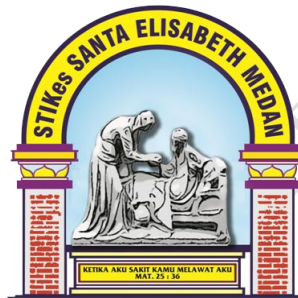


**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN  
GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN *CHRONIC KIDNEY  
DISEASE* (CKD ) PADA NY.D DI RUANG RAWAT INAP  
ST. LIDWINA RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH  
MEDAN TAHUN 2025**

**KARYA ILMIAH AKHIR**



**Oleh:**

**Eni Silvia Ratna Sari Lumbangaol**  
**NIM 052025058**

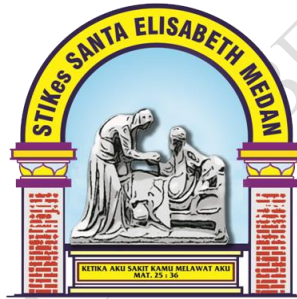
**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH  
MEDAN  
TAHUN 2025/2026**



**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN  
GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN: CHRONIC KIDNEY  
DISEASE PADA NY.D DI RUANG RAWAT INAP ST.  
LIDWINA RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH  
MEDAN TAHUN 2025**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners  
Program Studi Profesi Ners  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan




**Oleh:**

**Eni Silvia Ratna Sari Lumbangaol**  
**NIM. 052025058**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH  
MEDAN  
TAHUN 2025/2026**



 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



---

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DI SETUJUI UNTUK DI  
PERTAHANKAN PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR  
TANGGAL, 02 Maret 2026



MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan

  
  
PRODI NERS

(Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep)

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

  
  
PRODI NERS

(Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc)

---

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan  
iii



LEMBAR PENETAPAN PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DI PERTAHANKAN DI DEPAN TIM  
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN  
PADA TANGGAL 02 MARET 2026

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN:

Ketua : Jagentar Parlindungan Pane, S.Kep.,Ns., M.Kep

Anggota 1 : Lindawati F. Tampubolon, S.Kep.,Ns., M.Kep

Anggota 2 : Vina Y.S Sigalingging, S.Kep.,Ns., M.Kep



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PERSETUJUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar  
Ners (Ns)

Oleh:

Eni Silvia Ratna Sari Lumbangaol

Medan, 02 Maret 2026

Menyetujui ,

Ketua pengji

(Jagentar Parlindungan Pane, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Anggota I

(Lindawati F. Tampubolon, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Anggota II

(Vina Yolanda Sari Sihombing, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

v



## SINOPSIS

Eni Silvia Ratna Sari Lumbangaol, 052025058

Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dengan Gangguan Sistem Perkemihan :  
Chronic Kidney Disease Pada Ny.D Di Ruang St. Lidwina RS Santa Elisabeth  
Medan Tahun 2025.

Program Pendidikan Profesi Ners Tahun 2025

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Gagal Ginjal Kronis

Gagal ginjal kronik merupakan suatu kondisi yang ditandai dengan adanya kehilangan fungsi ginjal secara progressif dan bersifat *irreversible*. Penurunan fungsi ginjal disertai dengan adanya penurunan *glomerular Filtration Rate* [GFR] kurang dari 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> selama minimal 3 bulan. Karya ilmiah ini bertujuan untuk membahas pengkajian dan pengobatan pada pasien gagal ginjal kronik. Metode dalam karya ilmiah ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Perkemihan *Chronic Kidney Disease* pada Ny. D di Ruang St. Lidwina RS Santa Elisabeth Medan. Hasil : Manifestasi klinis yang muncul pada kasus *Chronic Kidney Disease* terjadi kesenjangan antara literature buku dan data yang ada dilapangan. Penentuan diagnosa keperawatan juga disesuaikan dengan standar diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI). Penentuan rencana keperawatan yang diberikan pada pasien dengan pemantauan intake dan output cairan, pemantauan hipervolemia, pemberian EBN mengedukasi pembatasan cairan.



**KATA PENGANTAR**

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena rahmat dan karunia-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Adapun judul karya ilmiah akhir ini adalah **“Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dengan Gangguan Sistem Perkemihan : CKD Pada NY.D di Ruang Rawat Inap St. lidwina Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 2025”**. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan jenjang Profesi Ners Program Studi Ners Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, saya telah banyak mendapat bantuan, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu saya mengucapkan terimakasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep.,DNSc selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti serta menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
2. dr. Eddy Jefferson Ritonga, Sp.OT(K) Sport Injury selaku Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan penulis mengangkat kasus kelolaan untuk karya ilmiah akhir di RS Elisabeth Medan.
3. Lindawati F. Tampubolon,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku ketua Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan penulis untuk mengikuti penyusunan karya ilmiah akhir ini.



4. Jagentar Parlindungan Pane, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing I sekaligus penguji I yang telah sabar dan banyak memberikan waktu dalam membimbing dan memberikan arahan dengan sangat baik dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Lindawati F. Tampubolon, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji II saya, yang telah memberi waktu dalam membimbing dan menguji saya pada karya ilmiah akhir ini.
6. Vina Yolanda Sari Sigalingging, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji III saya, yang telah memberi waktu dalam membimbing dan menguji saya pada karya ilmiah akhir ini.
7. Kepada seluruh dosen yang telah membimbing, memberikan dukungan, motivasi kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik.
8. Seluruh teman-teman mahasiswa Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan angkatan Tahun 2025.
9. Teristimewa kepada kedua orangtua tercinta yang telah memberi kasih sayang, nasihat, dukungan moral, dan material sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik.

Saya menyadari bahwa penulisan karya ilmiah akhir ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati saya menerima kritik dan saran membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa mencurahkan berkat dan karunia-Nya kepada semua pihak yang telah membantu penulis. Harapan penulis semoga karya ilmiah akhir ini



dapat bermanfaat untuk pembangunan ilmu pengetahuan khususnya dalam profesi keperawatan.

Medan, 02 maret 2026

Penulis

(Eni Silvia Ratna Sari Lumbangaol)



DAFTAR ISI

	Halaman
<b>SAMPUL DEPAN</b> .....	i
<b>SAMPUL DALAM</b> .....	ii
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	iii
<b>LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI</b> .....	iv
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vi
<b>SINOPSIS</b> .....	viii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	3
1.3. Tujuan .....	4
1.3.1 Tujuan umum .....	4
1.3.2 Tujuan khusus .....	4
1.4. Manfaat Penelitian .....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	5
1.4.2 Manfaat praktis .....	5
<b>BAB 2 TINJAUAN TEORITIS</b> .....	<b>6</b>
2.1. Konsep Dasar Medis .....	6
2.1.1 Defenisi .....	6
2.1.2 Anatomi fisiologi ginjal.....	7
2.1.3 Fisiologi.....	9
2.1.4 Patofisiologi .....	10
2.1.5 Manifestasi Klinis.....	10
2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik .....	11
2.1.7 Penatalaksanaan.....	13
2.1.8 . Komplikasi .....	15
2.2. Konsep Dasar Keperawatan.....	19
2.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	19
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	20
2.2.3 Intervensi Keperawatan .....	21
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	21
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	24
<b>Case Study</b> .....	25
<b>BAB 3 PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN</b> .....	<b>26</b>
<b>BAB 4 PEMBAHASAN</b> .....	<b>63</b>
4.1. Pengkajian Keperawatan.....	63
4.2. Diagnosa Keperawatan .....	64
4.3. Intervensi Keperawatan .....	65



4.4. Implementasi Keperawatan .....	66
4.5. Evaluasi Keperawatan.....	66
<b>BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>67</b>
5.1. Simpulan .....	67
5.2. Saran.....	68
5.2.1. Bagi Mahasiswa .....	68
5.2.2. Bagi Institusi Pendidikan .....	68
5.2.3. Bagi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.....	68
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>69</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>70</b>
<b>MIND MAPPING .....</b>	<b>71</b>



## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Menurut Brunner & Suddarth, (2018) Penyakit ginjal kronis adalah istilah umum yang menggambarkan kerusakan ginjal atau penurunan laju filtrasi glomerulus (GFR) yang berlangsung selama 3 bulan atau lebih. CKD dikaitkan dengan penurunan kualitas hidup, peningkatan pengeluaran perawatan kesehatan, dan kematian dini. CKD yang tidak diobati dapat menyebabkan penyakit ginjal stadium akhir (ESKD), yang merupakan stadium akhir dari CKD. ESKD mengakibatkan retensi produk limbah uremik dan kebutuhan akan terapi pengganti ginjal, dialisis, atau transplantasi ginjal. Faktor risiko meliputi penyakit kardiovaskular, diabetes, hipertensi, dan obesitas.

Diabetes adalah penyebab utama penyakit ginjal kronis (CKD). Lebih dari 35% populasi AS berusia 20 tahun ke atas yang menderita diabetes mengidap CKD (CDC, 2014). Diabetes adalah penyebab utama penyakit ginjal pada pasien yang memulai terapi pengganti ginjal. Penyebab utama kedua adalah hipertensi, diikuti oleh glomerulonefritis dan pielonefritis; gangguan polikistik, herediter, atau kongenital; dan kanker ginjal. Lebih dari 20% populasi AS berusia 20 tahun ke atas yang menderita hipertensi mengidap CKD.

Karena ginjal memiliki kemampuan adaptasi yang tinggi, penyakit ginjal seringkali tidak terdiagnosis hingga terjadi kehilangan nefron yang cukup besar. Pasien dengan penyakit ginjal kronis (CKD) seringkali tidak menunjukkan gejala, sehingga CKD seringkali tidak terdiagnosis dan tidak diobati. Diperkirakan

sekitar 70% penderita CKD tidak menyadari bahwa mereka mengidap penyakit tersebut Lewis's, (2020).

Menurut data World Health Organization, (2021), prevalensi penyakit chronic kidney disease (CKD), diperkirakan mencapai 434,3 juta (95%) orang dewasa dengan chronic kidney disease (CKD), termasuk sekitar 65,6 juta orang dengan chronic kidney disease (CKD). Pada saat yang sama, jumlah penderita chronic kidney disease (CKD) yang dihemodialisa meningkat sebesar 8% setiap tahunnya dari tahun 2018.

Menurut data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018), dikatakan bahwa pada 2013 angka chronic kidney disease (CKD) di Indonesia pada usia 15 tahun sekitar 3,8 persen dan meningkat menjadi 2 persen. Saat ini, jumlah penduduk Indonesia diperkirakan mencapai 274 juta jiwa, sehingga jumlah pasien chronic kidney disease (CKD) menjadi 1.041.200 jiwa (Tim Riskesdas, 2019). Terdapat pada penderita chronic kidney disease (CKD) yang melakukan hemodialisa di tahun 2015 ada 238 jiwa yang mengikutinya, namun pada tahun 2017 jumlahnya bertambah sebanyak 568 pasien baru. Berdasarkan catatan pasien rumah sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, jumlah kedatangan pasien chronic kidney disease (CKD) di bagian hemodialisa tahun 2011 sebanyak 885 kunjungan dan tahun 2012 sebanyak 1.241 kunjungan.

Menurut Lewis (2019), masalah keperawatan yang sering timbul pada chronic kidney disease (CKD) cukup kompleks, yang meliputi: ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan penyakit ginjal, ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan disfungsi ginjal, gangguan nutrisi berhubungan dengan

peningkatan kebutuhan metabolisme dan ketidakefektifan koping berhubungan dengan tindakan medis. Ada beberapa intervensi yang dilakukan yaitu, memberitahukan kepada pasien untuk melakukan teknik relaksasi dan menjelaskan tentang perjalanan penyakit (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Selain menimbulkan gangguan pada keadaan fisik, chronic kidney disease (CKD) dapat juga mengakibatkan gangguan psikologis, salah satunya yaitu depresi yang memperburuk keadaan pasien (PPNI, 2018). Terus meningkatnya angka Chronic Kidney Disease (CKD) dengan hemodialisis membuat Kementerian Kesehatan Republik Indonesia membuat strategi untuk mengatasi hal tersebut dengan upaya pencegahan dan pengendalian chronic kidney disease (CKD) melalui peningkatan tindakan promosi dan pencegahan untuk perubahan gaya hidup. Yaitu pola makan yang sehat (rendah lemak, rendah garam, tinggi serat), melalui aktivitas fisik yang teratur, mengontrol tekanan darah dan gula darah, pemantauan berat badan (BB), meminum minimal 2 liter air putih sehari, tidak minum obat yang sedang tidak disarankan dan dilarang merokok. Dan pemerintah juga sedang menggalakkan rancangan program Posbindu Pelayanan Penyakit Menular agar deteksi dini chronic kidney disease (CKD) dapat dilaksanakan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, (2018).

