

MAKALAH
MENERAPKAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI: CA SERVIKS STADIUM IIIB

Disusun guna memenuhi tugas Mata Kuliah Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis

Dosen Pengampu: Giri Susilo Adi, S.Kep., Ns., M.Kep



Disusun Oleh:

KELOMPOK 4

- | | |
|------------------------------|-------------|
| 1. Ana Nur Ayni | SKA32024127 |
| 2. Desvita Wulan Saputri | SKA32024139 |
| 3. Devina Aretha Villa Akana | SKA32024140 |
| 4. Naura Aliya Rahma | SKA32024163 |
| 5. Rahmalia Khoirunisa | SKA32024175 |
| 6. Regista Verani P.I | SKA32024177 |
| 7. Gadis Sella Veari Safitri | SKA32024215 |

1A - NERS

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN NOTOKUSUMO
YOGYAKARTA

2025

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	ii
BAB I PENDAHULUAN	3
a. Latar Belakang	3
b. Tujuan.....	4
BAB II KONSEP DASAR PADA KASUS	5
a. Definisi.....	5
b. Etiologi.....	5
c. Tanda Gejala.....	7
d. Pemeriksaan Penunjang	7
e. Penatalaksanaan	9
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN	11
a. Pengkajian	11
b. Diagnosa.....	12
c. Intervensi.....	13
d. Implementasi	14
e. Evaluasi	15
DAFTAR PUSTAKA	17

BAB I

PENDAHULUAN

a. Latar Belakang

Organ reproduksi merupakan salah satu hal penting dalam kehidupan setiap manusia. Dulu, pembicaraan tentang organ reproduksi masih sangat tabu, bukan berarti sekarang sudah tidak lagi hanya saja masih ada kalangan orang yang menganggap hal itu tidak pantas untuk dibicarakan, Promosi kesehatan reproduksi pada masyarakatpun sering dikonotasikan sebagai pendidikan seks di mana sebagian masyarakat di Indonesia masih menganggap tabu akan hal ini (Harun, 2021).

Telah banyak berita-berita yang tersiar melalui media elektronik ataupun media cetak yang memuat berita tentang kesehatan reproduksi dan kaitannya dengan seks. Sekarang, informasi tentang seks dapat diperoleh dan diakses dengan mudah melalui internet. Bila tidak didasari dengan pengetahuan. yang cukup, mencoba hal baru yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi bisa memberikan dampak yang buruk akan kesehatan organ reproduksi.

(Ervina, Y., Zahara, F. I., Atiqah, N. Q. N., 2023). Menurut Barbara Nash dan Patricia Gilbert (2006), organ-organ reproduksi merupakan subyek dari berbagai penyakit. Untuk mencegah hal tersebut pengetahuan dan pemahaman sejak dini tentang organ reproduksi dan kesehatan reproduksinya merupakan hal yang sangat penting bagi setiap orang sehingga ia akan lebih mampu menjaga kesehatan reproduksinya.

Untuk itu, masyarakat perlu meningkatkan pengetahuannya mengenai kesehatan reproduksi agar tercipta kondisi kesehatan reproduksi yang optimal. Kesehatan reproduksi yang dimaksud yaitu suatu keadaan yang sejahtera baik secara fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya (Umar, 2024).

Namun sayangnya semakin berkembangnya gaya hidup sekarang ini memungkinkan seseorang memiliki resiko lebih tinggi untuk terkena gangguan pada sistem reproduksinya. Salah satunya masalah sistem reproduksi pada wanita yaitu *Ca Serviks*. (Situmorang, 2019) Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Ca Serviks* atau Kanker Serviks menempati urutan kedua sebagai penyebab masalah kesehatan pada wanita di tahun 2019.

Berdasarkan informasi dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2021), Indonesia menempati urutan kedelapan untuk kejadian kanker di Asia Tenggara dan urutan kedua puluh tiga di Asia. Angka kejadian kanker *serviks* di Indonesia adalah 23,4 per 100.000 penduduk, dengan rata-rata kematian sebesar 13,9 per 100.000 penduduk.

Oleh karena itu, sampai saat ini pelayanan kesehatan dan keperawatan di Indonesia berusaha untuk mempromosikan kesehatan sistem reproduksi untuk masyarakat khususnya kaum wanita. Selain melakukan promosi kesehatan sistem reproduksi, perawat juga memberikan asuhan keperawatannya demi tercapainya derajat kesehatan sistem reproduksi yang optimal bagi wanita di Indonesia

b. Tujuan

Tujuan makalah ini adalah untuk menganalisis konsep dasar kasus *Ca Serviks* dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem reproduksi: *Ca Serviks Stadium IIIB*. Secara khusus, makalah ini bertujuan untuk:

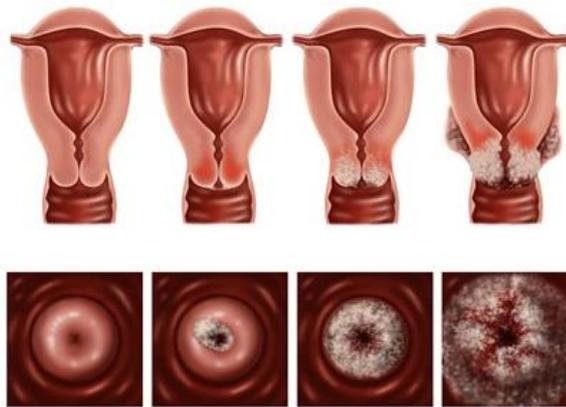
1. Menjelaskan Definisi, Etiologi, Tanda dan Gejala, Pemeriksaan Penunjang, dan Penatalaksanaan *Ca Serviks*.
2. Menerapkan konsep dasar tersebut dalam penyusunan asuhan keperawatan komprehensif pada pasien dengan *Ca Serviks Stadium IIIB*, meliputi Pengkajian, Diagnosis Keperawatan, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi

BAB II

KONSEP DASAR PADA KASUS

a. Definisi

Kanker *serviks* atau lebih dikenal dengan kanker leher rahim adalah tumbuhnya sel-sel tidak normal pada rahim, sel-sel yang tidak normal inilah yang akan berubah menjadi kanker. Kanker leher rahim ini merupakan kanker yang terjadi pada *serviks* uterus, yang terletak pada suatu daerah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk ke arah rahim yang terletak antara rahim (uterus) dan liang senggama (vagina). Kanker *serviks* biasanya menyerang wanita berusia 35-55 tahun.



