

## BAB

### II TINJAUAN PUSTAK

#### A

#### 2.1. Konsep Dasar Penyakit

##### 2.1.1 Definisi Penyakit

Ginjal adalah sepasang organ berbentuk kacang panjang 4-5 inci dibelakang rongga perut (antara rongga perut dan otot punggung), tepat diatas garis punggung di kedua sisi tulang belakang. Ginjal memiliki peranan fungsi meliputi menjaga keseimbangan air dalam tubuh, mempertahankan tekanan osmotik cairan tubuh yang tepat terutama dengan mengatur keseimbangan air, membantu menjaga keseimbangan asam basa yang tepat dalam tubuh, dan menghasilkan eritropoietin yang merangsang produksi sel darah merah (Sherwood, 2014).

Penyakit ginjal kronis yaitu penyakit yang mempengaruhi struktur dan fungsi ginjal. Penyakit ginjal kronis dapat didiagnosis berdasarkan kerusakan atau pengurangan ginjal (albuminuria) atau fungsi ginjal nyamenurun selama 3 bulan atau lebih (Mayilanthi et al., 2016). Penyakit ginjal kronis adalah penyakit yang fungsi ginjalnya mengalami penurunan irreversible. Pada awalnya hanya muncul sebagai abnormalitas biokimia akhir nyakehilangan fungsi ekskresi, metabolisme ginjal dan endokrin (Salgia et al., 2017). Penyakit ginjal kronis juga didefinisikan sebagai penyakit yang tidak dapat disembuhkan, penyakit ginjal kronis terkenal karena morbiditas dan mortalitasnya. Sejak munculnya berbagai perawatan medis dan pengobatan invasif seperti hemodialisis dan dialisis peritoneal keparahan penyakit ginjal kronis mengalami sesuatu yang

luar tidak biasa atau hal yang luar biasa. Penyakit arteri koroner adalah yang paling penting dan penyebab paling umum dari morbiditas dan mortalitas pasien dengan penyakit ginjal kronis (Damayanti, 2022)

. Penyakit ginjal kronis merupakan penyakit ginjal kronis yang ditandai dengan perubahan struktur dan fungsional pada ginjal karena berbagai penyebab. Penyakit ginjal kronis juga didefinisikan sebagai fungsi ginjal perkiraan laju filtrasi glomerulus (eGFR) kurang dari 60 ml/menit/1,73

m<sup>2</sup>, atau penanda kerusakan ginjal seperti hematuria dan albuminuria atau kelainan yang terdeteksi melalui hasil laboratorium (Kalantar-Zadeh et al., 2021).

Jadi dapat disimpulkan penyakit ginjal kronis merupakan penyakit ginjal kronis yang berlangsung > 3 bulan dengan penurunan fungsi

ginjal yang progresif dan irreversible, sehingga ginjal tidak mampu untuk menjaga keseimbangan antara metabolisme dan cairan dan elektrolit dan haluan urin dengan nilai GFR kurang dari 60 ml/menit/1,73 m<sup>2</sup>.

### 2.1.2 Etiologi

Menurut (LeMone et al., 2016) etiologi dari penyakit ginjal kronis diantaranya:

#### a. Penyakit infeksi tubulointerstitial

Penyakit infeksi tubulointerstitial merupakan suatu kondisi yang berhubungan dengan interstitium dan tubulus. Penyakit ini dapat disebabkan oleh obstruksi (batu stenosis, kelainan anatomi, benign

prostatic hyperplasia), infeksi saluran kemih, efek obat-obatan dan minuman energi.

**b. Penyakit vaskular Hipertensi**

Penyakit ginjal kronis yang fungsinya mengalami kerusakan sehingga terjadi peningkatan tekanan darah.

**c. Gangguan jaringanikat**

Suatu kondisi penyakit yang mengalami penurunan kekebalan tubuh seseorang atau lebih dikenal penyakit autoimun contohnya lupus eritematosus sistem.

**d. Gangguan kongenital dan herediter**

Seperti penyakit polikistik, yang merupakan kondisi bawaan yang ditandai dengan munculnya kista atau kantung berisi cairan di ginjal dan organ lain tidak terdapat adanya jaringan.

**e. Penyakit metabolik**

Seperti diabetes mellitus yang menyebabkan peningkatan mobilisasi lemak yang mengarah pada penebalan membran kapiler dan di ginjal berkembang menjadi disfungsi endotel yang mengarah ke nefropati amiloidosis yang ditandai dengan pengendapan zat proteinuria abnormal pada dinding pembuluh darah yang merusak membran glomerulus secara serius.

