg
Nadi	: 91 x/menit
Pernafasan	: 25 x/menit
Suhu	: 36,2°C

b. Pemeriksaan fisik persystem

1) Sistem penglihatan

Posisi mata simetris, kelopak mata terisi, bola mata normal, konjungtiva anemis, kornea baik, sklera ikterik, pupil isokor, tidak ada tanda radang, klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

2) Sistem pendengaran

Telinga simetris, tidak ada pembentukan serumen maupun keluarnya cairan dari telinga, pendengaran baik, klien tidak menggunakan alat bantu dengar.

3) Sistem wicara

Sistem wicara klien kurang baik, klien lemas, saat ditanya klien menjawab dengan lambat.

4) Sistem pernapasan

Pada saat pengkajian frekuensi napas 25x/menit, klien mengatakan sesak, merasa tidak nyaman saat bernapas sambil berbaring dan, sesak napas terkadang timbul saat malam hari, namun klien tidak menggunakan alat bantu pernapasan.

Inpeksi : pengembangan dada simetris

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : suara normal

Auskultasi : tidak ada tambahan bunyi napas ronchi dan wheezing

5) Sistem kardiovaskuler

Sirkulasi perifer Nadi sebelum beraktivitas 79x/menit dan setelah beraktivitas 91x/menit, denyut kuat, Hb : 10,3 g/dl, Hb normal (14-18 gr/dl). Sirkulasi jantung : Nadi 79x/menit, irama teratur, bunyi jantung kuat.

6) Sistem neurologi

GCS : *Compos mentis* E4M6V5

Kekuatan otot :	5555		5555
	2222		2222

Ekstremitas atas kekuatan otot kuat, sedangkan ekstremitas bawah kekuatan otot bisa digerakkan, tetapi tidak mampu melawan gaya berat.

Terdapat reflek trisep, tidak terdapat reflek patella, tidak ada kaku kuduk.

7) Sistem pencernaan

Mukosa lembab, tidak ada kesulitan menelan, terdapat mual dan muntah, terdapat nyeri perut.

Lingkar perut : 65 cm

Inspeksi : Terdapat spider nevus yaitu
kumpulan pembuluh darah kecil
yang menyebabkan pembuluh darah

kecil menyerupai sarang laba-laba, terdapat pada permukaan kulit.

Palpasi : Terjadi pembesaran hepar, LP 65 cm

Perkusi : Berisi cairan

Auskultasi : Bising usus 20x/menit

8) Sistem imunologi

Tidak ada pembesaran limfa, kulit ikterik, tidak ada infeksi saluran napas, riwayat hepatitis B.

9) Sistem endokrin

Nafas tidak berbau keton, tidak ada peningkatan gula darah.

10) Sistem urogenital

Klien mengatakan BAK kuning kecoklatan, klien tidak menggunakan kateter, namun klien memakai pampers.

11) Sistem integumen

Rambut kuat, warna hitam dan beruban, rambut bersih, kuku bersih, keadaan kulit tidak elastis, tidak ada tanda-tanda dikubitus.

12) Sistem muskuloskeletal

Klien hanya mampu menggeser ekstremitas bawah dan klien tidak mampu untuk mengangkatnya, mengeluh lemah dan kekuatan otot menurun,

$$\begin{array}{r|l} 5555 & 5555 \\ \hline 2222 & 2222 \end{array}$$

tidak ada sakit pada tulang namun terasa sakit pada sendi, tidak ada fraktur.

