

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN SISTEM UROLOGI  
DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK (GGK) PADA Tn. T.S  
DIRUANGAN SANTO FRANSISKUS RUMAH SAKIT  
SANTA ELISABETH MEDAN  
11-13 JANUARI 2025**

**KARYA ILMIAH AKHIR**



**Oleh:**

**LASRIA PANJAITAN**  
**NIM : 052024021**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN SISTEM  
UROLOGI DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK  
(GGK) PADA Tn. T.S DIRUANGAN SANTO  
FRANSISKUS 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



Lasria Panjaitan  
NIM. 052024021

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



# STIKes Santa Elisabeth Medan



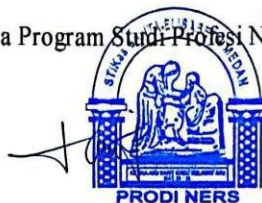
## STIKes Santa Elisabeth Medan

### LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK  
DIPERTAHANKAN  
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR  
TANGGAL 2 MEI 2025

MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Profesi Ners



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

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



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



## STIKes Santa Elisabeth Medan



### STIKes Santa Elisabeth Medan

#### LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI  
DEPAN TIM  
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH  
MEDAN  
PADA TANGGAL 2 MEI 2025

#### TIM PENGUJI

#### TANDA TANGAN

Ketua : Mestiana Br. Karo, M. Kep., DNSc

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

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



# STIKes Santa Elisabeth Medan



## STIKes Santa Elisabeth Medan

### LEMBAR PERSETUJUAN

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

Oleh:

Lasria Panjaitan

Medan, 2 Mei 2025

Menyetujui,

Ketua Penguji

Mestiana Br. Karo, M. Kep., DNSc

Anggota

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

Vina Y. Sigalingging S. Kep., Ns., M. Kep



### KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat kasih dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik dan tepat pada waktunya. Adapun judul dari karya ilmiah akhir ini adalah **“Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Urologi dengan Gagal Ginjal Kronik Pada Tn. T. S diRuangan Santo Fransiskus Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025”**. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Profesi Ners Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kata sempurna baik dari isi maupun bahasa yang digunakan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sehingga dapat lebih baik lagi. Dalam penyusunan karya ilmiah akhir telah banyak mendapatkan bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, M. Kep., DNSc selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan sekaligus Penguji I yang telah mengizinkan dan menyediakan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan dan yang telah memberi waktu dalam memberi arahan dengan sangat baik dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
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 Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

3. Lindawati Farida Tampubolon, S. Kep., Ns., M. Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan sekaligus Penguji II yang telah memberikan waktu dalam membimbing dan memberi arahan dengan sangat baik selama penulis mengikuti profesi ners.
4. Vina Yolanda Sigalingging, S. Kep., Ns., M. Kep selaku dosen penguji III yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Seluruh tenaga pengajar dan tenaga kependidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing, mendidik dan membantu penulis selama masa pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
6. Teristimewa kepada suami tercinta Erwanto Bancin dan anak tercinta saya Elvano Mora Bancin dan Dean Kasea Bancin dan segenap keluarga besar saya, saya mengucapkan terimakasih yang dalam atas usaha dan pengorbanan yang diberikan sehingga saya dapat menempuh pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
7. Seluruh rekan- rekan sejawat dan seperjuangan Program Studi Ners stambuk 2024 yang saling memberikan motivasi dan doa dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih belum sempurna, baik isi maupun teknik penulisan. Oleh karena itu dengan segala



## STIKes Santa Elisabeth Medan

kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini.

Medan, 02 Mei 2025  
Penulis

(Lasria Panjaitan)





### SINOPSIS

Lasria Panjaitan, 052024021

Asuhan keperawatan gangguan sistem urologi pada Tn. T. S dengan gagal ginjal kronik diruangan santo fransiskus Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2025

Program Studi Profesi Ners 2024

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, GGK

Gagal Ginjal Kronik (GGK) merupakan kondisi gangguan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit. Pada asuhan keperawatan ini, metode dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan keperawatan gangguan sistem urologi pada Tn. T. S dengan gagal ginjal kronik diruangan Santo Fransiskus Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2025. Karya ilmiah ini bertujuan untuk membahas pengkajian dan pengobatan pada pasien gagal ginjal kronik dengan komplikasi. Seorang pasien Tn. T. S usia 60 tahun masuk rumah sakit dengan keluhan sesak nafas, kedua tangan dan kaki edema, mual muntah, pusing, tidak selera makan, konstipasi dan adanya riwayat hipertensi selama 12 tahun. Dari hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium diketahui diagnosa pasien adalah gagal ginjal kronik (GGK) stage 5 disertai dispnea, hipoalbumin, anemia, hiponatremia dan hiperkalemia. Pasien memiliki riwayat hipertensi yang merupakan salah satu faktor resiko terjadinya gagal ginjal kronik (GGK). Terapi yang telah diberikan pada studi kasus ini adalah terapi yang telah sesuai dengan asuhan keperawatan yaitu hemodialisis, manajemen hipervolemia, terapi diet dan manajemen cairan.



## DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN .....	i
SAMPUL DALAM .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI .....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
SINOPSIS .....	ix
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah .....</b>	<b>6</b>
<b>1.3 Tujuan Karya Ilmiah Akhir .....</b>	<b>6</b>
1.3.1 Tujuan umum .....	6
1.3.2 Tujuan khusus .....	6
<b>1.4 Manfaat .....</b>	<b>6</b>
1.4.1 Manfaat teoritis .....	6
1.4.2 Manfaat praktis .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN TEORITIS .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Konsep Dasar Medis .....</b>	<b>8</b>
2.1.1 Definisi GKG .....	8
2.1.2 Anatomi dan fisiologi .....	8
2.1.3 Etiologi .....	14
2.1.4 Patofisiologi .....	17
2.1.5 Manifestasi klinik .....	19
2.1.6 Pathway .....	22
2.1.7 Klasifikasi .....	23
2.1.8 Komplikasi .....	24
2.1.9 Pemeriksaan Diagnostik .....	24
2.1.10 Penatalaksanaan .....	28
<b>2.2 Konsep Dasar Keperawatan .....</b>	<b>32</b>
2.2.1 Pengkajian keperawatan .....	32
2.2.2 Diagnosa keperawatan .....	37
2.2.3 Intervensi keperawatan .....	38
2.2.4 Implementasi keperawatan .....	48
2.2.5 Evaluasi keperawatan .....	48
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS .....</b>	<b>49</b>
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>107</b>
4.1 Pengkajian Keperawatan .....	107
4.2 Diagnosa Keperawatan .....	108



## STIKes Santa Elisabeth Medan

4.3 Intervensi & Implementasi Keperawatan .....	109
4.4 Evaluasi Keperawatan .....	110
<b>BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>112</b>
5.1 Simpulan.....	112
5.2 Saran .....	113
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>115</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>117</b>
1. Lembar Bimbingan.....	117
2. Dokumentasi .....	119



### DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Potongan ginjal yang memeperlihatkan struktur internalnya .....	8
Gambar 2.2	Traktus Urinarius yang memperlihatkan lokasi ginjal, ureter, kandung kemih dan uretra .....	9



## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting dalam kehidupan manusia, karena tanpa tubuh yang sehat manusia tidak dapat beraktivitas dengan baik. Pola makan dan kebiasaan – kebiasaan buruk dapat memicu berbagai macam penyakit, salah satunya penyakit gagal ginjal kronik. gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversibel dimana kemampuan tubuh gagal mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urine) sampah nitrogen lain dalam darah (Brunner & Suddarth, 2018)

Gagal ginjal kronik disebabkan oleh penyakit sistemik seperti diabetes mellitus (DM), hipertensi yang tidak dapat dikontrol, glomerulonephritis kronis, pielonefritis, obstruksi tractus urinarius; lesi hereditas seperti penyakit ginjal polistik, gangguan vascular, infeksi, medikasi, atau agens toksik. lingkungan dan agen berbahaya yang mempengaruhi gagal ginjal kronis mencakup timah, kadmium, merkuri, dan kromium pasien dengan gagal ginjal kronis menghadapi berbagai masalah kompleks yang memengaruhi hampir setiap sistem tubuh. Masalah utama yang sering terjadi yaitu: masalah yang berkaitan dengan penumpukan limbah dan ketidakseimbangan cairan elektrolit, hematologi, kardiovaskuler, tulang, neurologis, kulit, gastroinstenstinal, dan psikososial (Brunner & Suddarth, 2018)

Systematic Review and Meta-Analysis – Global Prevalence of Chronic Kidney Disease tahun 2018 menyatakan bahwa prevalensi global penyakit ginjal

kronik rata-rata sebesar 13,4%, prevalensi penyakit ginjal kronik dengan diabetes sebesar 0,16%, prevalensi penyakit ginjal kronik dengan hipertensi sebesar 0,15%. Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menyatakan bahwa di Indonesia prevalensi penyakit ginjal kronik rata-rata sebesar 3,8%, prevalensi penyakit ginjal kronik dengan diabetes sebesar 8,5%, prevalensi penyakit ginjal kronik dengan hipertensi sebesar 34,1%, dan prevalensi penyakit ginjal kronik dengan obesitas sebesar 21,8%.

Berdasarkan data yang didapat dari Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2024, penderita gagal ginjal kronik paling banyak disebabkan oleh penyakit hipertensi dan diabetes mellitus dimana jumlah penderita gagal ginjal kronik di tahun 2024 sebanyak 146 orang dimana mayoritas penderita terbanyak berada pada rentang usia 48–56 tahun (23,4%), sebanyak 53,3% penderita adalah perempuan, dan mayoritas berasal dari suku batak (87,9%).

Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa hipertensi merupakan penyebab penyakit ginjal kronik nomor dua terbanyak setelah diabetes. Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menyatakan bahwa prevalensi gagal ginjal pada laki – laki (0,3 %) lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (0,2 %) penyakit ginjal kronik meningkat seiring dengan bertambahnya usia, peningkatan tajam terjadi pada kelompok usia 35-44 tahun dibandingkan dengan kelompok usia 25-34 tahun. Di Indonesia prevalensi penyakit gagal ginjal kronis berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur < 15 tahun tertinggi pada provinsi Kaltara terdapat 6,4 % dan terendah pada Sulawesi Selatan terdapat 3,8 %. Di Indonesia perawatan penyakit ginjal menduduki peringkat kedua pembiayaan terbesar dari

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan setelah penyakit jantung (BPJS Kesehatan, 2020).

BPJS kesehatan tahun 2020 mencatat penyakit katastrofik atau penyakit dengan biaya termahal menempati urutan teratas dalam klaim biaya pelayanan kesehatan JKN – KIS. Pembiayaannya meningkat berkisar 25% hingga 31% dari total biaya pelayanan JKN -KIS sejak 2014. Di tahun 2020, BPJS Kesehatan membayarkan 19,9 juta kasus katastrofik dengan biaya sebesar Rp.20,0 triliun atau 25% dari total biaya klaim layanan kesehatan JKN-KIS di tahun tersebut. gagal ginjal menghabiskan anggaran Rp. 2,2 triliun untuk 1,7 juta kasus.

Menurut (Brunner & Suddarth, 2018), gagal ginjal kronik seringkali dimulai dengan kerusakan ginjal yang disebabkan oleh berbagai penyakit, seperti diabetes, hipertensi, glomerulonefritis, atau penyakit ginjal polikistik. kerusakan ini menyebabkan penurunan bertahap dalam jumlah nefron fungsional (unit penyaringan ginjal). Saat nefron rusak, nefron yang tersisa mencoba mengkompensasi dengan meningkatkan laju filtrasi mereka (hiperfiltrasi), namun, hiperfiltrasi ini dapat menyebabkan kerusakan lebih lanjut pada nefron yang tersisa dalam jangka panjang, sehingga seiring berjalannya waktu, jumlah nefron fungsional terus menurun, mengakibatkan penurunan laju filtrasi glomerulus yang mencerminkan penurunan kemampuan ginjal untuk menyaring limbah dan kelebihan cairan dari darah sehingga limbah metabolisme (seperti urea dan kreatinin) mulai menumpuk dalam darah, menyebabkan uremia. ginjal akan kehilangan kemampuan untuk mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit, yang menyebabkan masalah seperti hiperkalemia (kadar kalium tinggi), asidosis

metabolik, dan edema (penumpukan cairan).tanda dan gejala yang sering dialami pada pasien gagal ginjal kronik yaitu hipotensi, kejang otot, mual dan muntah , nyeri kepala, nyeri dada, nyeri punggung, gatal , demam, dan menggigil. dari segi faktor psikologis pasien gagal ginjal kronik akan mengalami kecemasan, gejala kecemasan meliputi gelisah, konsentrasi terganggu, cepat marah, merasakan tanda-tanda bahaya, imsonia, dan dari segi fisik pasien gagal ginjal kronik akan mengalami jantung berdebar, berkeringat, rasa sesak napas, gangguan tidur, mudah lelah dan mulut kering.

Menurut Brunner & Suddarth (2018), kondisi pada pasien yang memiliki gejala dan komplikasi yang lebih serius diperlukan intervensi yang adekuat untuk menurunkan kadar produk sampah uremik dalam darah yaitu dialisis. Tujuan dari terapi dialisis bukan hanya untuk memperpanjang usia tetapi juga meningkatkan kualitas hidup pasien yang mengalami gagal ginjal. intervensi diet juga perlu pada gangguan fungsi renal dan mencakup pengaturan yang cermat terhadap masukan protein, masukan cairan untuk mengganti cairan yang hilang dan pembatasan kalium.

Menurut (Strinareswara et al., 2024), pemberian proses asuhan gizi terstandar (PAGT) kepada pasien gagal ginjal kronik sangat diperlukan karena banyak pasien mengalami malnutrisi yang disebabkan rendahnya konsumsi makanan dan mengalami muntah. Kepatuhan diet berpengaruh terhadap nilai laboratorium pasien gagal ginjal kronik. Diet ginjal sangat individual dan harus disesuaikan dengan kondisi medis, stadium gagal ginjal kronis, hasil pemeriksaan laboratorium, dan kebutuhan nutrisi masing-masing pasien. Dengan mengikuti



diet ginjal yang tepat dan arahan dari tim medis, pasien gagal ginjal kronis dapat membantu memperlambat perkembangan penyakit, mengurangi gejala, dan meningkatkan kualitas hidup.

Menurut (Kintan et al., 2023), untuk meningkatkan kualitas hidup penderita gagal ginjal kronis diperlukan *Self- Management*. *Self- Management* didefinisikan sebagai kemampuan pasien untuk mengelola penyakit, mengubah gaya hidup sehingga pasien dapat menjalani kehidupannya sebagai seseorang yang memiliki penyakit kronis. *Self- Management* adalah partisipasi aktif dalam mengelola kondisi seseorang yang meliputi menetapkan tujuan, pemantauan dan penilaian kondisi, mematuhi pengobatan (kepatuhan pengobatan, modifikasi gaya hidup), mengoordinasikan perawatan, pengambilan keputusan, dan pemanfaatan sumber daya. pendidikan *self-management* memfasilitasi pasien untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan sehingga dapat meningkatkan manajemen penyakit dan meningkatkan hasil kesehatan terhadap pasien penyakit kronis.

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk mengangkat Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Urologi “Gagal Ginjal Kronik DiRuangan Santo Fransiskus Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan”

**1.2 Rumusan Masalah**

Masalah yang penulis rumuskan adalah untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik diruangan Santo Fransiskus Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2025.

**1.3 Tujuan Karya Ilmiah Akhir**

Bagaimana asuhan keperawatan medikal bedah dengan gagal ginjal kronik diruangan Santo Fransiskus Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2025.

**1.3.1 Tujuan umum**

Untuk mengetahui asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien gagal ginjal kronik diruangan Santo Fransiskus Rumah Sakit santa Elisabeth Medan tahun 2025.

**1.3.2 Tujuan khusus**

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK)
2. Menegakkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK)
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK)
4. Melaksanakan Tindakan keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK)

5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK)

#### **1.4 Manfaat**

##### **1.4.1 Manfaat teoritis**

Dapat digunakan untuk menambah wawasan dan pengetahuan untuk dijadikan sebagai bahan informasi tambahan yang berguna, terutama asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik di ruangan Santo Fransiskus Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2025.

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

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai pedoman atau acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat khususnya mereka yang menderita penyakit gagal ginjal kronik

2. Bagi profesi keperawatan

Sebagai acuan dalam meningkatkan kinerja profesi keperawatan dalam mengatasi masalah keperawatan pola keseimbangan cairan yang mengalami gagal ginjal kronik, baik dalam hal pencegahan maupun menanggulangi masalah keperawatan yang telah terjadi.

3. Bagi institusi pendidikan

Merupakan salah satu sumber informasi/bacaan serta acuan dibagian sekolah tinggi ilmu kesehatan tentang pengetahuan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik.