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang diuraikan diatas, maka rumusan masalah pada asuhan keperawatan ini adalah bagaimana asuhan keperawatan medikal medah pada pasien dengan CKD on hd diruangan lidwina RS. Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.

### 1.3 Tujuan

Penulis dapat mengetahui dan memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan asuhan keperawatan medikal bedah dengan gangguan sistem perkemihan Chronic Kidney Disease (CKD) stage v pada Ny.D di st.lidwina Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2025.

#### 1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk mengetahui asuhan keperawatan medikal bedah pada Ny.D dengan CKD on hd di ruangan Santa Lidwina RS. Santa Elisabeth Medan tahun 2025

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah pada Ny.D dengan CKD (*chronic kidney disease*) diruangan st.lidwina rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.
2. Mampu menegakkan diagnosa keperawatan medikal bedah pada Ny.D dengan CKD (*chronic kidney disease*) berdasarkan hasil pengkajian di Ruangan st.lidwina Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.
3. Mampu menyusun perencanaan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan CKD (*chronic kidney disease*) berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan di Ruangan st.lidwina Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.
4. Mampu melakukan implementasi asuhan medikal bedah pada pasien dengan CKD (*chronic kidney disease*) berdasarkan rencana tindakan yang

telah disusun di Ruang st.lidwina Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.

5. Mampu melakukan evaluasi asuhan keperawatan berdasarkan tindakan keperawatan yang diberikan kepada ny.d selama mendapatkan perawatan di Ruang st.lidwina Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.

#### **1.4 Manfaat**

##### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Sebagai bahan referensi untuk meningkatkan pemahaman mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD (*chronic kidney disease*).

##### **1.4.2 Manfaat praktis**

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat memberikan masukan atau saran dan bahan dalam merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD.

2. Bagi Pendidikan Keperawatan

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD.

3. Bagi Lahan Praktek

Dapat memberikan pelayanan yang komprehensif sehingga mampu meningkatkan mutu pelayanan yang optimal dalam pengaplikasian asuhan keperawatan CKD .



## BAB 2 TINJAUAN TEORITIS

### 2.1 Konsep Dasar Medis

#### 2.1.1 Definisi

Gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi renal (ginjal) progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit yang menyebabkan uremia yakni adanya retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah (Brunner & Suddarth, 2018). Penyakit gagal ginjal kronik adalah suatu proses patofisiologis dan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Gagal ginjal merupakan suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang ireversibel pada suatu derajat dimana memerlukan terapi ginjal yang tetap, berupa dialisis atau transpaltasi ginjal. Salah satu sindrom klinik yang terjadi pada gagal ginjal adalah uremia. Hal ini disebabkan karena menurunnya fungsi ginjal Lewis's, (2020).

Beberapa penyebab CKD antara lain diabetes, hipertensi, penyakit ginjal kronis lain, dan faktor genetik. CKD dapat menyebabkan berbagai gejala seperti bengkak pada kaki dan tangan, perubahan pola buang air kecil, mual, lelah, sulit tidur, dan lain-lain. Dalam stadium akhir, CKD dapat menyebabkan kegawatan yang memerlukan terapi pengganti ginjal seperti dialisis atau transplantasi ginjal. Jadi pada pasien chronic kidney disease (CKD) ini terjadinya kerusakan pada fungsi ginjal, sehingga organ di ginjal tidak dapat mengangkut sisa metabolisme endogen yang berupa zat-zat yang di keluarkan melalui urin dan terakumulasi

dalam cairan tubuh dan dapat menyebabkan gangguan pada fungsi endokrin dan metabolik, cairan elektrolit dan asam-basa (Brunner & Suddarth, 2018).

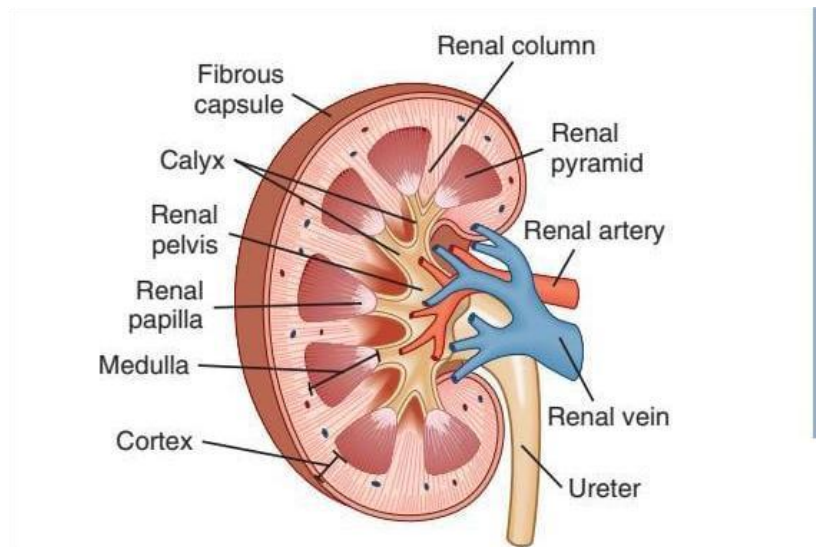
Gagal ginjal kronis melibatkan kerusakan nefron yang progresif dan ireversibel di kedua ginjal. Proses penyakit ini berkembang hingga sebagian besar nefron hancur dan digantikan oleh jaringan parut yang tidak berfungsi. Ginjal memiliki cadangan fungsional yang luar biasa. Hingga 80% dari GFR (yang tercermin dalam pengukuran klirens kreatinin) dapat hilang dengan sedikit perubahan nyata dalam fungsi tubuh. Seseorang dilahirkan dengan 2 juta nefron dan dapat bertahan hidup (walaupun dengan kesulitan) hanya dengan 20.000 nefron (Lewis, 2014).

### 2.1.2 Anatomi fisiologi ginjal

#### 1. Anatomi ginjal

Menurut Lewis's,(2020), penyebab penyakit gagal ginjal kronik bermacam-macam, ada dua penyebab utama yang paling banyak memiliki banyak penyebab berbeda. Utama adalah diabetes (sebesar 50%) dan hipertensi sebesar (25%) penyebab lainnya yakni glomerulonefritis, penyakit kistik, dan urologis; penyakit nefropati obstruksi, pielonefritis kronik, nefropati asam urat, nefropati lupus ginjal polikistik dan lain-lain. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

## 1. anatomi Ginjal



Gambar 1. anatomi ginjal

merupakan organ yang berada di rongga abdomen, lebih tepatnya dibelakang peritoneum yang berjumlah sepasang. Ginjal terletak di kanan dan di kiri kolumna vertebralis, tepatnya dari vertebrata thoracal 12 (VT 12) hingga vertebrata lumbal 3 (VL3). Ukuran ginjal pada orang dewasa sangat bervariasi, tetapi rerata ukuran ginjal orang dewasa dengan panjang kurang lebih 11-12 cm, lebar kurang lebih 5-7 cm, dan tebal 2,3-3 cm (Lewis, 2014). Bagian atas ureter memasuki ginjal dan membentuk pelvis ginjal, yang dibagi menjadi dua atau tiga tabung yang disebut calyces utama. Calyces utama ini dibagi lagi menjadi calyces minor (Lewis, 2014). Bersama dengan pelvis ginjal, ginjal berisi dua divisi utama lain. Salah satunya adalah medula ginjal, yang memegang piramida ginjal. bagian-bagian dari ginjal adalah kumpulan jaringan berbentuk kerucut, yang memiliki tubulus. Tubulus ini bekerja menggerakkan urine dari bagian terluar dalam anatomi ginjal ke bagian dalam dari calyces. Struktur utama lain dari anatomi

ginjal adalah korteks ginjal. sebuah korteks ginjal membungkus medulla ginjal, dan mengisi ruang antara piramida ginjal, daerah ini dikenal sebagai kolom ginjal. korteks ini juga memegang bagian dari nefron (Lewis, 2014).

### 2.1.3. Fisiologi

Ginjal memiliki fungsi yang vital untuk mengatur komposisi kimia darah dan volume cairan yang masuk dengan yang keluar. Ginjal berfungsi mengekskresikan cairan dan zat terlarut yang ada dengan selektif. Ginjal pun memiliki salah satu fungsi yang penting yaitu membersihkan tubuh dari zat-zat yang tidak dibutuhkan dengan kecepatan yang bervariasi, tergantung dari kebutuhan tubuh sendiri. Zat-zat yang tidak dibutuhkan yang dimaksud seperti kreatinin (yang berasal dari keratin otot), ureum (yang berasal dari metabolisme asam amino), asam urat (yang berasal dari asam nukleat), dan bilirubin yang merupakan hasil akhir dari pemecahan hemoglobin (Lewis, 2014).

Tahapan penyakit ginjal kronis:

Tahapan-tahapan tersebut didasarkan pada GFR. GFR normal adalah 125ml/min/1,73m.

a. Tahap 1

GFR 290 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> Kerusakan ginjal dengan GFR normal atau meningkat.

b. Tahap 2

GFR 60-89 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> Penurunan GFR ringan

c. Tahap 3

GFR 30-59 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> Penurunan GFR sedang

d. Tahap 4

Laju filtrasi glomerulus (GFR) = 15-29 mL/menit/1,73 m<sup>2</sup> Penurunan GFR yang parah

e. Tahap 5

Laju filtrasi glomerulus (GFR) <15 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> Penyakit ginjal stadium akhir atau penyakit ginjal kronis.

#### 2.1.4 Patofisiologi

Menurut Brunner & Suddarth, (2018) Saat fungsi ginjal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang biasanya dikeluarkan melalui urin) menumpuk dalam darah. Uremia berkembang dan berdampak buruk pada setiap sistem dalam tubuh. Semakin besar penumpukan produk limbah, semakin parah gejalanya.

Laju penurunan fungsi ginjal dan perkembangan ESKD berhubungan dengan gangguan yang mendasarinya, ekskresi protein dalam urin, dan adanya hipertensi. Penyakit ini cenderung berkembang lebih cepat pada pasien yang mengeluarkan protein dalam jumlah signifikan atau memiliki tekanan darah tinggi dibandingkan pada pasien tanpa kondisi tersebut.

#### 2.1.5 Manifestasi klinis

Karena hampir setiap sistem tubuh terpengaruh pada ESKD, pasien menunjukkan sejumlah tanda dan gejala. Tingkat keparahan tanda dan gejala ini sebagian bergantung pada tingkat gangguan ginjal, kondisi mendasar lainnya, dan usia pasien. Penyakit kardiovaskular adalah penyebab utama kematian pada pasien dengan ESKD. Neuropati perifer, suatu gangguan pada sistem saraf perifer, terdapat pada beberapa pasien. Pasien mengeluhkan nyeri dan ketidaknyamanan

yang parah. Sindrom kaki gelisah dan kaki terbakar dapat terjadi pada tahap awal neuropati perifer uremik. Mekanisme pasti untuk banyak tanda dan gejala sistemik ini belum teridentifikasi. Namun, secara umum diperkirakan bahwa akumulasi produk limbah uremik adalah penyebab yang mungkin.

### 2.1.6 Pemeriksaan diagnostik

Menurut Lewis (2019), untuk mengetahui diagnosis penyakit gagal ginjal kronis adalah sebagai berikut :

1. Radiologi

Ditunjukkan untuk menilai keadaan ginjal dan derajat komplikasi ginjal :

2. Biopsi ginjal

dilakukan secara endoskopik untuk menentukan sel jaringan untuk diagnosis histologis

3. Endoskopi ginjal

dilakukan untuk menentukan pelvis ginjal

4. Foto Polos Abdomen

untuk menilai besar dan bentuk ginjal, serta adakah batu atau sumbatan lain

5. Pielografi Intravena

untuk menilai sistem pelviokalis dan ureter, beresiko terjadi penurunan faal ginjal pada usia lanjut, diabetes melitus dan nefropati asam urat.

6. USG

untuk menilai besar dan bentuk ginjal, tebal parenkim ginjal, anatomi sistem pelviokalis, dan ureter proksimal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi sistem pelviokalis dan ureter proksimal, kandung kemih dan prostat.

## 7. Renogram

untuk menilai fungsi ginjal kanan dan kiri, lokasi gangguan (vaskuler, parenkim) serta sisa fungsi ginjal.

## 8. Pemeriksaan Radiologi Jantung

untuk mencari adanya kardiomegali dan efusi pericarditis.