12) Pemeriksaan penunjang

Tabel 3. 1 Tabel hasil laboratorium Tn. W di ruang penyakit dalam B Rumah Sakit Ahmad Yani Metro tanggal 14-16 November 2022

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Keterangan
Leukosit	7,09	μ/l	5-10	
Eritrosit	4,62	μ/l	4,37-5,63	
Hemoglobin	10,3	gr/dl	14-18	Rendah
Hematokrit	27,4	%	41-54	Rendah
MCV	91	Fl	80-92	
MOH	27,5	Pg	27-31	
MOHC	35,5	g/dl	32-36	
Trombosit	61	μ/l	150-450	Rendah
RDW	12,8	%	12,4-14,4	
MPV	7,12	Fl	7,3-9	
Golongan Darah (ABO)	O			
Rhesus	Positif (+)			
SGOT	190,3	μ/l	<35	Tinggi
SGPT	142,3	μ/l	<41	Tinggi
Billirubin Total	4,70	mg/dl	<1	Tinggi
Billirubin Direk	1,88	mg/dl	<0,25	Tinggi
Billirubin Indrek	2,82	mg/dl	<0,75	Tinggi
Glukosa Darah Sewaktu	87,4	mg/dl	<140	
Ureum	26,2	mg/dl	19-44	
Kreatinin	0,54	mg/dl	0,9-1,3	Rendah

Tabel 3. 2 Daftar Obat Tn. W di RPD B RSUD Ahmad Yani Metro Tanggal 14-16 November 2022

No.	Daftar Obat	Dosis	Rute
1.	Metalazone	5 mg/12 jam	Oral
2.	Lansoprazole	30 mg/24 jam	Intra vena
3.	Comafun hepar	500 ml/24 jam	Intra vena

13) Data Fokus

Dari hasil pengkajian didapatkan data yang bermasalah pada Tn. W yang dipaparkan dalam tabel berikut

Tabel 3. 3 Data fokus Tn. W di Ruang Penyakit Dalam B Rumah Sakit Umum Ahmad Yani Metro Tanggal 14-16 November 2022

Data Subjektif	Data Objektif
1. Klien mengatakan perutnya membesar	1. Perut klien tampak buncit dengan LP 65 cm
2. Klien mengatakan BAK sehari hanya 3 kali	2. Perut klien tampak mengalami asites
3. Klien mengatakan nafas terasa sesak saat berbaring	3. Perut klien tampak terdapat spider nevus
4. Klien mengatakan merasa tidak nyaman saat bernafas	4. Tekanan darah 150/100 mmHg
5. Klien mengatakan sering sesak saat tidur di malam hari	5. Klien tampak meringis
6. Klien mengatakan perutnya terasa kembung	6. Klien tampak gelisah
7. Klien mengatakan nyeri perut kanan atas	7. Klien tampak meringkuk menghindari rasa nyeri
8. Klien mengatakan badannya terasa lemas	8. Aktivitas klien tampak dibantu dengan keluarga
9. Klien mengatakan semua aktivitas dibantu keluarga	9. Gerakan klien tampak terbatas
10. Klien mengatakan takut saat hendak melakukan pergerakan	10. Klien tampak lemah dan berbaring ditempat tidur
9. Klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam/hari	5555 5555 2222 2222
10. Klien mengatakan tidur ketika siang hari	11. Suhu 36,2°C
11. Klien mengatakan sering terbangun ketika malam hari	12. Respirasi 25 x/menit
12. Klien mengatakan sulit tidur	13. -Hemoglobin 10,3 g/dl -Hematokrit 27,4 µl -Trombosit 61 µl -SGOT 190,3 µl -SGPT 142,3 µl -Billirubin total 4,70 mg/dl -Billirubin direk 1,88 mg/dl -Billirubin indirek 2,82 mg/dl
13. Klien mengatakan istirahat merasa tidak puas	13. Metazone 5 mg/12 jam melalui oral 14. Lansoprazole 30 mg/24 jam melalui intra vena 15. Comafun hepar 500 ml/24 jam melalui intra vena

B. Analisa Data

Tabel 3. 4 Analisa Data pasien dengan Gangguan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit pada kasus Sirosis Hepatis terhadap Tn. W di Ruang Penyakit Dalam B Rumah Sakit Ahmad Yani Metro Tanggal 14-16 November 2023