Menurut *World Health Organization* (2018), kanker *serviks* adalah kanker yang paling umum kedua pada wanita, dengan sekitar 570.000 diagnosis baru dan 311.000 kematian global pada tahun tersebut. Data GLOBOCAN (*Global Cancer Observatory*) (2020) menunjukkan terdapat 36.633 kasus baru kanker *serviks* di Indonesia, yang merupakan 9,2% dari total kasus.

b. Etiologi

Penyebab utama dari kanker serviks yakni infeksi HPV (*Human Papillomavirus*) yang berada di dalam tubuh manusia sub tipe *onkogenik* (Febuanti, 2019). Diketahui bahwa DNA HPV dapat ditemukan pada 99% kasus kanker *serviks* di seluruh dunia. *Human Papilloma Virus* (HPV)

merupakan virus yang masuk dalam keluarga *Papillomaviridae*. HPV merupakan virus DNA sirkuler rantai ganda, berukuran kecil dan tidak memiliki selubung (*envelope*). HPV diklasifikasikan menjadi dua yaitu *Low Risk-HPV (LR-HPV)*, dan *High Risk-HPV (HR-HPV)* atau biasa disebut dengan *HPV onkogenik* (Evriarti dan Yasmon, 2019). *Low Risk-HPV (LR-HPV)* atau *HPV non-onkogenik* yaitu tipe 6 dan 11 biasanya menyebabkan penyakit kutil kelamin sedangkan *Risk-HPV (HR-HPV)* atau *HPV onkogenik* terdiri dari tipe 16,18, 31,33,45,52, dan 58 (Kemenkes RI, 2013). Akan tetapi *Risk-HPV (HR-HPV)* yang menjadi penyebab utama terjadinya lesi pra-ganas dan ganas pada *Ca cervix invasif* adalah HPV tipe 16 dan 18 yang biasanya ditularkan melalui hubungan seksual (Evriarti dan Yasmon, 2019).

Kejadian kanker *serviks* dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain faktor *sosio-demografi* yang meliputi usia, status sosial ekonomi, dan faktor aktivitas seksual yang meliputi usia pertama kali melakukan hubungan seksual, pasangan seksual yang berganti-ganti, pasangan seksual yang tidak disirkumsisi, paritas, kurang menjaga kebersihan genital, merokok, riwayat penyakit kelamin, riwayat keluarga penderita kanker *serviks*, trauma kronis pada *serviks*, gangguan imunitas, sosial ekonomi yang rendah, memiliki banyak anak atau sering melahirkan, penggunaan pembalut dan *pantyliner*, *dietilstilbestrol (DES)* serta penggunaan kontrasepsi oral. Adapun faktor-faktor tersebut ada yang bisa dimodifikasi dan faktor yang tidak bisa dimodifikasi.

Proses terjadinya kanker ini dimulai dengan sel yang mengalami mutasi lalu berkembang menjadi sel *displastik* sehingga terjadi kelainan epitel yang disebut sebagai *dysplasia*. Dimulai dari *dysplasia* ringan, *dysplasia* sedang, *dysplasia* berat, dan akhirnya menjadi KIS (*Karsinoma In Situ*), kemudian berkembang lagi menjadi *karsinoma invasive*. Tingkat *dysplasia* dan KIS (*Karsinoma In Situ*) dikenal juga sebagai tingkat pra-kanker. Dari *dysplasia* menjadi *karsinoma in situ* diperlukan waktu 1-7 tahun sedangkan *karsinoma in-situ* menjadi *karsinoma invasive* berkisar 3-20 tahun.

c. Tanda Gejala

Wanita dengan *Ca Serviks* awal dan pra-kanker biasanya tidak memiliki gejala. Biasanya gejala akan muncul jika kanker menjadi lebih besar dan tumbuh disekitar jaringan. Jika hal ini terjadi gejala yang paling umum menurut American Cancer Society (2019) meliputi:

1. Perdarahan vagina yang tidak normal seperti perdarahan setelah berhubungan seks, perdarahan setelahnya *menopause*, perdarahan dan bercak diantara periode atau mengalami periode menstruasi yang lebih panjang atau lebih berat dari biasanya.
2. Keluarnya cairan yang tidak biasa dari vagina, cairan tersebut mungkin mengandung darah dan dapat terjadi diantara periode menstruasi atau *menopause*. Atau mengalami keputihan yang berlebih.
3. Nyeri saat berhubungan seks.
4. Nyeri di daerah panggul.