## BAB 2 TINJAUAN TEORITIS

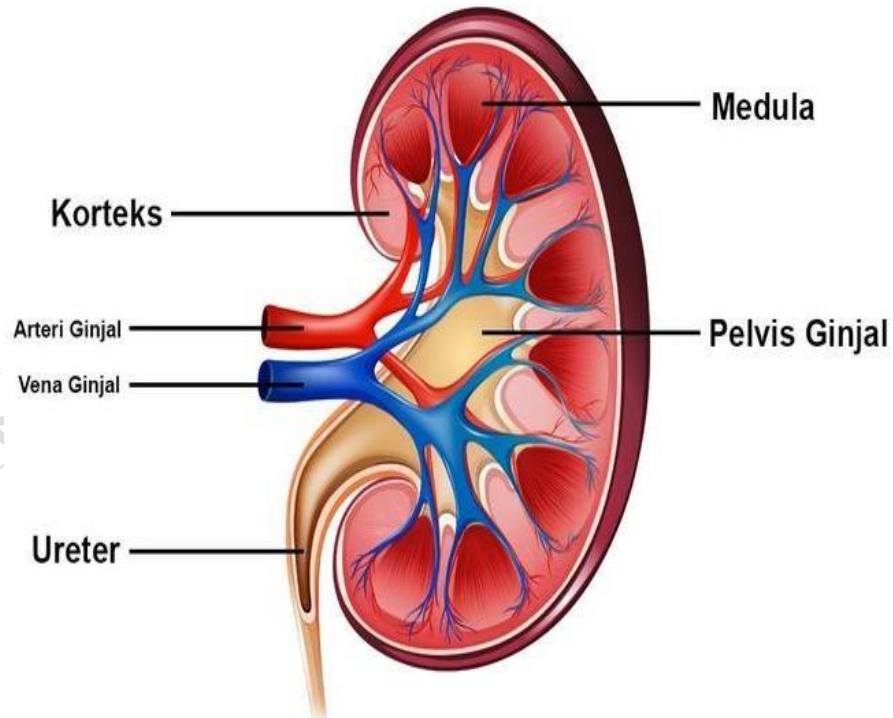
### 2.1 Konsep Dasar Medis

#### 2.1.1 Pengertian

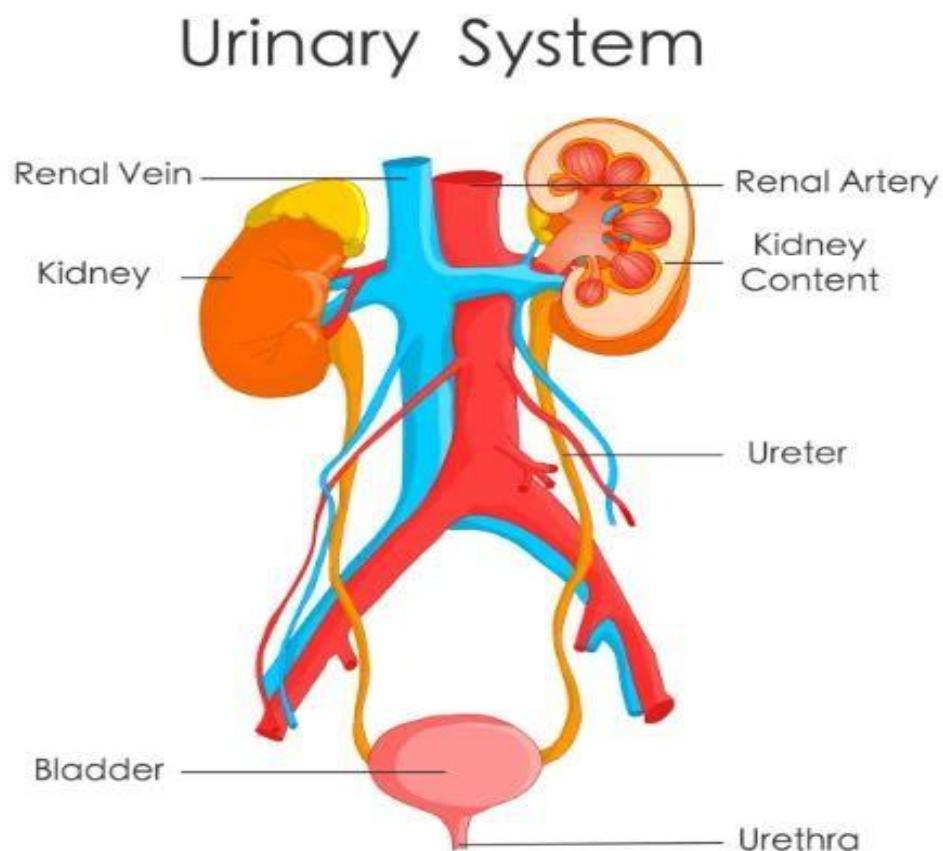
Gagal Ginjal Kronik adalah gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversibel dimana kemampuan tubuh gagal mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urine) sampah nitrogen lain dalam darah (Brunner & Suddarth, 2018)

#### 2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

##### 1. Anatomi



Gambar 2.1 Potongan ginjal yang memperlihatkan struktur internalnya (Brunner & Suddarth, 2018)



Gambar 2.2 Traktus Urinarius yang memperlihatkan lokasi ginjal, ureter, kandung kemih dan uretra (Brunner & Suddarth, 2018)

## 2. Fisiologi

### a. Ginjal

Ginjal merupakan organ yang berpasangan dan setiap ginjal memiliki berat kurang lebih 125 g, terletak pada posisi di sebelah lateral vertebra torakalis bawah, beberapa sentimeter di sebelah kanan dan kiri garis tengah. Organ ini terbungkus oleh jaringan ikat tipis yang di kenal sebagai kapsula renis. Setiap ginjal terdiri dari korteks dan medulla. Disebelah anterior, ginjal dipisahkan dari kavum abdomen dan isinya oleh lapisan peritonium. disebelah

posterior, organ tersebut dilindungi oleh dinding toraks bawah. Darah yang dialirkan ke dalam setiap ginjal melalui arteri renalis dan keluar dari dalam ginjal melalui vena renalis. Arteri renalis berasal dari aorta abdominalis dan vena renalis membawa darah kembali ke dalam vena kava inferior. Ginjal dengan efisien dapat membersihkan bahan limbah dari dalam darah, dan fungsi ini bisa dilaksanakannya karena aliran darah yang melalui ginjal jumlahnya sangat besar, 25 % dari curah jantung.

Ginjal memiliki 2 fungsi yaitu fungsi ekskresi dan fungsi non-ekskresi. Selain itu, ginjal juga berperan dalam pembentukan urin, pengaturan hormon terhadap fisiologi ginjal, keseimbangan asam basa ginjal dan pengaturan cairan. Fungsi Ginjal memiliki 2 fungsi, yaitu:

1) Fungsi ekskresi

- a) Pengaturan ekskresi asam
- b) Pengatur ekskresi elektrolit
- c) Pengaturan ekskresi air
- d) Otoregulasi tekanan darah

2) Fungsi non-ekskresi

- a) Menghasilkan renin, penting untuk pengaturan tekanan darah.
- b) Menghasilkan eritropoetin, faktor penting dalam stimulus produksi sel darah merah oleh sum-sum tulang belakang.

- c) Metabolisme vitamin D menjadi bentuk aktifnya.
- d) Degradasi insulin.
- e) Menghasilkan prostaglandin

b. Ureter

Ureter merupakan pipa panjang dengan dinding yang sebagian besar terdiri atas otot polos. Organ ini menghubungkan setiap ginjal dengan kandung kemih dan berfungsi sebagai pipa untuk menyalurkan urine.

Ureter terdiri dari dua saluran pipa yang masing-masing berada di sisi ginjal kanan dan kiri, di mana kedua saluran ini menghubungkan ginjal dengan kandung kemih. Panjang ureter adalah sekitar 20–30 cm, sedangkan rata-rata diameternya dimulai dari 0,5 cm dan maksimal 1,7 cm.

Berdasarkan letak anatominya, ureter terbagi menjadi dua jenis, yaitu ureter pars pelvis yang terletak di dalam rongga pelvis dan pars abdominalis yang terletak di dalam rongga abdomen.

c. Kandung Kemih

Kandung Kemih merupakan organ berongga yang terletak di sebelah anterior tepat di belakang os pubis. Organ ini berfungsi sebagai wadah sementara untuk menampung urine. Sebagian besar dinding kandung kemih tersusun dari otot polos yang dinamakan musculus detrusor. Kontraksi otot ini terutama berfungsi untuk mengosongkan kandung kemih pada saat buang air kecil (urinasi).

Uretra muncul dari kandung kemih; pada laki laki, uretra berjalan lewat penis dan pada Wanita bermuara tepat di sebelah anterior vagina. Pada laki- laki prostat yang terletak tepat di bawah leher kandung kemih mengelilingi uretra disebelah posterior dan lateral. Sfingter urinarius eksterna merupakan otot volunter yang bulat untuk mengendalikan proses awal urinasi.

d. Nefron

Nefron adalah massa tubulus mikroskopis ginjal yang merupakan satuan fungsional ginjal, nefron menyaring darah dan mengontrol komposisinya. Ginjal terbagi menjadi bagian eksternal yang disebut korteks dan bagian internal yang disebut medula. Pada manusia, setiap ginjal tersusun dari kurang lebih 1 juta nefron. Nefron yang dianggap sebagai unit fungsional ginjal, terdiri atas sebuah glomerulus dan sebuah tubulus. Seperti halnya pembuluh kapiler, dinding kapiler glomerulus tersusun dari lapisan sel-sel endotel dan membrane basalis, dan epitel berada pada salah satu sisi membrane basalis dan sel sel endotel pada sisi lainnya. Glomerulus membentang dan membentuk tubulus yang terbagi menjadi 3 bagian: tubulus proksimal, ansa henle dan tubulus distal. Tubulus distal bersatu untuk membentuk ductus pengumpul. Duktus ini berjalan lewat korteks dan medulla renal untuk mengosongkan isinya ke dalam pelvis ginjal.



e. Fungsi Nefron

Proses pembentukan urin dimulai Ketika darah mengalir lewat glomerulus. Glomerulus yang merupakan struktur awal nefron tersusun dari jonjot-jonjot kapiler yang mendapat darah lewat vasa aferen dan mengalirkan darah balik lewat vasa eferen. Tekanan darah menentukan berapa tekanan dan kecepatan aliran darah yang melewati glomerulus. Ketika darah berjalan melewati struktur ini, filtrasi terjadi. Air dan molekul-molekul yang kecil akan dibiarkan lewat sementara molekul-molekul yang besar akan tetap tertahan dalam aliran darah. Cairan disaring lewat dinding jonjot-jonjot kapiler glomerulus dan memasuki tubulus. Cairan ini dikenal dengan "Filtrat".

Dalam kondisi normal, kurang lebih 20% dari plasma yang melewati glomerulus akan disaring ke dalam nefron dengan jumlah yang mencapai sekitar 180 Liter filtrat per hari. Filtrat tersebut yang sangat serupa dengan plasma darah tanpa molekul yang besar (protein, sel darah merah, sel darah putih dan trombosit) pada hakekatnya terdiri dari air, elektrolit dan molekul kecil lainnya.

Proses reabsorpsi serta sekresi dalam tubulus sering mencakup transportasi aktif dan memerlukan penggunaan energi. Berbagai substansi yang secara normal disaring oleh glomerulus, direabsorpsi oleh tubulus dan diekskresikan ke dalam urine.

mencakup natrium, klorida, bikarbonat, kalium, glukosa, ureun, creatinine serta asam urat.

f. Uretra

Uretra merupakan saluran tipis yang menghubungkan kandung kemih dengan meatus uretra. Di mana, meatus uretra adalah lubang kencing yang terletak di bagian ujung sistem perkemihan. Saluran ini memiliki panjang yang berbeda antara pria dan wanita. Pada pria, saluran uretra memiliki panjang sekitar 20 cm. Di sisi lain, panjang saluran uretra pada wanita adalah sekitar 3–4 cm.

Fungsi uretra adalah untuk mengalirkan urine dari kandung kemih menuju lubang kencing. Apabila sudah dipenuhi oleh urine, otot kandung kemih akan berkontraksi untuk mengeluarkan urine. Pada saat yang sama, otak akan mengirimkan sinyal ke otot sfingter untuk relaksasi guna mengeluarkan urine dari tubuh melalui uretra.

### 2.1.3 Etiologi

Menurut Brunner & Suddarth (2018), beberapa penyebab terjadinya penyakit gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut:

1. Usia

Fungsi renal dan traktus urinarius akan berubah bersamaan dengan pertambahan usia. Lansia yang berumur antara 55-65 tahun merupakan kelompok yang berkembang cepat untuk mengalami penyakit renal tahap akhir.

## 2. Glomerulus nefritis kronik

Pada glomerulus nefritis kronik terjadi infeksi yang berulang, dimana ukuran ginjal sedikit berkurang sekitar seperlima dari ukuran normal dan terdiri dari jaringan fibrosa yang luas. Bekas jaringan parut merusak sisa korteks, menyebabkan permukaan ginjal kasar dan irreguler, sejumlah glomerulus dan tubulus berubah menjadi jaringan parut, cabang-cabang arteri renal menebal. Akhirnya terjadi kerusakan glomerulus yang parah, ketika glomerulus sudah tidak bisa melakukan fungsinya maka akan terjadi gagal ginjal.

## 3. Penyakit ginjal polistik

Penyakit ini merupakan penyakit yang bersifat genetik dimana terjadi kelainan yaitu terbentuknya kista pada kedua ginjal yang berkembang secara progresif sehingga menyebabkan kerusakan ginjal.

## 4. Batu ginjal

Batu ginjal adalah penyakit yang terjadi akibat adanya sumbatan di sepanjang saluran kemih akibat terbentuknya semacam batu yang terdiri dari 80% kalsium dan beberapa bahan lainnya. Ukuran batu ginjal hanya sebesar butiran pasir sampai ada yang sebesar bola golf.

## 5. Pielonefritis kronis dan nefritis interstisial

Penyakit ini terjadi dengan mulai hilangnya progresifitas nefron akibat inflamasi kronik dan terbentuknya jaringan parut. Ketika terjadi kerusakan nefron maka nefron tidak dapat berfungsi sebagai regulator zat terlarut dalam tubuh sehingga tidak dapat menyaring darah, kemudian

mereabsorpsi cairan dan molekul yang masih diperlukan oleh tubuh sehingga terjadi gagal ginjal.

#### 6. Diabetes militus

Pada diabetes militus terjadi hipoksia akibat dari diabetes yang dialami jangka panjang sehingga glomerulus dan sebagian besar kapiler lainnya menebal dan akan terbentuklah lesi-lesi sklerotik noduler di glomerulus sehingga semakin menghambat aliran darah. Penurunan aliran darah dapat menyebabkan hipertrofi ginjal. Hal ini juga terjadi sebagai akibat dari peningkatan kerja ginjal untuk menyerap ulang glukosa.

#### 7. Hipertensi

System saraf merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsangan emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vaskokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriksi pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal sehingga terjadi atrofi.

#### 8. Infeksi saluran kemih

Adanya infeksi pada saluran kemih yang menyebabkan terjadi refluks kedalam retrovesikal sehingga urine balik mengalir kembali ke dalam ureter yang menyebabkan kerentanan infeksi pada ginjal.

#### 9. Gaya hidup

Hal-hal yang merupakan faktor penyebab terjadinya gagal ginjal kronik adalah gaya hidup, seperti peningkatan berat badan, mengonsumsi makanan yang mengandung banyak kolestrol, kurang berolahraga dan kebiasaan merokok, minuman beralkohol.

#### **2.1.4. Patofisiologi**

Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya dieksresikan ke dalam urine) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah, maka gejala akan semakin berat. Banyak gejala uremia membaik setelah dialisis. Gangguan Klirens Renal banyak masalah muncul pada gagal ginjal sebagai akibat dari penurunan jumlah glomeruli yang berfungsi, yang menyebabkan penurunan klirens substansi darah yang seharusnya di bersihkan oleh ginjal.

Penurunan laju filtrasi glomerulus (GFR) dapat dideteksi dengan mendapatkan urine 24 jam untuk pemeriksaan klirens kreatinin. Menurunnya filtrasi glomerulus (akibat tidak berfungsinya glomeruli) klirens kreatinin akan menurun dan kadar kreatinin serum akan meningkat. Selain itu, kadar nitrogen urea darah (BUN) biasanya meningkat. Kreatinin serum merupakan indikator yang paling sensitive dari fungsi renal karena substansi ini diproduksi secara konstan oleh tubuh. BUN tidak hanya dipengaruhi oleh penyakit renal, tetapi juga oleh masukan protein dalam diet, katabolisme (jaringan dan luka RBC) dan medikasi seperti steroid.

Retensi Cairan dan Natrium. Ginjal juga tidak mampu untuk mengkonsentrasikan atau mengencerkan urine secara normal pada penyakit ginjal

tahap akhir; respon ginjal yang sesuai terhadap perubahan masukan cairan dan elektrolit sehari-hari, tidak terjadi. Pasien sering menahan natrium dan cairan, meningkatkan resiko terjadinya edema, gagal jantung kongestif, dan hipertensi. Hipertensi juga dapat terjadi akibat aktivasi aksis renin-angiotensin dan kerjasama keduanya meningkatkan kecenderungan untuk kehilangan garam, mencetuskan resiko hipotensi dan hipovolemia. episode muntah dan diare menyebabkan penipisan air dan natrium yang semakin memperburuk status uremik.

Asidosis dengan semakin berkembangnya penyakit renal, terjadi asidosis metabolic seiring dengan ketidakmampuan ginjal mengekskresikan muatan asam ( $H^+$ ) yang berlebihan. Penurunan sekresi asam terutama akibat ketidakmampuan tubulus ginjal untuk menyekresi ammonia ( $NH_3$ ) dan mengabsorpsi natrium bikarbonat ( $HCO_3$ ). Penurunan ekskresi fosfat dan asam organik lain juga terjadi.

Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi eritropoetin yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecenderungan untuk mengalami perdarahan akibat status uremik pasien, terutama dari saluran gastrointestinal. Eritropoetin, suatu substansi normal yang diproduksi oleh ginjal, menstimulasi sum-sum tulang untuk menghasilkan sel darah merah. Pada gagal ginjal, produksi eritropoetin menurun dan anemia berat terjadi disertai kelelahan, angina dan napas sesak.

Ketidakseimbangan kalsium dan Fosfat Abnormalitas utama yang lain pada gagal ginjal kronik adalah gangguan metabolisme kalsium dan fosfat. Kadar serum kalsium dan fosfat tubuh memiliki hubungan saling timbal balik, jika salah satunya meningkat maka yang lainnya akan turun. Dengan menurunnya filtrasi

melalui glomerulus ginjal, terdapat peningkatan kadar fosfat serum dan sebaliknya penurunan kadar serum kalsium. Penurunan kadar kalsium serum, menyebabkan sekresi parathormon dan paratiroid. Namun demikian, pada gagal ginjal tubuh tidak merespon secara normal, terhadap peningkatan sekresi parathormon dan 20 akibatnya kalsium ditulang menurun, menyebabkan perubahan pada tulang dan penyakit tulang (pruritus, kulit kering, kulit bersisik). Selain itu, metabolisme aktif vitamin D (1,25- dehidrokoliklsifero) yang secara normal di ginjal akan menurun seiring dengan berkembangnya gagal ginjal.

Penyakit Tulang uremik Sering disebut osteodistrofi renal, terjadi dari perubahan kompleks kalsium, fosfat dan keseimbangan parathormone. Laju penurunan fungsi ginjal dan perkembangan gagal ginjal kronis berkaitan dengan gangguan yang mendasari, eksresi protein dalam urin dan adanya hipertensi. Pasien yang mengekskresikan secara signifikan sejumlah protein atau mengalami peningkatan tekanan darah cenderung akan cepat memburuk daripada mereka yang tidak mengalami kondisi ini (Brunner & Suddarth, 2018)

#### **2.1.5. Manifestasi klinis**

Karena pada gagal ginjal kronik setiap sistem tubuh dipengaruhi oleh kondisi uremia, maka pasien akanlihatkan sejumlah tanda dan gejala. Keparahan tanda dan gejala bergantung pada bagian dan tingkat kerusakan ginjal, kondisi lain yang mendasari dan usia pasien.