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS: 1) Klien mengatakan perutnya terasa membesar 2) Klien mengatakan sejak dirawat BAK hanya 3 kali dalam sehari 3) Klien mengatakan nafas terasa berat saat berbaring 4) Klien mengatakan merasa tidak nyaman saat bernafas 5) Klien mengatakan sering sesak saat tidur dimalam hari 6) Klien mengatakan perutnya terasa kembung DO: 1) Perut klien tampak buncit dengan LP 65 cm 2) Perut klien tampak terdapat spider nevus 3) Perut klien tampak mengalami asites 4) Tekanan darah 150/100 mmHg 5) Metazone 5 mg/12 jam melalui oral 6) Klien diberikan infus comafun hepar 500 ml/24 jam 10 tpm 7) Tekanan darah: 150/100 mmhg Respirasi 25x/menit Hematokrit dalam darah 27,4% Billirubin total 4,70 mg/dl Billirubin direk 1,88 mg/dl Billirubin indirek 2,82 mg/dl SGOT 190,3 µl SGPT 14,2 µl	Hipervolemia	Gangguan Mekanisme Regulasi
2.	DS : 1) Klien mengatakan nyeri perut kanan atas DO: 1) Klien tampak meringis 2) Klien tampak gelisah 3) Klien tampak meringkuk menghindari rasa nyeri 4) Skala nyeri 6	Nyeri akut	Agan Pencedera Fisiologis

No.	Data	Masalah	Etiologi
	TD : 150/100 mmHg 5) Diberikan Lansoprazole 30 mg/24 jam melalui intra vena		
3	DS: 1) Klien mengatakan badannya terasa lemas 2) Klien mengatakan takut saat hendak melakukan pergerakan 3) Klien mengatakan semua aktivitas dibantu dengan keluarga DO: 1) Hb : 10,3 g/dl 2) Aktivitas klien tampak dibantu dengan keluarga 3) Klien tampak lemah dan terbaring ditempat tidur 4) Kekuatan otot $\frac{5555}{2222} \frac{5555}{2222}$ 5) Gerakan klien tampak hanya mampu menggeser ekstremitas bawah 6) Kreatinin dalam darah 0,54 mg/dl 7) SGOT 190,3 μ /l 8) SGPT 14,2 μ /l	Gangguan Mobilitas Fisik	Penurunan Kekuatan Otot
4.	DS: 1) Klien mengatakan sulit tidur 2) Klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam/hari 3) Klien mengatakan sering terbangun ketika malam hari 4) Klien mengatakan istirahat merasa kurang puas DO: -	Gangguan Pola Tidur	Kurang Kontrol Tidur

C. Diagnosa Keperawatan

Dari data diatas, ditegakkan 3 diagnosa keperawatan berdasarkan skala prioritas yaitu :

- 1) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan klien mengatakan perutnya membesar, klien mengatakan sejak dirawat BAK hanya 3 kali dalam sehari, klien mengatakan nafas terasa berat saat berbaring, ortopnea, dispnea, *paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND), klien mengatakan perutnya terasa kembung, perut klien tampak buncit dengan LP 65 cm, tampak mengalami asites, perut klien tampak terdapat spider nevus, TD: 150/100 mmhg, R: 25x/menit, metolazone 5 mg/12 jam melalui oral, comafun hepar 500 ml/24 jam intra vena, hematokrit dalam darah 27,4%, billirubin total 4,70 mg/dl, billirubin direk 1,88 mg/dl, billirubin indirek 2,82 mg/dl, SGOT 190,3 μ /l, SGPT 14,2 μ /l.
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan klien mengatakan nyeri perut kanan atas, klien tampak meringis, klien tampak gelisah, klien tampak meringkuk menghindari rasa nyeri, skala nyeri 6, TD : 150/100 mmhg, diberikan lansoprazole 30 mg/24 jam melalui intra vena.
- 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan klien mengatakan lemah, klien mengatakan takut saat hendak melakukan pergerakan, semua aktivitas tampak dibantu keluarga, Hb : 10,3 g/dl, klien tampak lemah dan hanya terbaring ditempat tidur, klien tampak hanya mampu menggeser ekstremitas bawah dan tidak mampu untuk mengangkatnya, kreatinin dalam darah 0,54 mg/dl, SGOT 190,3 μ /l, SGPT 14,2 μ /l, kekuatan otot

5555	5555
2222	2222.