Tanda gejala yang terlihat pada penyakit yang lebih lanjut meliputi:

1. Pembengkakan pada kaki.
2. Masalah buang air kecil atau buang air besar.
3. Adanya darah dalam urin.

d. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada *Ca Serviks* berupa pemeriksaan klinik inspeksi, kolposkopi, rektoskopi, sistoskopi, biopsi serviks, USG, BNO-IVP, foto toraks dan bone scan, CT scan atau MRI, PET scan. Adanya kecurigaan metastasis ke kandung kemih atau rectum harus dikonfirmasi dengan pemeriksanaan *histologik* dan *biopsy*. Sedangkan pemeriksaan rektoskopi dan sistokopi dilakukan jika telah memasuki stadium 1B2 atau lebih (Komite Penanggulangan Kanker Nasional, 2015). Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada penderita kanker serviks menurut (Subagja, 2014), sebagai berikut:

1. Kolposkopi, merupakan alat yang digunakan untuk memeriksa leher rahim dengan lensa pembesar yang tujuannya untuk menentukan apakah ada lesi atau jaringan tidak normal pada leher rahim.
2. Pap Smear, digunakan untuk memeriksa bagian-bagian sel-sel leher rahim yang tidak terlihat.
3. Biopsi, apabila sel-sel tidak normal ditemukan pada pap smear, biopsi akan dilakukan untuk menentukan jenis karsinoma. Sampel jaringan bisa dipotong dari leher rahim dan dilihat dibawah mikroskop.
4. Tes Schiller, tes ini dilakukan dengan cara mengolesi leher rahim dengan larutan yodium. Sel yang sehat akan berubah warna menjadi coklat, sedangkan sel yang tidak normal berubah warna menjadi putih atau kuning.
5. Metode IVA, metode pemeriksaan ini dilakukan dengan cara mengolesi leher rahim dengan asam asetat sebanyak 3%-5%. Apabila tidak ada perubahan warna, maka pasien dianggap tidak memiliki infeksi pada leher rahim.
6. Metode Thin Prep, metode thin prep merupakan metode yang berbasis cairan. Metode ini lebih akurat daripada metode pap smear karena memeriksa secara keseluruhan bagian leher rahim. Sampel yang diambil dari leher rahim dimasukkan ke dalam vial/botol yang berisi cairan kemudian dibawa ke laboratorium untuk pemeriksaan lebih lanjut.

Penentuan stadium klinik pada kanker serviks dapat didukung dengan melakukan beberapa pemeriksaan penunjang. Selain itu pemeriksaan penunjang juga bermanfaat untuk menetapkan jenis pengobatan dan memperbaiki prognosa dari kanker serviks. Berikut pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan menurut Aziz, dkk (2008).

1. Pemeriksaan laboratorium meliputi
 - a. Urinalistis rutin.
 - b. SGOT, SGPT, albumin.
 - c. Hb, leukosit, hitung jenis leukosit, trombosit, hematocrit.
 - d. BUN, serum kreatinin, CCT.

2. Pemeriksaan radiologi meliputi:

- a. Foto toraks.
- b. IVP.
- c. Sistoskopi.
- d. Rektoskopi.

e. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan medis

Perempuan yang menderita kanker *serviks* dapat mendapatkan pengobatan dengan operasi terapi radiasi dan kemoterapi, berikut penjelasannya menurut (Saraswati, 2021), yaitu:

a. Operasi (Pembedahan) Pembedahan merupakan pilihan untuk perempuan dengan kanker *serviks* stadium I dan II.

- Histerektomi total Operasi pengangkatan leher rahim dan rahim.
- Histerektomi radikal Operasi pengangkatan leher rahim, rahim dan bagian dari vagina

b. Radioterapi

Radioterapi merupakan salah satu pilihan bagi perempuan yang menderita kanker *serviks* dengan stadium berapa pun. Terapi radiasi digunakan sebagai pengganti operasi bagi penderita yang tidak dapat menjalani operasi (pembedahan) karena alasan-alasan medis. Terapi radiasi ini dapat digunakan untuk membunuh sel-sel kanker apapun yang masih berada di daerah tersebut. Terapi radiasi dilakukan dengan menggunakan sinar-sinar berenergi tinggi untuk membunuh sel-sel kanker. Ada dua jenis terapi radiasi untuk merawat kanker *serviks*:

- Terapi radiasi *eksternal*, Terapi ini dilakukan dengan sebuah mesin besar yang akan mengarahkan radiasi pada panggul atau jaringan lain dimana kanker tersebut menyebar. Pengobatan ini biasanya dilakukan di rumah sakit. Penderita yang menerima radiasi *eksternal* ini dalam lima hari setiap minggu dan dilakukan selama beberapa minggu.

- Terapi radiasi *internal*, Terapi ini dilakukan dengan menanam tabung-tabung tipis (*implants*) yang mengandung unsur radioaktif di dalam vagina untuk beberapa jam atau sampai dengan tiga hari. Selama proses terapi ini pasien tinggal di rumah sakit. Efek samping dari terapi ini tergantung seberapa banyak radiasi ini diberikan dan tubuh bagian mana yang di terapi. Efek sampingnya yaitu mual, muntah, diare atau masalah eliminasi
- c. Kemoterapi

Kemoterapi adalah perawatan dengan menggunakan obat-obatan anti kanker untuk membunuh sel-sel kanker. Kemoterapi biasanya ada yang digabungkan dengan terapi radiasi. Kemoterapi ini biasanya diberikan dalam tablet atau pil, suntikan atau infus. Jadwal pemberian kemoterapi ini ada yang setiap hari, sekali seminggu atau bahkan sekali sebulan. Efek samping yang terjadi tergantung pada jenis obat-obatan yang diberikan dan seberapa banyak.

2. Penatalaksanaan Keperawatan

- a. Cara untuk mengatasi nyeri pada pasien kanker serviks yaitu dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi dengan nafas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktivitas *simpatik system* saraf otonom yang dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh menjadi relaks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman (Safitri & Machmudah, 2021).
- b. Relaksasi bertujuan untuk mengatasi atau mengurangi kecemasan, menurunkan ketegangan otot dan tulang, dapat mengatasi tekanan darah tinggi, serta dapat mengurangi nyeri. Teknik relaksasi benson merupakan teknik relaksasi yang digabung dengan keyakinan yang dianut oleh pasien, relaksasi benson akan menghambat aktifitas saraf simpatis yang dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh menjadi relaks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman (Ma'rifah 2016).