## 9. Pemeriksaan radiologi paru

untuk mencari uremik lung yang disebabkan karena bendungan.

## 10. EKG

melihat kemungkinan adanya hipertrofi ventrikel kiri, tanda-tanda perikarditis, aritmia karena gangguan elektrolit (hiperkalemia).

## 11. Pemeriksaan Laboratorium

## 12. Darah

## 13. BUN/Kreatin : meningkat, biasanya meningkat dalam proporsi kadar

kreatinin 16 mg/dl di duga tahap akhir stadium 5, cara menghitung laju filiasi

glomerulus melalui kadar kreatin in adalah Rumus Cockcroft-Gault : Laki-

Laki  $GFR = (140 - \text{usia}) \times BB \times 1,73 \text{ 72} \times Pcr$  Wanita  $GFR = (140 - \text{usia}) \times BB$

$\times 0,85 \text{ 72} \times Pcr$  Keterangan : Pcr : kadar kreatinin dalam darah (mg/dL) b.

Hitung darah lengkap : Hematokrit menurun pada anemia hemoglobin.

Keterangan :

a. Pcr : kadar kreatinin dalam darah (mg/dL)

b. Hitung darah lengkap : Hematokrit menurun pada anemia hemoglobin

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan Sekolah Tinggi Ilmu

Kesehatan Santa Elisabeth Medan kurang dari 7 g/dL

c. Albumin, kadar serum menurun dapat menunjukkan kehilangan protein melalui urine, perpindahan cairan, penurunan pemasukan, atau penurunan sintesis karena kurang asam amino esensial.

d. Urine

Volume biasanya berkurang dari 400 ml/jam (oliguria) atau tidak ada urine sama sekali (anuria), terdapat perubahan warna yang mungkin disebabkan oleh pus/nanah, bakteri, lemak, partikel koloid, fosfat, sedimen kotor, warna kecoklatan menunjukkan adanya darah, miglobin dan porfirin.

### 2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Lewis (2019), penatalaksanaan penyakit ginjal kronis dapat dibedakan menjadi dua bagian yaitu :

Penatalaksanaan medis

a. Terapi farmakologis

Terapi pada pasien dengan gagal ginjal kronis bertujuan untuk mengurangi hipertensi intraGlomerulus dengan pemberian obat antihipertensi. Penggunaan obat antihipertensi bermanfaat untuk memperkecil risiko kardiovaskular dan juga memperlambat kerusakan nefron. Beberapa obat antihipertensi, seperti ACEI (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor) benazepril, melalui berbagai penelitian terbukti dapat memperlambat proses perburukan fungsi ginjal.

Menurut Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO), terapi farmakologi dengan ACEI atau ARB (Angiotensin Receptor Blocker) diberikan pada pasien penyakit ginjal kronis dengan diabetes yang menunjukkan hasil pemeriksaan ekskresi albumin urin 30–300 mg/24 jam atau pada pasien tanpa

diabetes dengan ekskresi albumin urin  $> 300$  mg/24 jam. Tekanan darah yang direkomendasikan pada pasien penyakit ginjal kronis adalah 120–139.

Terapi pada pasien dengan gagal ginjal kronis bertujuan untuk mengurangi hipertensi intraGlomerulus dengan pemberian obat antihipertensi. Penggunaan obat antihipertensi bermanfaat untuk memperkecil risiko kardiovaskular dan juga memperlambat kerusakan nefron. Beberapa obat antihipertensi, seperti ACEI (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor) benazepril, melalui berbagai penelitian terbukti dapat memperlambat proses perburukan fungsi ginjal. Menurut *Kidney Disease Improving*.

Pembatasan Asupan Protein Tujuan dari terapi konservatif pada pasien penyakit ginjal kronis selain menghambat progresifitas kerusakan ginjal, juga mengoreksi faktor yang bersifat reversibel dan mengatasi keluhan simptomatik yang timbul. Pembatasan asupan protein merupakan salah satu bagian dari terapi konservatif pada pasien penyakit ginjal kronis. Pembatasan asupan protein mulai dilakukan pada  $GFR \leq 60$  ml/menit, sedangkan di atas nilai tersebut pembatasan asupan protein tidak selalu dianjurkan. Protein diberikan sebanyak 0,6 - 0,8 /kgBB/hari yang 0,35 – 0,50 gr di antaranya merupakan protein dengan nilai biologi tinggi (Usherwood & Vincent H.L. Lee, 2021).

Terapi pengganti ginjal seperti dialisis peritoneal dan hemodialisa diindikasikan pada pasien penyakit ginjal kronis stadium 5 dengan  $GFR < 15$  (ml/menit/1.73 m<sup>2</sup>), serta terdapat satu atau lebih dari adanya tanda dan gejala pada penyakit ginjal kronis seperti pruritus, gangguan asam basa dan elektrolit. Kelebihan volume cairan tubuh (overload) dan tekanan darah yang tidak

terkontrol. Perburukan pada status gizi pasien dengan penyakit ginjal kronis yang tidak membaik dengan intervensi diet. Gangguan kognitif maupun penurunan kesadaran. Terapi pengganti ginjal dengan hemodialisa menggunakan mesin hemodialisis dan dialiser. Dialisis dilakukan secara intermitten yaitu antara 4-6 jam/kali, 3 sampai 6 kali/minggu. Efek yang kurang menguntungkan dari hemodialisa adalah hemodinamik yang tidak stabil. Pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisa, seringkali mengalami hipotensi atau gangguan hemodinamik lainnya setelah hemodialisa berlangsung (American Association of Critical Care Nurses, 2006).

Transplantasi Ginjal Transplantasi ginjal merupakan terapi pengganti utama ginjal pada pasien penyakit ginjal kronis dengan stadium 5, yang telah memasuki gagal ginjal tahap akhir. Apabila proses transplantasi ginjal berlangsung berhasil maka terapi ini merupakan terapi yang paling ideal untuk mengatasi keseluruhan penurunan fungsi ginjal. Umumnya semua pasien penyakit ginjal kronis dengan gagal ginjal tahap akhir dipertimbangkan sebagai calon resipien transplantasi ginjal, kecuali jika pasien tersebut mengalami penyakit keganasan sistemik, infeksi kronis, penyakit kardiovaskuler yang berat, ataupun pasien dengan gangguan neuropsikiatri yang dapat mengganggu kepatuhan dalam mengonsumsi obat immunosupresif pasca transplantasi ginjal.

### **2.1.8 . Komplikasi**

Menurut Lewis, (2019) komplikasi yang dialami oleh pasien dengan gagal ginjal adalah :

1. Anemia

Sebagian besar penderita gagal ginjal kronis akan mengalami defisiensi sistem pembentukan darah sehingga terjadi anemia. Anemia adalah suatu kondisi di mana jumlah sel darah merah (eritrosit) dalam tubuh menurun.

Gagal ginjal merupakan penyebab umum anemia dalam tubuh karena hubungan erat antara anemia dan ginjal. Munculnya anemia pada pasien gagal ginjal ditentukan oleh fungsi ginjal. Fisiologi ginjal normal akan menghasilkan EPO, hormon yang membantu pembentukan sel darah merah di sumsum tulang belakang. Hormon EPO tidak akan diproduksi secara optimal jika fungsi ginjal hanya 50% atau bahkan kurang dari itu. Akibatnya, gejala anemia seperti lemas, pucat, dan gejala lain yang khas dari anemia akan mulai muncul.

2. Hipertensi

Penyakit ginjal kronis adalah proses patologis yang mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif dan irreversibel, dan hipertensi atau peningkatan tekanan darah di atas ambang batas normal, adalah salah satu konsekuensi dari penyakit gagal ginjal. Tubuh manusia membutuhkan suplai darah yang bersih agar semua organ dapat berfungsi dengan baik. Ginjal bertugas mengantarkan darah bersih ke jantung, yang kemudian didistribusikan ke seluruh tubuh. Ginjal yang telah rusak tidak dapat melakukan fungsi ini, menyebabkan tekanan darah meningkat. Tanda dan gejala lain termasuk penurunan haluaran urin atau kesulitan buang air kecil.

3. Asam urat edema (retensi cairan), dan peningkatan frekuensi buang air kecil; terutama pada malam hari.

Penyebab utama kematian pada CKD adalah penyakit pembuluh darah, khususnya hipertensi. Secara umum akan terjadi penurunan massa ginjal yang dapat mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional dari nefron yang tersisa. Pasien dengan gangguan ginjal biasanya memiliki komposisi atau volume urin yang abnormal, seperti adanya sel darah merah atau protein dalam jumlah tertentu. Asam urat adalah komplikasi lain dari gagal ginjal. Ginjal pada pasien penyakit ginjal kronis tidak dapat berfungsi dengan baik seperti menyaring darah, mencegah tubuh mengeluarkan zat sisa metabolisme seperti asam urat, urea dan kreatinin. Penurunan fungsi ginjal pada pasien akan menyebabkan kondisi hiperurisemia. Hiperurisemia adalah kondisi dimana produksi asam urat terjadi ketika kelarutan asam urat dalam serum melebihi ambang batas karena ketidakseimbangan antara produksi dan sekresi. Akibatnya asam urat dalam bentuk garam terutama monosodium menumpuk di jaringan.

4. Asidosis metabolik

disebabkan oleh ketidakmampuan ginjal untuk menjalankan fungsinya dalam mengeluarkan  $H^+$  (asam) yang berlebihan. Penurunan ekskresi  $H^+$  terjadi karena ketidakmampuan tubulus ginjal untuk mensekresikan  $NH_3$  amonia dan menyerap  $HCO_3$  (natrium bikarbonat), serta penurunan ekskresi asam organik dan fosfat. Asidosis berkontribusi terhadap anoreksia, kelelahan, dan mual pada pasien uremik. Pernapasan kussmaul adalah napas berat dan dalam, gejala yang jelas dari asidosis yang disebabkan oleh kebutuhan meningkatkan ekskresi karbon dioksida untuk mengurangi asidosis.

#### 5. Edema paru

Edema menunjukkan adanya cairan berlebihan di jaringan tubuh. Edema paru adalah akumulasi cairan di interstisial dan alveolus paru yang terjadi secara mendadak. Hal ini dapat disebabkan oleh tekanan intravaskular yang tinggi (edem paru kardiogenik) atau karena peningkatan permeabilitas membran kapiler (edem paru non kardiogenik) yang mengakibatkan terjadinya ekstrasvasi cairan secara cepat sehingga terjadi gangguan pertukaran udara di alveoli secara progresif dan mengakibatkan hipoksia.

Hipoalbuminemia, yang merupakan karakteristik dari CKD, menyebabkan penurunan tekanan onkotik plasma yang kemudian mendorong pergerakan cairan dari kapiler paru. Pada sebagian besar keadaan, edema terutama terjadi pada kompartemen cairan ekstraselular, tapi dapat juga melibatkan kompartemen cairan intraselular. Edema intrasel terjadi karena aliran darah ke jaringan menurun, pengiriman oksigen dan nutrisi berkurang. Jika aliran darah menjadi sangat rendah untuk mempertahankan metabolisme jaringan normal, maka pompa ion membran sel menjadi tertekan. Bila hal ini terjadi, ion natrium yang biasanya masuk ke dalam sel tidak dapat lagi dipompa keluar dari sel, dan kelebihan ion natrium intrasel menimbulkan osmosis air ke dalam sel. Sedangkan edema ekstrasel disebabkan oleh filtrasi cairan kapiler yang berlebihan, yaitu kegagalan sistem limfatik untuk mengembalikan cairan dan interstisium ke dalam darah (American Association of Critical Care Nurses, 2006).

## 6. Uremic encephalopatý

Uremic Encephalopatý merupakan komplikasi dari CKD hal ini adalah kondisi keadaan disfungsi pada otak yang mengakibatkan penurunan kesadaran, perubahan tingkah laku dan kejang disebabkan oleh kelainan otak maupun di luar otak. Sindroma klinis dan labororatik yang muncul pada pasien uremic encephalopathy adalah peningkatan uremia yang terjadi pada semua organ akibat penurunan fungsi ginjal yang mana terjadi retensi sisa pembuangan metabolisme protein dengan nilai kadar ureum  $>50$  mg/dl.