D. Rencana Keperawatan

Tabel 3. 5 Rencana Keperawatan Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit pada kasus Sirosis Hepatis Terhadap Tn. W di Ruang Penyakit Dalam B Rumah Sakit Ahmad Yani Metro Tanggal 14-16 November 2023

No.	Tanggal	Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Rencana tindakan (SIKI)
1.	14/11/2022	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan perutnya membesar, BAK sehari hanya 3 kali, nafas terasa berat saat berbaring, ortopnea, dispnea, <i>paroxysmal nocturnal dyspnea</i> (PND), perutnya terasa kembung, perut tampak buncit dengan lingkaran perut 65 cm, asites, TD: 150/100 mmhg, R: 25 x/menit. Data dukung sirosis hepatis :	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam keseimbangan cairan (L.03020) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Cairan diperut klien menurun 2. Frekuensi nadi membaik 3. Asupan makanan meningkat 4. Asupan cairan meningkat 5. Output urine meningkat 6. Tekanan darah klien membaik yaitu 120/80 mmhg sampai 140/90 mmHg	Manajemen Hipervolemia (I.0311): Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, asites) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status hemodinamik (mis. Tekanan darah) 4. Monitor kecepatan infus secara tepat Terapeutik 1. Batasi asupan cairan dan garam 2. Tinggikan kepala tempat tidur 30-45° Edukasi 1. Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat oral metolazone 5 mg/12 jam

No.	Tanggal	Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Rencana tindakan (SIKI)
		metazone 5 mg/12 jam melalui oral, hematokrit dalam darah 27,4%, bilirubin total 4,70 mg/dl, bilirubin direk 1,88 mg/dl, bilirubin indirek 2,82 mg/dl, SGOT 190,3 µl, SGPT 14,2 µl.		
2.	14/11/2022	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik dibuktikan dengan klien mengatakan nyeri perut kanan atas, tampak meringis, tampak gelisah, tampak meringkuk menghindari rasa nyeri, skala nyeri 6, TD : 150/100 mmHg. Data dukung sirosis hepatis: Lansoprazole 30 mg/24 jam melalui intra vena.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil: 1. Tidak mengeluh nyeri 2. Tidak bersikap meringkuk untuk menghindari nyeri 3. Tidak gelisah	Manajemen Nyeri (1.08238): Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri (skala nyeri 6) 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (diperberat saat duduk berkurang saat meringkuk) Terapeutik 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (tarik nafas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri (tarik nafas dalam)

No.	Tanggal	Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Rencana tindakan (SIKI)
				Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian lansoprazole 30 mg/24 jam melalui intra vena
3.	14/11/2022	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan lemas, takut saat hendak melakukan pergerakan, semua aktivitas dibantu keluarga, Hb : 10,3 g/dl, aktivitas klien tampak dibantu keluarga, tampak lemah dan terbaring ditempat tidur, gerakan klien tampak terbatas. Data dukung sirosis hepatis :	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tidak mengeluh lelah 2. Dapat melakukan aktivitas dengan mudah 3. Tidak mengeluh lemah 4. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 5555 5555 2222 2222	Dukungan Mobilisasi (I.05173): Observasi 1. Identifikasi adanya keluhan nyeri 2. Monitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan pagar tempat tidur 2. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dari mobilisasi 2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur) Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian infus comafun hepar 500 ml/24 jam intra vena

No.	Tanggal	Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Rencana tindakan (SIKI)
		Klien diberikan infus comafun hepar 500 ml/24 jam 10 tpm intra vena, kreatinin dalam darah 0,54 mg/dl, SGOT 190,3 µl, SGPT 14,2 µl, kekuatan otot 5555 5555 <u>2222</u> 2222.		

E. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3. 6 Catatan perkembangan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit dengan kasus Sirosis Hepatis terhadap Tn. W di Ruang Penyakit Dalam B Rumah Sakit Ahmad Yani Metro 14-16 November 2022

Hari ke-1

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1.	Tanggal : 14 November 2022 Pukul 12.15 WIB 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia Pukul 12.36 WIB 1. Memeriksa tekanan darah klien 2. Meninggikan kepala tempat tidur 30-45° Pukul 08.00 WIB 1. Memberikan obat metolazone 5 mg/12 jam melalui oral 2. Memberikan infus comafun hepar 500 ml/24 jam	Tanggal : 14 November 2022 S: Pukul 13.00 WIB 1. Klien mengatakan perutnya membesar 2. Klien mengatakan sejak dirawat BAK hanya 3 kali dalam sehari 3. Klien mengatakan nafas terasa berat saat berbaring 4. Klien mengatakan merasa tidak nyaman saat bernafas 5. Klien mengatakan sesak terkadang timbul saat malam hari 6. Klien mengatakan perutnya terasa kembung O : Pukul 13.13 WIB 1. Perut klien tampak buncit dengan LP 65 cm 2. Perut klien tampak mengalami asites 3. Perut klien tampak terdapat spider nevus 4. Klien saat menarik nafas tampak berat 5. Tekanan darah 150/100 mmhg 6. Respirasi 25x/menit	Perawat  Yuni Fitriani

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
		A : Hipervolemia belum teratasi P : Lanjutkan intervensi manajemen hipervolemia (I.03114) 1. Batasi asupan cairan dan garam 2. Monitor tetesan infus secara tepat 3. Tinggikan kepala tempat tidur 30-45° 4. Ajarkan cara membatasi cairan 5. Berikan metolazone 5 mg/12 jam melalui oral	
2.	Tanggal : 14 November 2022 Pukul 10.00 WIB 1. Mengidentifikasi lokasi nyeri Pukul 10.03 WIB 1. Mengidentifikasi skala nyeri Pukul 10.08 WIB 1. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Pukul 10.25 WIB 1. Memberikan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri Pukul 10.28 WIB 1. Mengontrol suhu ruangan untuk memperingan nyeri	Tanggal : 14 November 2022 Pukul 10.45 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri perut kanan atas O : Pukul 11.05 WIB 1. Klien tampak meringis 2. Klien tampak gelisah 3. Klien tampak meringkuk menghindari rasa nyeri 4. Skala nyeri 6 TD : 150/100 mmHg A : Nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi manajemen nyeri (I08238)	Perawat  Yuni Fitriani

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
	Pukul 10.30 WIB - Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri - Memberikan lansoprazole 30 mg/24 jam	- Identifikasi lokasi nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Berikan teknik tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri - Kontrol suhu ruangan untuk memperingan rasa nyeri - Berikan lansoprazole 30 mg/24 jam melalui intra vena.	
3.	Tanggal : 15 November 2022 Pukul 12.45 Wib - Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri perut - Memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Pukul 13.00 WIB - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan pagar tempat tidur - Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan mobilisasi Pukul 13.15 WIB - Menjelaskan tujuan dari mobilisasi - Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (berjalan dari tempat tidur kekursi roda)	Tanggal : 14 November 2022 Pukul 13.46 WIB S : - Klien mengatakan badannya terasa lemah - Klien mengatakan takut saat hendak melakukan pergerakan - Klien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga O : Pukul 13.50 WIB - Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga - Klien tampak lemah dan terbaring ditempat tidur - Klien tampak hanya mampu menggeser ekstremitas bawah	Perawat  Yuni Fitriani

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
		4. Klien tampak tidak mampu mengangkat ekstremitas bawah A : Mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi (1.06171) 1. Monitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 2. Fasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan pagar tempat tidur 3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan mobilisasi 4. Ajarkan mobilisasi sederhana seperti berpindah dari tempat tidur ke kursi roda 5. Berikan comafun hepar 500 ml/24 jam melalui intra vena	