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

Kasus: Ny.P usia 37 tahun dirawat di RS dengan keluhan mual dan tidak nafsu makan. Pasien dirawat di RS dengan diagnosa medis Ca. Serviks stadium IIIB, dengan pengobatan kemoterapi sudah 5 kali. Saat dilakukan pengkajian pasien sudah tidak mengalami perdarahan seperti 3 tahun yang lalu, sampai pasien dilakukan pemberian tranfusi darah. Pasien mengalami penurunan berat badan saat sakit BB 55 kg, setelah sakit BB menjadi 45 kg dengan TB: 165 cm. Pasien tampak pucat, lemas, setiap makan hanya habis 2-3 sendok, pasien juga tidak pernah ngemil (makan cemilan). Pasien terpasang kateter, semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga, pasien mengatakan malu dan cemas dengan kondisi kesehatannya. Hasil pemeriksaan tanda vital TD; 100/70 mmHg, Nadi 87 x/menit, Respirasi 20 x/menit suhu 36°C. Hasil pemeriksaan laboratorium Hemoglobin 11 gr%.

a. Pengkajian

1. Identitas Klien

Nama : Ny.P

Usia : 37 tahun

Diagnosa : Kanker *serviks* stadium IIIB

2. Keluhan Utama: Mual dan tidak nafsu makan

3. Riwayat Kesehatan Sekarang: Dirawat di rumah sakit dengan diagnosa kanker *serviks*. Telah menjalani kemoterapi sebanyak 5 kali. Tidak ada perdarahan dalam 3 tahun terakhir, tetapi mengalami penurunan berat badan dari 55 kg menjadi 45 kg.

4. Riwayat Kesehatan Dahulu: Riwayat perdarahan yang memerlukan transfusi darah 3 tahun yang lalu.

5. Riwayat Psikososial: Merasa malu dan cemas mengenai kondisi kesehatan. Semua aktivitas dibantu oleh keluarga.

6. Riwayat Kebiasaan Sehari-hari

- a. Pola Makan: Tidak nafsu makan, hanya menghabiskan 2-3 sendok saat makan, tidak ngemil.
- b. Pola Aktivitas: Semua aktivitas dibantu oleh keluarga.
- c. Pola Eliminasi: pasien kanker *serviks* yang memasuki stadium IIIB saat ini BAK melalui kateter.

7. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan Umum : Tampak pucat, lemas.
- b. Mata : Pucat, tidak ada pembengkakan.
- c. Hidung : Tidak ada keluhan.
- d. Telinga : Tidak ada keluhan.
- e. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.
- f. Thoraks : Normal, tidak ada kelainan.
- g. Abdomen : Tidak ada nyeri, tidak ada pembesaran.
- h. Genitalia : Kanker serviks, mungkin terdapat kelainan.
- i. Ekstremitas : Tidak ada edema, tampak lemah.

8. Pemeriksaan Penunjang

- a. Tanda Vital:
 - TD : 100/70 mmHg
 - Nadi : 87 x/menit
 - Respirasi : 20 x/menit
 - Suhu : 36°C
- b. Laboratorium:
 - Hemoglobin 11 g% (anemia).

b. Diagnosa

DATA	MASALAH KEPERAWATAN	PENYEBAB
Data Objektif: 1. Penurunan berat badan dari 55 kg menjadi 45 kg. 2. Hasil pemeriksaan lab:	Defisit Nutrisi (D.0019)	Faktor psikologis (keengganan untuk makan).

<ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobin 11 g%. <p>3. Tanda vital:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD 100/70 mmHg. - Nadi 87 x/menit. - Respirasi 20 x/menit. - suhu 36°C. <p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak nafsu makan dan hanya bisa makan 2-3 sendok. 2. Pasien mengatakan bahwa dia merasa malu dengan kondisinya. 3. Pasien tampak pucat dan lemas. 		
--	--	--

c. Intervensi

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan). Ditandai dengan</p> <p>Data Mayor: Berat badan menurun, min 10% di bawah rentang ideal. Data Minor: Nafsu makan menurun.</p>	<p>Tujuan:</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan status nutrisi (L.03030) dapat membaik. kriteria hasil (Status Nutrisi):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan Indeks Masa Tubuh (IMT) membaik (5). 2. Frekuensi makan membaik (5). 3. Nafsu makan membaik (5). 	<p>Manajemen Nutrisi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status Nutrisi. 2. Identifikasi makanan yang disukai. 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient. 4. Monitor asupan makanan. 5. Monitor berat badan. 6. Monitor hasil pemeriksaan

		<p>laboratorium.</p> <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai. 2. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein. 3. Berikan suplemen makanan, jika perlu. <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan diet yang diprogramkan. <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i>
--	--	---

d. Implementasi

Implementasi defisit nutrisi untuk Ny.P dapat dilakukan dengan beberapa langkah. Pertama, Melakukan penilaian awal untuk mengetahui jenis nutrisi yang kurang. Selanjutnya, Mengatur asupan makanan dengan meningkatkan kalori, fokus pada makanan tinggi kalori dan protein, serta Mensajikan dalam porsi kecil namun sering. Jika asupan makanan tidak mencukupi, Mempertimbangkan penggunaan suplemen nutrisi untuk menutupi defisit. Penting juga untuk memantau asupan makanan dan berat badan secara rutin untuk mengevaluasi perubahan.