1. Manifestasi kardiovaskuler pada gagal ginjal kronik mencakup:
  - a. Hipertensi
  - b. Pitting Edema (kaki, tangan, sacrum)



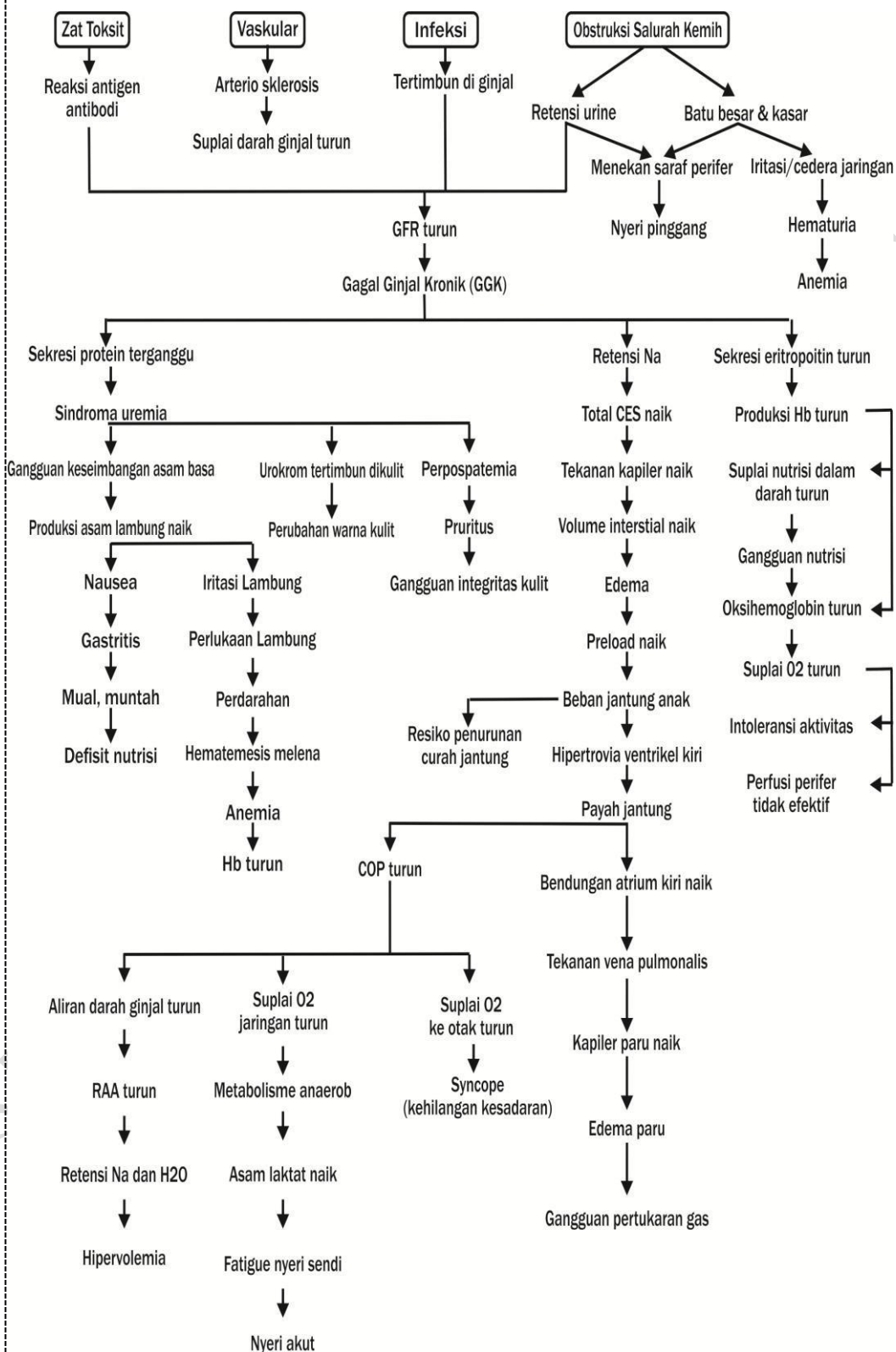
- c. Edema Periorbital
- d. Friction Rub pericardial
- e. Pembesaran vena Leher
- 2. Manifestasi integumen
  - a. Warna kulit abu-abu /Mengkilat
  - b. Kulit kering, Bersisik
  - c. Pruritus
  - d. Ekimosis
  - e. Kuku tipis dan rapuh
  - f. Rambut tipis dan kasar
- 3. Manifestasi gastrointestinal
  - a. Nafas berbau amonia
  - b. Ulserasi dan Perdarahan pada mulut
  - c. Anoreksia, mual dan muntah
  - d. Konstipasi dan diare
  - e. Perdarahan dari saluran Gastrointestinal
- 4. Manifestasi neurologi
  - a. Kelemahan dan keletihan
  - b. Konfusi
  - c. Disorientasi
  - d. Kejang
  - e. Kelemahan pada tungkai
  - f. Rasa panas pada telapak kaki





- g. Perubahan perilaku
- 5. Manifestasi muskuloskeletal
  - a. Kram otot
  - b. Kekuatan otot hilang
  - c. Fraktur tulang
  - d. *Foot Drop*
- 6. Manifestasi reproduksi
  - a. Amenore
  - b. Atrofi Testikuler
- 7. Manifestasi hematologi
  - a. Anemia
  - b. Trombositopenia (Brunner & Suddarth, 2018)

### 2.1.6. Pathway



### 2.1.7. Klasifikasi

Menurut Price, Sylvia Anderson (2021), klasifikasi gagal ginjal kronik di bagi atas 5 tingkatan stadium yaitu:

Stadium	Laju Filtrasi Glomerulus	Deskripsi & Manifestasi
Stadium 1	>90 ml/menit/1,73m <sup>2</sup>	Kerusakan ginjal dengan GFR normal atau meningkat. Asimtomatik, BUN serta kreatinin normal.
Stadium 2	60-89 ml/menit/1,73m <sup>2</sup>	Penurunan ringan GFR. Asimtomatik, kemungkinan hipertensi: biasanya pemeriksaan darah dalam batas yang normal.
Stadium 3	30-59 ml/menit/1,73m <sup>2</sup>	Penurunan sedang GFR. Hipertensi, kemungkinan anemia dan keletihan, anoreksia, kemungkinan malnutrisi, nyeri tulang, BUN dengan kenaikan ringan serta kreatinin serum.
Stadium 4	15-29 ml/menit/1,73m <sup>2</sup>	Penurunan berat GFR. Malnutrisi, anemia, hipertensi, perubahan metabolisme tulang, edema, asidosis metabolik, hiperkalsemia, kemungkinan uremia, azotemia dengan peningkatan BUN serta kadar kreatinin serum.
Stadium 5	<15 ml/menit/1,73m <sup>2</sup>	Penyakit ginjal stadium akhir. Gagal ginjal dengan azotemia dan uremia nyata.

Sumber: Price SA (2021)

Rumus untuk menghitung laju filtrasi glomerulus:

Klirens Kreatinin =  $\frac{\text{urin kreatinin (mg/dl)} \times \text{volume urine (ml/24jam)}}{\text{Serum kreatinin (mg/dl)} \times 1,440}$

Serum kreatinin (mg/dl) x 1,440

Normal (20-50 tahun)

- ✓ Laki-laki: 97-137 ml/men/1,73 m<sup>2</sup> atau 0,93-1,32 ml/ see/ m<sup>2</sup> zu
- ✓ Wanita: 88-128 ml/men/1,73 m<sup>2</sup> atau 0,85-1,23 ml/see/m<sup>2</sup> zu

**2.1.8 .Komplikasi**

Menurut Brunner & Suddarth (2018), komplikasi gagal ginjal kronik adalah:

**1. Hiperkalemia**

Terjadi karena adanya penurunan katabolisme, ekskresi, asidosis metabolik serta masukan diet yang berlebihan.

**2. Perikarditis**

Terjadi karena adanya efusi pericarditis serta tamponade jantung yang mengakibatkan retensi produksi sampah uremik serta dialisis tidak adekuat.

**3. Hipertensi**

Terjadi karena adanya retensi cairan dalam natrium dan malfungsi sistem renin- angiotensin, serta aldosteron.

**4. Anemia**

Terjadi karena adanya penurunan eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah, hingga perdarahan gastrointestinal akibat dari iritasi.

**5. Penyakit Tulang**

Terjadi karena kalsifikasi metastatic akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D abnormal dan peningkatan kadar aluminium.

**2.1.9. Pemeriksaan diagnostik**

Menurut Brunner & Suddarth (2018), pemeriksaan diagnostik pada gagal ginjal kronik yaitu:

**1. Hemoglobin**

Pemeriksaan darah ini digunakan untuk memeriksa kadar protein yang ada di dalam sel darah merah. Nilai normalnya: untuk pria 14-18 g/dl, dan untuk perempuan 12-16 g/dl.

## 2. Albumin

Pemeriksaan darah ini digunakan untuk memeriksa fungsi organ ginjal. Nilai normalnya: 3,4-5,4 g/dl.

## 3. Nitrogen Urea Darah (BUN)

Pemeriksaan darah ini mengukur urea. Nilai normalnya: 5- 25 mg/dl.

## 4. Kreatinin (Serum)

Pemeriksaan darah ini digunakan untuk mendiagnosis disfungsi ginjal. Kreatinin adalah sisa pemecahan otot yang diekskresikan oleh ginjal. Perbandingan nilai normal BUN/kreatinin yaitu 10:1. Nilai normal: serum 0,5-1,5 mg/dl.

## 5. Klirens kreatinin

Pemeriksaan urine 24 jam untuk mengidentifikasi disfungsi ginjal dan memonitor fungsi ginjal. Nilai normal: 85- 135/menit.

## 6. Ultrasound (USG)

Ultrasound (USG) menggunakan gelombang suara yang dipancarkan kedalam tubuh untuk mendeteksi abnormalitas. Organ-organ dalam system urinarius akan menghasilkan gambar-gambar ultrasound yang khas. Abnormalitas seperti akumulasi cairan, malformasi, perubahan ukuran organ ataupun obstruksi dapat diidentifikasi.

## 7. Pemeriksaan X-ray dan pencitraan lainnya

### a. *Kidney, ureter, and bladder (KUB)*

Pemeriksaan radiologi abdomen dapat dilaksanakan untuk melihat ukuran, bentuk, serta posisi ginjal, dan mengidentifikasi semua kelainan seperti batu dalam ginjal atau tractus urinarius, hidronephrosis (distensi pelvis ginjal), tumor, atau pergeseran ginjal akibat abnormalitas pada jaringan sekitarnya.

### b. *Pemindai CT dan Magnetic Resonance Imaging (MRI)*

Pemeriksaan pemindai CT dan MRI merupakan Teknik noninvasif yang akan memberikan gambar penampang ginjal serta saluran kemih yang sangat jelas. Kedua pemeriksaan ini akan memberikan informasi tentang luasnya lesi invasive pada ginjal.

### c. *Urografi intravena (Ekskretori urogram atau intravenous pyelogram).*

Pemeriksaan ini untuk visualisasi ginjal, ureter, dan kandung kemih. Media kontras radiopaque disuntikkan secara intravena dan kemudian dibersihkan dari dalam darah serta dipekatkan oleh ginjal. Nefrotomogram dapat dilaksanakan sebagai bagian dari pemeriksaan untuk melihat berbagai lapisan ginjal serta struktur difus dalam setiap lapisan dan untuk membedakan massa atau lesi yang padat dari kista didalam ginjal atau traktus urinarius.

### d. *Pielografi retrograd*

Dalam Pielografi Retrograd, kateter uretra di masukkan lewat ureter kedalam pelvis ginjal dengan bantuan sistoskopi. Kemudian

media kontras dimasukkan dengan gravitasi atau penyuntikan melalui kateter. Pielografi retrograde biasanya dilakukan jika pemeriksaan IVP kurang memperlihatkan dengan jelas system pengumpul. Pemeriksaan pielografi retrograd jarang dilakukan dengan semakin majunya Teknik-teknik yang digunakan dalam urografi ekskretorik.

e. Infusion drip pyelography

Infusion Drip Pyelography merupakan pemberian lewat infus larutan encer media kontras dengan volume yang sangat besar untuk menghasilkan opasitas parenkim ginjal dan mengisi seluruh tractus urinarius. Metode pemeriksaan ini berguna bila Teknik urografi yang biasa dikerjakan tidak berhasil memperlihatkan struktur drainase dengan memuaskan (misalnya pada pasien dengan kadar nitrogen urea yang tinggi dalam darah) atau bila diperlukan opasitas struktur drainase untuk waktu yang lama sehingga dapat dibuat tomogram (radiografi potongan tubuh).

f. Sistourethrogram

Sistourethrogram menghasilkan visualisasi uretra dan kandung kemih yang bisa dilakukan melalui penyuntikan retrograd media kontras kedalam uretra serta kandung kemih atau dengan pemeriksaan sinar-x sementara pasien mengekskresikan media kontras.

g. Angiografi renal

Prosedur ini memungkinkan visualisasi arteri renalis. Arteri femoralis (atau aksilaris) ditusuk jarum khusus kemudian sebuah kateter

disisipkan melalui arteri femoralis serta iliaka kedalam aorta atau arteri renalis. media kontras disuntikkan untuk menghasilkan opasitas suplai arteri renalis. angiografi memungkinkan evaluasi dinamika aliran darah, memperlihatkan vaskulatur yang abnormal dan membantu membedakan kista renal dengan tumor renal.

h. GFR terukur (estimated GFR, eGFR)

GFR terukur dianggap sebagai cara yang paling akurat mendeteksi perubahan fungsi ginjal. Nilai normal: 90-120 ml/menit.

#### **2.1.10. Penatalaksanaan**

Menurut Brunner & Suddarth (2018), Tujuan penatalaksanaan adalah mempertahankan fungsi ginjal dan mempertahankan homeostasis selama mungkin. Semua faktor yang berkontribusi terhadap ESRD dan faktor yang reversible misalnya obstruksi diidentifikasi dan diobati.

##### **1. Penatalaksanaan farmakologis**

Komplikasi dapat di cegah atau di hambat dengan pemberian agen pengikat fosfat yang diresepakan, suplemen kalsium, obat antihipertensi dan jantung, obat anti kejang, dan eritropoietin (Epogen).

a. *Hiperfosfatemia dan Hipokalemia* diobati dengan obat-obatan yang mengikat fosfor makanan disaluran pencernaan (misalnya: kalsium karbonat, kalsium asetat, sevelamer hidroklorida); semua agen pengikat harus di berikan bersama makanan.

b. *Hipertensi* ditangani dengan berbagai medikasi antihipertensif kontrol volume intravaskuler.



- c. *Gagal jantung kongestif dan edema pulmoner* juga memerlukan penanganan pembatasan cairan, diet rendah natrium, diuretic, agen inotropik seperti digitalis atau dobutamine dan dialisis.
- d. *Asidosis Metabolik* pada gagal ginjal kronik biasanya tanpa gejala dan tidak memerlukan penanganan, mungkin diperlukan untuk mengoreksi asidosis jika kondisi ini menimbulkan gejala dengan memberikan suplemen natrium bikarbonat atau dialisis.
- e. *Hiperkalemia* biasanya dicegah dengan penanganan dialysis yang adekuat disertai pengambilan kalium dan pemantauan yang cermat terhadap kandungan kalium pada seluruh medikasi oral maupun intravena. Pasien diharuskan diet rendah kalium. Kadang-kadang kayexalate perlu diberikan secara oral.
- f. *Abnormalitas Neurologi* dapat terjadi dan memerlukan observasi dini terhadap tanda-tanda kejang seperti kedutan, sakit kepala, delirium atau aktivitas kejang. Dokter bisa dihubungi dalam pemberian obat diazepam (Valium) atau phenitoin (Dilantin).
- g. *Anemia* pada gagal ginjal kronis ditangani dengan Epogen (Eritropoetin manusia rekombinan). Anemia pada pasien (hematokrit kurang dari 30%) muncul tanpa gejala seperti malaise, kelelahan umum, dan penurunan intoleransi aktivitas. Terapi Epogen diberikan untuk memperoleh hematokrit sebesar 33% sampai 38%, yang biasanya memulihkan gejala anemia.

## **2. Penatalaksanaan terapi diet**

- a. Intervensi diet diperlukan dengan pengaturan asupan protein, asupan cairan untuk menyeimbangkan kehilangan cairan dan asupan natrium serta pembatasan kalium
- b. Asupan kalori dan vitamin yang cukup terjamin. Kalori di pasok dengan karbohidrat dan lemak untuk mencegah pemborosan.
- c. Protein dibatasi. Protein yang diperbolehkan harus memiliki nilai biologis yang tinggi (produk susu, telur dan daging).
- d. Jumlah cairan yang diperbolehkan adalah 500 hingga 600 mL cairan atau lebih dari jumlah urine yang dikeluarkan selama 24 jam pada hari sebelumnya.
- e. Suplemen vitamin.

### **3. Penatalaksanaan Dialisis**

Pasien dengan gejala gagal ginjal yang meningkat dirujuk ke pusat dialysis dan transplantasi pada awal perjalanan penyakit ginjal progresif. dialisis biasanya di mulai Ketika pasien tidak dapat mempertahankan gaya hidup yang wajar dengan pengobatan konservatif.

### **4. Manajemen Perawatan**

- a. Menilai status cairan dan mengidentifikasi potensi sumber ketidakseimbangan
- b. Menerapkan program diet untuk memastikan asupan nutrisi yang tepat dalam Batasan rejimen pengobatan
- c. Tingkatkan perasaan positif dengan mendorong peningkatan perawatan diri dan kemandirian yang lebih baik

- d. Berikan penjelasan dan informasi kepada pasien dan keluarga mengenai ESRD, pilihan pengobatan dan potensi komplikasi
- e. Berikan dukungan emosional.

#### **5. Promosi Perawatan Berbasis Rumah dan Komunitas**

- a. Mengajarkan pasien perawatan diri sendiri
  - 1) Berikan penjelasan dan informasi berkelanjutan kepada pasien dan keluarga mengenai ESRD, pilihan pengobatan dan potensi komplikasi; pantau kemajuan dan kepatuhan pasien terhadap rejimen pengobatan
  - 2) Rujuk pasien untuk konseling diet dan batu perencanaan nutrisi
  - 3) Ajarkan pasien cara memeriksa alat akses vascular untuk mengetahui patensi dan Tindakan pencegahan yang tepat, seperti menghindari venipuncture dan pengukuran tekanan darah pada lengan dengan alat akses.
  - 4) Ajarkan pasien dan keluarga masalah apa yang harus dilaporkan: tanda-tanda gagal ginjal yang memburuk, hiperkalemia, masalah akses.
- b. Perawatan Berkelanjutan
  - 1) Tekankan pentingnya pemeriksaan dan pengobatan lanjutan
  - 2) Rujuk pasien ke perawat perawatan dirumah untuk pemantauan dan dukungan berkelanjutan
  - 3) Tekankan pembatasan makanan yang diperlukan, termasuk pembatasan cairan, natrium, kalium dan protein.

- 4) Ingatkan pasien tentang perlunya kegiatan promosi Kesehatan dan pemeriksaan Kesehatan (Brunner & Suddarth, 2001).

## **2.2 Konsep Dasar Keperawatan**

Proses keperawatan adalah penerapan metode pemecahan masalah ilmiah kepada masalah-masalah kesehatan atau keperawatan secara sistematis serta menilai hasilnya. Jadi proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2007).

### **2.2.1 Pengkajian**

Menurut Brunner & Suddarth (2018), pengkajian pada pasien gagal ginjal kronik meliputi:

#### **1. Rasa nyeri**

Nyeri pada ginjal dapat dirasakan sebagai rasa sakit yang tumpul pada sudut kostovertebral (daerah yang terbentuk oleh selubung iga dan kolumna vertebra); Rasa sakit atau nyeri ini dapat menjalar sampai umbilicus.

Kelainan ureter akan menimbulkan rasa nyeri di daerah punggung yang menjalar ke abdomen, paha bagian atas, testis atau labium. Nyeri dibagian pinggang (daerah antara iga dan ilium) yang menjalar ke abdomen bawah atau epigastrium dan sering disertai mual, muntah serta ileus paralitik dapat menunjukkan adanya kolik renal.

Nyeri kandung kemih (nyeri abdomen bawah atau nyeri didaerah suprapubic) dapat disebabkan oleh distensi yang berlebihan atau infeksi kandung kemih. Perasaan ingin kencing, tenesmus (nyeri ketika mengejan) dan dysuria terminal (nyeri pada akhir urinarius) sering dijumpai.

Nyeri pada meatus uretra akan terjadi iritasi leher kandung kemih atau uretra yang disebabkan oleh infeksi (urethritis), trauma atau adanya benda asing dalam traktus urinarius pars inferior.

Nyeri hebat pada skrotum terjadi akibat inflamasi dan edema pada epididymis atau testis atau torsio testis, sedangkan rasa penuh dan nyeri didaerah perineum serta rectum dapat disebabkan oleh metastasis kanker prostat ke tulang pelvis. Nyeri pada korpus penis dapat berasal dari masalah uretra, sementara nyeri didaerah gland penis biasanya terjadi akibat prostatitis.

Perlu diperhatikan bahwa penyakit ginjal sering tidak disertai dengan keluhan nyeri, dan sering didiagnosis berdasarkan gejala lain yang membuat pasien mencari pertolongan medik. Contoh gejala ini adalah edema kaki, sesak nafas dan perubahan pada eliminasi urine.