Hari ke-2

No.	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1.	Tanggal : 15 November 2022 Pukul 09.15 WIB 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia Pukul 09.30 WIB 1. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia Pukul 09.43 WIB 1. Meninggikan kepala tempat tidur 30-45° Pukul 09.45 WIB 1. Mengajarkan cara membatasi asupan cairan dan garam Pukul 08.00 WIB 1. Memberikan Metolazone 5 mg/12 jam 2. Memberikan infus comafun hepar 500 ml/24 jam	Tanggal 15 November 2022 S: Pukul 10.00 WIB 1. Klien mengatakan perutnya sudah terasa sedikit longgar 2. Klien mengatakan pada hari kedua BAK sehari 4 kali 3. Klien mengatakan nafas terasa berat saat berbaring sudah berkurang 4. Klien mengatakan sudah tidak sesak saat malam hari 5. Klien mengatakan perutnya terasa kembung sedikit berkurang O : Pukul 10.13 WIB 1. Perut klien tampak mulai mengempes dengan LP 56 cm 2. Perut klien sudah tidak mengalami asites 3. Sudah dilakukan pungsi asites 4. Tekanan darah 130/90 mmHg 5. Respirasi 22x/menit A :	Perawat  Yuni Fitriani

No.	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
		Hipervolemia teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi manajemen hipervolemia (1.03114) 1. Monitor tekanan darah 2. Observasi tanda dan gejala hipervolemia 3. Monitor tetesan infus secara tepat 4. Tinggikan kepala tempat tidur 30-45° 5. Berikan metolazone 5 mg/12 jam melalui intra vena	
2.	Tanggal : 15 November 2022 Pukul 10.25 WIB 1. Mengidentifikasi lokasi nyeri Pukul 10.30 WIB 1. mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (diperberat saat duduk, diperingan saat meringkuk) Pukul 10.35 WIB 1. Mengajarkan teknik tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri	Tanggal : 15 November 2022 S : Pukul 11.00 WIB 1. Klien mengatakan nyeri perut kanan atas sedikit berkurang O : Pukul 11.10 WIB 1. Tampak meringis pada wajah klien berkurang 2. Gelisah pada klien sudah berkurang 3. Klien sudah tidak meringkuk menghindari nyeri 4. Skala nyeri 3	Perawat  Yuni Fitriani

No.	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
	Pukul 10.40 WIB 1. Mengontrol suhu ruangan untuk memperingan nyeri Pukul 10.43 WIB 1. Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri Pukul 08.00 WIB 1. Memberikan lansoprazole 30 mg/24 jam melalui intra vena	A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi manajemen nyeri (1.08238) 1. Evaluasi teknik tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri 2. Identifikasi lokasi nyeri 3. Identifikasi skala nyeri 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Kontrol suhu ruangan untuk memperingan nyeri 6. Berikan lansoprazole 30 mg/24 jam melalui intra vena	
3.	Tanggal : 15 November 2022 Pukul 12.45 Wib 1. Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri perut 2. Memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Pukul 13.00 WIB 1. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan pagar tempat tidur	Tanggal : 15 November 2022 Pukul 13.30 WIB S : 1. Klien mengatakan masih ada nyeri diperut kanan atas 2. Klien mengatakan sedikit lemah 3. Klien mengatakan aktivitas masih dibantu dengan keluarga O : Pukul 13.40 WIB	Perawat  Yuni Fitriani