Selain itu, Memberikan edukasi tentang pentingnya nutrisi dan memberikan dukungan emosional untuk mengurangi kecemasan yang dapat

mempengaruhi nafsu makan. Dengan pendekatan ini, diharapkan Ny.P dapat mengatasi defisit nutrisi dan meningkatkan kesehatan secara keseluruhan.

e. Evaluasi

Hasil evaluasi yang dilakukan selama 3 hari pada partisipan yang dilakukan dari tanggal 10-12 Mei 2025 dengan metode penilaian *Subjektive, Objektiv, Assasment, Planning* (SOAP). Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan teratasi pada hari kelima.

Implementasi	Evaluasi
<p>10 Mei 2025, 08.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan penilaian awal untuk mengetahui jenis nutrisi yang kurang. Mengatur asupan makanan dengan meningkatkan kalori, fokus pada makanan tinggi kalori dan protein. Mensajikan dalam porsi kecil namun sering. <p style="text-align: center;">TTD KELOMPOK 4</p>	<p>Evaluasi Proses:</p> <p>10 Mei 2025, 08.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> S: Ny.P mengatakan merasa lebih nyaman dengan porsi kecil dan lebih mudah menghabiskan makanan. O: Asupan kalori harian meningkat sesuai target yang ditetapkan. <p style="text-align: center;">TTD KELOMPOK 4</p>
<p>11 Mei 2025, 08.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Mempertimbangkan penggunaan suplemen nutrisi untuk menutupi defisit. Memantau asupan makanan dan berat badan secara rutin untuk mengevaluasi perubahan. <p style="text-align: center;">TTD KELOMPOK 4</p>	<p>11 Mei 2025, 08.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> S: Ny.P merasa lebih energik dan bersemangat setelah penyesuaian asupan makanan. O: Berat badan menunjukkan peningkatan, sesuai dengan target yang ditentukan. <p style="text-align: center;">TTD KELOMPOK 4</p>
<p>12 Mei 2025, 08.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan edukasi tentang pentingnya nutrisi. 	<p>12 Mei 2025, 08.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> S: Ny.P dapat menerapkan dan mampu menjelaskan Kembali apa yang sudah diedukasi oleh

<p>2. Memberikan dukungan emosional untuk mengurangi kecemasan yang dapat mempengaruhi nafsu makan.</p> <p style="text-align: center;">TTD KELOMPOK 4</p>	<p>perawat.</p> <p>6. O: Tingkat kecemasan yang dilaporkan Ny.P menurun.</p> <p style="text-align: center;">TTD KELOMPOK 4</p> <p>Evaluasi Hasil:</p> <p>12 Mei 2025, 08.30 WIB</p> <p>1. S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny.P mengatakan peningkatan nafsu makan dan merasa lebih nyaman dengan porsi kecil. <p>2. O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan Indeks Masa Tubuh Ny.P terlihat membaik (5). - Frekuensi makan Ny.P terlihat membaik (5). - Nafsu makan Ny.P membaik (5). <p>3. A: Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan teratasi pada hari ketiga.</p> <p>4. P: Intervensi Dihentikan..</p>
---	--

DAFTAR PUSTAKA

- Baroroh, Ida. "Edukasi Kanker Serviks (Skrining, Diagnosa dan Pencegahan)." *Jurnal ABDIMAS-HIP Pengabdian Kepada Masyarakat* 4.1 (2023): 31-36.
- Ervina, Y., Zahara, F. I., Atiqah, N. Q. N. (2023). *TINGKAT PENGETAHUAN KESEHATAN REPRODUKSI PADA REMAJA*. Jurnal Ilmu Kesehatan.
- Fazrin, I. *PERSEPSI WANITA MENJELANG MENOPAUSE DI POSYANDU LANSIA KELURAHAN BANARAN WILAYAH KERJA PUSKESMAS PESANTREN I KOTA KEDIRI*.
- Harun, C. (2021). *Reproduksi Manusia Ditinjau Dari Al-Qur'an Surat Al-Mu'minun Ayat 12-14 Dan Ilmu Sains* (Doctoral dissertation, IAIN Ambon).
- Putri, A. F. (2018). *Asuhan Keperawatan Nyeri Pada Pasien dengan Kanker Serviks di Ruang Rawat Inap Gynekologi Onkologi IRNA Kebidanan dan Anak RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2018*.
- Rasjidi, I. (2009). Epidemiologi kanker serviks. *Indonesian Journal of cancer*, 3(3).
- Situmorang, P. R. (2019). Hubungan dukungan sosial keluarga dengan tingkat kecemasan pasien penyakit ca servik yang menjalani kemoterapi di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan. *Indonesian Trust Health Journal*, 2(2), 199-207.
- Umar, S., Suriani, B., Mukarramah, S., ST, S., & Keb, M. (2024). *Buku Ajar Konsep Kebidanan*. Nas Media Pustaka.

**MENERAPKAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSKULOSKELETAL FRAKTUR
FEMUR DEXTRA**

Disusun untuk memenuhi Tugas Mata Kuliah Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis

Dosen Mata Ajar : Giri Susilo Adi S.Kep.,Ns.,M.Kep



Disusun Oleh Kelompok 5 :

- | | |
|---------------------------|---------------|
| 1. ANISA UMI AZZAHIDAH | (SKA32024130) |
| 2. AURRELLIA ADHESHINTA R | (SKA32024133) |
| 3. LINDA LESTARI | (SKA32024154) |
| 4. PUNANG BILAL FIARDHI | (SKA32024173) |
| 5. REISYA CAMELLIA A | (SKA32024178) |
| 6. SYAHWA LULAITA A | (SKA32024186) |
| 7. ZALFA HANNADHIYA F | (SKA32024189) |

1A-NERS

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN NOTOKUSUMO
YOGYAKARTA
2024/2025**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga makalah yang berjudul “Menerapkan Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal Fraktur Femur Dextra” ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu. Makalah ini disusun sebagai bagian dari upaya memahami dan mengembangkan keterampilan asuhan keperawatan pada pasien fraktur.