## **2. Perubahan pada eliminasi urine (Mikturisi)**

Eliminasi urine atau mikturia biasanya terjadi tanpa nyeri dengan frekuensi lima hingga enam kali sehari dan kadang kadang sekali pada malam hari. Rata-rata individu membentuk dan mengeluarkan urine sebanyak 1200 hingga 1500 ml dalam waktu 24 jam. Jumlah ini berubah menurut asupan cairan, perspirasi, suhu lingkungan, muntah, atau diare.

Masalah umum yang menyertai eliminasi urine adalah keluhan sering kencing, rasa ingin kencing, Disuria, kencing yang sulit dimulai, inkontinensia, enuresis, poliuria, oliguria, dan hematuria.

### **3. Gejala gastrointestinal**

Gejala gastrointestinal dapat terjadi pada berbagai keadaan urologi karena tractus gastrointestinal dan urinarius memiliki persyarafan otonom serta sensorik yang sama dan karena adanya refleks renointestinal. hubungan anatomis ginjal kanan dengan kolon, duodenum, kaput pancreas, ductus koledokus, hati dan kandung empedu dapat menyebabkan gangguan gastrointestinal. Kedekatan ginjal kiri dengan kolon (Fleksura Lienalis), lambung, pancreas, dan limpa juga dapat menimbulkan gejala intestinal. gejala ini dapat mencakup mual, muntah, diare, gangguan rasa nyaman abdomen, dan ileus paralitik. Apendisitis juga dapat disertai dengan gejala urinarius.

### **4. Riwayat kesehatan**

Riwayat sakit harus mencakup informasi berikut yang berhubungan dengan fungsi renal dan urinarius:

- a. Keluhan utama pasien dan alasan utama mengapa ia datang ke dokter atau rumah sakit
- b. Adanya rasa nyeri: Lokasi, karakter, durasi, dan hubungannya dengan urinasi; factor-faktor yang memicu rasa nyeri dan yang meringankannya.
- c. Riwayat infeksi dan yang meringankannya

- d. Terapi atau perawatan rumah sakit yang pernah dialami untuk menangani infeksi traktus urinarius.
- e. Adanya gejala panas atau menggigil
- f. Sistoskopi sebelumnya, Riwayat penggunaan kateter urine dan hasil hasil pemeriksaan diagnostik renal atau urinarius.
- g. Gejala kelainan urinasi
- h. Disuria: kapan keluhan ini terjadi pada saat urinasi (pada awal urinasi atau akhir urinasi).
- i. *Hesitancy*; mengejan; nyeri selama atau sesudah urinasi
- j. Inkontinesia (*stres inkontinensia, urge incontinence; overflow incontinence, inkontinensia fungsioanal*)
- k. Riwayat salah satu keadaan berikut ini:
  - 1) Hematuria: Perubahan warna dan volume urin
  - 2) Nokturia dan kapan dimulainya
  - 3) Penyakit pada usia kanak-kanak (impetigo, sindrom Nefrotik)
  - 4) Batu ginjal (kalkuli renal, ekskresi batu kemih kedalam urine)
  - 5) Kelainan yang mempengaruhi fungsi ginjal atau tractus urinarius (Diabetes Mellitus, Hipertensi, Trauma abdomen, cedera medulla spinalis. kelainan neurologi lain)
  - 6) Untuk pasien Wanita; jumlah dan tipe (persalinan pervaginam VS section caesarea); persalinan dengan forceps; infeksi vagina; keputihan atau iritasi; penggunaan kontrasepsi.

- 7) Setiap pajanan (okupasional, lingkungan atau rekreasional) terhadap toksin yang berhubungan dengan tractus urinarius (misalnya zat-zat kimia, plastik, ter, karet, asap rokok)
- 8) Adanya atau riwayat lesi genital atau penyakit menular seksual
- 9) Setiap obat yang didapat melalui resep atau di beli bebas (termasuk obat-obatan yang diresepkan untuk kelainan renal atau urinarius)
- 10) Riwayat merokok
- 11) Riwayat penyalahgunaan obat atau alkohol

Perawat tidak hanya mengumpulkan informasi tentang keluhan fisik pasien tetapi juga mengkaji status psikososial seperti rasa cemas, ancaman yang di rasakan terhadap citra diri, sistem pendukung dan pola-pola sosio-budaya. Pengumpulan semua informasi melalui pengkajian keperawatan pendahuluan dan selanjutnya memungkinkan perawat untuk mengungkapkan kesalahpahaman. Kurangnya pengetahuan dan kebutuhan untuk penyuluhan pasien.

## **5. Pengkajian fisik**

Karena disfungsi renal mempengaruhi semua sistem tubuh, maka diperlukan pengkajian yang menyeluruh. Disamping itu, pengkajian tersebut secara spesifik harus berfokus pada tractus urinarius.

Palpasi langsung dapat membantu menemukan ukuran dan mobilitas ginjal. Sementara pasien berada dalam posisi berbaring terlentang, pemeriksa meletakkan salah satu tangannya di belakang pinggang pasien dengan jari-jari tangan yang tidak mengenai iga bagian



bawah. Tangan yang lain (telapak tangan menghadap ke bawah) di tempatkan di sebelah anterior ginjal dengan jari-jari tangan tepat diatas umbilikus. Pasien di minta untuk menarik nafas dalam dan tangan pemeriksa yang berada disebelah anterior ditekan kedepan. Kita mungkin merasakan kutub ginjal yang licin dan bulat diantara kedua belah tangan; ginjal kanan lebih mudah diraba daripada ginjal kiri karena ginjal kanan sedikit lebih rendah dibandingkan ginjal kiri.

Penyakit renal dapat menimbulkan nyeri tekan didaerah angulus kostovertebralis yang terletak pada tempat iga keduabelas atau iga paling bawah, berhubungan dengan tulang vertebra. Auskultasi kuadran atas abdomen dilakukan untuk mendeteksi bruit (suara vascular yang dapat menunjukkan stenosis pembuluh arteri renal).

Dalam pemeriksaan rektal pada pasien laki-laki, kelenjar prostat harus di palpasi dengan ujung-ujung jari tangan sebagai bagian dari pemeriksaan kelainan kemih ketika terjadi hiperplasia prostat pada lansia laki-laki.

Daerah inguinal diperiksa untuk menemukan pembesaran nodus limfatikus, hernia inguinal atau femoral, dan varikokel. Pada wanita dilakukan pemeriksaan vulva, uretra dan vagina.

Pada saat melakukan pemeriksaan fisik, keadaan pasien dikaji untuk menemukan gejala edema yang menunjukkan retensi cairan, daerah muka dan ekstremitas dikaji secara khusus (Brunner & Suddarth, 2018).

### **2.2.2. Diagnosa keperawatan**

Menurut Brunner & Suddarth (2018), diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien gagal ginjal kronik adalah:

1. Kelebihan Volume cairan berhubungan dengan penurunan haluaran urine, diet berlebih atau retensi cairan dan natrium.
2. Perubahan nutrisi; kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia, mual, muntah, pembatasan diet dan perubahan membrane mukosa mulut.
3. Kurang pengetahuan tentang kondisi dan penanganan
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan, anemia, retensi produk sampah dan prosedur dialisis.
5. Gangguan harga diri berhubungan dengan ketergantungan, perubahan peran, perubahan citra tubuh dan fungsi seksual.

### **2.2.3. Intervensi keperawatan**

Menurut Brunner & Suddarth (2018), intervensi keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik adalah:

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan haluaran urine, diet berlebih, dan retensi cairan dan natrium

Tujuan: Mempertahankan berat tubuh ideal tanpa kelebihan cairan

#### **a. Hasil yang diharapkan:**

- 1) Menunjukkan perubahan-perubahan berat badan yang lambat
- 2) Mempertahankan pembatasan diet dan cairan
- 3) Menunjukkan turgor kulit normal tanpa edema
- 4) Menunjukkan tidak adanya distensi vena

- 5) Melaporkan adanya kemudahan dalam bernafas atau tidak terjadi nafas pendek
- 6) Melakukan hygiene oral dengan sering
- 7) Melaporkan penurunan rasa haus
- 8) Melaporkan berkurangnya kekeringan pada membrane mukosa mulut

**b. Intervensi keperawatan**

- 1) Kaji status cairan: timbang berat badan harian; Keseimbangan masukan dan haluaran; distensi vena leher; Tekanan darah, denyut dan irama nadi  
R/: pengkajian merupakan dasar dan data dasar berkelanjutan untuk memantau perubahan dan mengevaluasi intervensi
- 2) Batasi masukan cairan  
R/: pembatasan cairan akan menentukan berat tubuh ideal, haluaran urine, dan respon terhadap terapi.
- 3) Identifikasi sumber potensial cairan: Medikasi dan cairan yang di gunakan untuk pengobatan; oral dan intravena dan makanan  
R/: sumber kelebihan cairan yang tidak diketahui dapat diidentifikasi
- 4) Jelaskan pada pasien dan keluarga rasional pembatasan  
R/: pemahaman meningkatkan Kerjasama pasien dan keluarga dalam pembatasan cairan

5) Bantu pasien dalam menghadapi ketidaknyamanan akibat pembatasan cairan

R/: kenyamanan pasien meningkatkan kepatuhan terhadap pembatasan diet

6) Tingkatkan dan dorong hygiene oral dengan sering

R/: hygiene oral mengurangi kekeringan membrane mukosa mulut.

2. Perubahan Nutrisi; kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual, muntah, pembatasan diet dan perubahan membran mukosa mulut

Tujuan: Mempertahankan masukan nutrisi yang adekuat

**a. Hasil yang diharapkan:**

- 1) Mengonsumsi protein yang mengandung nilai biologis tinggi
- 2) Memilih makanan yang menimbulkan nafsu makan dalam Batasan diet
- 3) Mengonsumsi makanan tinggi kalori dalam Batasan diet
- 4) Mematuhi medikasi sesuai jadwal untuk mengatasi anoreksia dan tidak menimbulkan rasa kenyang
- 5) Menjelaskan dengan kata-kata sendiri rasioanal pembatasan diet dan hubungannya dengan kadar kreatinin dan urea
- 6) Mengkonsulkan daftar makanan yang dapat di terima
- 7) Melaporkan peningkatan nafsu makan

- 8) Menunjukkan tidak adanya perlambatan atau penurunan berat badan yang cepat
- 9) Menunjukkan turgor kulit yang normal tanpa edema; kadar albumin plasma dapat diterima

**b. Intervensi keperawatan**

- 1) Kaji status nutrisi: perubahan berat badan, pengukuran antropometrik, Nilai laboratorium (elektrolit serum, BUN, kreatinin, Protein, transferrin, dan kadar besi)  
R/: Menyediakan data dasar untuk memantau perubahan dan mengevaluasi intervensi
- 2) Kaji pola diet nutrisi pasien: Riwayat diet, makanan kesukaan, Hitung kalori.  
R/: Pola diet dahulu dan sekarang dapat dipertimbangkan dalam menyusun menu
- 3) Kaji faktor yang berperan dalam merubah masukan nutrisi: Anoreksia, mual, muntah; Diet yang tidak menyenangkan bagi pasien; depresi; kurang memahami pembatasan diet; Stomatitis  
R/: Menyediakan informasi mengenai factor lain yang dapat diubah atau dihilangkan untuk meningkatkan masukan diet
- 4) Menyediakan makanan kesukaan pasien dalam batas-batas diet  
R/: Mendorong peningkatan masukan diet
- 5) Tingkatkan masukan protein yang mengandung nilai biologis tinggi: telur, produk susu, daging.

R/: Protein yang lengkap diberikan untuk mencapai keseimbangan nitrogen yang diperlukan untuk pertumbuhan dan penyembuhan

- 6) Anjurkan camilan tinggi kalori, rendah protein, rendah natrium diantara waktu makan

R/: Mengurangi makanan dan protein yang dibatasi dan menyediakan kalori untuk energi, membagi protein untuk pertumbuhan dan penyembuhan jaringan

- 7) Ubah jadwal medikasi sehingga medikasi ini tidak segera diberikan sebelum makan

R/: Ingesti medikasi sebelum makan menyebabkan anoreksia dan rasa kenyang

- 8) Jelaskan rasional pembatasan diet dan hubungannya dengan penyakit ginjal dan peningkatan urea dan kadar kreatinin

R/: Meningkatkan pemahaman pasien tentang hubungan antara diet, urea, kadar kreatinin dengan penyakit renal

- 9) Sediakan daftar makanan yang dianjurkan secara tertulis dan anjuran untuk memperbaiki raa tanpa menggunakan natrium atau kalium

R/: Daftar yang dibuat menyediakan pendekatan positif terhadap pembatasan diet dan merupakan referensi untuk pasien dan keluarga yang dapat digunakan di rumah

- 10) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan

R/: Faktor yang tidak menyenangkan yang berperan dalam menimbulkan anoreksia dihilangkan

11) Timbang berat badan harian

R/: Untuk memantau status cairan dan nutrisi

12) Kaji bukti adanya masukan protein yang tidak adekuat: pembentukan edema, penyembuhan yang lambat, penurunan kadar albumin serum.

R/: Masukan protein yang tidak adekuat dapat menyebabkan penurunan albumin dan protein lain, pembentukan edema, dan perlambatan penyembuhan.

3. Kurang pengetahuan tentang kondisi dan penanganan

Tujuan: Meningkatkan pengetahuan mengenai kondisi dan penanganan yang bersangkutan

a. **Hasil yang diharapkan:**

- 1) Menyatakan hubungan antara penyebab gagal ginjal dan konsekuensinya
- 2) Menjelaskan pembatasan cairan dan diet sehubungan dengan kegagalan regulasi ginjal
- 3) Menyatakan hubungan antara gagal ginjal dengan kebutuhan penanganan menggunakan kata-kata sendiri
- 4) Menanyakan tentang pilihan terapi, yang merupakan petunjuk kesiapan belajar

- 5) Menyatakan rencana untuk melanjutkan kehidupan normalnya sedapat mungkin
- 6) Menggunakan informasi dan instruksi tertulis untuk mengklarifikasi pertanyaan dan mencari informasi tambahan

**b. Intervensi keperawatan**

- 1) Kaji pemahaman mengenai penyebab gagal ginjal, konsekuensinya dan penanganannya: penyebab gagal ginjal pasien; pengertian gagal ginjal; pemahaman mengenai fungsi renal; Hubungan antara cairan, pembatasan diet dengan gagal ginjal; Rasional penanganan (Hemodialisis, Dialisis Peritoneal, Transplantasi)

R/: Merupakan intruksi dasar untuk penjelasan dan penyuluhan lebih lanjut

- 2) Jelaskan fungsi renal dan konsekuensi gagal ginjal sesuai dengan tingkat pemahaman dan kesiapan pasien untuk belajar

R/: Pasien dapat belajar tentang gagal ginjal dan penanganan setelah mereka siap untuk memahami dan menerima diagnosis an konsekuensinya.

- 3) Bantu pasien untuk mengidentifikasi cara-cara untuk memahami berbagai perubahan akibat penyakit dan penanganan yang mempengaruhi hidupnya

R/: Pasien dapat melihat bahwa kehidupannya tidak harus berubah akibat penyakit



- 4) Sediakan informasi baik tertulis maupun secara lisan dengan tetap tenang: Fungsi dan kegagalan ginjal; Pembatasan cairan; dan diet; Medikasi; Melaporkan masalah, tanda dan gejala; Jadwal tindak lanjut; Sumber di komunitas; Pilihan terapi

R/: Pasien memiliki informasi yang dapat digunakan untuk klarifikasi selanjutnya di rumah.

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan, anemia, retensi produk sampah dan prosedur dialisis.

Tujuan: Berpartisipasi dalam aktivitas yang dapat ditoleransi

a. **Hasil yang diharapkan:**

- 1) Berpartisipasi dalam meningkatkan tingkat aktivitas dan Latihan
- 2) Melaporkan peningkatan rasa sejahtera
- 3) Melakukan istirahat dan aktivitas secara bergantian
- 4) Berpartisipasi dalam aktivitas perawatan mandiri yang dipilih

b. **Intervensi keperawatan**

- 1) Kaji factor yang menimbulkan kelelahan: Anemia; ketidakseimbangan cairan dan Elektrolit; Retensi produk sampah; Depresi

R/: Menyediakan informasi tentang indikasi tingkat kelelahan

- 2) Tingkatkan kemandirian dalam aktivitas perawatan diri yang dapat ditoleransi; bantu jika kelelahan terjadi

R/: Meningkatkan aktivitas ringan/sedang dan memperbaiki harga diri

- 3) Anjurkan aktivitas alternatif sambil istirahat

R/: Mendorong Latihan dan aktivitas dalam batas-batas yang dapat di toleransi dan istirahat yang adekuat

- 4) Anjurkan untuk beristirahat setelah dialisis

R/: Istirahat yang adekuat dianjurkan setelah dialisis, yang bagi banyak pasien sangat melelahkan

5. Gangguan harga diri berhubungan dengan ketergantungan, perubahan peran, perubahan citra tubuh dan fungsi seksual.

Tujuan: Memperbaiki konsep diri

**a. Hasil yang diharapkan:**

- 1) Mengidentifikasi pola koping terdahulu yang efektif dan pada saat ini tidak mungkin lagi di gunakan akibat penyakit dan penanganan (Pemakaian alcohol dan obat-obatan; penggunaan tenaga yang berlebihan)
- 2) Pasien dan keluarga mengidentifikasi dan mengungkapkan perasaan dan reaksinya terhadap penyakit dan perubahan hidup yang diperlukan
- 3) Mencari konseling profesional, jika perlu untuk menghadapi perubahan akibat gagal ginjal
- 4) Melaporkan kepuasan dengan metode ekspresi seksual

**b. Intervensi Keperawatan**

- 1) Kaji respon dan reaksi pasien dan keluarga terhadap penyakit dan penanganan  
  
R/: Menyediakan data tentang masalah pada pasien dan keluarga dalam menghadapi perubahan dalam hidup
- 2) Kaji hubungan antara pasien dengan anggota keluarga yang terdekat  
  
R/: Penguatan dan dukungan terhadap pasien diidentifikasi
- 3) Kaji pola coping pasien dan anggota keluarga  
  
R/: Pola coping yang telah efektif dimasa lalu mungkin potensial destruktif ketika memandang pembatasan yang ditetapkan akibat penyakit dan penanganan
- 4) Ciptakan diskusi terbuka tentang perubahan yang terjadi akibat penyakit dan penanganan: Perubahan peran; Perubahan gaya hidup; Perubahan dalam pekerjaan; Perubahan seksual; Ketergantungan pada tim tenaga kesehatan  
  
R/: Pasien dapat mengidentifikasi masalah dan Langkah-langkah yang diperlukan untuk menghadapinya
- 5) Gali cara alternatif untuk ekspresi seksual lain selain hubungan seksual  
  
R/: Bentuk alternatif ekspresi seksual dapat diterima
- 6) Diskusikan peran memberi dan menerima cinta, kehangatan, dan kemesraan

R/: Seksualitas mempunyai arti yang berbeda bagi tiap individu, tergantung pada tahap maturitasnya.

#### **2.2.4. Implementasi keperawatan**

Menurut Lewis, Heitkemper, & Dirksen, (2007) implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya.

Komponen tahap implementasi antara lain:

1. Tindakan keperawatan mandiri.
2. Tindakan keperawatan edukatif
3. Tindakan keperawatan kolaboratif.
4. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan

Keperawatan

#### **2.2.5. Evaluasi keperawatan**

Menurut Lewis, Heitkemper, & Dirksen, (2007) dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.