**f. Nefropati toksik**

Penyalahgunaan penggunaan analgesik dan nefropati timah.

**g. Nefropati obstruksi**

Fungsi ginjal yang mengalami gangguan di saluran kemih bagian atas contohnya batu ginjal, fibrosis, dan retroperitoneum. Sedangkan di saluran kemih bagian bawah contohnya hipertrofi prostat, striktur uretra dan kelainan bawaan

### 2.1.3. Patofisiologi

Pada awalnya *Chronic Kidney Disease* (CKD) tergantung pada penyebab yang mendasari. Penurunan massa ginjal menghasilkan hipertrofi struktural dan fungsional dari nefron yang tersisa (nefron yang bertahan) sebagai upaya kompensasi yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan faktor pertumbuhan yang mengakibatkan hiperventilasi dan kapiler meningkatkan tekanan dan aliran darah glomerulus. Proses adaptif ini berlangsung dalam waktu yang sangat singkat diikuti dengan proses maladaptasi berupa sirosis pada sisa nefron dan penurunan fungsi nefron yang progresif meskipun penyakit yang sudah tidak aktif lagi. Ketika aktivitas aksis renin-angiotensin-aldosteron meningkat, sebagian diperantarai oleh faktor pertumbuhan (TGF- $\beta$ ). Ada beberapa yang dianggap terlibat dalam terjadinya penyakit ginjal kronis yaitu proteinuria, dislipidemia, hiperglikemia dan hipertensi. Ada juga variasi interindividual terjadinya perkembangan fibrosis glomerulus dan sklerosis maupun tubulointerstitial.

Pada tahap awal penyakit ginjal kronis terjadi cadangan daya ginjal yang hilang, ketika fungsi ginjal menurun, metabolisme yaitu protein yang biasanya diekskresikan dalam urin menumpuk di dalam darah hal ini

menyebabkan uremia dan mempengaruhi sistem dalam tubuh karena banyaknya sampah metabolisme sehingga ginjal harus bekerja lebih keras. Dalam situasi ini laju filtrasi glomerulus atau (GFR) masih normal atau dapat meningkat lebih lanjut. Setelah itu, fungsi nefron secara perlahan menurun. Hal ini ditandai dengan peningkatan serum kreatinin dan urea. Nilai GFR sampai 60% pasien belum mengeluh (asimtomatik), tetapi ureum kreatinin dan serum meningkat. Dengan nilai GFR 30%, pasien mengeluh lemas, kehilangan nafsu makan, mual dan nokturia. Dengan nilai GFR kurang dari 30% pasien mulai menunjukkan gejala uremia seperti gangguan metabolisme kalsium dan fosfor, tekanan darah tinggi, anemia, pruritus, mual dan muntah. Dalam hal ini pasien rentan terhadap infeksi saluran pernapasan, hipervolemia, hipovolemia, infeksi saluran kemih dan saluran cerna serta ketidakseimbangan elektrolit cairan seperti natrium dan kalium. Pasien penyakit ginjal kronis dengan nilai GFR kurang dari 15% memerlukan terapi pengganti ginjal seperti cuci darah atau transplantasi ginjal karena sudah menimbulkan gejala dan komplikasi yang serius. Pada kondisi ini, pasien dikatakan dalam stadium gagal ginjal (Damayanti, 2022).

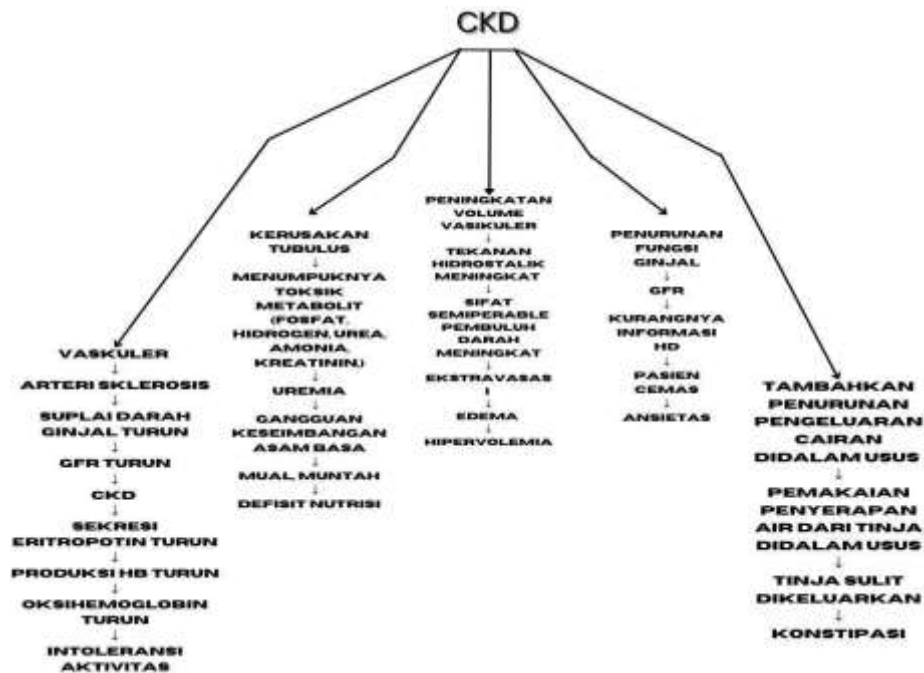
Menurut *Kidney Disease Improving Global Outcome Quality* pembagian penyakit ginjal kronis berdasarkan tahap penurunan laju filtrasi glomerulus (GFR) yaitu:

- a. Stadium 1 : kelainan ginjal ditandai dengan nilai GFR normal ( $>90\text{ml}/\text{menit}/1,73\text{ m}^2$ )

- b. Stadium 2: kelainan ginjal dengan nilai GFR antara (60-89 ml/menit/1,73 m<sup>2</sup>)
- c. Stadium 3 dibagi menjadi 3a dan 3b. Stadium 3a: kelainan ginjal dengan nilai GFR antara (45-89 ml/menit/1,73 m<sup>2</sup>), sedangkan untuk stadium 3b: kelainan ginjal dengan nilai GFR antara (30-44 ml/menit/1,73 m<sup>2</sup>)
- d. Stadium 4: kelainan ginjal dengan nilai GFR antara (15-29 ml/menit/1,73 m<sup>2</sup>)
- e. Stadium 5: kelainan ginjal dengan nilai GFR (<15 ml/menit/1,73 m<sup>2</sup>) disfungsi ginjal atau gagal ginjal akhir (KDIGO, 2021).

Bagan 2.1

## Pathway Chronic Kidney Disease (CKD)



## 2.1.4. Manifestasi Klinis

Menurut (Ignatavicius et al., 2018) manifestasi klinis penyakit ginjal kronis adalah:

## a. Gastrointestinal

Akibat dari hiponatremia, mial, hipotensi, mulut kekeringan, penurunan tekanan turgor kulit, kelemahan, malaise dan mual. Perubahan gastrointestinal uremia juga mempengaruhi seluruh sistem pencernaan. Tukak lambung sering terjadi pada

pasiendenganuremia,tetapi penyebabpastinya belumdiketahui.

b. Kardiovaskuler

Gejalakardiovaskulerpenyakitginjalkronismeliputikardiomiopati tekanan darah tinggi, edema perifer, gagal jantung,dansindrom kardioresenal.

c. Sistempernapasan

Gejala pernapasan pasien penyakit ginjal kronis juga bervariasimisalnyatakipnea,pernapasanyangdalam,napasberbauuri n,sesaknapas,edemaparudane fusipleura.Takipneadanpeningkatank edalamanpernapasanterjadikarenaasidosismetabolik.Padaasidosis metabolikyangparahkecepatankedalaman pernapasan sangat meningkat (kussmaul) juga dapatterjadi.

d. Integument

Gejala kulit pasien penyakit ginjal kronis terjadi sebagai akibaturemia.Pigmenmenumpukdikulitmenyebabkanwarnakekuningan,ataulebihgelapjikakulitnyaberwarnacoklat.Penurunanturgorkul itpadapasiendenganmasalahuremia.Masalah uremia yang paling sering ialah kulit kering dan gatal-gatalparah.

e. Neurologis

Gejala neurologi ditandai dengan adanya neuropati perifer, kantukdisianghari,konsentrasiyangburuk.Selainitu,kelesuanhingga

kejang dan komadapat mengindikasikan ensefalopati uremik. Gejala ensefalopati dapat diobati dengan dialisis. Depresi juga dapat menambah masalah kognitif dan neurologis.

f. Muskuloskeletal

Gejala muskuloskeletal meliputi kelemahan dan kram, nyeri tulang, patra tulang, dan osteodistrofi ginjal. Gejala penyakit ginjal kronis berhubungan dengan osteodistrofi karena penurunan penyerapan kalsium, kehilangan kalsium tulang secara terus menerus. Orang dewasa dengan osteodistrofi berisiko mengalami tulang yang tipis dan rapuh bahkan dengan fraktur traumatis kecil.