Kami menyadari bahwa dalam penyusunan makalah ini masih terdapat banyak kekurangan. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun agar dapat memperbaiki dan meningkatkan kualitas tulisan ini di masa mendatang. Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada dosen pembimbing yang telah memberikan arahan serta bimbingan dalam penyusunan makalah ini. Kami juga berterima kasih kepada semua pihak yang telah membantu, baik secara langsung maupun tidak langsung, sehingga makalah ini dapat terselesaikan. Semoga makalah ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca serta menambah wawasan dalam bidang keperawatan, khususnya dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan: gangguan sistem muskuloskeletal fraktur femur dextra.

Yogyakarta, 13 Mei 2025

Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	2
BAB II	3
PEMBAHASAN	3
A. Definisi.....	3
B. Etiologi Fraktur	4
C. Tanda Gejala	4
D. Pemeriksaan Penunjang	5
E. Penatalaksanaan	6
BAB III.....	7
ASUHAN KEPERAWATAN.....	7
KASUS :.....	7
A. PENGKAJIAN.....	7
B. DIAGNOSA.....	9
C. INTERVENSI	9
D. IMPLEMENTASI.....	12
E. EVALUASI.....	12
DAFTAR PUSTAKA	15

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sistem skelet adalah susunan tulang atau kerangka yang merupakan salah satu unsur penegak dan penggerak tubuh manusia. Tulang manusia dihubungkan melalui sambungan tulang atau persendian sehingga terbentuk kerangka yang merupakan sistem lokomotif pasif yang akan di atur oleh alat alat lokomotif dari otot. Fraktur atau patah tulang merupakan salah satu gangguan paling sering pada sistem ini. Fraktur adalah kontinuitas tulang yang terputus akibat dari tekanan tulang yang melebihi kapasitasnya. fraktur biasanya disebabkan oleh kecelakaan, kelemahan tulang yang abnormal atau tekanan pada tulang yang berulang-ulang. Badan Kesehatan Dunia (WHO) mencatat pada tahun 2011-2012 terdapat 5,6 juta orang meninggal dunia dan 1,3 juta orang menderita fraktur akibat kecelakaan lalu lintas. Tingkat kecelakaan transportasi jalan di kawasan Asia Pasifik memberikan kontribusi sebesar 44% dari total kecelakaan di dunia, yang didalamnya termasuk Indonesia.

Pengetahuan masyarakat tentang pertolongan pertama sangatlah minim, biasanya masyarakat membalut dengan kain yang seadanya dan tidak steril, dan langsung memindahkan pasien ke pinggir jalan tanpa mengetahui komplikasi pada patah tulang jika pertolongannya salah. Penanganan terhadap fraktur dapat dengan pembedahan atau dengan pembidaian, meliputi imobilisasi, reduksi dan rehabilitasi. Fraktur memerlukan penanganan dengan segera dan tepat, karena penanganan yang kurang tepat atau salah akan mengakibatkan komplikasi lebih lanjut, seperti infeksi, kerusakan saraf dan pembuluh darah, hingga kerusakan jaringan lunak yang lebih lanjut Fraktur dapat menyebabkan banyak masalah jika tidak segera ditangani, seperti trauma pada saraf, trauma pembuluh darah, komplikasi pada tulang, dan dapat menimbulkan emboli tulang. Selain itu masalah yang akan muncul antara lain terjadinya rasa nyeri yang mengganggu dan perdarahan (Nurhayati, 2022).

Dampak dari nyeri dapat di bagi menjadi dua, yang pertama dampak fisik seperti pernapasan yang cepat, terjadinya peningkatan nadi, peningkatan pada

tekanan darah, terjadi peningkatan hormon stress dan menurunnya fungsi imun. Kemudian yang kedua dampak psikologis yaitu gangguan perilaku seperti cemas, stress, gangguan tidur, dan ketakutan.

Teknik yang dapat digunakan untuk mengatasi nyeri ini salah satunya menggunakan teknik relaksasi. Teknik relaksasi dapat mengurangi ketegangan pada otot akibat nyeri. Salah satu contoh teknik relaksasi ini adalah teknik relaksasi Benson.

Teknik relaksasi benson merupakan pengalihan rasa nyeri pasien dengan lingkungan yang tenang dan badan yang rileks (Morita, 2020).

Teknik bendon dapat menghambat aktivitas saraf simpatik yang dapat menyebabkan terjadinya penurunan terhadap konsumsi oksigen pada tubuh serta otot-otot tubuh menjadi rileks sehingga menimbulkan rasa nyaman pada pasien fraktur. Aktivitas saraf simpatik yang menurun dapat berpengaruh terhadap penurunan rasa nyeri (Nurhayati, 2022).

B. Tujuan

1) Tujuan Umum

Setelah pembuatan asuhan keperawatan di harapkan penulis dapat meningkatkan pengetahuan dan meningkatkan pemberi asuhan keperawatan pada pasien fraktur.

2) Tujuan Khusus

- a) Mampu memahami konsep teori asuhan keperawatan pada pasien fraktur.
- b) Mampu melakukan pengkajian dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien fraktur.
- c) Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien fraktur.
- d) Mampu menerapkan diagnosa keperawatan pada pasien fraktur.
- e) Mampu mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan pada pasien fraktur.
- f) Mampu mengevaluasi asuhan keperawatan yang di berikan pada pasien fraktur.