## 2.2 Konsep Dasar Keperawatan

2.2.1. Pengkajian Menurut Lewis, (2019), pengkajian yang dilakukan adalah

1. Riwayat penyakit terdahulu
2. Riwayat kesehatan keluarga
3. Penyakit terdahulu seperti : diabetes melitus, hipertensi, dan lupus eritematosus sistemik obat bebas terbatas dan obat herbal
4. Penggunaan obat yang berpotensi nefrotoksik seperti : obat resep,
5. Riwayat penggunaan obat dekongestan dan antihistamin yang mengandung pseudoefedrin dan fenilefrin menyebabkan vasokonstriksi dan menyebabkan peningkatan tekanan darah.
6. Riwayat penggunaan antasid, magnesium dan aluminium dari antasida dapat terakumulasi dalam tubuh karena tidak dapat dikeluarkan.
7. Riwayat penggunaan NSAID ( Non Steroid Anti Inflammation Drugs ) seperti : aspirin, asetaminofen, ibuprofen dan naproxen dan analgesik dalam

kombinasi dalam jumlah besar dapat menyebabkan perkembangan AKI dan progresi CKD, terutama bila dikonsumsi dalam dosis yang lebih tinggi dari yang direkomendasikan.

8. Pola makan dan pola hidup pasien, dan
9. Aktivitas sosial, pekerjaan, citra diri dan keadaan emosional

### 2.2.2. Diagnosis Keperawatan

Menurut Lewis, (2019), diagnosa keperawatan yang ditegakkan terdiri dari:

1. Volume cairan berlebih terkait berhubungan dengan gangguan fungsi ginjal
2. Risiko ketidakseimbangan elektrolit terkait berhubungan dengan gangguan fungsi ginjal yang mengakibatkan hiperkalemia, hiperfosfatemia, dan perubahan metabolisme vitamin D
3. Nutrisi tidak seimbang: kurang dari kebutuhan tubuh terkait dengan anoreksia, dan stomatitis.
4. Kurangnya pengetahuan mengenai kondisi dan pengobatan
5. Intoleransi aktivitas terkait dengan kelelahan, anemia, retensi produk limbah, dan prosedur dialisis.
6. Gangguan harga diri terkait dengan ketergantungan, perubahan peran, perubahan citra tubuh, dan penurunan fungsi seksual.
7. Hiperkalemia; perikarditis, efusi perikardi, dan tamponade perikardial, hipertensi, anemia, penyakit tulang dan kalsifikasi metastatik.

### 2.2.3 Intervensi

Terapi, hipokalsemia, keterbatasan asupan nutrisi (terutama protein), mual, muntah, Menurut Lewis, (2019), tujuan keseluruhannya adalah pasien CKD akan :

1. Menunjukkan pengetahuan dan kemampuan untuk mematuhi regimen
2. Berpartisipasi dalam pengambilan keputusan untuk rencana perawatan dan modalitas pengobatan di masa mendatang,
3. Menunjukkan strategi koping yang efektif, dan
4. Melanjutkan aktivitas kehidupan sehari-hari dalam keterbatasan fisiologis.

### 2.2.4 Implementasi

Menurut Lewis (2019), implementasi keperawatan yang akan dilakukan untuk pasien CKD terdiri dari:

1. Promosi kesehatan
2. Identifikasi individu yang berisiko terkena CKD.

Mereka termasuk orang yang telah didiagnosis menderita diabetes atau hipertensi dan orang dengan riwayat (atau riwayat keluarga) penyakit ginjal dan infeksi saluran kemih berulang. Mereka harus menjalani pemeriksaan rutin bersama dengan perhitungan perkiraan GFR dan urinalisis rutin. Orang dengan diabetes perlu memeriksakan urin mereka untuk mengetahui mikroalbuminuria jika urinalisis rutin negatif untuk protein.

3. Anjurkan pasien diabetes untuk melaporkan setiap perubahan pada penampilan urin (warna, bau), frekuensi, atau volume ke penyedia layanan kesehatan. Jika pasien membutuhkan obat yang berpotensi nefrotoksik, penting untuk memantau fungsi ginjal dengan kreatinin serum dan BUN.

Orang yang diidentifikasi berisiko perlu mengambil tindakan untuk mencegah atau menunda perkembangan CKD. Yang terpenting adalah tindakan untuk mengurangi risiko atau perkembangan penyakit kardio vaskular. Ini termasuk kontrol glikemik untuk pasien diabetes, kontrol tekanan darah, dan perubahan gaya hidup, termasuk berhenti merokok.

4. Intervensi akut

Sebagian besar perawatan pasien dengan CKD dilakukan secara rawat jalan. Perawatan di rumah sakit diperlukan untuk penanganan komplikasi dan transplantasi ginjal (jika perlu).

5. Perawatan ambulatorium dan di rumah.

a. Ajarkan pasien dan pengasuh tentang diet, obat-obatan, dan perawatan medis lanjutan. Pasien perlu memahami obat-obatan dan efek samping yang umum. Karena pasien dengan CKD mengonsumsi banyak obat, kotak obat atau daftar obat dan waktu pemberian yang dapat ditempel di rumah mungkin dapat membantu. Instruksikan pasien untuk menghindari obat-obatan tertentu yang dijual bebas seperti NSAID dan pencahar serta antasida berbasis aluminium dan magnesium. Semua obat yang dijual bebas perlu dianggap sebagai risiko, karena bahkan asetaminofen yang dikonsumsi dalam dosis besar dapat menjadi racun bagi ginjal.

b. Ajarkan pasien untuk mengukur tekanan darah setiap hari dan mengidentifikasi tanda dan gejala kelebihan cairan, hiperkalemia, dan gangguan elektrolit lainnya ketidakseimbangan. Ahli gizi harus bertemu dengan pasien dan pengasuh secara teratur untuk perencanaan diet.

Riwayat diet dan pertimbangan variasi budaya memudahkan perencanaan dan kepatuhan diet.

- c. Memotivasi pasien untuk mencapai tingkat manajemen diri tertinggi yang mungkin mereka capai. Lamanya waktu pasien dapat menerima manajemen medis konservatif untuk CKD sangat bervariasi. Hal ini bergantung pada tingkat perkembangan ke gagal ginjal dan adanya kondisi komorbid lainnya. Sebaiknya, jika pasien dianggap sebagai kandidat untuk transplantasi ginjal, evaluasi dapat dilakukan sebelum dimulainya dialisis. Dalam keadaan terbaik, pasien dapat menerima transplantasi sebelum harus memulai dialisis. Meskipun transplantasi menawarkan manajemen terapeutik terbaik untuk pasien dengan gagal ginjal, kekurangan organ donor yang kritis telah membatasi pilihan perawatan ini. Sebagian besar pasien memerlukan dialisis, baik dialisis peritoneal (PD) atau hemodialisis (HD).
- d. Berikan informasi tentang pilihan perawatan sehingga pasien dapat terlibat dalam proses pengambilan keputusan dan diberi rasa kendali atas keputusan yang mengubah hidup. Beri tahu pasien bahwa jika dialisis dipilih, pilihan transplantasi tetap ada. Beri tahu pasien bahwa jika organ yang ditransplantasikan gagal, pasien dapat kembali menjalani dialisis. Beri tahu pasien bahwa transplantasi ulang juga dapat menjadi pilihan. Penting untuk menghormati pilihan pasien untuk tidak menerima perawatan. Sering kali, pasien sendiri yang memulai percakapan tentang perawatan paliatif.

- e. Fokuskan diskusi pada beralih dari pendekatan kuratif ke promosi perawatan kenyamanan dan pertimbangan perawatan rumah sakit. Dengarkan pasien dan care giver, biarkan mereka berbicara lebih banyak, dan berikan perhatian khusus pada harapan dan ketakutan mereka.

### 2.2.5 Evaluasi

Menurut Lewis, (2019), evaluasi untuk pasien CKD adalah :asil yang Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan diharapkan adalah pasien dengan CKD akan mempertahankan

1. Kadar cairan dan elektrolit dalam rentang normal
2. Berat badan yang dapat diterima dengan penurunan berat badan tidak lebih dari 10%

### Studi kasus

Pasien dengan initial Ny.D umur 62 tahun, jenis kelamin perempuan dengan diagnose medis CKD stage V. Pasien rujukan dari rs samosir diantar keluarganya (22 november 2025). sebelumnya pasien ada keluhan mual dan muntah muntah, kaki bengkak dan wajah sembab , Saat di IGD elisabeth di lakukan pengkajian dengan hasil pasien sesak napas dan pasien sadar, tanda-tanda vital TD:180/100 mmHg, P:80x/ menit, RR: 24x/ menit, T: 36,2oC SpO2: 97% Saat pengkajian di lidwina pada tanggal 23 november telah dilakukan pemeriksaan tanda tanda vital dan AGDA dengan hasil :

pH:7,515

pCO2:23,8



pO<sub>2</sub>:167,4

HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>:19,4

Hb: 9,4

SO<sub>2</sub> %: 99 %

Ureum : 100 mg/dL

Kreatinin : 5,70 mg/dL

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



**BAB 3**  
**TINJUAN KASUS**  
**PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Nama Mahasiswa yang Mengkaji : Eni Silvia Ratna Sari NIM: 052025058

Unit : Rawat Inap Tgl. Pengkajian : 24/11/2025  
Ruang/Kamar : Lidwina/363 Waktu Pengkajian : 15:00 WIB  
Tgl. Masuk RS : 22/11/2025 Auto Anamnese :   
Allo Anamnese :

**1. IDENTIFIKASI**

**a. KLIEN**

Nama Initial : Ny.D  
Tempat/Tgl Lahir (umur) : lumban uruk , 28 september 1962(63 tahun)  
Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan  
Status Perkawinan : Menikah  
Jumlah Anak : 3  
Agama/Suku : Protestan/Batak Toba  
Warga Negara :  Indonesia  Asing  
Bahasa yang Digunakan :  Indonesia  
 Daerah  
 Asing

Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Ibu rumah tangga  
Alamat Rumah : Samosir

**b. PENANGGUNG JAWAB**

Nama : Nn. N  
Alamat : Samosir

Hubungan dengan klien : Anak

## 2. DATA MEDIK

- a. Dikirim oleh :  UGD( Dr. Naomi)  
 Dokter praktek (namanya)
- b. Diagnosa Medik : Ckd stage 5
- b.1. Saat Masuk : Ckd +Hipertensi + diabetes melitus
- b.2. Saat Pengkajian : Ckd +Hipertensi + diabetes melitus

## 3. KEADAAN UMUM

- a. **KEADAAN SAKIT** : Klien tampak sakit ringan\* **sedang\*** / berat\*  
(\*pilih sesuai kondisi pasien)
- Alasan : Tak bereaksi\* / **baring lemah\*** / duduk\* / aktif\* / **gelisah\***  
**posisi tubuh berbaring\*** / **pucat\*** / Cyanosis\* / **sesak napas\*** / penggunaan alat medik yang digunakan
- Lain-lain : oksigen nasal kanul 4 L/i dan infus cairan Nacl 10 tts/menit  
(\*pilih sesuai kondisi pasien)

## b. RIWAYAT KESEHATAN

- 1). Keluhan Utama :  
Pasien mengatakan badan lemas, cemas disertai sembab diwajah, kaki bengkak, pusing , mudah lelah , mual dan muntah 2 kali.
- 2). Riwayat kesehatan sekarang  
Ny.D mengatakan kaki nya masih bengkak, badan lemas, mual dan muntah serta tidak selera makan sejak di rawat di Rumah Sakit
- 3). Riwayat kesehatan masa lalu :  
Ny.D mengatakan ia memiliki riwayat diabetes melitus sejak 2020 dan memiliki riwayat hipertensi sejak 2020 .