### BAB 3 TINJAUAN KASUS

Nama Mahasiswa yang mengkaji: Lasria Panjaitan

NIM: 052024021

Unit : Penyakit Dalam Tgl. Pengkajian : 11 Januari 2025

Ruang/Kamar : St.Fransiskus/15 Waktu Pengkajian : 14:15 wib

Tgl. Masuk RS : 11 Januari 2025 Auto Anamnese : Pasien

Allo Anamnese : Istri pasien

#### 1. IDENTIFIKASI

##### a. KLIEN

Nama Initial : Tn.T.S

Usia : 60 Tahun

Jenis Kelamin : ☒ Laki-laki ☐ Perempuan

Status Perkawinan : Kawin

Agama/Suku : Kristen Protestan

Warga Negara : ☒ Indonesia ☐ Asing

Bahasa yang Digunakan : ☒ Indonesia  
☒ Batak Toba

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : Petani

Alamat Rumah : Galang

##### b. PENANGGUNG JAWAB

Nama : Tn.P.S

Alamat : Patumbak

Hubungan dengan klien : Anak Kandung

#### 2. DATA MEDIK

a. Dikirim oleh : ☐ IGD  
☒ Dokter praktek

b. Diagnosa Medik :

b.1. Saat Masuk : Gagal Ginjal Kronik + Anemia + HT

b.2. Saat Pengkajian : Gagal Ginjal Kronik (GGK)

### 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\* / **pucat\*** / Cyanosis \*/ **sesak napas\*** /  
penggunaan alat medik yang digunakan Terpasang  
Threeway + O<sub>2</sub> 5L/i

Lain-lain :

(\*pilih sesuai kondisi pasien)

### b. RIWAYAT KESEHATAN

- 1). Keluhan Utama : Sesak nafas.
- 2). Riwayat kesehatan sekarang :

Sejak tanggal 04 Januari 2025, pasien mengeluh sesak nafas dan makin memberat 1 hari ini, hoyong, penurunan produksi urine, bengkak pada kedua kaki dan tangan, gelisah, mual muntah, tidak selera makan, wajah sembab, perut gembung/perut tidak nyaman, batuk berdahak, pusing dan badan lemas, tidak bertenaga serta tidak BAB sudah 5 hari.

- 3). Riwayat kesehatan masa lalu :

Hipertensi + PSCBA + TB Paru + Asam Urat + CKD.

RPO: Nocid, Sangobion, Pumpitor, Mucosta, Sangobion,

Allopurinol, Amlodipine 10 mg, Candesartan 16 mg

### 4. TANDA-TANDA VITAL

a. Kesadaran :

- 1). **Kualitatif:** ☒ Compos mentis ☐ Somnolens ☐ Coma  
☐ Apatitis ☐ Soporocomatous

**2). Kuantitatif:**

Skala Coma Glasgow

&gt; Respon Motorik 6

&gt; Respon Bicara 5

&gt; Respon Membuka Mata: 4

&gt; Jumlah 15

**3). Kesimpulan : Pasien sadar penuh**b. Flapping Tremor / Asterixis: ☐ Positif ☒ Negatif

c. Tekanan darah : 195/80 mm Hg

MAP :  $(2(80) + 195) / 3 = 117$  mm Hg

Kesimpulan : Perfusi darah ke ginjal tidak memadai

d. Suhu : 36,2 °C ☐ Oral ☒ Axillar ☐ Rectal

e. Pernafasan : Frekuensi 30 x/menit

1). Irama : ☐ Teratur ☒ Kusmuall ☐ Cheynes-Stokes2). Jenis : ☒ Dada ☐ Perut**5. PENGUKURAN**

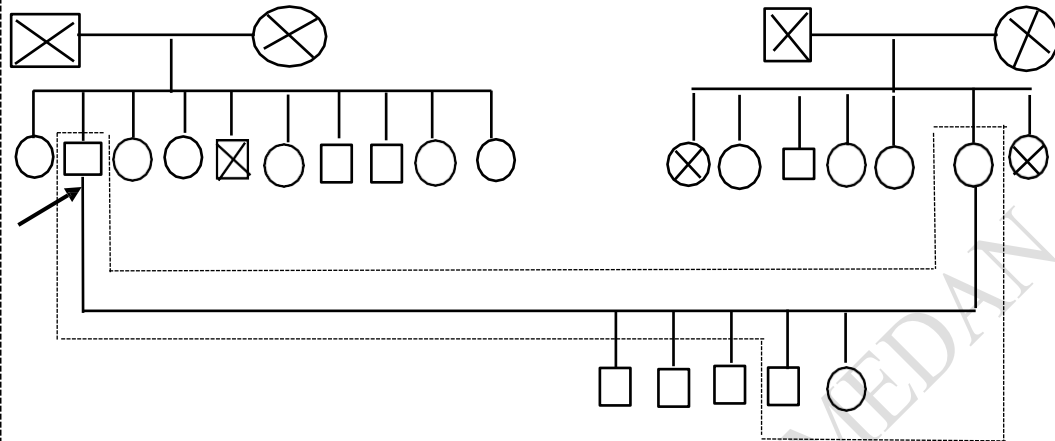
Tinggi Badan : 155 cm

Berat Badan : 68 kg

IMT : 28 kg

Kesimpulan : Kelebihan Berat Badan

6. GENOGRAM : ( 3 generasi / keturunan )



Keterangan:

□ : Laki – Laki

○ : Perempuan

X : Meninggal

↗ : Pasien

----- : Tinggal dirumah

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

Hipertensi

± 12 tahun

Pasien mengkonsumsi obat  
Amlodipine 10 mg + Candesartan  
16 mg

Kapan

Catatan

CKD

± 5 tahun

Pasien mengkonsumsi obat  
ketosteril 3x2 tab



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

Pasien mengatakan sehat dan menjaga kesehatan itu adalah hal yang terpenting. Tetapi walaupun pasien tahu kesehatan itu penting tetapi tidak pernah menjaga kesehatannya, tidak pernah berolahraga, suka makan daging-daging, minum tuak 5 teko besar /hari, dan tidak rutin minum obat hipertensi yang diberikan. pasien mengatakan pernah merokok dan berhenti 1 tahun ini. keluarga pasien juga mengatakan pasien tidak pernah memeriksakan keadaannya ke layanan kesehatan jika ada keluhan. pasien mengatakan pernah mengalami perdarahan saluran cerna bagian atas (PSCBA).

**b. Keadaan setelah sakit**

Pasien mengatakan  $\pm$  1bulan yang lalu pasien mengeluh sesak nafas, hoyong terutama saat berdiri dan berjalan, tapi setelah minum obat, sesak dan hoyong sudah berkurang dan dapat di toleransi, setelah 1 minggu ini sesak nafas makin memberat, hoyong tidak berkurang walaupun sudah minum obat ditambah keadaan semakin lemas, mual muntah, tidak selera makan dan buang air kecil sangat sedikit ( $\pm$  150- 300 cc/hari) akhirnya pasien memutuskan untuk opname karena tidak dapat ditoleransi lagi.

**3. Data Obyektif**

- Kebersihan rambut : Bersih, tidak berminyak
- Kulit kepala : Bersih, tidak ada lesi
- Kebersihan kulit : Kulit tampak kering dan bersisik
- Kebersihan rongga mulut : Tampak kotor dan berbau
- Kebersihan genitalia : Bersih
- Kebersihan anus : Bersih

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

Pasien mengatakan makan dengan baik, frekuensi makan 2x sehari dengan porsi makan ikan, sayur, buah jika ada. Pasien mengatakan soal makan tidak pernah milih- milih makanan. Pasien mengatakan minum air putih dalam sehari hanya 300 cc/hari, lebih banyak minum tuak dalam sehari menghabiskan 5 teko besar. 1 teko besar kurang lebih 1,5L. BB: 56 kg

**b. Keadaan sejak sakit**

Pasien mengatakan tidak selera makan, makanan yang disajikan habis 2-3 sendok saja karena ada rasa mual dan muntah. pasien mengatakan minum air putih 300 cc/hari. BB saat ini: 68 kg

## 2). Data Obyektif

### a). Pemeriksaan Fisik (Narasi)

- Keadaan nutrisi rambut : Rambut tipis dan beruban
- Hidrasi kulit : Kering dan bersisik
- Palpebrae : Oedem
- Conjunctiva : Anemis
- Sclera : Tidak ikterik
- Rongga mulut : Mulut kotor dan berbau
- 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
  - (beri tanda pada gigi yang palsu) 

8	7	6	5	4	3	2	1
1	2	3	4	5	6	7	8

 bawah
- Kemampuan mengunyah keras : Mampu mengunyah makanan keras
- Lidah : Tampak kotor dan putih
- Tonsil : 

<input type="checkbox"/>	Ada pembesaran	T .....
<input checked="" type="checkbox"/>	Tidak ada pembesaran	
- Pharing : Tidak ada peradangan
- Kelenjar parotis : 

<input type="checkbox"/>	Ada pembesaran
<input checked="" type="checkbox"/>	Tidak ada pembesaran
- Kelenjar tyroid : 

<input type="checkbox"/>	Ada pembesaran
<input checked="" type="checkbox"/>	Tidak ada pembesaran
- Abdomen

- = Inspeksi : Bentuk tampak buncit
- = Auskultasi : Peristaltik 10 x / menit
- = Palpasi : Tanda nyeri umum: Nyeri Ulu hati
- \* Massa : Tidak terdapat massa
  - \* Hidrasi kulit : Kering
  - \* Nyeri tekan: ☒ R. Epigastrica  
☐ Titik Mc. Burney  
☐ R. Suprapubica  
☐ R. Iliaca
- = Perkusi: Tympani
- \* Ascites ☒ Negatif  
☐ Positif, Lingkar perut .../.../...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 tanda radang
- = Lain-lain ( yang ditemukan selain yang tertulis di atas)
- Intake cairan Renxamin : 200 cc, Nacl 3% 500 cc/hari  
minum: 500 cc/Hari.

### III. POLA ELIMINASI

#### 1). Data Subyektif

##### a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB lancar dan BAB setiap satu kali sehari pada pagi hari dengan konsistensi lembek berwarna kuning kecoklatan dan tidak ada masalah terkait BAB.



b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit sudah 5 hari ini tidak BAB dan sudah di beri obat pencahar saat baru masuk opname dan sudah BAB. sejak di rawat dirumah sakit sudah 2 hari ini tidak BAB, sehingga perut terasa gembung dan tidak nyaman. Pasien mengatakan buang air kecil tidak lancar, buang air kecil sedikit-sedikit, tidak puas. dalam sehari bisa buang air kecil 15-20x/hari, urine berwarna kuning keruh.

## 2). Data Obyektif

### a. Observasi

Urine 24 jam: 300-450 cc

### **b. Pemeriksaan Fisik**

- Palpasi Suprapubika : ☒ Kandung kemih  
☐ Penuh kosong
- Nyeri ketuk ginjal :
- = Kiri : ☐ Negatif ☒ Positif
- = Kanan : ☐ Negatif ☒ Positif
- Mulut Urethra : Bersih
- Anus :
- = Peradangan : ☒ Negatif ☐ Positif
- = Hemoroid : ☒ Negatif ☐ Positif
- = Penemuan Lain

#### IV. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

## 1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan dapat beraktivitas dengan baik. sehari -harinya pasien bekerja sebagai pemanen aren dan dijual ke warung-warung untuk dijual.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak dapat beraktivitas karena badan terasa lemah, lemas tidak bertenaga, hoyong, sesak nafas jika terlalu banyak beraktivitas.

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

Pasien tampak lemas dan lemah, ADL pasien dibantu oleh perawat dan keluarga pasien, Pasien tidak bisa beraktivitas mandiri, rentang gerak menurun dan kekuatan otot menurun

**b). Aktivitas Harian**

- |                             |                                |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |
|-----------------------------|--------------------------------|--|---|-----------|---|-----------------------|---|-----------------|---|--------------------------|---|-----------------|
| - Makan                     | <input type="text" value="2"/> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><table border="0"><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></div> | 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="2"/> |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |
| - Ambulansi                 | <input type="text" value="2"/> |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |
| - Postur tubuh / gaya jalan | : Tampak seimbang              |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |
| - Anggota gerak yang cacat  | : Tidak ada                    |  |   |           |   |                       |   |                 |   |                          |   |                 |

**c). Pemeriksaan Fisik**

- Perfusi pembuluh perifer kuku : CRT < 3 detik
- Thorax dan Pernafasan

= Inspeksi : Bentuk Thorax : Simetris

- |                    |   |                                  |
|--------------------|---|----------------------------------|
| * Stridor          | Negatif <input checked="" type="checkbox"/> | Positif <input type="checkbox"/> |
| * Dyspnea d'effort | Negatif <input checked="" type="checkbox"/> | Positif <input type="checkbox"/> |
| * Sianosis         | Negatif <input checked="" type="checkbox"/> | Positif <input type="checkbox"/> |

= Palpasi : Vocal Fremitus: Getaran sama kiri/kanan

= Perkusi : ☒ Sonor ☐ Redup ☐ Pekak

Batas paru hepar : -

Kesimpulan : -

= Auskultasi :  
Suara Napas : Vesikuler



Suara Ucapan : Getaran kiri kanan sama

Suara Tambahan : Mengi

- Jantung

= Inspeksi : Ictus Cordis : Tidak terlihat

= Palpasi : Ictus Cordis : Teraba pada ICS 5

Thrill: ☒ Negatif ☐ Positif

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

Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis kiri

Batas kanan jantung : ICS 4 linea sternalis kanan

Batas kiri jantung : Linea midclavicularis sinistra

= Auskultasi :

Bunyi Jantung II A : Lup lup

Bunyi Jantung II P : Lup lup

Bunyi Jantung I T : Dup dup

Bunyi Jantung I M : Dup dup

Bunyi Jantung III Irama Gallop : ☒ Negatif ☐ Positif

Murmur : ☒ Negatif ☐ Positif : Tempat : .....  
Grade : .....

HR : 102 x/i

- Lengan Dan Tungkai

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

= Rentang gerak : Normal dapat bergerak

\* 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: Tidak ada kelainan

= Reflex Patologik : Babinski,

\* 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 Rombeng Test:

☒ Negatif

☐ Positif

☐ Tidak diperiksa, alasannya : .....

\* Kaku duduk : Tidak ada

## V. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

### 1). Data Subyektif

#### a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan dapat tidur  $\pm$  8-10 jam dalam sehari. tidur siang mulai jam 13:00 – 15:00 wib dan tidur malam mulai jam 23:00 wib – 06:00 wib.

#### b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak bisa tidur karena sering buang air kecil.jika malam hari buang air kecil bisa 7-10 x sehingga terganggu.pasien juga mengatakan tidak bisa tidur dikarenakan bahwa dokter menganjurkan hemodialis, bisa tidur harus bantuan obat tidur. selama sakit pasien mengkonsumsi obat tidur yaitu alprazolam 0,5 mg.

### 2). Data Obyektif

**a). Observasi :**

- Ekspresi wajah mengantuk : ☒ Negatif  
☐ Positif
- Palpebrae Inferior berwarna gelap: ☒ Negatif  
☐ Positif

**VI. POLA PERSEPSI KOGNITIF- PERSEPTUAL****1). Data Subyektif****a. Keadaan sebelum sakit**

Pasien mengatakan tidak memiliki gangguan pendengaran dan penglihatan serta penciuman. keluarga mengatakan untuk fungsi daya ingat dan keseimbangan pasien baik dan tidak ada masalah, tidak memiliki kesulitan dalam mempelajari sesuatu atau adanya masalah dalam proses pikir.

**b. Keadaan sejak sakit**

Pasien mengatakan fungsi pendengaran, penglihatan, penciuman masih baik dan tidak ada masalah. saat di ruang IGD tidak mau bicara karena sesak tetapi sesudah di dalam ruang perawatan pasien sudah mau bicara.

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

Pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan. Ketika pasien diajak ngobrol dan diberi pertanyaan, pasien mampu menjawab dengan baik dan sangat terbuka akan kondisi saat ini dan kondisi masa lalu pasien.

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

- = Cornea : Jernih
- = Visus : -
- = Pupil : Isokor
- = Lensa Mata : Kurang jernih
- = Tekanan Intra Ocular (TIO): Normal

**- Pendengaran**

- = Pina : Simetris



- = Canalis : Bersih
- = Membran Tympani : Normal
- = Tes Pendengaran : Normal

- Pengenalan rasa nyeri pada gerakan lengan dan tungkai :

Pasien mampu mengenali rasa yang diberikan dengan dilakukan pemeriksaan dengan mencubit ekstremitas pasien, tetapi pasien mengatakan merasa kebas pada daerah ekstermitas

## **VII. 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**

Pasien mengatakan merupakan seorang ayah dari 5 orang anak, merupakan kepala keluarga yang sehari-harinya bekerja keladang. Pasien sangat percaya diri walaupun bekerja sebagai pemanen nira, mampu menyekolahkan anak-anaknya ke perguruan tinggi.

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

Pasien mengatakan ia merasa tidak bisa berbuat apa-apa, ia merasa tidak berguna karena tidak dapat beraktivitas seperti biasanya karena sesak, hoyong, cepat lelah, lemas dan tidak bertenaga.

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

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

- Kontak mata saat bicara : Baik
- Rentang perhatian : ☒ Perhatian penuh / fokus  
: ☐ Mudah teralihkan  
: ☐ Tidak ada perhatian/tidak fokus
- Suara dan cara bicara : Jelas dan kurang fokus

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

- Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
- Penggunaan protesa : ☒ Tidak ☐ Ada

- Bila ada pada organ : ☐ Hidung ☐ Payudara  
☐ Lengan ☐ Tungkai

### **VIII. 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**

Keluarga mengatakan pasien tinggal bersama keluarga dengan hidup rukun, memiliki hubungan yang baik dengan anak, istri, keluarga serta lingkungan.

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

Keluarga mengatakan semua anggota keluarga sangat cemas terhadap kondisi pasien, begitupun dengan lingkungan tempat tinggal pasien, sehingga banyak saudara dan teman yang berkunjung. hubungan dengan keluarga tetap baik, tetapi sejak sakit peran pasien terbatas dikeluarganya dan dilingkungan tempat tinggal.

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

##### **Observasi**

Pasien memiliki dukungan sosial yang kuat dari keluarganya terutama istrinya. namun pasien mengalami penurunan interaksi sosial dengan teman dan lingkungan sosialnya sejak didiagnosis gagal ginjal kronik dan harus dialisis, ia merasa terisolasi, kehilangan peran sosial, dan khawatir tentang dampak finansial penyakitnya.

### **IX. POLA REPRODUKSI – SEKSUALITAS**

(masalah sexual yang berhubungan dengan penyakit yg dideritanya)

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

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

Pasien mengatakan ia merupakan seorang ayah dari 5 orang anak, pasien berusia 60 tahun dan tidak memiliki keluhan apapun terkait reproduksinya.

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

Pasien mengatakan tidak ada masalah atau keluhan terkait reproduksinya.

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

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

Tidak ada perilaku pasien yang menyimpang terkait reproduksi atau seksualitas.

- b. Pemeriksaan Fisik  
Tidak dikaji.

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

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

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

Keluarga mengatakan jika mempunyai masalah biasanya pasien marah-marah dan sangat sulit berkomunikasi dengan baik, sehingga istri selalu berkomunikasi dengan anak pertamanya untuk mencari solusi dalam penyelesaian masalah.