### 2.1.5. Data Penunjang

a. Pemeriksaan pada darah

1. BUN/kreatinin: Meningkat, biasanya proporsional. Kadarkreatinin  $10 \text{ mg/dL}$  dicurigai terlampat (mungkin rendah yaitu  $5$ )
2. Hitung darah lengkap : Ht. berkurang adanya anemia, Hb : biasanya kurang dari  $7\text{-}8 \text{ g/dL}$
3. GDA : pH. Penurunan asidosis metabolik ( $< 7,2$ ) disebabkan oleh hilangnya kemampuan ginjal untuk mengeluarkan hidrogen dan amonia, atau produk akhir katabolisme protein. Bikarbonat berkurang.  $\text{PCO}_2$  berkurang
4. Natrium serum: mungkin rendah (jika ginjal “depleted sodium” atau normal (menunjukkan keadaan hipernatremia)

yangencer)

5. Kalium : meningkat karena migrasi sel (asidosis) atau retensi sebagai respon terhadap ekskresi jaringan. Pada tahap selanjutnya, perubahan EKG mungkin tidak terjadi jika kalium  $6,5 \text{ mEq}$  atau lebih tinggi
6. Magnesium/fosfat: naik
7. Kalsium: turun
8. Penurunan kadar protein serum (terutama albumin dapat menunjukkan penurunan kehilangan protein karena urin, transfer air, penurunan asupan, atau penurunan sintesis, karena defisiensi asam amino esensial

b. Pemeriksaan pada urine

1. Karena terjadi anuria / oliguria maka volume urine  $< 400 \text{ ml}$  /24 jam.
2. Warna
  - a) Urine berwarna keruh dapat disebabkan oleh nanah, lemak, bakteri, fosfat lunak, sodium kotor, dan partikel koloid.
  - b) Urine berwarna coklat menunjukkan adanya darah, myoglobin, forforin dan Hb.
3. Protein: Proteinuria tinggi (3-4) berbentuk bulat dan menunjukkan kerusakan glomerulus.
4. Berat jenis  $< 1,051$  (tetapi pada angka  $0,010$  menunjukkan kerusakan ginjal yang parah)

5. Klirens kreatinin: mungkin sedikit menurun (Doenges et al., 2019)

c. Ultrasonografi Ginjal

Tes non invasif dilakukan untuk mendeteksi ginjal atau massaperirenal, mengidentifikasi obstruksi, dan mendiagnosis kista ginjal dan massa padat. Ultrasonografi ginjal dilakukan dengan mengoleskan gel konduktif ke kulit dan menempatkan probe ultrasound eksternal kecil pada kulit pasien. Gelombang suara direkam di komputer diarahkan ke jaringan.

d. Sistoureterogram berkemih

Tes ini dilakukan untuk menilai penyebab kapasitas kandung kemih dan fungsi neuromuscular kandung kemih, tekanan uretra, dan disfungsi kandung kemih. Beberapa cairan dimasukkan ke dalam kandung kemih dan kapasitas pengisian dan tekanan buang air kecil diukur.

Nilai normal: aliran urine yang kuat dan tidak terputus, pola pengisian normal dan perasaan penuh, kapasitas kandung kemih : 300-600 mL, keinginan untuk buang air kecil: >150 mL, kepenuhan: 300 mL

e. Pielogram intravena

Tes radiasi dilakukan untuk memvisualisasikan seluruh saluran ginjal untuk mengidentifikasi ukuran, bentuk, dan fungsi ginjal yang abnormal, serta untuk mendeteksi adanya batu ginjal, tumor

dan kista. Serangkaian pemeriksaan sinar X dilakukan dengan menyuntikkan zat yang ke dada radiasi secara intravena. Pielogram retrograde adalah tes radiasi yang dilakukan untuk mengevaluasi struktur ureter dan pielogram. Pielogram intravena dapat dilakukan secara individual atau dalam kombinasi dengan sistoskopi.

f. Arteriogram atau angiogram Ginjal

Pemeriksaan radiologi ini dilakukan untuk memvisualisasikan arteri ginjal untuk mendeteksi stenosis arteri ginjal, trombosis, atau emboli ginjal, tumor, kista, atau aneurisma, mengidentifikasi faktor penyebab hipertensi, dan mengevaluasi penipisan sirkulasi ginjal. Kontras disuntikkan ke dalam arteri femoralis (Damayanti, 2022)

#### 2.1.6. Komplikasi

Menurut (Damayanti, 2022) penyakit ginjal kronis apabila tidak segera ditangani akan menimbulkan beberapa komplikasi sebagai berikut:

- a. Anemia
- b. Perikarditis
- c. Hipertensi
- d. Hiperkalemia
- e. Dislipidemia
- f. Penyakit mineral dan gangguan tulang

### 2.1.7. Penatalaksanaan Medis

- a. Menstabilkan keseimbangan antar cairan dan elektrolit.
- b. Berikan cairan sesuai kebutuhan untuk menjaga sirkulasi yang tepat
- c. Berikan diuretik untuk mengurangi kelebihan air
- d. Memperbaiki keseimbangan elektrolit
- e. Mendukung fungsi kardiovaskular
- f. Batasi kelebihan air
- g. Mengontrol tekanan darah tinggi (obat antihipertensi)
- h. Menjaga sirkulasi
- i. Mencegah infeksi (antibiotik, hindari prosedur invasif)
- j. Memperbaiki status gizi (protein yang tepat, nutrisi enteral sesuai kebutuhan, multivitamin)
- k. Mengontrol perdarahan dan anemia (produk darah, eritropoietin rekombinan)
- l. Lakukan dialysis
- m. Lakukan transplantasi ginjal jika perlu

## 2.2. Konsep Keperawatan

### 2.2.1. Pengkajian

Menurut (Harmilah, 2020) pengkajian pasien penyakit ginjal kronis dengan penyakit ginjal akut, tetapi dengan dengan penekanan pada sistem pendukung untuk menjaga keseimbangan dalam tubuh. Jika fungsi ginjal suboptimal atau tidak berhasil, tubuh berusaha untuk

mengkompensasi saat berada dalam ambang batas yang wajar. Namun, jika kondisi ini berlanjut, menyebabkan berbagai gejala klinis yang menunjukkan kegagalan sistem.

a. Identitas

Penyakit ginjal menyerang semua kelompok umur tidak ada spesifikasi khusus mengenai usia pasien penyakit ginjal kronis. Penyakit ginjal kronis merupakan masa lanjut kejadian penyakit ginjal akut.

b. Keluhan Utama

Keluhan sangat beragam, terutama jika ada penyakit sekunder yang menyertainya. Keluhan meliputi penurunan haluaran urin anuria (oliguria), penurunan kesadaran akibat komplikasi sistem ventilasi dan peredaran darah, kehilangan nafsu makan, mual dan muntah berkerengat, kelelahan, pernapasan berbau urea, dan gatal-gatal. Kondisi ini disebabkan oleh akumulasi sistem metabolisme/toksin di dalam tubuh saat ginjal menyaring.

c. Riwayat penyakit sekarang

Pasien dengan penyakit ginjal kronis biasanya mengalami penurunan output urin, penurunan kesadaran, perubahan pola pernapasan akibat komplikasi akibat gangguan ventilasi, malaise, perubahan fisiologi kulit, dan bau urea saat bernafas. Ini juga mempengaruhi proses metabolisme (sekunder keracunan), mengakibatkan hilangnya nafsu makan, mual dan

muntah, dan risiko kekurangan gizi.

d. Riwayat penyakit dahulu

Penyakit ginjal kronis dimulai dengan masa penyakit ginjal akut karena berbagai penyebab. Oleh karena itu, informasi penyakit sebelumnya menegaskan penegakan masalah. Identifikasi riwayat infeksi saluran kemih, gagal jantung, penggunaan obat berlebihan terutama obat nefrotoksik, BPH dan obat lain yang mempengaruhi fungsi ginjal. Selain itu, ada beberapa penyakit yang secara langsung mempengaruhi/menyebabkan penyakit ginjal seperti diabetes, hipertensi, batu saluran kemih.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Silsilah keluarga tidak memiliki dampak yang signifikan pada penyakit ginjal kronis, karena penyakit ginjal kronis merupakan penyakit keturunan bukan penyakit menular. Namun, faktor pencetus seperti diabetes dan hipertensi mempengaruhi kejadian penyakit ginjal kronis karena penyakit ini turun temurun. Pola kesehatan keluarga yang berlaku saat keluarga sakit yaitu minum jamu ketika sedang sakit.

f. Riwayat psikososial

Kondisi ini tidak selalu menjadi masalah jika pasien memiliki strategi coping adaptif yang tepat. Pada pasien ginjal kronis, perubahan psikososial biasanya terjadi ketika pasien mengalami perubahan struktur fungsi fisik dan menjalani proses dialysis.

Pasien menjadi pendiam dan lebih mengurung diri. Selain itu, kondisi tersebut juga disebabkan oleh biaya yang dikeluarkan selama pasien menjalani pengobatan, sehingga pasien mengalami kecemasan.

g. Pemeriksaan fisik

Kondisi umum : Kelemahan, kebingungan dan kehilangan arah  
Tekanan darah : Peningkatan tekanan darah (hipertensi).