No.	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat				
	2. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan mobilitasi Pukul 13.15 WIB 1. Menjelaskan tujuan dari mobilitasi 2. Mengajarkan mobilitasi sederhana yang harus dilakukan (Berjalan dari tempat tidur kekursi roda)	1. Aktivitas klien tampak dibantu dengan keluarga Pukul 13.55 WIB 2. Klien tampak lemah <table><tr><td>5555</td><td>5555</td></tr><tr><td>3333</td><td>3333</td></tr></table> A : Mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi dukungan mobilitasi (I.06171) 1. Monitor tekanan darah sebelum memulai mobilitasi 2. Fasilitasi aktivitas mobilitasi menggunakan pagar tempat tidur 3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan mobilitasi 4. Ajarkan mobilitasi sederhana seperti berpindah dari tempat tidur kekursi roda	5555	5555	3333	3333	
5555	5555						
3333	3333						

Hari ke-3

No.	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1.	Tanggal : 16 November 2022 Pukul 09.15 WIB - Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia Pukul 09.20 WIB - Mengidentifikasi penyebab hipervolemia Pukul 09.35 WIB - Meninggikan kepala tempat tidur 30-45° Pukul 09.40 WIB - Mengajarkan cara membatasi cairan (minum sedikit perharinya) - Memberikan infus comafun hepar 500 ml/24 jam intra vena	Tanggal : 16 November 2022 S: Pukul 10.00 WIB - Klien mengatakan perutnya sudah terasa lebih longgar - Klien mengatakan pada hari ketiga BAK sehari 6 kali - Klien mengatakan nafas sudah tidak berat saat berbaring - Klien mengatakan sudah tidak sesak saat tidur malam hari - Klien mengatakan perutnya sudah tidak kembung O : Pukul 10.13 WIB - Perut klien tampak tidak buncit - Perut klien sudah tidak mengalami asites dengan LP 56 cm - Klien sudah dilakukan pungsi asites - Tekanan darah 120/80 mmHg - Respirasi 18x/menit A : Hipervolemia teratasi P : Hentikan intervensi manajemen hipervolemia (1.03114)	Perawat  Yuni Fitriani
2.	Tanggal : 16 November 2022 Pukul 10.25 WIB Mengidentifikasi lokasi nyeri Pukul 10.28 WIB	Tanggal : 16 November 2022 S: Pukul 15.30 WIB	Perawat 

No.	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
	1. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 2. Mengajarkan teknik tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri Pukul 14.45 WIB 1. Mengontrol suhu ruangan untuk mengurangi nyeri Pukul 14.47 WIB 1. Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri Pukul 08.00 WIB 1. Memberikan lansoprazole 30 mg/24 jam	1. Klien mengatakan masih ada nyeri perut kanan atas namun hilang timbul 2. Klien mengatakan mampu melakukan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri O : Pukul 15.35 WIB 1. Klien terkadang tampak masih meringis 2. Klien sudah tidak gelisah 3. Klien terkadang tampak meringuk untuk menghindari nyeri 4. Skala nyeri 1 A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Hentikan intervensi manajemen nyeri (I08238)	Yuni Fitriani
3.	Tanggal : 16 November 2022 Pukul 09.15 WIB 1. Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri perut 2. Memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Pukul 10.00 WIB 1. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan pagar tempat tidur 2. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan mobilisasi Pukul 10.15 WIB	Tanggal : 16 November 2022 S: Pukul 10.15 WIB S : 1. Klien mengatakan masih ada nyeri perut kanan atas namun hilang timbul 2. Klien mengatakan merasa sedikit lemah 3. Klien mengatakan aktivitas sebagian dibantu keluarga O : Pukul 13.40 WIB	Perawat  Yuni Fitriani

No.	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
	- Menjelaskan tujuan dari mobilisasi - Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda)	- Aktivitas klien dilakukan secara mandiri dan dibantu keluarga Pukul 13.55 WIB - Klien tampak duduk dipinggir tempat tidur - Kekuatan otot klien meningkat namun belum seluruhnya $\begin{array}{r} 5555 \\ 4444 \\ \hline 5555 \end{array}$ A : Mobilitas fisik teratasi sebagian P : Hentikan intervensi dukungan mobilisasi (I.05173) Edukasi melakukan mobilisasi secara mandiri	