**4. TANDA-TANDA VITAL****a. Kesadaran :**

1). **Kualitatif** :  Compos mentis  Somnolens  Coma  
 Apatis  Soporocomatous

**2). Kuantitatif :**

Skala Coma Glasgow :  
> Respon Motorik : 6  
> Respon Bicara : 5  
> Respon Membuka Mata: 4  
> Jumlah : 15

3). **Kesimpulan** : Pasien tampak sadar penuh.

b. Flapping Tremor / Asterixis :  Positif  Negatif

c. Tekanan darah : 162/80mm Hg

MAP : 93 mm Hg

Kesimpulan : aliran darah terganggu ke ginjal

d. Suhu : 36,5 °C  Oral  Axillar  Rectal

e. Pernafasan : Frekuensi 22x/menit

1). Irama :  Teratur  Kusmuall  Cheynes-Stokes

2). Jenis :  Dada  Perut

**5. PENGUKURAN**

Tinggi Badan : 158 cm

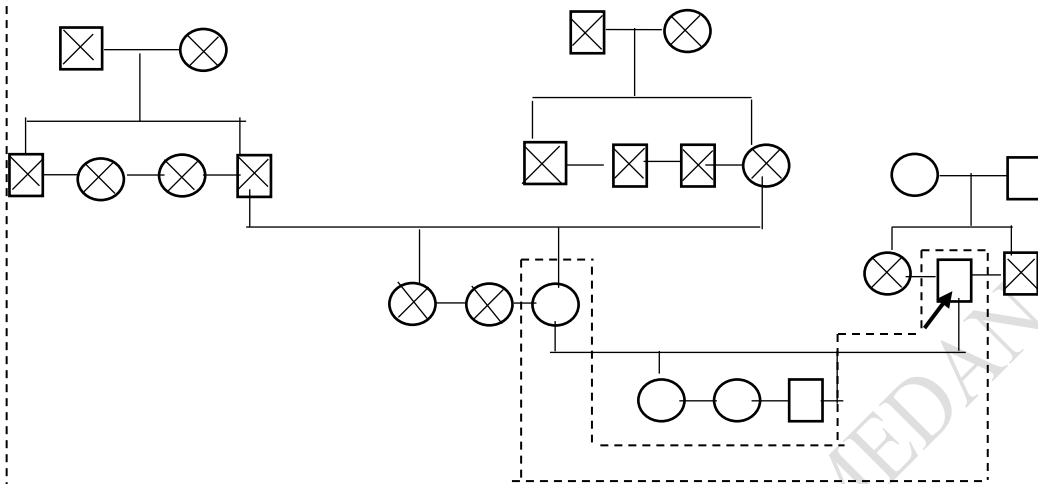
Berat Badan : 58 kg

IMT : 23,2

Kesimpulan : Normal

Catatan : Indeks massa tubuh dalam rentang normal

**6. GENOGRAM :** ( 3 generasi / keturunan )



**keterangan**

- ☒ : Meninggal
- : Perempuan
- : Laki-laki
- : Tinggal serumah
- ↗ : Ny. D (63 tahun)
- | : Keturunan

**7. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN**

**I. PERSEPSI KESEHATAN – PEMELIHARAAN KESEHATAN**

**1). Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami :**

(Sakit berat, dirawat, kecelakaan, operasi, gangguan kehamilan/persalinan, abortus, transfusi, reaksi alergi)

	Kapan	Catatan
Diabetes melitus tipe 2	2020	

	Kapan	Catatan
Hipertensi	2020	-

**2). Data Subyektif**

Ny. D mengatakan pada tahun 2020 telah didiagnosa Diabetes Melitus.

**3). Data Obyektif**

- Kebersihan rambut : Bersih berwarna hitam
- Kulit kepala : Bersih
- Kebersihan kulit : Bersih dan tidak kering
- Kebersihan rongga mulut : Bersih
- Kebersihan genitalia : Tidak dikaji
- Kebersihan anus : Tidak dikaji

**I. NUTRISI DAN METABOLIK****1). Data Subyektif****a. Keadaan sebelum sakit**

Ny.D mengatakan sebelum sakit ia tidak memiliki alergi makanan atau minuman dan makan 3 kali sehari dan menghabiskan 1 porsi yang terdiri atas nasi, ikan, sayur, dan buah. Pasien mengatakan terkadang di sore hari ia mengkonsumsi gorengan seperti pisang goreng dan minum teh. Pasien mengatakan minum 7-8 gelas sehari atau 2 liter/hari.

**b. Keadaan sejak sakit**

Sejak sakit Ny. N mengatakan sejak dirawat di Rumah Sakit ibunya tidak selera makan makanan Rumah Sakit, merasa mual dan muntah. Nafsu makan menurun, makan 3x sehari namun habis hanya ¼ porsi yang terdiri dari bubur, ikan, sayur, buah. Untuk minum Ny.D sudah membatasi cairan dengan minum masih tetap minum 2-3 gelas per hari.

**2). Data Obyektif****a). Pemeriksaan Fisik (Narasi)**

- Keadaan nutrisi rambut : Bersih dan rambut hitam.
- Hidrasi kulit : Tidak ada.
- Palpebrae : Tidak edema.

- Conjunctiva : Anemis.
- Sclera : Tidak ikterik.
- Rongga mulut : Bersih.
- Gusi : Tidak ada peradangan.

- Gigi Geligi :

Utuh

Tidak utuh 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas

(beri tanda pada gigi yang tanggal) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah

- Gigi palsu :
- Tidak ada
- Ada gigi palsu 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas  
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah

- Kemampuan mengunyah keras :  
mampu mengunyah keras

- Lidah : Berwarna merah ada lapisan putih
- Tonsil  : Ada pembesaran

Tidak ada pembesaran

- Pharing : Mampu menelan dengan baik
- Kelenjar parotis  : Ada pembesaran

Tidak ada pembesaran

- Kelenjar tyroid  : Ada pembesaran

Tidak ada pembesaran

- Abdomen

= Inspeksi : Bentuk simetris

= Auskultasi : Peristaltik 12 X / menit

= Palpasi : Tanda nyeri umum tidak teraba ada benjolan

- Massa tidak ada

- Hidrasi kulit terhidrasi

- Nyeri tekan:  R. Epigastrica

Titik Mc. Burney

R. Suprapubica

R. Iliaca

= Perkusi Tympani

\* Ascites

\* Negatif   Positif,

Lingkar perut 90 Cm

- Kelenjar limfe inguinal  Teraba ada pembesaran

Tidak teraba pembesaran

Kulit :

= Uremic frost  Negatif  Positif

= Edema  Negatif  Positif

= Icteric  Negatif  Positif

= Tanda-tanda radang tidak ditemukan.

= Lain-lain ( yang ditemukan selain yang tertulis di atas)

Hasil Pemeriksaan USG Kidney + bladder pada tanggal 24 november 2025

ginjal kanan : ukuran +/-8,57x 3,55 cm, intensitas echo cortex tampak meningkat , batas cho cortex mulai tak tampak jelas, tak tampak ektasis system pelviocalyceal,tak tampak batu/kista/massa.

Ginjal kiri : ukuran +/-7,1x3,55, intensitas echo cortex tampak meningkat, batas echo cortex mulai tak tampak jelas, tak tampak ektasis system pelviocalyceal,tak

tampak batu/kista/massa.

Buli : tidak terisi cukup cairan , tak tampak penebalan dinding , tak tampak massa/batu/kista

Uterus : sulit untuk dinilai

Hasil cek gula darah sewaktu pada tanggal 25 Januari 2025 didapatkan gula darah 237 mg/dL.

## II. POLA ELIMINASI

### 1). Data Subyektif

#### a. Keadaan sebelum sakit

Ny.D mengatakan BAB 1 kali sehari setiap pagi, konsistensi BAB padat dan BAK sering  $\pm$  4-5 kali sehari serta tidak ada gangguan saat BAB maupun BAK dan mampu melakukannya secara mandiri tanpa bantaun orang lain.

#### b. Keadaan sejak sakit

Ny.D mengatakan sulit untuk BAB dan BAK lancar sehingga melebihi jumlah cairan yang masuk .

### 2). Data Obyektif

#### a. Observasi

Ny.D tampak BAK dibantu anaknya atau suaminya untuk ke kamar mandi.

#### b. Pemeriksaan Fisik

- Palpasi Suprapubika :  - Kandung kemih penuh  
Kosong
- Nyeri ketuk ginjal :   $\sqrt$
- = Kiri :  - Negatif   $\sqrt$  Positif
- = Kanan :   $\sqrt$  Negatif  - Positif
- Mulut Urethra : Tidak dikaji

- Anus : Tidak dikaji
- = Peradangan :  Negatif
- = Hemoroid :  Negatif
- = Penemuan lain : Tidak ada

### III. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

#### 1). Data Subyektif

##### a. Keadaan sebelum sakit

Ny.D mengatakan sebelum sakit ia mampu beraktivitas dalam kegiatan sehari-hari seperti membantu beberapa pekerjaan rumah, dan aktivitas di luar rumah.

##### b. Keadaan sejak sakit

Ny.D mengatakan sejak sakit ia tidak mampu melakukan kegiatan sehari-hari seperti biasa baik di rumah maupun diluar rumah dikarenakan kaki mulai membengkak dan nyeri perut yang kadang kambuh, Ny.D merasa mudah lelah dan tubuh terasa lemas serta sesak saat melakukan banyak aktivitas.

#### 2). Data Obyektif

##### a). Observasi

##### b). Aktivitas Harian

- |                              |                                |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |
|------------------------------|--------------------------------|--|---|-----------|---|-----------------------|---|-----------------|---|--------------------------|---|-----------------|
| - Makan                      | <input type="text" value="0"/> | <table border="1"><tr><td>0</td><td>: mandiri</td></tr><tr><td>1</td><td>: bantuan dengan alat</td></tr><tr><td>2</td><td>: bantuan orang</td></tr><tr><td>3</td><td>: bantuan orang dan alat</td></tr><tr><td>4</td><td>: bantuan penuh</td></tr></table> | 0 | : mandiri | 1 | : bantuan dengan alat | 2 | : bantuan orang | 3 | : bantuan orang dan alat | 4 | : bantuan penuh |
| 0                            | : mandiri                      |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |
| 1                            | : bantuan dengan alat          |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |
| 2                            | : bantuan orang                |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |
| 3                            | : bantuan orang dan alat       |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |
| 4                            | : bantuan penuh                |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |
| - Mandi                      | <input type="text" value="2"/> |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |
| - Berpakaian                 | <input type="text" value="2"/> |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |
| - Kerapian                   | <input type="text" value="2"/> |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |
| - Buang air besar            | <input type="text" value="2"/> |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |
| - Buang air kecil            | <input type="text" value="2"/> |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |
| - Mobilisasi ditempat tidur  | <input type="text" value="0"/> |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |
| - Ambulasi                   | <input type="text" value="2"/> |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |
| - Postur tubuh / gaya jalan: |                                |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |
| Ny.D tampak berjalan pelan   |                                |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |

dan masih tampak lemas .

- Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

**c). Pemeriksaan Fisik**

- Perfusi pembuluh perifer kuku : Normal < 2 detik

- Thorax dan Pernafasan

= Inspeksi : thorax simetris

\* Stridor  Negatif  Positif

\* Dyspnea d'effort  Negatif  Positif

\* Sianosis  Negatif  Positif

= Palpasi : Vokal Fremitus ada

= Perkusi :  Sonor  Redup(kiri)  Pekak

Batas paru hepar :

Kesimpulan : Tidak ada kelainan

= Auskultasi :

Suara Napas : normal

Suara Ucapan : jelas

Suara Tambahan : Tidak ada

- Jantung

= Inspeksi : Ictus Cordis : Tidak ada kelainan

= Palpasi : Ictus Cordis : ICS 5 linea midclavikula sinistra

Thrill:  Negatif  Positif

= Perkusi (dilakukan bila penderita tidak menggunakan alat bantu pada jantung)

Batas atas jantung : ICS-2 Sternalis Dextra

Batas kanan jantung : Mid sternalis Dextra

Batas kiri jantung : ICS-5 Media Clavicularis Sinistra

= Auskultasi :

Bunyi Jantung II A : ICS-2 Mid Sternalis

Bunyi Jantung II P : ICS-2 Sternalis Sinistra

Bunyi Jantung I T : ICS-5 midclavacula Sinistra

Bunyi Jantung I M : ICS-5 Medio Calvicularis Sinistra

Bunyi Jantung III Irama Gallop : Negatif  Positif

Murmur :  Negatif



- Positif : Tempat : .....  
Grade : .....

HR : 114 x/menit

- Lengan Dan Tungkai

= Atrofi otot :  Negatif  Positif, lokasi di : .....

= Rentang gerak : Normal

\* Mati sendi :  : Ditemukan

Tidak ditemukan

\* Kaku sendi  Ditemukan

Tidak ditemukan

= Uji kekuatan otot  
:

Kiri 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Kanan 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

= Reflex Fisiologik : Normal

= Reflex Patologik : Normal

\* Kiri Negatif   Positif

\* Kanan Negatif   Positif

= Clubing Jari-jari  Negatif  Positif

= Varices Tungkai  Negatif  Positif

- Columna Vertebralis

= Inspeksi  Tidak ditemukan kelainan bentuk

Ditemukan kelainan bentuk

= Palpasi :

\* Nyeri tekan :  Negatif  Positif

\* N. VIII Romberg Test :

Negatif

Positif

Tidak dikaji

\* Kaku kuduk : Tidak ada

#### **IV. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT**

##### **1). Data Subyektif**

###### **a. Keadaan se belum sakit**

Ny.D mengatakan tidak memiliki gangguan saat tidur dan merasa nyaman saat tidur di rumah pada pukul 21.00 WIB serta bangun jam 06.00 pagi.