BAB II

PEMBAHASAN

A. Definisi

Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: Paska Orif Fraktur Femur Dextra Dengan Intervensi Terapi Musik Di Rumah Sakit Advent Medan Pipin Sumantrie Jurkessutra: Jurnal Kesehatan Surya Nusantara 10 (2), 2022 Fraktur femur adalah hilangnya kontinuitas tulang pada kondisi fraktur femur secara klinis bisa berupa fraktur femur terbuka yang disertai adanya kerusakan jaringan lunak (otot, kulit, jaringan saraf, dan pembuluh darah) dan fraktur femur yang tertutup dapat disebabkan oleh trauma langsung pada paha. Fraktur adalah patahnya tulang yang utuh yang diakibatkan oleh trauma langsung dan trauma tidak langsung seperti kecelakaan lalu lintas, olahraga, jatuh dari permukaan tinggi dan pukulan langsung. Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini memiliki dua tujuan, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum adalah untuk memperoleh gambaran yang nyata serta untuk mendapatkan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan paska orif fraktur femur dextra berdasarkan ilmu keperawatan yang didapatkan selama menempuh pendidikan. Tujuan khusus adalah mampu melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, merencanakan tindakan keperawatan, melakukan asuhan keperawatan, mendokumentasikan asuhan keperawatan serta mampu memberikan edukasi dan mengurangi nyeri klien paska orif fraktur femur dextra dengan memberikan terapi musik terhadap klien. Selama penulis memberikan asuhan keperawatan, Penulis mendapat kesimpulan bahwa dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien paska orif fraktur femur dextra adalah dengan memberikan promosi kesehatan untuk mencegah terjadinya fraktur, merawat luka fraktur dan melibatkan keluarga klien dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang optimal.

B. Etiologi Fraktur

Fraktur dapat disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain cedera, stress atau tekanan, dan tulang yang melemah akibat kelainan seperti fraktur patologis (Apleys & Solomon, 2018). Menurut Purwanto (2016) etiologi/penyebab patah tulang adalah :

- a) Trauma langsung Benturan pada tulang menyebabkan patah tulang. Trauma langsung menyebabkan tekanan langsung pada tulang. Hal ini dapat mengakibatkan fraktur di daerah tekanan. Fraktur yang terjadi biasanya bersifat kominitas dan jaringan lunak mengalami kerusakan. Misalnya, kecelakaan lalu lintas dan tulang paha bertabrakan dengan benda keras yang mengakibatkan patah tulang paha.
- b) Trauma tidak langsung tidak terjadi di tempat benturan tetapi di tempat lain, oleh karena itu kekuatan trauma ditransmisikan oleh sumbu tulang ke tempat lain. Misalnya, jatuh dari ketinggian dalam posisi duduk/berdiri dapat mengakibatkan patah tulang belakang.
- c) Kondisi patologis Terjadi karena penyakit tulang (degeneratif dan kanker tulang) atau metastasis tulang.
- d) Degenerasi
- e) Spontan: ada tarikan otot yang sangat kuat

C. Tanda Gejala

1. Gangguan Muskuloskeletal

Nyeri hebat pada ekstremitas bawah (skala nyeri 7–9), nyeri muncul saat bergerak maupun tidak bergerak, sensasi nyeri seperti ditusuk-tusuk dan terbakar, deformitas atau pembengkakan pada kaki kanan, keterbatasan gerak, kelemahan fisik, serta ketergantungan total dalam aktivitas sehari-hari.

2. Gangguan Neurologis

Penurunan kesadaran, reaksi lambat terhadap rangsang, serta sensasi abnormal seperti nyeri tajam, parestesia, atau rasa terbakar pada lokasi fraktur akibat kemungkinan iritasi atau kerusakan saraf.

3. Gangguan Peredaran Darah Lokal

Nyeri meningkat saat digerakkan, adanya pembengkakan (edema), memar atau hematoma, serta risiko gangguan sirkulasi ke bagian distal akibat tekanan dari fraktur atau pembengkakan jaringan.

4. Gangguan Aktivitas dan Mobilitas

Ketidakkampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, imobilisasi pada ekstremitas yang cedera, serta ketergantungan terhadap keluarga atau perawat untuk mobilisasi dan perawatan diri (Doenges, Moorhouse, & Murr 2019).

D. Pemeriksaan Penunjang

1. Radiologi diperlukan untuk mengetahui adanya fraktur melihat sejauh mana pergerakan fraktur baru atau tidak, keadaan patologis lain pada tulang adanya benda asing serta menentukan tatalaksana yang diberikan. Namun perlu dicatat bahwa rontgen tidak boleh menunda tatalaksana pada fraktur.
2. Laboratorium pada fraktur, tes laboratorium yang diperlu diketahui yaitu HB Hermatrokit rendah akibat pendarahan, Laju Endap Darah (LED) meningkat bila kerusakan jaringan lunak sangat luas.
3. Hitung Darah Lengkap Ht mungkin meningkat (hemokesentrasi) atau menurun (Pendarahan bermakna pada sisi Fraktur atau Organ jauh pada trauma Multiple).
4. Scan tulang atau CT scan digunakan untuk memperlihatkan Fraktur, dan juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi Jaringan Lunak.

E. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan klinis terkait kondisi fraktur dapat dilakukan baik secara konservatif maupun operatif (pembedahan). Proses pelaksanaan tindakan konservatif dilakukan dengan melakukan pemasangan gips dan traksi. Sedangkan proses tindakan pembedahan pada fraktur dengan cara ORIF (Open Reduction and Internal Fixation), fiksasi eksternal dan graft tulang.

Setelah dilakukannya tindakan pembedahan, pasien akan merasakan nyeri akibat insisi pembedahan yang telah dilakukan. Rasa nyeri (quality) yang timbul yang dirasakan pasien pasca bedah fraktur bervariasi seperti menusuk, berdenyut, dan tajam. Nyeri pasca bedah dapat disebabkan oleh rangsangan mekanik luka yang dapat menyebabkan tubuh menghasilkan mediator- mediator kimia yang dapat berperan dalam terjadinya nyeri.