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

Pasien mengatakan sangat berharap bisa sembuh dan cepat keluar dari rumah sakit karena ia merasa sedih dan putus asa dan merasa kehilangan minat pada aktivitas yang disukainya. Pasien juga mengungkapkan kekhawatiran yang berlebihan akan masa depannya akibat sakit yang di deritanya dan mengetahui bahwa kondisinya serius, dan memerlukan dialysis seumur hidup dan pasien merasa takut akan komplikasi penyakit dan kemungkinan kematian.

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

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

Keluarga tampak kolaboratif dalam merawat pasien. pasien mengatakan berusaha untuk menerima kondisinya namun ekspresi emosi pasien tampak murung dan lesu, kontak mata kurang dan sering menarik napas panjang, nada bicara pelan dan monoton semenjak pasien dianjurkan untuk hemodialisis. Pasien mencoba untuk tetap aktif dengan berjalan-jalan disekitar kamar, tetapi seringkali merasa terlalu lelah.

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

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

## **XI. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN / KEYAKINAN**

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

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

Pasien mengatakan setiap hari minggu pasti ikut kebaktian tetapi jika ada partangiangan, tidak pernah diikuti. Saat makan dan saat tidur kadang berdoa, kadang tidak berdoa.

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

Pasien mengatakan tidak bisa ke gereja lagi setiap hari minggu karena dirawat dirumah sakit, dan hanya bisa berdoa di tempat tidur saja.



pasien sangat senang ketika pastoral care datang berkunjung dalam memberikan dukungan spiritual.

**2). Data Obyektif**

**Observasi**

Pasien berdoa di tempat tidur sebelum dan sesudah tidur, berdoa sebelum makan.

Nama dan Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(Lasria Panjaitan)

**I. DATA PENUNJANG****➤ LABORATORIUM****➤ DARAH RUTIN**

Leucocyte : 8.300 mm<sup>3</sup>  
Haemoglobin : 8,4 g/dL  
HCT : 24,4 %  
KGDS : 103 mg/dL  
PLT : 191.000 mm<sup>3</sup>  
LED : 52 mm/jam

**➤ FAAL HATI**

SGOT : 65 U/L  
SGPT : 26 U/L

**➤ FAAL GINJAL**

Ureum : 187 mg/dL  
Kreatinin : 7,92 mg/dL

**➤ ELEKTROLIT**

Natrium : 117 mmol/L  
Kalium : 5,7 mmol/L  
Chlorida : 102 mmol/L

**➤ HEMOSTASIS**

D.Dimer : 2895,3 ng/mL  
APTT : 34,5 detik

**➤ HASIL AGDA**

PH : 7.3  
pCO<sub>2</sub> : 20.3 mmHg  
pO<sub>2</sub> : 149.3 mmHg  
HCO<sub>3</sub> : 12.6 mmol/L  
TCO<sub>2</sub> : 13.2 mmol/L  
BE<sub>ef</sub> : -12.4 mmol/L  
S02% : 99.4 %

**➤ HASIL RADIOLOGI**

Hasil Thorax : Susp.proses chronic TB Paru dengan atelectase lapangan atas paru- paru kiri

**➤ HASIL USG Kidney + Bladder**

Proses kronis kedua ginjal  
Cyst kedua ginjal dengan ukuran 0.4-0.5 cm

### 3.2 Daftar terapi yang diberikan

OBAT/ TINDAKAN	GOLONGAN	WAKTU PEMBERIAN	TUJUAN/MANFAAT
IVFD NaCl 0.9%	Larutan Infus	Setiap hari dengan tetesan 10 tts/i	Suplemen mineral dan elektrolit
IVFD Ns 3%	Larutan infus	3 Fls → 1 fls/Hari dengan tetesan 30 cc/jam	Suplemen mineral dan elektrolit
Inj.Esomax	Obat antagonis reseptor histamin H <sub>2</sub>	2x1 Vial	Untuk mengobati gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam lambung berlebih.
Inj.Granon	Antagonis reseptor serotonin 5-HT <sub>3</sub>	2x1 amp	Pencegahan dan pengobatan pada keadaan: Mual dan muntah akut maupun tertunda.
Inj.Bifotic	Antibiotik	2x1 gr	untuk mengobati infeksi saluran pernapasan, infeksi intra-abdominal (perut bagian dalam) lainnya, septikemia (keracunan darah akibat bakteri dalam jumlah besar masuk ke dalam aliran darah)
Inj. Renxamin	Nutrisi parenteral ginjal	1x1 Fls	Larutan infus yang digunakan sebagai terapi untuk memenuhi kebutuhan protein pada pasien gagal ginjal akut dan gagal ginjal kronik
Inj.Enoxrin	Obat heparin	1x0,4	antikoagulan yang membantu mencegah terjadinya pembekuan pada darah
Nocid	Suplemen dan Terapi Penunjang.	3x2 tab	untuk membantu memenuhi kebutuhan asam amino pada kondisi asupan protein harus dibatasi hingga 40 g/hari (biasanya pada penyakit ginjal kronik)
Inpepsa	Antiulcerant, antirefluks, dan antasida	3xIC (AC)	untuk mengatasi gangguan radang lambung dan peningkatan asam lambung
Proferro		1x1 tab	
Bic-Nat		3x2 tab	
Genalsik		1x 80 mg	
Samsca		1x1 tab	
Fosen Enema		1x	
Vardipine		1x 10/160 mg	

### ANALISA DATA

**Nama/Umur** : Tn.T. S/ 60 Tahun

**Ruang/Kamar** : St. FA/ K.15

<b>D a t a</b>		<b>Etiologi</b>	<b>Masalah</b>
<b>Subyektif</b>	<b>Obyektif</b>		
1. Pasien mengatakan sesak nafas (Dyspnea)  2. Pasien mengatakan mengalami penurunan haluaran urine ( $\pm$ 150-300 cc/hari)  3. Pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki dan tangan	1. Kedua kaki dan tangan tampak edema 2. Turgor kulit tidak elastis 3. Jumlah urine 300-400 cc/24 jam 4. Wajah sembab, Palpebrae edema 5. Hasil Albumin: 2,5g/dL 6. Hasil USG Kidney Bladder: Proses kronis kedua ginjal 7. Hasil pemeriksaan lainnya: Ureum: 187mg/dL; Creatinin: 7.92 mg/dL; Hb: 8.4 gr/dL	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia (D.0022)
1. Pasien mengatakan tidak selera makan disertai mual dan muntah  2. Pasien mengatakan perut gembung/tidak nyaman  3. Pasien mengatakan hoyong, badan lemas dan tidak bertenaga	1. Pasien tampak mual dan muntah 2. Membran mukosa pucat 3. Hb: 8.4 mg/dL; Albumin: 2.5 g/dL; Na: 124 mmol/L 4. Pasien tampak lemah dan lemas 5. Konjungtiva anemik	Anoreksia, mual muntah, pembatasan diet	Defisit nutrisi (D.0019)

D a t a		Etiologi	Masalah
Subyektif	Obyektif		
<p>1. Pasien mengatakan sesak dirasakan 1 minggu ini dan makin memberat 1 hari sebelum masuk rumah sakit</p> <p>2. Pasien mengatakan sesak nafas jika beraktivitas</p>	<p>1. Pasien tampak sesak</p> <p>2. Pasien tampak gelisah</p> <p>3. Terpasang 02 5L/i</p> <p>4. Tampak posisi pasien semifowler 45</p> <p>5. TTV: TD:195/80 mmhg; T/P: 36.2/102 x/I, RR: 30 x/I, SP02: 98 % dengan 02 5L/i</p> <p>6. Irama pernafasan kussmaul</p> <p>7. Suara tambahan: Mengi</p> <p>8. <b>Hasil AGDA:</b> PH: 7.3, pO2: 149.3 mmHg; pCO2: 20,3 mmHg; BEecf: -12.4 mmol/L</p> <p><b>Hasil ThoraxFoto:</b> Proses Chronic TB paru dengan atelectase lapangan atas paru-paru kiri</p>	Ketidakseimbangan ventilasi- perfusi	Gangguan pertukaran gas (D.0003)
<p>1. Pasien mengatakan khawatir dan takut untuk dialysis, karena bukan kesembuhan yang datang melainkan mempercepat kematian</p> <p>2. Pasien mengatakan khawatir akan masa depannya akibat sakit yang</p>	<p>1. Ekspresi wajah tampak murung dan lesu</p> <p>2. Kontak mata kurang dan sering menarik napas panjang</p> <p>3. Pasien tampak gelisah</p> <p>4. Nada bicara pelan dan monoton</p> <p>5. Beorientasi pada masa lalu (Trauma akan kejadian masa lalu dimana saudara perempuan meninggal akibat hemodialisis)</p>	Kurang terpapar informasi	Ancietas (D.0080)





D a t a		Etiologi	Masalah
Subyektif	Obyektif		
dideritanya bahwa kondisinya serius dan memerlukan dialysis seumur hidup 3. Pasien mengatakan takut akan komplikasi penyakit dan kemungkinan kematian			



**DIAGNOSA KEPERAWATAN**

**Nama/Umur** : Tn. T. S/ 60 tahun

**Ruang/Kamar** : St. FA/ K.15

No	Diagnosa Keperawatan	Nama Jelas
1.	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022)	Lasria
2.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi (D.0003)	Lasria
3.	Defisit nutrisi berhubungan dengan anoreksia, mual muntah dan pembatasan diet (D.0019)	Lasria
4.	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)	Lasria

**RENCANA KEPERAWATAN**

**Nama/Umur** : Tn.T.S / 60 Tahun

**Ruang/Kamar** : St. FA / K.15

No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
1.	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: 1) Output urine meningkat 2) Edema menurun 3) Tekanan darah membaik 4) Frekuensi nadi membaik	<b>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</b> <b>Observasi</b> 1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: dispnea, Edema) 2) Identifikasi penyebab hipervolema 3) Monitor status hemodinamik mis: frekuensi jantung, TD 4) Monitor intake dan output cairan 5) Monitor peningkatan onkotik plasma (kadar protein dan albumin meningkat) 6) Monitor efek samping	1) Jika terjadi dispnea, edema dapat memperparah kondisi pasien 2) Untuk mengetahui penyebab dari hipovolemia yang memperparah kondisi pasien 3) Memantau jika terjadi perubahan pada frekuensi jantung dan TD 4) Menjaga keseimbangan cairan pasien 5) Memantau jika adanya terjadi peningkatan kadar protein dan albumin 6) Memantau jika tidak adanya

			<p>diuretic mis: hipotensi ortostatik, hypovolemia, hipokalemia, hyponatremia</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>7) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</p> <p>8) Batasi asupan cairan dan garam</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>9) Anjurkan melapor jika haluaran urine &lt;0.5 mL/kg/jam dalam 6 jam</p> <p>10) Anjurkan melapor jika BB bertambah lebih dari 1 kg sehari</p> <p>11) Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan</p>	<p>alergi atau terjadi ortostatik hipervolemia, hipokalemia, hiponatrium</p> <p>7) Perubahan berat badan dapat menunjukkan keparahan dari pasien</p> <p>8) Tidak terjadi kelebihan cairan pada pasien dikarenakan gangguan fungsi ginjal, mengurangi rasa haus pasien</p> <p>9) Tanda tersebut menunjukkan terjadinya keparahan dari ginjal</p> <p>10) Tanda tersebut dapat menunjukkan terjadinya hipervolemia dimana dapat memperparah kondisi pasien</p> <p>11) Upaya pasien untuk melakukan pembatasan cairan</p>
--	--	--	---	---

			<p>pengeluaran cairan</p> <p>12) Ajarkan cara membatasi cairan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>13) Kolaborasi pemberian diuretic</p> <p>14) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic</p> <p>15) Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy jika perlu</p>	<p>12) Untuk menambah pengetahuan pasien tentang berapa jumlah cairan yang bisa diminum</p> <p>13) Untuk mengurangi hipertensi, edema</p> <p>14) Untuk mencegah hipertensi, acites, edema dll</p> <p>15) Untuk proses eliminasi sisa-sisa metabolisme (protein) dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.</p>
2.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi – perfusi (D.0003)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan pertukaran gas meningkat dan membaik dengan kriteria hasil:	<p><b>Manajemen Jalan Nafas (I.01011)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1) Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p>	<p>1) Mendeteksi dini adanya perubahan pada frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya pernafasan pasien.</p>

		1) Keseimbangan asam basa membaik 2) Tingkat delirium menurun 3) Frekuensi pola nafas membaik	2) Monitor bunyi nafas tambahan (mis: mengi, Gurgling, wheezing)  <b>Terapeutik</b> 3) Posisikan semifowler atau fowler  4) Berikan oksigen  <b>Kolaborasi</b> 5) Kolaborasi pemberian mukolitik jika perlu	2) Mengidentifikasi dan mengevaluasi adanya gangguan pada sistem pernafasan seperti sumbatasn sekresi atau penyakit paru-paru  3) Meningkatkan pernafasan dan kenyamanan pasien  4) Memenuhi kebutuhan oksigen tubuh terutama ketika mengalami penurunan kadar oksigen dalam darah atau kesulitan bernafas.  5) Mengencerkan atau melepaskan lendir di saluran pernafasan sehingga memudahkan pasien mengeluarkan dahak
3.	Defisit nutrisi b/d anoreksia,	Setelah dilakukan tindakan	<b>Manajemen Nutrisi (I.03119)</b>	

	<p>mual muntah, pembatasan diet</p>	<p>keperawatan 3x8 jam diharapkan pemuhan nutrisi pasien tercukupi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Porsi makanan yang di habiskan meningkat</li> <li>2) Berat badan IMT membaik</li> <li>3) Nyeri abdomen menurun</li> <li>4) Konstipasi menurun</li> </ol>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi status nutrisi</li> <li>2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3) Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</li> <li>5) Monitor asupan makanan</li> <li>6) Monitor berat badan</li> <li>7) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8) Lakukan oral hygiene</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menyediakan data dasar untuk memantau perubahan dan mengevaluasi intervensi</li> <li>2) Menghindari makanan yang akan memperberat kondisi pasien</li> <li>3) Mendorong peningkatan masukan diet</li> <li>4) Pola diet dahulu dan sekarang dapat dipertimbangkan dalam menyusun menu</li> <li>5) Mengatur makanan untuk mencapai pemenuhan kebutuhan nutrisi</li> <li>6) Untuk mengetahui berat badan yang ideal untuk pasien</li> <li>7) Mengetahui status nutrisi pasien sehingga dapat diberikan diet yang tepat</li> <li>8) Menyediakan informasi</li> </ol>
--	---	--	---	---



			sebelum makan	mengenai faktor lain yang dapat diubah atau dihilangkan untuk meningkatkan masukan diet
			9) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai	9) Mendorong untuk peningkatan masukan diet
			10) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi	10) Meningkatkan kesehatan pencernaan, mencegah sembelit, meningkatkan Kesehatan tubuh secara keseluruhan.
			11) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein	11) Memenuhi kebutuhan kalori untuk energi, membagi protein untuk pertumbuhan dan penyem-buhan jaringan
			12) Berikan suplemen makanan	12) Melengkapi zat gizi yang kurang, menjaga kesehatan serta meningkatkan daya tahan tubuh serta mengoptimal-kan metabolisme





			<b>Edukasi</b> 13) Anjurkan posisi duduk jika mampu  14) Ajarkan diet yang diprogramkan  <b>Kolaborasi</b> 15) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan jika perlu  16) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan jika perlu	13) Meningkatkan kenyamanan, memfasilitasi pernafasan, mengurangi resiko komplikasi 14) Pola diet dahulu dan sekarang dapat dipertimbangkan dalam menyusun diet  15) Mencegah munculnya gejala gangguan asam lambung seperti mual dan nyeri ulu hati  16) Nutrisi lengkap diberikan untuk mencapai keseimbangan nitrogen yang diperlukan untuk pertumbuhan dan penyembuhan
--	--	--	--	---

**PELAKSANAAN KEPERAWATAN**

**Nama/Umur** : Tn.T.S/ 60 Tahun

**Ruang/Kamar** : St.FA/ K.15

Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Jelas
11 Januari 2025	1.2. 3	14:15	Mengontrol keadaan pasien. keadaan umum sakit sedang. Pasien tampak berbaring lemah diatas tempat tidur, tampak gelisah, terpasang 02 5L/i dan Threeway dengan baik. Pasien mengatakan sesak nafas, hoyong, perut gembung/tidak nyaman, batuk, pusing, mual muntah, tidak selera makan, urine sedikit dan keruh.	Lasria
	3	14:20	Menimbang BB: 68 kg, TB: 155 cm. istri pasien mengatakan BB sebelum sakit: 56 kg. pasien mengatakan tidak selera makan, mual dan muntah tetapi BB naik. Pasien tampak pucat, wajah sembab, kedua tangan dan kaki tampak edema. Pasien tampak binggung akan kondisinya saat ini, ekspresi wajah lesu.	Lasria
	1.2	15:00	Melakukan observasi vital sign dan memonitor jalan nafas pasien. T/P: 36,2/102 x/i, TD:180/90 mmhg, RR: 28 x/i dengan irama nafas dalam dan cepat, SP02: 98 % dengan 02 5l/i. pasien tampak gelisah	Lasria
	1.2. 3	15:20	Memberi posisi semifowler. Pasien mengatakan nyaman dengan posisi ini.	Lasria

11 Januari 2025			<p>Visite Bersama Dr. Budianto sudah tau keluhan pasien dan melakukan pemeriksaan pada kedua kaki yang oedem dan melakukan pitting edema: 3 menit, dan sudah tau hasil pemeriksaan darah (Hb: 8.4 g/dL; HCT: 24.4 %; Na: 117mmol/L; Ureum: 187 mg/dL; Creatinin: 7.92 mg/dL; Hasil Thorax: Susp. Proses chronic TB Paru dengan atelectase lapangan atas paru-paru kiri) dan dokter sudah menjelaskan penyakit pasien atas instruksi: Diet ginjal 1900 kalori 40 gram protein; IVFD Nacl 3% 30 cc/jam sebanyak 3 fls; Inj.Esomax /12jam; Inj.Granon 3 mg/12 jam; Inj.Bifotic 1 gr/12 jam; Infus Renxamin 1 fls/Hari; Inj.Lasix 1 amp/8 jam, Nocid 3x2 tab; Inpepsa 3x1C ac; Proferro 1x1 tab; Bicnat 3x2 tab; Genalsik 1x80 mg, Vardipine 10/160 mg 1x1 tab; alprazolam 1x0.5 mg; R/HD selama 2 jam qb 120 qd 500 uf 1.5 kg + transfuse PRC 350 cc saat HD; rencana pemberian meylon 125 meq; USG Ginjal dan Ukur urine 24 jam.</p>	
	1	15:35	Mengedukasi pasien untuk membatasi cairan. Minum 500 cc/hari. pasien mengganggu setuju	Lasria
	1	15:40	Mengajarkan keluarga pasien untuk mengukur urine dan menjelaskan fungsinya supaya dapat memantau urine /24 jam. Keluarga memahami yang diedukasi	Lasria
	1	15:45	Menjelaskan kembali kepada pasien dan	Lasria