###### **b. Keadaan sejak sakit**

Ny.N mengatakan bahwa Ny.D dapat tidur di malam hari namun sering terbangun karena merasa nyeri pada bagian kaki , pada siang hari juga bisa tidur namun hanya sebentar karena rasa nyeri.

#### **V. POLA PERSEPSI KOGNITIF-PERSEPTUAL**

##### **1). Data Subyektif**

###### **a. Keadaan sebelum sakit**

Ny.D mengatakan ia masih ingat hal-hal apa saja yang terjadi, tidak memiliki masalah pendengaran, pembauan, perasa, pengecap tetapi penglihatan jauh mulai menurun.

###### **b. Keadaan sejak sakit**

Ny.D mengatakan ia mengetahui penyakitnya dan merasa tubuhnya lelah dan lemas karena sakitnya tidak kunjung sembuh dan merasa nyeri perut saat bergerak , nyeri secara terus menerus seperti ditusuk-tusuk.

##### **2). Data Obyektif**

###### **a). Observasi**

Ny.D tampak mampu menjawab pertanyaan perawat, mengerti dengan apa yang perawat sampaikan. Tampak lemah dan wajah tampak meringis setiap memiringkan tubuh ke sebelah kiri.

**b). Pemeriksaan Fisik****- Penglihatan**

- = Cornea : Bersih
- = Visus : Menurun
- = Pupil : Isokor
- = Lensa Mata : Jernih
- = Tekanan Intra Ocular (TIO): Teraba sama kenyal

**- Pendengaran**

- = Pina : Ada dan Bersih
- = Canalis : Bersih
- = Membran Tympani : Utuh
- = Tes Pendengaran : Normal

-Pengenalan rasa nyeri pada gerakan lengan dan tungkai : Tidak ada.

**VI. POLA PERSEPSI DIRI / KONSEP DIRI**

( perasaan kecemasan, ketakutan, atau penilaian terhadap dirinya mulai dari peran, ideal diri, konsep diri, gambaran diri dan identitas dirinya )

**1). Data Subyektif****a. Keadaan sebelum sakit**

Ny.D mengatakan ia merasa percaya diri sebelum sakit dan merasa tubuhnya sehat-sehat saja sehingga sering berkumpul dengan teman maupun keluarga baik di rumah atau di luar rumah.

**b. Keadaan sejak sakit**

Ny.D mengatakan pada awal ia sakit ia masih tetap semangat untuk menjalani pengobatannya tetapi Ny.D masih belum terima untuk menjalani hemodialisa. Ny.D merasa bahwa ia bahwa penyakit ginjalnya tidak terlalu berat. Saat ini ny.D merasa khawatir dan takut bahwa sakit nya tak akan bisa sembuh lagi. Ny.D mengatakan sangat berat untuk mengikuti pembatasan dari pantangan setelah menjalani hemodialisa.

**2). Data Obyektif****a). Observasi**

- Kontak mata saat bicara : Kooperatif
- Rentang perhatian :  Perhatian penuh / fokus  
:  Mudah teralihkan  
:  Tidak ada perhatian/tidak fokus
- Suara dan cara bicara : Jelas dan Sopan

**b). Pemeriksaan Fisik**

- Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
  - Penggunaan protesa :  Tidak  Ada
- Bila ada pada organ :  Hidung  Payudara  
 Lengan  Tungkai

**VII. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA**

(berkaitan dengan pekerjaan klien, status pekerjaan, kemampuan bekerja, hubungan klien dengan keluarga, dan gangguan peran yang dilakukan)

**1). Data Subyektif****a. Keadaan sebelum sakit**

Tn.b mengatakan istrinya berperan sebagai suami dan ayah di rumah, Ny.D juga sangat dekat dengan keluarganya dan sering berkumpul bersama seperti di hari libur maupun saat makan malam.

**b. Keadaan sejak sakit**

Ny.D mengatakan setelah sakit ia tetap dekat dengan keluarga tetapi tidak bisa berkumpul karena ia dirawat di rumah sakit.

**2). Data Obyektif****Observasi**

Tampak suami dan anaknya yang selalu menemani saat di rawat di Rs, anak dan saudara Ny.D bergantian datang berkunjung di rumah sakit.

### **VIII. POLA REPRODUKSI – SEKSUALITAS**

(masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit yg dideritanya)

#### **1). Data Subyektif**

##### **a. Keadaan sebelum sakit**

Ny.D mengatakan ia tidak memiliki masalah seksual

##### **b. Keadaan sejak sakit**

Ny.D mengatakan ia tidak memiliki masalah seksual

#### **2). Data Obyektif**

##### **a. Observasi**

Ny.D tampak tidak memiliki masalah seksual.

##### **b. Pemeriksaan Fisik**

Tidak dikaji

### **IX. MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES**

#### **1). Data Subyektif**

##### **a. Keadaan sebelum sakit**

Ny.D mengatakan jika ia sedih maka ia akan cerita pada suami nya untuk mengurangi stress yang dirasakan dan mendiskusikan bersama-sama dengan keluarga jika terdapat suatu masalah.

##### **b. Keadaan sejak sakit**

Ny.D mengatakan sejak sakit suami dan anak nya senantiasa menemani nya dengan terus memberikan semangat.

#### **2). Data Obyektif**

##### **a). Observasi**

Ny.D tampak

**b). Pemeriksaan Fisik**

- Kulit : = Keringat dingin : Tidak Ada  
= Basah : Tidak ada

**I. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN / KEYAKINAN****1). Data Subyektif****a. Keadaan sebelum sakit**

Ny.D mengatakan ia beragama katolik, rajin beribadah ke gereja setiap hari minggu, mengikuti ibadah lingkungan sekitar tempat tinggalnya, dan sering mengikuti acara-acara.

**b. Keadaan sejak sakit**

Ny.D mengatakan sejak sakit ia tetap yakin bahwa Tuhan akan membantunya melewati masa-masa sulitnya dan diberikan kekuatan untuk menghadapi penyakitnya. Ia percaya bahwa dukungan keluarga sangat penting dan membangkitkan semangatnya untuk sembuh. Ny.D selalu ingat berdoa pada Tuhan.

**2). Data Obyektif****Observasi**

Ny.D tampak selalu mendapat dukungan dan bantuan keluarganya

Dan mereka memiliki keyakinan yang kuat terhadap agama mereka

Yang dimana ia selalu memegang kalung rosario pada saat berdoa.

Nama dan Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(Eni Silvia RatnaSari Lumbangaol)

**Daftar Terapi Ny. D**

<b>Obat/Tindakan</b>	<b>Golongan</b>	<b>Dosis</b>	<b>Manfaat</b>
Infus ringer laktat	cairan ini mengandung natrium dan clorida	10 tts/menit	Untuk pengganti cairan agresif dalam banyak situasi klinis, umumnya diberikan untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang.
Inj. Furosemid	diuretik	3x1 amp	digunakan untuk mengatasi tekanan darah tinggi atau hipertensi
Kidmin	Cairan ini mengandung albumin	1x1	membantu memenuhi kebutuhan pasien pengidap gangguan ginjal akan asam amino
amlodiphine	Kalsium	1x1	Mengontrol tekanan darah tinggi
bisoprolol	Beta blocker	1x1 tab	Mengontrol tekanan darah tinggi dan gagal jantung
dexamethasone	kartikosteroid	1x1	Mengurangi peradangan
ondansentron	antimietic	3x1 ampl	Mencegah dan mengobati mual muntah akibat kemoterapi atau operasi
omeprazole	Penghambat	2x1	Mengobati penyakit



	pompa proton		asam lambung
Cefoperazone	antibiotik	2x1	Mengobati infeksi bakteri
Meylon	Antacid	1x2	Mengobati asidosis metabolik, mengontrol ph dan megurangi asam lambung
Livron b	Suplemen vitamin b	2x1	Mengtasi kekurangan vitamin b seperti gangguan anemia
Bic.nat	Antacid	3x1	Mengobati asidosis metabolik, mengontrol ph dan megurangi asam lambung
Infusan nacl	Natrium klorida	3x1 flabot	Menggantikan cairan tubuh yang hilang
Kcl	Suplemen kalium	1x1 flabot	Mencegah kekurangan kalium dalam darah

**Hasil Cek Gula Darah Sewaktu (24 november 2025) :**

Didapatkan hasil kadar glukosa darah sewaktu 125 mg/dL

**Hasil Laboratorium :****Cek Darah Lengkap ( 25 november 2025)**

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Leucocyte (WBC)	10,2 <b>H</b>	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	3.6 – 11.0
Erythrocyte (RBC)	3.23 <b>L</b>	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	3.80 – 5.20
Hemoglobin (HB)	9,4 <b>L</b>	g/dL	11.7 – 15.5
Hematocrit (HCT)	26.7 <b>L</b>	%	35.0 – 47.0
Platelet (PLT)	253 <b>H</b>	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 – 400
Redcell Distribution Width (RDW)	11.7 <b>H</b>	%	11.5 – 14.5
Lymphocyte (LYM)	13,1 <b>L</b>	%	25.0 – 40.0
Netrophyl	77,1 <b>H</b>	%	50.0 – 70.0
Eosinophil	0,1 <b>L</b>	%	2.0 – 4.0
LED	85 <b>H</b>	mm/Jam	0 – 20
Mean corpuscular hemoglobin concentration (mchc)	35.0 <b>H</b>	Mg/dl	32.0-36.0
Absolute lymphocyte count (ALC)	1,330	/uL	
Basophil	0,1	%	0,0-1.0
Monocyte(MON)	9,6 <b>H</b>	%	2.0-4.0
Mean platelet volume(MPV)	8.3	Um <sup>3</sup>	6.0-10.0
Mean corpuscular volume (MCV)	83	Um <sup>3</sup>	80-100
Mean corpuscular hemoglobin (MCH)	29.0	pg	26.0-34.0
Ureum	99	Mg/dL	10-50
kreatinin	6.0	Mg/dL	0,6-1,2

**Analisa gas darah (AGDA) (23-11-2025)**

pH	7.525	H		7.350-7.450	Direct ISE
PCO2	21.5	L	mm/Hg	35.0-45.0	severinghous
PO2	97.0		mm/Hg	85.0-100.0	amperometric
HCO3-	17.9	L	mmol/L	21.0-29.0	calculated
HCO2	18.6	L	mmol/L	21.0-27.0	calculated
BEecf	-5.0		mmol/L	(-2.5-(+2.5))	calculated
SO2	98.5		%	96.0-100	Optica;,reflectance

**Analisa gas darah (AGDA) (23-11-2025)**

pH	7.515	H		7.350-7.450	Direct ISE
PCO2	23.8	L	mm/Hg	35.0-45.0	severinghous
PO2	167.4	H	mm/Hg	85.0-100.0	amperometric
HCO3-	19.4	L	mmol/L	21.0-29.0	calculated
HCO2	20.1	L	mmol/L	21.0-27.0	calculated
BEecf	-3.7		mmol/L	(-2.5-(+2.5))	calculated
SO2	99.7		%	96.0-100	Optica;,reflectance

**ANALISA DATA**

**Nama/Umur** : Ny. D / 63 Tahun

**Ruang/Kamar** : st. lidwina / 36.3

<b>D a t a</b>		<b>Etiologi</b>	<b>Masalah</b>
Subyektif	Obyektif		
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasien mengatakan sesak napas dan muntah 2 kali.</li> <li>-Pasien mengatakan Minum lebih dari 2L/hari</li> </ul>	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Terdapat edema pada kedua ekstremitas bawah</li> <li>-wajah tampak sembab</li> <li>TD: 170/79 mmHg</li> <li>P: 94 x/mnt</li> <li>RR: 25x/I</li> <li>T: 36,5 c</li> <li>Spo2: 96%</li> <li>Hb:9,4 g/dL</li> <li>Intake : 1000cc</li> <li>Output : 1100+250 =1350</li> <li>Bc: -350 cc</li> <li>Kreatinin : 5.70(0.50-0.90 mg/dL)</li> <li>Ureum</li> </ul>	<p>Gangguan mekanisme regulasi</p>	<p>Hipervolemia</p>
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasien mengatakan sering Pusing</li> <li>-Pasien mengatakan nyeri ekstremitas pada bagian kaki, kesemutan dan mati rasa</li> </ul>	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD=200/90mmHg</li> <li>-N=80x/mnt</li> <li>-CRT &gt; 2 detik</li> <li>-Akral dingin</li> <li>-Turgor kulit menurun</li> </ul>	<p>Peningkatan tekanan darah</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif</p>



<p>DS: -Pasien mengatakan Badan terasa lemah setelah menjalani hemodialisa - keluarga Ny.D Mengatakan sering Mengeluh mudah lelah saat melakukan aktivitas</p>	<p>DO: -Pasien terbaring lemah - pasien kesulitan untuk bab/bak sendiri</p>	<p>Kelemahan</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>
--	---	------------------	----------------------------------

**PRIORITAS MASALAH****Nama/Umur** : Ny.D / 63 Tahun**Ruang/Kamar** : lidwina / 36.3

<b>NO</b>	<b>TANGGAL</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>Nama jelas</b>
1	24/11/2025	Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan Terdapat edema pada kedua ekstremitas bawah, wajah tampak sembab	Eni
2	24/11/2025	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Peningkatan tekanan darah ditandai dengan Ny.D mengeluh pusing, lemas dan turgor kulit menurun, TD: 170/79 mmHg P: 94 x/mnt RR: 25x/I T: 36,5 c Spo2: 96%	Eni  Eni
3	24/11/2025	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan merasa sesak dan mudah lelah meskipun melakukan aktivitas ringan, pasien tampak lelah saat merubah posisi, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, baik makan, mandi, BAK, BAB menggunakan pampers, pasien tampak berbaring lemah di tempat tidur.	