1. Sistem pernapasan

Ada peningkatan laju pernapasan dan bau napas urea. Jika terjadi asidosis/alkalosis respiratorik, maka kondisi respiratorik mengalami gangguan patologis. Meningkatkan pola napas (Kussmaul).

2. Sistem neurologi

Akumulasi zat beracun menyebabkan sensasi terbakar pada telapak kaki.

3. Sistem kardiovaskular

Tekanan darah tinggi adalah penyakit yang berhubungan langsung dengan CKD, yang mempengaruhi volume pembuluh darah yang menyebabkan retensi natrium dan air, sehingga sulit bagi jantung untuk bekerja.

### 2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Menurut PPNI, (2016) berdasarkan SDKI diagnosa keperawatan yang mungkin dapat ditegakkan pada pasien CKD adalah:

- a. Intoleransi aktivitas bdk kelemahan (D.0056)
- b. Defisit nutrisi bdfaktor psikologis (D.0019)
- c. Ansietas bdmengalami kegagalan (D.0080)
- d. Konstipasi bdketidakcukupandiet (D.0049)
- e. Hipervolemi abdkelebihan asupan cairan (D.0022)

### 2.2.3. Intervensi

**Tabel 2.1**  
**Intoleransi Aktivitas dan Kelemahan**

| Tujuan                                                                                                                                                                                                                    | Perencanaan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x12 jam rasa nyaman meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</li> </ol> | <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>3. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring</li> <li>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif</li> <li>3. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan</li> <li>4. Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ol> | <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien akibat kelelahan</li> <li>2. Untuk mengetahui pola tidur pasien apakah teratur atau tidak</li> <li>3. Untuk mengetahui tingkat kelelahan fisik dan emosional pasien.</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk memberikan kenyamanan pasien saat istirahat</li> <li>2. Untuk menunjang proses aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien</li> <li>2. Untuk meningkatkan dan melatih otot dan gerak ekstermitas pasien</li> <li>3. Untuk menghilangkan rasa ketidaknyamanan yang dialami pasien</li> </ol> |

---

4. Untuk melatih gerak mobilisasi pasien selama dirawat

---

**Tabel 2.3**  
**Defisit Nutrisi berdasarkan faktor psikologis**

| Tujuan                                                                                              | Perencanaan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x12 jam rasa nyaman meningkat dengan kriteria hasil: | <p><b>Manajemen nutrisi</b></p> <p><b>(1.03119) Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li> <li>2. Fasilitas untuk menentukan sebelum makan (misalnya: piramida makanan)</li> <li>3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan posisi duduk, jika mampu</li> <li>2. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> | <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapat mengetahui status nutrisi pasien sehingga dapat melakukan intervensi yang tepat</li> <li>2. Untuk mengetahui adanya alergi</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar pasien tidak mual saat makan</li> <li>2. Agar nafsu makan meningkat</li> <li>3. Agar nafsu makan meningkat</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar pasien bisa bergerak</li> </ol> |

---

bebas  
2. Agar pasien tidak kesulitan BAB

**Tabel 2.4**  
**Ansietas dan mengalami kegagalan**  
Perencanaan

| Tujuan                                                                                                                                                                                                                    | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x12 jam rasa nyaman meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku gelisah menurun</li> <li>2. Konsentrasi menurun</li> </ol> | <p><b>Reduksi Ansietas:</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3. Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> </ol> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar pasien tidak cemas</li> <li>2. Agar pasien tidak cemas saat mengambil keputusan</li> <li>3. Untuk mengetahui tingkat kecemasan</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar pasien bisa tenang</li> <li>2. Agar menghindari kecemasan pada pasien</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk memberikan</li> </ol> |

2. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien

kenyamanan

2. Agar pasien tidak merasa cemas

**Tabel 2.5**

**Konstipasi dan ketidakcukupan diet**

| Tujuan                                                                                              | Perencanaan                                                         | Rasional                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x12 jam rasa nyaman meningkat dengan kriteria hasil: | <b>Observasi:</b>                                                   | <b>Observasi:</b>                                                       |
| 1. Konstipasi feses menurun                                                                         | 1. Periksa tanda dan gejala                                         | 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala dari konstipasi                    |
| Distensi abdomen menurun                                                                            | 2. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses                     | 2. Untuk melihat warna, frekuensi, dan volume dari buang air            |
|                                                                                                     | <b>Edukasi:</b>                                                     | <b>Edukasi:</b>                                                         |
|                                                                                                     | 1. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan                    | 1. Agar pasien dapat memahami dari gejalanya                            |
|                                                                                                     | 2. Anjurkan peningkatan asupan cairan jika tidak ada kontraindikasi | 2. Asupan cairan yang cukup dapat mengatasi konstipasi                  |
|                                                                                                     | <b>Terapeutik:</b>                                                  | <b>Terapeutik:</b>                                                      |
|                                                                                                     | 1. Berikan air hangat setelah makan                                 | 1. Dapat membantu meredakan konstipasi                                  |
|                                                                                                     | 2. Sediakan makanan yang tinggi serat                               | 2. Makanan tinggi serat dapat membantu meredakan konstipasi pada pasien |

Tabel 2.6

**Hipervolemia akibat kelebihan asupan cairan**

| Tujuan                                                                                                                                         | Perencanaan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Rasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x12 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :<br>Asupan cairan cukup | <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia</li> <li>2. Identifikasi penyebab hipervolemia</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan cara membatasi cairan</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi asupan cairan dan garam</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian diuretik</li> </ol> | <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Untuk mengetahui tanda dan gejala yang muncul</li> <li>3. Untuk mengetahui penyebab dari terkenah hipervolemia</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar klien tahu cara pembatasan cairan</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menunjukkan ketidakpatuhan terhadap cairan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar cairan pasien terantau</li> </ol> |

#### **2.2.4. Implementasi**

Implementasi yaitu melaksanakan berbagai strategi keperawatan yang telah direncanakan dalam rencana tindakan Keperawatan, baik tindakan mandiri maupun tindakan kolaborasi. (Doengoes, 2019).

Pada klien CKD yang menjalani hemodialisis dengan masalah nyeri, implementasi yang dilakukan yaitu Mengkaji nyeri klien, menganjurkan klien untuk melaporkan apabila nyeri tiba, memantau tanda-tanda vital klien, mengatur posisi, membimbing untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam, distraksi, serta melakukan kolaborasi dalam pemberian analgesic sesuai indikasi.

#### **2.2.5. Evaluasi**

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan rencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya (Setiadi, 2016).

### **2.3. Konsep Kecemasan**

#### **2.3.1 Pengertian Kecemasan**

Kecemasan atau anxiety merupakan keadaan emosional berupa respon psikofisiologis timbul sebagai sinyal antisipasi bahaya membantu untuk bersiap mengambil tindakan menghadapi ancaman (Rizza, 2019).

Kecemasan dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran mendalam dan berkelanjutan merupakan gangguan perasaan (*affective*), di mana



tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian utuh, dan perilaku terganggu tetapi masih dalam batas normal (Prabowo, 2018).

Kecemasan merupakan respon individu terhadap suatu keadaan yang tidak menyenangkan dan dialami oleh semua makhluk hidup dalam kehidupan sehari-hari. Kecemasan merupakan pengamalan subjektif dari individu yang tidak dapat diobservasi secara langsung serta merupakan suatu keadaan emosi tanpa objek yang spesifik. Kecemasan pada individu dapat memberikan motivasi untuk mencapai sesuatu dan merupakan sumber penting dalam usaha memelihara keseimbangan hidup (Suliswati, 2019).

Kecemasan diartikan sebagai hal yang normal sebagai manusia tetapi bagi beberapa orang kekhawatiran, kegelisahan, ketakutan akan sesuatu yang akan terjadi dapat keluar kendali sampai mengacaukan gaya hidup mereka. Kecemasan merupakan watak dasar manusia, frustrasi terhadap kehendak yang membawanya kepada kekosongan dan eksistensial kepada pertemuan yang tidak ada dan yang tidak hidup terutama sekali diwujudkan kebosanan dan kecemasan eksistensial yang mungkin sekali bisa membawanya kepada apa yang disebut *Frankl* sebagai *noogenic neurosis*, *noogenic neurosis* adalah suatu neurosis yang timbul akibat konflik normal (SSA). Cemas merupakan gejala yang umum tetapi non spesifik yang sering merupakan fungsi emosi (Tarwoto, 2016).

### **2.3.2 Indikasi Kecemasan**

Indikasi kecemasan pada individu yang normal mengalami kecemasannya ng tampak pada penampilan yang berubah gejala fisik maupun mental. Menurut (Hamdala, 2021) mengklasifikasikan indikasi kecemasan terdapat tiga jenis, antaralain adalah:

- a. Indikasi fisik: kegelisahan, berkeringat, detak jantung cepat, lemas, mudah marah atau tersinggung.
- b. Indikasi behavioral: perilaku menghindar.
- c. Indikasi kognitif: khawatir tentang sesuatu, perasaan akan ketakutan, ketakutan ketidakmampuan mengatasi masalah, sulit berkonsentrasi.