11 januari 2025			keluarga pasien instruksi dokter yaitu pasien akan dilakukan hemodialisis dan sekaligus transfusi darah sebanyak 2 kantong dan memasukkan obat meylon untuk mengurangi sesak, jika keluarga setuju. Pasien mengatakan khawatir dan takut untuk dialisis, pasien mengatakan bukan kesembuhan yang datang tetapi mempercepat kematian.	
	1.2	16:00	Menjelaskan kegunaan dari hemodialisis tersebut. Respon pasien tetap menolak dilakukan HD. memberi waktu kepada pasien dan keluarga pasien untuk berpikir dan memikirkan secara baik-baik. dan memotivasi pasien dan menyarakan untuk dilakukan dialisis.	Lasria
	3	16:25	Melakukan observasi vital sign. T/P: 36,3/ 98 x/I, TD:160/80 mmhg, RR: 28 x/i, SP02: 98% dengan O2 5L/i. Pasien mengatakan sesak nafas masih ada dan semakin sesak jika kekamar mandi.	Lasria
	1.3	16:45	Mengedukasi pasien untuk segala aktivitas dilakukan di tempat tidur saja. Pasien mengangguk setuju.	Lasria
	3	17:00	Memberitahukan kepada pasien bahwa pasien akan dipasang infus Nacl 3% dan menjelaskan fungsinya. pasien setuju. Memasang IVFD Nacl 3% 30 cc/jam di gandeng dengan Nacl 0,9% 10 tts/i.	Lasria
	1.2. 3	17:10	Mengidentifikasi pasien dalam pemberian obat Inj.Esamax 1 vial, Inj.Bifotic 1 gr,	

11 Januari 2025			Inj.Lasix 1amp dengan prinsip 6 benar.	
			Pasien mengeluh tidak selera makan, mual, muntah 2x. menganjurkan pasien teknik relaksasi jika mual dan muntah muncul.	
	3	17:45	Memberi Inj. Granon 1 ampul dan Inpepsa 15 cc sebelum makan. Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering. pasien mengganggu tanda setuju. mengedukasi pasien, jika ada makanan kesukaan boleh diminta kepada perawat atau petugas gizi yang bertugas supaya nutrisi terpenuhi.	Lasria
	3	18:15	Menghidangkan makanan pasien dengan diet lunak. Menganjurkan pasien untuk menghabiskan makanan yang disediakan dan segera dimakan selagi makanan masih hangat. pasien menganguk setuju.	Lasria
	1.2. 3	19:00	Mengontrol makan pasien. Makanan yang disajikan habis 2-3 sendok saja. Pasien mengatakan tidak ada nafsu untuk makan. Mengidentifikasi pasien dalam pemberian obat proferro 1 tab, Nocid 2 tab, Bicnat 2 tab, genalsik 1 tab, Vardipine 1tab dengan prinsip 6 benar.	Lasria
	1	20:00	Menanyakan kembali kepada pasien dan keluarga pasien mengenai tindakan hemodialis tersebut. Pasien mengatakan tetap menolak di lakukan hemodialis. Pasien mengatakan jika nanti saya setuju dilakukan cuci darah. saya akan cepat mati. pasien tampak menunjukkan sikap tidak bersahabat. mengedukasi pasien untuk	Lasria

11 Januari 2025	1	21:00	istirahat dan memberi posisi semifowler dan 02 5L/i tetap dipertahankan. Menghitung balance cairan Intake minum: 50 cc Intake infus: 200 cc Urine: 270 cc Balance cairan: intake-output = 250 cc - 270 cc = -20 cc	Lasria
12 Januari 2025	1.2. 3	07:10	Mengontrol keadaan pasien. keadaan umum sakit sedang. Pasien tampak berbaring lemah diatas tempat tidur, tampak gelisah, terpasang 02 5L/I, terpasang IVFD Nacl 3% 30 cc/jam gandeng dengan Nacl 0,9% 10 tts/i terpasang dengan baik. Pasien mengatakan sesak nafas masih ada, badan lemas tidak bertenaga, mual muntah 1x, tidak selera makan, urine masih sedikit dan keruh.	Lasria
	3	07:20	Menimbang BB: 68 kg, istri pasien mengatakan bengkak pada kaki dan tangan belum berkurang, wajah masih sembab. pasien tampak pucat. menjelaskan mengapa keluhan pasien belum berkurang karena ginjal tidak berfungsi sehingga	Lasria

12 Januari 2025			cairan tidak bisa dikeluarkan melalui urine sehingga kaki dan tangan masih bengkak oleh karena itu dokter menganjurkan untuk hemodialisis untuk membantu mengeluarkan cairan yang tertumpuk didalam tubuh yang mengakibatkan pasien makin sesak. Memotivasi pasien supaya mau dilakukan dialisis begitu juga istri dan anak memotivasi pasien untuk bersedia untuk HD, tapi pasien masih belum bersedia dilakukan hemodialisis.	
	1.3	08:00	Mengontrol makan pasien. Makanan yang disajikan habis 2-3 sendok saja. Pasien mengatakan selera untuk makan belum ada.	Lasria
	3	08:05	Mengedukasi pasien untuk memilih makanan yang disukai dan disampaikan kepada gizi supaya disediakan. pasien mengatakan sudah diberikan makanan sesuai permintaan tetapi tidak selera juga untuk makan dikarenakan mual muntah masih ada.	
	1.2. 3	08:10	Mengidentifikasi pasien dalam pemberian obat proferro 1 tab, Nocid 2 tab, Bicnat 2	Lasria

12 Januari 2025	1	08:15	tab, Vardipine 10/160 1 tab.	
	1.2. 3	08:25	Mengedukasi pasien untuk tetap membatasi cairan. Minum 500 cc/hari	Lasria
	1.2. 3	09:00	Memotivasi keluarga pasien untuk tetap mengukur urine dan dicatat supaya dapat memantau produksi urine /24 jam	Lasria
			Visite Bersama Dr. Budianto sudah tau keluhan pasien masih sesak nafas, tidak selera makan, mual muntah, batuk, hoyong, lemas tidak ada tenaga, dan melakukan pemeriksaan pada kedua kaki yang oedem dan melakukan pitting edema dengan kedalaman tetap 4 mm dan kembali dalam 1 menit. Dr. Budianto mengedukasi pasien dan keluarga pasien untuk segera dilakukan hemodialisis untuk mengurangi keluhan yang dirasakan saat ini. dokter mengatakan bahwa penyebab semua keluhan pasien dikarenakan cairan yang berlebihan didalam tubuh dan harus dikeluarkan dengan cara cuci darah. Jika hemodialisis dilakukan maka keluhan yang dirasakan saat ini akan berkurang. Memotivasi pasien	Lasria



12 Januari 2025			untuk tidak takut dan menyatakan bahwa persepsi pasien salah jika cuci darah akan segera mati. Pasien mengatakan akan dipikirkan kembali.	
	1.2. 3	09:15	Mengidentifikasi pasien dalam pemberian obat Inj.Esomax 1 vial, Inj.Bifotic 1 gr, Inj.Lasix 1amp dengan prinsip 6 benar.	Lasria
	1	10:00	Mengidentifikasi pasien dalam pemberian infus Renxamin 1 fls habis dalam 4 jam.	Lasria
	2	11:10	Melakukan observasi vital sign T/P: 36,2/102 x/i, TD:160/90 mmhg, RR: 28 x/i dengan irama nafas dalam dan cepat, SP02: 98 % dengan 02 5l/i	Lasria
	1.2	12:00	Memberi posisi semifowler. Pasien mengatakan nyaman dengan posisi ini dan mempertahankan 02 nasal 5l/i. pasien tampak batuk.	Lasria
	1.2	12:15	Menjelaskan kembali kepada pasien dan keluarga pasien instruksi dokter yaitu segera dilakukan hemodialisis jika pasien dan keluarga setuju. Pasien mengatakan diberi waktu untuk memikirkan tindakan tersebut.	Lasria

12 Januari 2025	1.2	12:30	Menjelaskan kegunaan dari hemodialisis tersebut. Mendatangakan karyawan yang keluarganya yang dilakukan hemodialisis dan menceritakan pengalaman yang dialami selama hemodialisis dilakukan. memberi waktu kepada pasien dan keluarga pasien untuk berpikir dan memikirkan secara baik- baik. dan memotivasi pasien dan menyarakan untuk segera menyetujui dilakukan dialisis.	Lasria
	1.2.	12:30	Pasien mengeluh sesak nafas, keringat dingin, hoyong, lemas, terbaring lemah diatas tempat tidur. Pasien tampak sesak nafas, nafas dangkal dan cepat, kulit basah dan dingin. Melakukan observasi vital sign. T/P: 36,3/ 115x/i, TD:180/90 mmhg, RR: 30 x/i, SP02: 90% dengan 02 5L/i. keluarga pasien mengatakan bahwa pasien baru dari kamar mandi untuk BAB. keluarga pasien mengatakan ini hari kedua tidak BAB.	Lasria
	1.2	12:35	Memberikan posisi yang aman dan nyaman, menganjurkan teknik relaksasi	Lasria

12 Januari 2025			dan memotivasi pasien tidak mengedan saatBAB.	
	1.2	12:40	Menghubungi Dr. Budianto, melaporkan kondisi dan keluhan pasien dan memberitahukan bahwa pasien belum setuju untuk hemodialisis atas instruksi beri Inj.Lasix 2 amp, Tuse dan berikan fosen enema ekstra agar-agar, pasang NRM 10L/i	Lasria
	1.2. 3	12:50	Memberi inj. Lasix 2 amp, memberi Fosen enema + tuse dan memasang NRM 10L/i. pasien saat dilakukan tuse, ada buang air besar banyak dengan konsistensi keras.	Lasria
	3	13:00	Mengontrol makan pasien. Makanan yang disajikan belum dimakan karena perut terasa tidak nyaman/gembung. Pasien mengatakan tidak ada nafsu untuk makan.	Lasria
	3	13:05	Mengedukasi keluarga pasien, jika pasien nanti mau makan, boleh makanan kita hangatkan supaya pasien selera untuk makan. keluarga mengganguk setuju.	Lasria
	3	13:15	Mengontrol makan pasien, makanan yang	Lasria

12 Januari 2025			disajikan hanya dimakan 2 sendok saja.  Mengidentifikasi pasien dalam pemberian obat Nocid 2 tab, Bicnat 2 tab, dengan prinsip 6 benar.	
	1.2	13:30	Menanyakan kembali kepada keluarga pasien mengenai tindakan hemodialisis tersebut. istri pasien mengatakan pasien takut mati karena saudara perempuan meninggal akibat hemodialisis, sehingga pasien trauma hemodialisis, tetapi istri pasien mengatakan pelan-pelan akan memotivasi pasien supaya mau segera dilakukan tindakan tersebut.	Lasria
13 Januari 2025	1.2. 3	14:00	Menghitung balance cairan  Intake minum: 100 cc  Intake infus: renxamin: 200 cc, Nacl 3%: 90 cc, Nacl 0,9 % 50 cc,  Output Urine: 540 cc  Balance cairan: - 100 cc	Lasria
	1.2. 3	07:10	Mengontrol keadaan pasien. keadaan umum sakit sedang. Pasien tampak berbaring lemah diatas tempat tidur, tampak gelisah, terpasang 02 5L/i,	Lasria

13 Januari 2025	3	07:20	<p>terpasang IVFD Nacl 3% 30 cc/jam Fls ke 3 gandeng dengan Nacl 0,9% 10 tts/i terpasang dengan baik. Pasien mengatakan sesak nafas makin berat, badan lemas tidak bertenaga, mual, muntah 2x, tidak bisa tidur, urine sedikit dan keruh.</p> <p>Menimbang BB: 68 kg.</p> <p>Melakukan observasi vital sign pada pasien karena keadaan pasien semakin memburuk TD: 170/80 mmhg, T/P: 36/112 x/i, RR: 30 x/i cepat dan dangkal, SpO2: 98% dengan O2 5l/I, terdengar suara nafas saat pasien bernafas. istri pasien mengatakan bengkak pada kaki dan tangan tidak berkurang, wajah masih sembab. pasien tampak pucat dan kondisi makin memburuk. Memotivasi pasien dan keluarga supaya secepatnya setuju dilakukan hemodialisis, karena dengan hemodialisis yang bisa mengurangi keluhan pasien. Memotivasi pasien untuk berpikir positif dan berpikir bahwa istri dan anak, akan selalu mendampingi pasien. Pasien mengatakan bersedia dilakukan</p>	Lasria
-----------------------	---	-------	---	--------

13 Januari 2025			hemodialisis karena kondisi tubuh makin lemah, sesak nafas makin berat. Istri pasien minta supaya segera menghubungi dokter untuk persiapan hemodialisis.	
	3	08:05	Mengontrol makan pasien. makanan yang disajikan hanya 1 sendok saja yang dimakan. Istri pasien mengatakan selera untuk makan tidak ada karena pasien masih mual dan muntah.	Lasria
	1.2. 3	08:10	Mengidentifikasi pasien dalam pemberian obat proferro 1 tab, Nocid 2 tab, Bicnat 2 tab, Vardipine 10/160 1 tab.	Lasria
	1.2	08:15	Mengedukasi pasien untuk tetap membatasi cairan. Minum 500 cc/hari. Memotivasi keluarga pasien untuk tetap mengukur urine dan dicatat supaya dapat dipantau produksi urine /24 jam.	Lasria
	1.2. 3	09:00	Visite bersama Dr. Budianto sudah lihat pasien makin sesak nafas dan ada suara mengi saat bernafas dan dokter sudah tau bahwa pasien sudah acc dilakukan hemodialisis a/i hari ini hemodialisis, saat hemodialisis transfuse PRC 2 kantong dan	Lasria

13 Januari 2025			125 meq meylon. Dr. Budianto menjelaskan sebelum hemodialisis, ada dilakukan pemasangan CDL dibagian leher sebagai jalur untuk dilakukan hemodialisis dan dipasang oleh dr. anasthesi dan dipasang diruangan HD. Dr. Budianto juga menjelaskan tujuan hemodialisis dan resiko yang akan terjadi jika dilakukan hemodialisis. pasien dan istri setuju dilakukan tindakan tersebut. Surat persetujuan ada. Mempersiapkan segala keperluan yang dibutuhkan untuk tindakan hemodialisis (pemeriksaan HbsAg, anti HAV, Anti HIV, Hemostatis, Golongan darah)	
	1.2	10:00	Mengidentifikasi pasien dalam pemberian obat Inj.Esomax 1 vial, Inj.Bifotic 1 gr, Inj.Lasix 1amp dengan prinsip 6 benar.	Lasria
	1	10:05	Mengidentifikasi pasien dalam pemberian infus Renxamin 1 fls habis dalam 4 jam.	Lasria
	1.2	10:10	Menjelaskan kembali kepada pasien dan keluarga pasien bahwa pemasangan CDL akan dilakukan diruangan hemodialisis dan	Lasria

13 Januari 2025			akan segera pasien diantar. Menjelaskan bahwa dr. Arna spesialis anasthesi yang akan melakukan pemasangan alat tersebut. Istri pasien setuju.	
	1.2	10:45	Mengantar pasien keruang hemodialisis sebelumnya pasien dilakukan pemeriksaan vital sign.TD: 170/90 mmhg, T/P: 36,5/112 x/i, RR: 30 x/i, SP02: 96%. Pasien tampak sesak. Mempertahankan posisi semifowler.	Lasria
	1.2	11:00	Pasien sudah selesai dipasang CDL dileher kanan, CDL terpasang dengan baik, tidak ada tanda-tanda perdarahan. petugas hemodialiasis mengatakan bahwa hemodialisis akan di lakukan satu jam lagi karena alat tidak ada yang kosong.	Lasria
	1.2	11:05	Memberitahu kepada pasien dan keluarga pasien bahwa hemodialisis akan dilakukan 1.5 jam kemudian berhubung alat tidak ada yang kosong. Pasien dan keluarga mengerti dan minta tolong supaya langsung dilakukan cuci darah jika alat sudh kosong.	Lasria
	1.2	11:10	Melakukan observasi vital sign TD: 170/90 mmhg, T/P: 36,5/112 x/i, RR: 30 x/i, SP02:	Lasria



13 Januari 2025			96%. Mempertahankan posisi semifowler dan O2 5l/i.	
	3	11:10	Mengidentifikasi pasien dalam pemberian obat inepsa 15 cc dan inj. granon 1amp (IV) dengan prinsip 6 benar	Lasria
	3	11:45	Menghidangkan makan siang pasien. memotivasi pasien untuk makan supaya ada tenaga saat hemodialisis yang akan dilakukan sebentar lagi. Pasien menganguk setuju.	Lasria
	3	12:15	Mengontrol makan pasien. Makanan yang disajikan habis 4 sendok saja karena perut masih merasa tidak nyaman/gembung.	Lasria
	1.2	12:20	Mengedukasi keluarga pasien, jika pasien nanti mau makan, boleh makanan kita hangatkan supaya pasien selera untuk makan. Keluarga mengganguk setuju.	Lasria
	1.2. 3	12:20	Mengidentifikasi pasien dalam pemberian obat Nocid 2 tab, Bicnat 2 tab, dengan prinsip 6 benar.	Lasria
	1.2. 3	12:25	Melakukan observasi vital sign sebelum di antar hemodialisis. TD: 170/90 mmHg, T/P: 36,3/108 x/i, RR: 30 x/I, SP02: 96%	Lasria

13 Januari 2025	1.2.	12:30	dengan 02 5/i dan posisi semifowler.  Mengantar pasien keruang hemodialisis.  memotivasi pasien untuk tetap semangat dan berdoa semoga hemodialisis yang pertama ini berjalan dengan lancar. Pasien mengangguk setuju dan meminta doa kepada perawat semoga semua berjalan dengan baik.	Lasria
	1.2. 3	14:00	Menghitung balance cairan  Intake minum: 50 cc  Intake infus: renxamin: 200 cc, Nacl 3 % 90 cc, Nacl 0,9 % 50 cc  Urine: 250 cc  Balance cairan: intake-output = 390 cc - 350 cc = + 40 cc	Lasria



## EVALUASI KEPERAWATAN

**Nama/Umur** : Tn.T.S/60 tahun

**Ruang/Kamar** : St.FA/K.15

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
11 Januari 2025	<p><b>DP1</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sesak nafas, buang air kecil sedikit dan keruh</li> <li>- Istri pasien mengatakan berat badan sebelum sakit 56 kg</li> <li>- Pasien mengatakan kedua kaki dan tangan bengkak</li> </ul> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BB:68 kg, Wajah sembab, Kedua tangan dan kaki edema, Turgor kulit tidal elastis, Pitting edema 4 mm, palpebra edema</li> <li>- Hasil pemeriksaan darah Alb: 2.5 g/dL; Ureum: 187 mg/dL; Creatinin: 7.92 mg/dL</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan rencana Tindakan</p> <p><b>DP2</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sesak nafas disertai batuk</li> <li>- Pasien mengatakan sesak nafas jika beraktivitas (mis: kamar mandi)</li> </ul>	Lasria

<p>11 Januari 2025</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien sesak, batuk, Pasien gelisah</li> <li>- Terpasang 02 5L/i, dengan posisi semifowler, Terdapat suara tambahan: mengi</li> <li>- Hasil thorax foto: Susp.Proses chronic TB Paru dengan atelectase lapangan atas paru-paru kiri</li> <li>- Observasi vital sign T/P: 36,3/ 98 x/i, TD:160/80 mmhg, RR: 28 x/i, SP02: 98%, Irama nafas dalam dan cepat</li> <li>- Hasil pemeriksaan darah Alb: 2.5 g/dL; Ureum: 187 mg/dL; Creatinin: 7.92 mg/dL</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah Pola nafas inefektif b/d hiperventilasi paru belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan rencana Tindakan</p> <p><b>DP3</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak selera makan, mual, muntah 2x</li> <li>- Pasien mengatakan badan lemas tidak bertenaga disertai perut gembung/tidak nyaman</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lemah, Pasien pucat, Ekspresi wajah lesu, Terdapat suara tambahan: mengi</li> <li>- Makanan yang disajikan habis 2-3 sendok</li> <li>- Hasil pemeriksaan darah Alb: 2.5 g/dL; Ureum: 187 mg/dL; Creatinin: 7.92 mg/dL; Na: 117 mmol/L; Hb: 8.4 gr/dL; HCT: 24.4 %</li> </ul>	<p>Lasria</p>
--------------------------------	---	---------------