**RENCANA KEPERAWATAN**

**Nama/Umur** : Ny.D / 63Tahun

**Ruang/Kamar** : lidwina / 36.3

No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan
1	Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi (D.0022)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali dalam 24 jam maka hipervolemia menurun dengan kriteria hasil: 1. Edema menurun 2. Turgor kulit membaik 3. Kelembaban membran mukosa meningkat	Pemantauan cairan (I.03121) Observasi: 1. Monitor jumlah, warna, berat dan jenis urin 2. Identifikasi tanda tanda hipervolemia(mis, edema perifer, berat badan menurun dalam waktu singkat). 3. Monitor intake dan output cairan Terapeutik: 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasi pemantauan Edukasi : 1. jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantuan
2	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Peningkatan tekanan darah	Setelah dilakukan tindakan perawatan selama 3 kali dalam 24 jam maka perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Pengisian kapiler membaik 4. Akral membaik 5. Turgor kulit	Perawatan sirkulasi (I.02079) Observasi 1. Periksa sirkulasi Perifer(mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Monitor tekanan darah. Edukasi 1. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 2. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan Kolaborasi

		membalik	1. Kolaborasi pemberian obat antihipertensi
3	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali dalam 24 jam maka toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Kelulahan lelah menurun 3. Perasaan lemah menurun 4. Tekanan darah membaik	Manajemen energi (I.05178) Observasi 1. Kaji hal-hal yang mampu dilakukan pasien Terapeutik 1. Bantu pasien memenuhi kebutuhan aktivitas nya sesuai tingkat keterbatasan klien Edukasi <input type="checkbox"/> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <input type="checkbox"/> Kolaborasi <input type="checkbox"/> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan



**PELAKSANAAN KEPERAWATAN**

**Nama/Umur** : Ny.D / 63Tahun

**Ruang/Kamar** : lidwina / 36- 3

Tgl	Jam	Implementasi	Evaluasi
24/11/2025	15:30	Mengidentifikasi keluhan Hasil: Ny.D mengatakan pusing dan lemas ,tampak kaki masih bengkak.	<b>S</b> : pasien mengatakan kedua kaki terasa sembab <b>O</b> : Kedua kaki pasien tampak edema dengan derajat 2
	16.00	Melakukan observasi vital sign : TD : 120/80 mmHg HR : 99 x/i RR : 24x/i T : 37,7°C SPO2 : 99%	Intake : 600cc Output : 300cc <b>A</b> : Masalah Kelebihan volume cairan belum teratasi
	17.00	Membatasi asupan cairan, cara membatasi cairan H/: Pasien dianjurkan minum 350 cc dalam 24 jam setara dengan 1 gelas	<b>P</b> : Intervensi dilanjutkan dengan monitoring intake dan output, membatasi asupan cairan, monitoring fungsi ginjal dan monitoring adanya edema.
	18.00	Berkolaborasi pemberian elektrolit H/: Tampak terpasang Nacl 3% + KCL	
	19.00	Mengidentifikasi tanda dan gejala ketidakseimbangan	



		elektrolit. H/: Pasien mengatakan merasa pusing	
	20.00	Menekan kedua kaki untuk melihat status edema Terdapat edema pada kedua kaki derajat 2.	
25/11/2025	15.00	Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia : Pasien mengatakan merasa sesak napas dan kedua tungkai kaki bengkak, tampak edema pada kedua kaki pasien.	<b>S</b> : pasien mengatakan kedua kaki terasa sembab <b>O</b> : Kedua kaki pasien tampak edema dengan derajat 2 Intake : 600cc Output : 250cc
	16.00	Pemeriksaan TTV: TD : 150/90 mmHg HR : 96x/i RR : 24x/i T : 36,5°C SPO2 : 96%	<b>A</b> : Masalah keseimbangan volume cairan belum teratasi
	18.00	Mengajarkan cara memantau kelebihan cairan H/: Pasien mengatakan mengerti cara memantau kelebihan cairan yaitu melalui pitting edema	<b>P</b> : Intervensi dilanjutkan dengan monitoring intake dan output, membatasi asupan cairan, monitoring fungsi ginjal dan monitoring adanya edema



	19.00	Mengkaji riwayat asupan cairan dan pola eliminasi, Pasien hanya boleh minum sebanyak 600cc selama 24jam tidak terpasang cairan intravena.	
	20.00	Memonitor status hidrasi Kulit: pasien tampak bersisik, dan melakukan penekanan pada kedua kaki pasien terdapat odem derajat 2. □	
	20.30	Melakukan pengukuran intake dan output pasien intake : 1775cc Output :1980cc Balance : -205cc	
26/11/2025	15.00	Mengkaji riwayat asupan cairan dan pola eliminasi. Pasien hanya boleh minum sebanyak 600cc selama 24jam tidak terpasang cairan intravena. □	<b>S</b> : pasien mengatakan kedua kaki terasa sembab <b>O</b> : Kedua kaki pasien tampak edema dengan derajat 2 Intake : 600cc Output : 400cc <u>HB: 9,4 g/dl</u>
	16.00	Melakukan pengukuran tanda-tanda vital : TD: 113/81 mmHg	<b>A</b> : Masalah



		T/P : 36,7c /70x/I RR:21x/i SPO2: 100 % EWS: 2 KGD: 237 mg%	Keseimbangan cairan belum teratasi <b>P</b> : Intervensi dilanjutkan dengan monitoring intake dan output, membatasiasupan cairan, monitoring fungsi ginjal dan monitoring adanya edema
	17.00	Melihat warna, jumlah dan kepekatan urina warna urin yang didapatkan berwarna kuning 300cc.	
	18.00	Mengidentifikasi tanda dan gejala ketidakseimbangan elektrolit H/: Pasien mengatakan merasa pusing	
	19.00	Melakukan pengukuran intake dan output pasien intake : 1000cc Output :1100+250 Balance : -350cc	
	20.00	Mengajarkan cara untuk membatasi cairan H/: pasien mengatakan rasa hausnya cukup berkurang	
	20.30	Memonitor intake dan output cairan H/: Balance cairan Cm intake : 400 mL/hari (Obat)	

		<p>: 470 cc</p> <p>output : 190 cc</p> <p>IWL = 15 x BB = 15 x 70 =</p> <p>1.050 cc/ 24 jam</p> <p>Balance cairan dalam 24 jam : CM – (CK+ IWL) =</p> <p>870 – (190+1050) = (-) 370</p>	
--	--	---	--

2. Perfusi perifer tidak efektif

Tgl	Jam	Implementasi	Evaluasi
24/11/ 2025	16.00	Melakukan pengukuran tanda-tanda vital : TD: 113/81 mmHg T/P : 36,7c /70x/I RR:21x/i SPO2: 100 % EWS: 2 KGD: 237 mg%	S : - Pasien mengatakan kaki kesemutan - Keluarga pasien mengatakan Ny.D tampak pucat O:-Tampak warna kulit pasien pucat -Tampak edema pada kaki dan tangan
	17.00	Mengidentifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi. H/: Pasien dan keluarga mengatakan mengerti terkait informasi edukasi diet yang diberikan	- Pengisian kapiler kembali dalam 2 detik - Teraba akral hangat A : Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi
	18.00	Berkolaborasi pemberian obat H/: Amlodipine 10mg/oral	1. Periksa sirkulasi perifer

	20.00	Berkolaborasi pemberian obat diuretik: Pasien di berikan Obat Furosemide 20 mg 1 ampl (bolus intravena).	
	20.30	Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi H/: Keluarga pasien mengatakan ny.d memiliki riwayat penyakit hipertensi	
	20.30	Mengajukan istirahat yang cukup	
25/11/2021	16.00	Pemeriksaan TTV: TD : 150/90 mmHg HR : 96x/i RR : 24x/i T : 36,5°C SPO2 : 96%	<b>S</b> : - Pasien mengatakan kesemutan pada kakinya mulai berkurang - Keluarga pasien mengatakan Ny.D tidak tampak pucat seperti beberapa hari yang lalu
	17.00	Menjelaskan kepatuhan diet terhadap kesehatan H/: Tampak pasien dan keluarga memahami terkait pentingnya patuh terhadap diet yang diberikan.	<b>O</b> : - Tampak warna kulit pucat mulai membaik - Tampak edema pada tungkai atas dan bawah mulai berkurang - Pengisian kapiler kembali dalam 2 detik

	18.00	Berkolaborasi pemberian obat diuretik.	- Teraba akral hangat <b>A</b> : Perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian <b>P</b> : Lanjutkan intervensi
	20.00	Memberikan produk darah H/: Pasien diberikan PRC 1 bag 250cc,tampak tidak ada kemerahan atau alergi pada saat maupun setelah transfusi.	1. Periksa sirkulasi perifer
	20.00	Menganjurkan istirahat yang cukup.	
26/11/2025	16.00	Melakukan pengukuran tanda-tanda vital : TD: 113/81 mmHg T/P : 36,7c /70x/I RR:21x/i SPO2: 100 % EWS: 2 KGD: 237 mg%	<b>S</b> : - Pasien mengatakan kesemutan pada kakinya mulai berkurang - Keluarga pasien mengatakan Ny.D tidak tampak pucat seperti beberapa hari yang lalu
	17.00	Memberikan edukasi kepada pasien untuk mengontrol tekanan darah dengan istirahat yang cukup dan menjaga pola makanannya	<b>O</b> : - Tampak warna kulit pucat mulai membaik - Tampak edema pada tungkai atas dan bawah mulai berkurang - Pengisian kapiler kembali dalam 2 detik

	18.00	Berkolaborasi pemberian obat antihipertensi.	- Teraba akral hangat <b>A</b> : Perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian
	20.00	Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur  Mengidentifikasi persepsi keluarga tentang diet yang diprogramkan H/: Keluarga pasien mengatakan mendukung terkait program diet yang diberikan kepada pasien	<b>P</b> : Lanjutkan intervensi 1. Periksa sirkulasi perifer

3.Intoleransi aktivitas

Tgl	Jam	Implementasi	Evaluasi
24/11/ 2025	15.00	Melakukan pengkajian keadaan umum dan observasi vital sign. KU: sedang, kesadaran compos mentis dengan GCS 15, tanda vital: suhu: 36°C, frekuensi nadi: 87x/menit nadi teraba dan frekuensi nadi teratur, TD: 138/78 mmHg, SpO2: 98% setelah dilakukan nasal canule 5L/menit naturasi dalam	<b>S</b> : <u>Pasien mengatakan badan terasa lemas, dan cepat lelah. Pasien mengatakan aktifitas tidak bias dilakukan sendiri.</u>  <b>O</b> : <u>Klien tanpak lemas Aktifitas tampak dibantu</u>  <u>TD : 150/90mmhg</u>  <u>RR: 22x/i</u>



		rentang normal.	<u>T: 36</u>
	16.00	Mengkaji status fisiologis pasien terhadap derajat kelelahan.	<u>A : Masalah Intoleransi aktivitas belum teratasi</u>
	17.30	Menanyakan perasaan pasien saat duduk dan ingin BAK menggunakan pispot.	<u>P : Intervensi dilanjutkan dengan terapi aktivitas</u>
	18.00	Memberikan penjelasan tentang aktivitas yang dapat dilakukan pasien seperti miring kanan dan miring kiri.	
	18.30	Melakukan Observasi vital sign: suhu: 36,5°C, frekuensi nadi: 79x/menit nadi teraba dan frekuensi nadi teratur, TD: 135/78 mmHg, SpO2: 98% setelah dilakukan nasal canule 4L/menit naturasi dalam rentang normal.	
	19.00	Melibatkan keluarga pasien untuk membantu memandikan pasien.	
	20.00	Memberikan posisi semi fowler agar pasien tidak	