### **2.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan**

Menurut (Stuart et al., 2016) faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan adalah pengalaman operasi sebelumnya, pengertian tentang tujuan atau alasan tindakan operasi. Sedangkan faktor lainnya menurut (Prabowo, 2018) adalah:

- a. Faktor intrinsik antaralain:

#### **1. Usia**

Menurut (Kusumawardhani, 2016) kecemasan dapat terjadi pada segala macam usia lebih sering terjadi pada usia muda, semakin bertambahnya usia kematangan psikologis seseorang semakin baik, semakin matang psikologi seseorang maka semakin baik pula adaptasi terhadap kecemasan.

- b. Jenis Kelamin



Gangguan kecemasan sering dialami oleh perempuan dibanding laki-laki, karena perempuan lebih peka terhadap emosi sehingga lebih peka terhadap perasaan cemasnya.

**c. Pendidikan**

Individu dengan tingkat pendidikan rendah mudah mengalami kecemasan, semakin tinggi pendidikan mempengaruhi kemampuan berfikir seseorang.

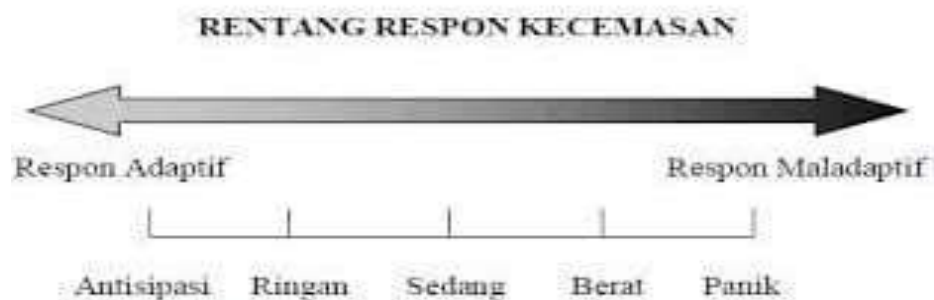
**d. Dukungan Sosial dan Lingkungan**

Dukungan sosial dan lingkungan mempengaruhi cara berpikir individu mengenai diri sendiri maupun orang lain, kecemasan dalam sosial ini akan timbul jika individu merasa tidak aman terhadap lingkungan.

**e. Mekanisme Koping**

Saat mengalami kecemasan individu akan menggunakan mekanisme koping untuk mengatasinya dan ketidakmampuan mengatasi kecemasan.

**2.3.4 Rentang Respon Kecemasan**



**Gambar 2.1 Rentang Respon Kecemasan (Kusumawardhani, 2016)**

**a. Respon Adaptif**

Hasil yang positif akan didapatkan jika individu dapat menerima dan mengatur kecemasan, kecemasan bisa menjadi suatu tantangan atau motivasi yang kuat untuk mendapatkan penghargaan. Strategi adaptif ini biasanya digunakan individu untuk mengatur kecemasan seperti menangis, tidur, latihan, dan menggunakan teknik relaksasi.

**b. Respon Maladaptif** Ketika kecemasan tidak dapat diatur, individu menggunakan mekanisme koping yang disfungsi dan tidak berkelanjutan. Koping maladaptif mempunyai banyak jenis termasuk perilaku agresif, bicara tidak jelas, banyak makan, konsumsi alkohol, dan penyalahgunaan obat terlarang.

### **2.3.5 Tingkat Kecemasan**

Tingkat kecemasan ada empat menurut (Stuart et al., 2016) antara lain yaitu:

**a. Kecemasan Ringan**

Kecemasan ringan yang berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan individu menjadi waspada. Kecemasan ringan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

**b. Kecemasan Sedang**

Kecemasan sedang memusatkan pada hal penting dan mengesampingkan hal lain. Individu mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu dengan lebih terarah.

**c. Kecemasan Berat**

Kecemasan berat sangat mengurangi persepsi individu. Individu ini cenderung akan memusatkan pada sesuatu yang rinci dan spesifik, serta tidak dapat berpikir tentang hal lain.

**d. Panik**

Panik atau kecemasan sangat berat berhubungan dengan ketakutan atau teror akibat kehilangan kendali, individu saat sedang panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahannya. Kecemasan yang dialami akan memberikan berbagai macam respon yang dapat di manifestasikan pada respon fisiologis, respon kognitif, dan respon perilaku.