11 Januari 2025	<p>A: Masalah defisit nutrisi b/d anoreksia, mual muntah, pembatasan diet belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan rencana Tindakan</p> <p><b>DP4</b></p> <p>S: <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien mengatakan khawatir dan takut untuk hemodialisis karena bukan kesembuhan yang datang tetapi mempercepat kematian</li></ul></p> <p>O: <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien menunjukkan sikap tidak bersahabat</li><li>- Nada bicara tidak baik</li><li>- Kontak mata buruk</li><li>- Pasien tampak bingung</li><li>- Observasi vital sign T/P: 36,3/ 98 x/i, TD:160/80 mmhg, RR: 28 x/i, SP02: 98%</li></ul></p> <p>A: Masalah ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan rencana tindakan</p>	Lasria
12 Januari 2025	<p><b>DP1</b></p> <p>S: <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien mengatakan sesak nafas, urine sedikit dan keruh</li><li>- Istri pasien mengatakan bengkak pada kaki dan tangan belum berkurang</li></ul></p>	Lasria

<p>12 Januari 2025</p>	<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BB:68 kg, Wajah sembab, kedua tangan dan kaki edema, Turgor kulit tidal elastis, Pitting edema 4 mm</li> <li>- Balance cairan -100 cc</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan rencana Tindakan</p> <p><b>DP2</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sesak nafas disertai batuk</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien sesak, batuk, Pasien gelisah</li> <li>- Terpasang 02 5L/i, dengan posisi semifowler</li> <li>- Observasi vital sign T/P: 36,2/102 x/i, TD:180/90 mmhg, RR: 28 x/i dengan irama nafas dalam dan cepat, SP02: 98 %, Irama nafas dalam dan cepat, kulit basah dan dingin</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah Pola nafas inefektif b/d hiperventilasi paru belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan rencana Tindakan</p> <p><b>DP3</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak selera makan, mual, muntah 1x</li> </ul>	<p>Lasria</p> <p>Lasria</p>
--------------------------------	--	-----------------------------

<p>12 Januari 2025</p>	<p>- Pasien mengatakan badan lemas tidak bertenaga perut gembung/tidak nyaman serta hoyong</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lemah, Pasien pucat, Ekspresi wajah lesu</li> <li>- Makanan yang disajikan habis 2-3 sendok</li> <li>- Pasien terbaring lemah dan lemas diatas tempat tidur</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah defisit nutrisi b/d anoreksia, mual muntah, pembatasan diet belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan rencana Tindakan</p> <p><b>DP4</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan khawatir dan takut untuk hemodialisis karena bukan kesembuhan yang datang tetapi mempercepat kematian</li> <li>- Istri pasien mengatakan bahwa pasien takut mati karena saudara perempuan meninggal akibat hemodialisis sehingga pasien trauma untuk di lakukan hemodialisis</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien menunjukkan sikap tidak bersahabat</li> <li>- Nada bicara tidak baik</li> <li>- Kontak mata buruk</li> <li>- Pasien tampak bingung</li> <li>- Berorientasi pada masa lalu</li> <li>- Observasi vital sign T/P: 36,2/102 x/i, TD:180/90 mmhg, RR: 28 x/i, SP02: 98 %,</li> </ul>	<p>Lasria</p>
--------------------------------	---	---------------



<p>13 Januari 2025</p>	<p>A: Masalah ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan rencana tindakan</p> <p><b>DP1</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien mengatakan sesak nafas makin berat, urine sedikit dan keruh</li><li>- Istri pasien mengatakan bengkak pada kaki dan tangan belum berkurang</li></ul> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- BB:68 kg, Wajah sembab</li><li>- Kedua tangan dan kaki edema</li><li>- Turgor kulit tidal elastis, Pitting edema 4 mm</li><li>- Balance cairan +40 cc</li></ul> <p>A: Masalah Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan rencana Tindakan</p> <p><b>DP2</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien mengatakan sesak nafas makin berat</li></ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien sesak, batuk, Pasien gelisah</li><li>- Terpasang 02 5L/i, dengan posisi semifowler</li><li>- Observasi vital sign T/P: 36,3/108 x/i,</li></ul>	<p>Lasria</p> <p>Lasria</p>
--------------------------------	---	-----------------------------





13 Januari 2025	<p>TD:170/90 mmhg, RR:30 x/i, SP02: 98 %</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Irama nafas dalam dan cepat</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah Pola nafas inefektif b/d hiperventilasi paru belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan rencana Tindakan</p> <p><b>DP3</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mual, muntah 1x</li> <li>- Pasien mengatakan badan lemas tidak bertenaga</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lemah, Pasien pucat</li> <li>- Ekspresi wajah lesu</li> <li>- Makanan yang disajikan habis 1 sendok</li> <li>- Pasien terbaring lemah dan lemas diatas tempat tidur</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah defisit nutrisi b/d anoreksia, mual muntah, pembatasan diet belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan rencana Tindakan</p> <p><b>DP4</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan khawatir dan takut untuk hemodialisis yang akan di lakukan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien menunjukkan sikap tegang</li> <li>- Pasien tampak cemas</li> <li>- Observasi vital sign T/P: 36,3/108 x/i, TD:170/90</li> </ul>	<p>Lasria</p> <p>Lasria</p>
-----------------------	---	-----------------------------



13 Januari 2025	<p>mmhg, RR:30 x/i, SP02: 98 %</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Diaforesis</li><li>- Muka tampak pucat</li></ul> <p>A:</p> <p>Masalah ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan rencana tindakan</p>	
-----------------------	---	--

## BAB 4 PEMBAHASAN

### 4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada pasien dengan gagal ginjal kronik adalah adanya riwayat penyakit (Hipertensi); gangguan pola nafas (irama pernafasan: kusmaull, frekuensi 30x/i, terdapat suara tambahan mengi); gangguan eliminasi urine (produksi urine sedikit- sedikit, tidak puas, urine 24 jam 150-300 cc). dari hasil pemeriksaan fisik melalui palpasi ditemukan adanya edema pada bagian ekstremitas bawah, pitting edema 3 menit). dari hasil pemeriksaan diagnostik di dapatkan hasil Albumin: 2.5 g/dL; ureum: 187 mg/dL; Creatinin: 7.92 mg/dL; Na: 117 mmol/L; Hb: 8.4 gr/dL; HCT: 24.4%.

Penulis berasumsi dari data yang ditemukan pada kasus menunjukkan bahwa kombinasi sesak napas, urine sedikit dan keruh, edema tungkai, mual, muntah, konstipasi, gangguan rasa nyaman abdomen, dan hoyong 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 Brunner & Suddarth (2018) didapatkan bahwa pengkajian yang didapatkan pasien dengan gagal ginjal kronik yaitu sesak nafas, perubahan pada eliminasi urine, gejala gastrointestinal seperti mual muntah, diare/konstipasi, gangguan rasa nyaman abdomen, dan ileus paralitik.

#### **4.2 Diagnosa keperawatan**

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi - perfusi
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan anoreksia, mual muntah dan pembatasan diet
4. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Penulis berasumsi bahwa masalah hipervolemia dikarenakan bahwa tubuh tidak memiliki fungsi kompleks dalam mengatur keseimbangan cairan. hal ini sejalan dengan dengan penelitian (Narsa et al., 2022), yang menyatakan bahwa masalah hipervolemia disebabkan tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang berakibat pada peningkatan ureum. oleh karena itu perlu dilakukan hemodialisis yang menggantikan ginjal dalam membersihkan darah, racun dan cairan yang berlebih yang tidak dapat dikeluarkan ginjal yang sedang mengalami kerusakan fungsinya.

Penulis berasumsi bahwa masalah gangguan pertukaran gas dikarenakan pertukaran oksigen dan karbon dioksida yang tidak efisien di paru-paru sehingga terjadi ketidaksesuaian antara aliran udara (ventilasi) dan aliran darah (perfusi). hal ini sejalan dengan penelitian (Narsa et al., 2022) yang menyatakan bahwa masalah yang berhubungan dengan hiperventilasi paru yang disebabkan kerusakan pada arteri ginjal sehingga menghambat darah yang diperlukan oleh jaringan sehingga menyebabkan nefron tidak bisa menerima oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan. ginjal yang mengalami kerusakan maka proses pembentukan sel

darah merah di sumsum tulang juga akan terganggu sehingga dapat menyebabkan jumlah oksigen yang akan dihantarkan seluruh tubuh akan berkurang sehingga pasien tidak bisa bernafas secara normal dan mengalami sesak nafas. Oleh karena itu pasien gagal ginjal kronik yang dengan sesak nafas diberi terapi oksigen untuk menormalkan saturasi oksigen didalam tubuh.

Penulis berasumsi bahwa masalah defisit nutrisi disebabkan karena pasien tidak mendapatkan nutrisi yang cukup karena berbagai faktor yang mengganggu asupan makanan seperti mual muntah. hal ini sejalan dengan penelitian (Sari et al., 2018) yang menyatakan bahwa salah satu penyebab terjadinya deficit nutrisi yaitu sindrom uremia dimana pasien akan mengalami rasa mual, muntah, hilangnya cita rasa, gangguan gastrointestinal. hal ini akan menyebabkan malnutrisi energi protein yang akan mempermudah terjadinya inflamasi kronik dan komorbid.

### **4.3 Intervensi dan Implementasi keperawatan**

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien gagal ginjal kronik adalah manajemen hypervolemia yang tepat sasaran dan efektif. kelebihan volume cairan sebagai masalah utama bahwa manifestasi klinis yang harus diamati (misalnya, edema, peningkatan tekanan darah, distensi vena jugularis, sesak napas) secara langsung disebabkan oleh adanya kelebihan volume cairan intravaskuler dan/atau interstisial; tubuh tidak memiliki mekanisme regulasi cairan yang baik sehingga mekanisme fisiologis untuk mengatur keseimbangan cairan, seperti sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAAS), hormon antidiuretik (ADH), dan sistem saraf simpatik terganggu.

Dalam hal ini, penulis berasumsi bahwa implementasi yang harus dilakukan yaitu pengurangan asupan natrium dan cairan yang akan membantu mengurangi hypervolemia; pemberian diuretik yang efektif dalam meningkatkan ekskresi cairan; pemantauan ketat input dan output cairan dan memberikan informasi penting bahwa pencatatan yang baik akan memberikan gambaran yang jelas tentang keseimbangan cairan pasien dan efektivitas intervensi; pengukuran berat badan harian; kolaborasi tim kesehatan dalam meningkatkan hasil pasien.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Narsa et al., 2022) yang menyatakan bahwa dalam mengatasi masalah hipervolemia yaitu hemodialisis, manajemen cairan, dan terapi diet.

#### **4.4 Evaluasi keperawatan**

Pada tahap evaluasi didapati bahwa masalah hipervolemia, gangguan pertukaran gas, defisit nutrisi serta ansietas belum teratasi dikarenakan ketidakpatuhan pasien terhadap instruksi dokter, hal ini diakibatkan adanya stres psikologis yang mempengaruhi tindakan hemodialisis tidak segera dilakukan.

Penulis berasumsi bahwa tindakan hemodialisis yang tidak segera dilakukan oleh pasien dikarenakan pasien mengalami ansietas atau rasa takut akan dialysis seumur hidup, komplikasi hemodialisis serta kemungkinan kematian. Hal ini sejalan dengan penelitian (Sukandar, 2021) bahwa dampak yang dialami pasien gagal ginjal kronik yang hemodialisis baik secara psikologis dan fisiologis seperti sulit berkonsentrasi, perasaan sedih, takut mati, takut tidak sembuh lagi, takut cuci darah seumur hidup, tidak percaya diri dan bingung, nafsu makan



menurun, lemas, pusing, tekanan darah meningkat, peningkatan frekuensi denyut jantung, peningkatan frekuensi pernafasan, dan sulit tidur (insomnia), waspada, tidak produktif, banyak bertanya, memerlukan orang lain (keluarga dan perawat) dan kurangnya interaksi sosial.

## **BAB 5**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

1. Pengkajian keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik didapat bahwa pasien terdiagnosis gagal ginjal kronik stadium 5 yang signifikan dan kompleks. kondisi ini ditandai dengan adanya riwayat hipertensi, gangguan pernafasan, gangguan eliminasi urine, edema, pemeriksaan diagnostik yang mengindikasikan penurunan fungsi ginjal yang progresif dan ireversibel, yang berdampak pada berbagai sistem tubuh.
2. Diagnosa keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik adalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi; gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi – perfusi, defisit nutrisi berhubungan dengan anoreksia, mual muntah dan pembatasan diet dan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
3. Intervensi dan implementasi keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik direncanakan dan diimplementasikan dengan tujuan untuk mengoptimalkan kondisi fisik, mengatasi gejala, mencegah komplikasi, meningkatkan kualitas hidup, serta memberikan dukungan psikologis dan edukasi. Pada diagnosa hipervolemia, proses intervensi yaitu pembatasan asupan cairan dan natrium, pemantauan intake dan output cairan, penimbangan berat badan harian, pemantauan tanda-tanda vital (terutama tekanan darah dan adanya edema), pemberian diuretik sesuai program



medis, dan pengaturan posisi untuk memfasilitasi pernapasan. sehingga implementasi yang dilakukan yaitu Pembatasan cairan dan natrium, pemantauan intake output dan penimbangan berat badan dilakukan secara rutin, tanda-tanda vital dipantau setiap hari, diuretik diberikan sesuai instruksi dokter, serta pemberian posisi semi-fowler atau fowler untuk mengurangi dispnea/sesak napas.

4. Evaluasi keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik adalah dilakukan penilaian terhadap tindakan asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan yaitu pemberian anti diuretik, memantau efek samping obat diuretik, timbang berat badan, monitor cairan intake dan output, monitor status hemodinamik, membatasi asupan cairan dan garam serta memantau peningkatan haluaran urine sesuai kriteria hasil capaian.

## **5.2 Saran**

Dalam meningkatkan pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif pada kasus kelolaan pasien maka penulis dapat menyampaikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi pasien dan keluarga

Keluarga mampu melaksanakan perawatan terhadap penyakit serta senantiasa meningkatkan derajat kesehatan dan tetap melakukan pengobatan dengan selalu kontrol secara teratur setelah pasien diperbolehkan pulang.

2. Bagi mahasiswa

Karya ilmiah ini dapat menjadi masukan sebagai sumber pengetahuan dan acuan bagi mahasiswa keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap penderita gagal ginjal kronik yang mengalami kelebihan volume cairan

3. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan pada penulis selanjutnya bisa menjadikan karya ilmiah akhir ini sebagai referensi dalam penyusunan berikutnya.

## DAFTAR PUSTAKA






- Black, J.M., Hawks J.H. Medical Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes. Philadelphia: WB. Saunders Company; 2016.
- Hinkle, J.L., Cheever, K.H. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
- Ignatavicius. 2016. Medical Surgical Nursing. Edisi Kedelapan : Jakarta: EGC
- Janice, L. H., & Kerry, H. C. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah Vol.1: Vol. (14)*.
- Kemenkes Ri. (2020). Riskesdas 2020. Kemkes. go.id  
<https://www.kemkes.go.id/Resources/Download/General/Hasil>
- Kintan, Y., Astuti, N. L. P. A., & Victoria, A. Z. (2023). Hubungan Self Management terhadap Tingkat Stress pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa. *Konferensi Nasional Dan Call Paper STIKES Telogorejo Semarang*, 100–113.
- Lewis, Heitkemper, & Dirksen. 2007. Medical Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems. Ed. 8 Vol 2.
- Narsa, A. C., Maulidya, V., Reggina, D., Andriani, W., & Rijai, H. R. (2022). Studi Kasus: Pasien Gagal Ginjal Kronis (Stage V) dengan Edema Paru dan Ketidakseimbangan Cairan Elektrolit. *Jurnal Sains Dan Kesehatan*, 4(SE-1), 17–22. <https://doi.org/10.25026/jsk.v4ise-1.1685>
- Patricia Gone. (2009). *Critical Care Nursing*. Textbook of Ninth Edition.
- Price, Sylvia Anderson. 1995. Patofisiologi: konsep klinis proses- proses penyakit. Ed. 4. Jakarta: EGC
- Sari, R., Sugiarto, & Probandari, A. (2018). Hubungan Asupan Energi, Protein, Vitamin B6, Natrium Dan Kalium Terhadap Status Gizi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hemodialisis. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 6(2), 34–43. <http://jab.stikba.ac.id/index.php/jab/article/view/27/29>

- Strinareswara, F., Relawati, A., & Setiyawati, I. (2024). Penerapan Intervensi Self-Management Berbasis Whatsapp (Wa) Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik (Ggk) Yang Menjalani Hemodialisis (Hd) Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Gamping: Laporan Kasus. *An-Najat*, 2, 31–44. <https://doi.org/10.59841/an-najat.v2i4.1677>
- Sukandar, D. (2021). Studi Kasus: Ansietas Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 4, 1–10. <https://journal.ppnijateng.org/index.php/jikj>
- SDKI DPP PPNI. (2018). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia: Jakarta Selatan
- SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia: Jakarta Selatan
- SLKI DPP PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia: Jakarta Selatan








LEMBAR KONSUL KIA

Nama Mahasiswa : Lasria Panjaitan  
NIM : 052024021  
Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Urologi dengan Gagal Ginjal Kronis (GGK) Pada Tn.T.S Di Ruangan Santo Fransiskus Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tanggal 11-13 Januari 2025  
Nama Dosen Pembimbing : Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc

NO	HARI / TANGGAL	PEMBAHASAN	PARAF PEMBIMBING
1.	Sabtu, 22 Maret 2025	BAB I : MSKS BAB II : Perbaiki sistematika penulisan, semua sumber dari nursing book.	
2.	Senin, 7 April 2025	- Revisi BAB I - Lanjut ke BAB II	
3.	Sabtu, 12 April 2025	- Revisi BAB I & BAB II - Lanjut ke BAB III	
4.	20 April 2025	- Revisi BAB I & BAB V : Perbaiki sistematika penulisan : Sinkronisasi data → Analisa Data	
		: Implementasi sesuai kasus dengan rencana yang telah disusun : Pembahasan lebih jelas & singkat → jangan bertele-tele	

**LEMBAR KONSUL KIA**

Nama Mahasiswa : Lasria Panjaitan  
NIM : 052024021  
Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Urologi dengan Gagal Ginjal Kronis (GGK) Pada Tn.T.S Di Ruangan Santo Fransiskus Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tanggal 11-13 Januari 2025  
Nama Dosen Pembimbing : Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc

NO	HARI / TANGGAL	PEMBAHASAN	PARAF PEMBIMBING
6	30 April 2025	→ Revisi BAB I & BAB IV → Att ujian	
7	10 Mei 2025	→ Revisi BAB IV & BAB V → Perbaiki Daftar Pustaka	
8	20 Mei 2025	→ Revisi BAB IV & BAB V → Perbaiki Daftar Pustaka	
9	23 Mei 2025	→ Perbaiki BAB IV → Perbaiki Daftar Pustaka	
10	24 Mei 2025	→ Att digital	



**Dokumentasi**