		<p>sesak.</p> <p>Menciptakan lingkungan yang aman untuk dapat melakukan pergerakan otot secara berkala sesuai dengan indikasi</p>	
25/11/2025	16.00	<p>Melakukan pengkajian keadaan umum dan observasi vital sign: KU: sedang, kesadaran compos mentis dengan GCS 15, tanda vital: suhu: 36,2°C, frekuensi nadi: 83x/menit nadi teraba dan frekuensi nadi teratur, TD: 124/75 mmHg, SpO2: 99% setelah dilakukan nasal canule 4L/menit naturasi dalam rentang normal.</p>	<p><b>S:</b> Pasien mengatakan badan lemas, dan cepat lelah. Pasien mengatakan sudah mulai bisa melakukan aktifitasnya sendiri.</p> <p><b>O :</b> Klien tampak lemas Aktifitas tampak dibantu</p> <p>TD : 150/90mmhg</p> <p><b>A :</b> Masalah Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan dengan terapi aktivitas</p>
	18.00	<p>Membantu pasien untuk mengidentifikasi aktifitas yang diinginkan</p>	
	19.00	<p>Mengkaji status fisiologis pasien terhadap derajat kelelahan.</p>	



	20.00	Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dimiliki pasien mengatakan masih belum mampu untuk turun dari tempat tidur.	
	21.00	Menciptakan lingkungan yang amann untuk dapat melakukan pergerakan otot secara berkalan sesuai dengan indikasi.	
26/11/2025	16.00	Melakukan pengkajian keadaan umum dan observasi vital sign: KU: sedang, kesadaran compos mentis dengan GCS 15, tanda vital: suhu: 36,2°C, frekuensi nadi: 83x/menit nadi teraba dan frekuensi nadi teratur, TD: 124/75 mmHg, SpO2: 99% setelah dilakukan nasal canule 4L/menit naturasi dalam rentang normal.	<u>S</u> : Pasien mengatakan <u>badan lemas mulai berkurang, dan mudah lelah masih ada . Pasien mengatakan aktifitas bisa dilakukan sendiri.</u> <u>O</u> : <u>Klien tampak lemas</u> <u>TD : 154/96mmhg</u> <u>A</u> : <u>Masalah Intoleransi aktivitas teratasi sebagian</u> <u>P</u> : <u>Intervensi dilanjutkan dengan terapi aktivitas</u>
	17.00	Melibatkan keluarga dan pasien untuk membersihkan BAB dengan cara miring kanan dan miring kiri.	



	18.00	Mengkaji status fisiologis pasien terhadap derajat kelelahan.	
	19.00	Anjurkan pasien untuk istirahat	
	20.00	Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dimiliki pasien mengatakan masih belum mampu untuk turun dari tempat tidur.	
	21.00	Menciptakan lingkungan yang aman untuk dapat melakukan pergerakan otot secara berkala sesuai dengan indikasi	



## BAB 4 PEMBAHASAN

### 4.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut (Mauliddiyah, 2021), pengkajian keperawatan sangat penting dalam mendeteksi CKD. Pengkajian yang dilakukan meliputi riwayat penyakit ginjal pribadi dan keluarga, serta faktor risiko seperti diabetes, hipertensi, dan SLE. Kaji pola makan, ukur tinggi dan berat badan, serta evaluasi perubahan berat badan. Perhatikan dampak penyakit dan pengobatan jangka panjang terhadap kehidupan pasien, termasuk aspek emosional, sosial, dan dukungan yang dimiliki. penelitian Mauliddiyah, (2021),

Pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan CKD adalah pemeriksaan input dan output cairan (balance cairan dengan hasil -350 dan hasil dari sistem kardiovaskular yaitu pasien riwayat penyakit hipertensi. Dari hasil pemeriksaan darah di dapatkan bahwa hasil HB : 9,4, PH 7,0, PCO<sub>2</sub> 21,5 MmHg, PO<sub>2</sub> 97,0 MmHg, HCO<sub>3</sub> 17,9 mEq/L, BE -5,0, Ureum 325, Kreatinin 5,70, Kalsium : 7,9 mg/dL, Natrium : 137, Kalium : 2,9 ; Chlorida : 95.

Penulis berasumsi dari data yang ditemukan pada kasus menunjukkan bahwa kombinasi sesak napas, urine sedikit dan keruh serta edema tungkai merupakan tanda dan gejala yang dialami pasien dengan masalah gagal ginjal kronik. mengingat kompleksitas keluhan yang dirasakan perlu penanganan yang tepat dan akurat.

Hal ini sejalan dengan pengkajian yang terdapat dalam buku Lewis (2019), didapatkan bahwa pengkajian yang didapatkan pasien dengan gagal ginjal kronik

yaitu dyspnea (karena kelebihan cairan), anemia, hipertensi, ketidakseimbangan elektrolit dan asam-basa, kelemahan otot, hipokalsemia.

#### 4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan CKD adalah:

1. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Peningkatan tekanan darah
3. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan

Penulis berasumsi hipervolemia dapat menyebabkan gejala seperti edema (pembengkakan), hipertensi, dan sesak napas. Gejala-gejala ini dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien dan meningkatkan risiko komplikasi.

Hal ini sejalan dengan penelitian Made *et al.*, (2024) Pasien yang tidak patuh dalam melakukan pembatasan asupan cairan akan berdampak pada meningkatnya nilai IDWG di setiap sesi hemodialisis. Dalam meningkatkan keberhasilan manajemen cairan pada pasien hemodialisis, maka perlu dilakukannya pengontrolan asupan cairan, salah satunya dengan mengontrol keluhan rasa haus sehingga asupan cairan dapat sesuai rekomendasi. Pengontrolan rasa haus berperan penting untuk mengurangi risiko hipervolemia diantara waktu hemodialisis.

Penulis berasumsi bahwa Pasien CKD seringkali memiliki gangguan vaskular yang dapat mempengaruhi aliran darah ke jaringan perifer, sehingga menyebabkan perfusi perifer tidak efektif. Hal ini sejalan dengan penelitian Maulida, Dwi & Fadhillah, (2024) Ketika tekanan darah tinggi tidak terkelola, ia dapat merusak pembuluh darah di ginjal, mengurangi kemampuan ginjal untuk

berfungsi dengan baik, dan berpotensi menyebabkan penyakit ginjal kronis PGK. Selain itu, ketidakpatuhan dalam membatasi asupan cairan dan garam dapat menyebabkan penumpukan cairan, meningkatkan volume darah dan tekanan darah. Perubahan gaya hidup yang tidak sehat, seperti pola makan buruk dan kurangnya aktivitas fisik, juga berkontribusi terhadap ketidakstabilan tekanan darah.

Penulis berasumsi bahwa masalah intoleransi aktivitas, Pasien CKD dapat mengalami kerusakan otot akibat uremia dan inflamasi kronis, yang dapat mempengaruhi toleransi aktivitas. Pasien CKD seringkali mengalami kelelahan yang kronis, yang dapat mempengaruhi toleransi aktivitas dan kualitas hidup.

#### **4.3 Intervensi dan implementasi**

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien gagal ginjal kronik adalah hipervolemia dengan ketidakseimbangan cairan yang tepat sasaran dan efektif. Dimana tubuh tidak dapat mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit.

Dalam hal ini, penulis berasumsi bahwa implementasi yang harus dilakukan yaitu Membatasi asupan cairan untuk mencegah kelebihan cairan dalam tubuh, yang dapat menyebabkan hipertensi, edema, dan komplikasi lainnya.

Hal ini sejalan dengan Mubarak, (2021) Keberhasilan pengobatan pasien tergantung pada manajemen terapi, salah satunya yaitu diet. Diet termasuk kepatuhan dalam pembatasan asupan cairan. Peningkatan asupan makanan dan cairan yang tidak tepat dan tidak terkontrol dapat menyebabkan peningkatan

produksi metabolit dalam darah dan cairan yang menyebabkan keracunan, sehingga terjadi komplikasi, keparahan, dan kematian.

#### 4. 4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada pasien dengan CKD yang dilakukan terus menerus adalah didapati masalah hipervolemia dengan gangguan mekanisme regulasi, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah intoleransi aktivitas, hal ini diakibatkan adanya ketidakpatuhan pasien dalam melakukan pengobatan. Penulis berasumsi bahwa tindakan hemodialisis yang tidak segera dilakukan oleh pasien dikarenakan pasien tidak ada motivasi dalam melakukan perawatan dan menganggap penyakit terdahulu (hipertensi) dapat sembuh dan tidak perlu perawatan khusus. Hal ini sejalan dengan penelitian Sugiarto et al., (2024) peningkatan peran tenaga kesehatan untuk memberikan edukasi dukungan, motivasi dan komunikasi pada pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisa.



## BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil kasus dari asuhan keperawatan medikal bedah pada Ny.D dengan CKD di Ruang St.lidwina Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025 dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian keperawatan pada kasus CKD didapatkan bahwa yang perlu dikaji adalah keluhan, pola napas, keseimbangan cairan, status nutrisi, tanda tanda vital, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.
2. Diagnosa keperawatan pada kasus CKD didapatkan ada 4 diagnosa keperawatan yang penulis angkat yaitu: hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan tekanan darah, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan akibat setelah dialisis.
3. Intervensi keperawatan pada kasus CKD yang penulis susun diambil dari buku SIKI seperti diagnosa hipervolemia dilakukan dengan pemantauan balance cairan , diagnosa perfusi perifer tidak efektif dilakukan dengan pemantauan tanda tanda vital dan pemberian antihipertensi , diagnosa intoleransi aktivitas.
4. Implementasi keperawatan pada kasus CKD yang dilakukan penulis seperti memantau cairan, memonitoring hasil TTV pasien, mengontrol suhu tubuh dan berikan posisi yang nyaman pada pasien.

5. Evaluasi keperawatan dengan kasus CKD ini adalah perlu nya pemantauan balance cairan dan perasaan nyaman klien.

## 5.2 **Saran**

1. Bagi Mahasiswa

Diharapkan asuhan keperawatan ini dapat dijadikan referensi dalam menyusun dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien terutama dengan kasus CKD

2. Bagi Institusi pendidikan

Diharapkan dengan adanya bimbingan dengan dosen, mahasiswa semakin mahir dalam penyusunan dan pemberian asuhan keperawatan pada pasien terutama kasus CKD.

3. Bagi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

Diharapkan Rumah Sakit dapat meningkatkan pelayanan dalam asuhan keperawatan serta meningkatkan edukasi kesehatan pada pasien terutama kasus CKD.



**DAFTAR PUSTAKA**

- Brunner & Suddarth (2018) *Medical-Surgical Nursing*.
- Lewis's (2020) 'Lewis ' s Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems'.
- Lewis (2014) *Medical-Surgical Nursing*. Edited by bucher linda.
- Lewis (2019) *Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problem volume 2*. Edited by kristin.
- Made, N. *et al.* (2024) 'Studi Literatur Manajemen Rasa Haus Dengan Sugar Free Chewing Gum Pada Pasien Hemodialisis Literature Study Of Thirsty Management With Sugar Free Chewing Gum In Hemodialisis Patients', 3(2), pp. 57–63.
- Maulida, A. M., Dwi, septiani dinda and Fadhillah, aryanti dewi (2024) 'SYSTEMATIC REVIEW KRONIS : TINJAUAN SISTEMATIS Analysis Of Factors Supporting The Occurrence Of Increased Blood Pressure Post-Hemodialization In Patients With Chronic Kidney Diseases : Systematic', 3, pp. 150–165. doi: 10.55887/nrpm.v3i3.149.
- Mauliddiyah, N. L. (2021) 'Asuhan keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosa Media CA Paru Stadium Post Kemoterapi Di Ruangan H-1 Rumkital Fr. Ramlen Surabaya', p. 6.
- Mubarak, Z. (2021) 'REKAM DIGITAL MANAJEMEN ASUPAN CAIRAN PASIEN HEMODIALISIS : LITERATUE REVIEW DIGITAL RECORD FLUID INTAKE MANAGEMENT OF HEMODIALYSIS PATIENTS : LITERATUR RIVIEW', pp. 37–51.

## Lampiran





## Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