Tindakan untuk mengurangi nyeri dapat berupa tindakan farmakologi dan nonfarmakologi. Tindakan farmakologi biasanya dapat berupa pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri. Sedangkan secara non farmakologis dapat dilakukan dengan cara Teknik relaksasi, Teknik pernapasan, pergerakan atau perubahan posisi, masase, akupresur, terapi panas atau dingin, hypnobirthing, genggam jari, terapi musik, dan transcutaneous electrical nerve stimulation.

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

KASUS :

Ny. D usia 40 tahun dibawa ke IGD RS "K" setelah mengalami kecelakaan sepeda motor dengan keluhan Klien datang ke Ruang 3A RSUD Kota Tasikmalaya diantarkan oleh keluarga dan perawat. Klien terlihat datang dalam kondisi pingsan. Klien mengatakan bahwa nyeri ditimbulkan akibat kecelakaan lalu lintas. Klien tertabrak kendaraan roda 2. Klien mengatakan nyeri timbul saat bergerak maupun tidak. Nyeri timbul di bagian kaki kanan dengan sensasi terbakar atau seperti ditusuk-tusuk dan tertimpa beban berat. Nyeri yang terasa berkisar 7-9 (sangat nyeri). Hasil pemeriksaan Tanda Vital : TD : 121/90 mmHg, Nadi : 95 x/menit, Respirasi : 20 x/menit, Suhu : 37°C, BB : 53 kg, dan TB : 160 cm. Klien tampak Lemah, dan meringis saat bergerak. semua Aktivitas memerlukan bantuan keluarga.

A. PENGKAJIAN

Identitas

Nama : Ny. D
Jenis Kelamin : Perempuan
Umur : 40 tahun

1. Riwayat Kesehatan

- a. Keluhan Utama : Pasien mengatakan nyeri timbul saat bergerak maupun tidak. Nyeri timbul di bagian kaki kanan dengan sensasi terbakar atau seperti ditusuk tusuk dan tertimpa beban berat. Nyeri yang terasa berkisar 7-9 (sangat nyeri).
- b. Riwayat Penyakit Sekarang : Fraktur kaki
- c. Riwayat Penyakit Dahulu : -
- d. Riwayat Penyakit Keluarga : -

2. Pengkajian Pola Fungsi Gordon :

- Pola aktivitas: semua aktivitas memerlukan bantuan keluarga.

- Pola istirahat dan tidur: pasien sebelum sakit tidur pulas tanpa ada gangguan rasa sakit atau nyeri, kemudian selama sakit pasien merasa jam tidurnya terganggu dan istirahat tidak cukup karena merasakan nyeri pada bagian kaki kanan.
- Pola nutrisi dan metabolik: tidak ada keluhan pemenuhan makanan sebelum sakit dan selama sakit.
- Pola eliminasi: selama sakit pasien BAB dan BAK dibantu oleh keluarga.

3. Pemeriksaan Fisik :

A. Keadaan/penampilan umum : lemah dan meringis saat bergerak

B. Pengkajian Nyeri :

P : Pasien mengatakan bahwa nyeri ditimbulkan akibat kecelakaan lalu lintas

Q : Nyeri terasa dengan sensasi terbakar atau seperti ditusuk-tusuk dan tertimpa beban berat

R : Nyeri timbul di bagian kaki kanan

S : 7-9 (sangat nyeri)

T : Nyeri timbul saat bergerak maupun tidak

C. Tanda-Tanda Vital :

TD : 121/90 mmHg

N : 95 x/menit

RR : 20 x/menit

T : 37°C

D. Status Gizi :

BB : 53 kg

TB : 160 cm

E. Area utama yang bermasalah : Bagian kaki kanan

B. DIAGNOSA

1. **Nyeri Akut:** berhubungan dengan trauma jaringan, pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan dengan sensasi terbakar atau seperti ditusuk-tusuk dan tertimpa beban berat. Nyeri yang terasa berkisar 7-9 (sangat nyeri).

- BB/TB : 53 kg /160 cm
- TD : 121/90 mmHg
- N : 95 x/menit
- RR : 20 x/menit
- T : 37°C

2. **Hambatan Mobilitas Fisik:** ditandai dengan klien mengatakan bahwa nyeri timbul saat bergerak maupun tidak. Klien tampak lemah dan meringis saat bergerak, semua aktivitas memerlukan bantuan keluarga.

C. INTERVENSI

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan fraktur (D.0077)	<p>Tujuan:</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam. Di harapkan tingkat nyeri (L.08066).</p> <p>Menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri menurun (5) • Meringis menurun (5) • Kesulitan tidur menurun (5) 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Monitor efek samping penggunaan analgesic. <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi,

		<p>teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain).</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. <p>Kolaborasi :</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p>
<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</p>	<p>Tujuan:</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam. Di harapkan mobilitas fisik (L.05042). Meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri menurun (5) • Gerakan terbatas menurun (5) • Rentang gerak 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan pasien dalam melakukan gerakan (berjalan, duduk, berdiri). 2. Observasi tanda-tanda kelelahan saat bergerak. 3. Identifikasi faktor yang membatasi mobilitas (nyeri, takut jatuh, penurunan kekuatan otot).

	<p>(ROM) meningkat (5)</p>	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu pasien dalam melakukan aktivitas sesuai kemampuan. 2. Anjurkan melakukan latihan rentang gerak secara bertahap. 3. Gunakan alat bantu mobilisasi sesuai kebutuhan (walker, tongkat, kursi roda). 4. Pastikan lingkungan aman untuk mobilisasi (hindari benda berserakan, pencahayaan cukup). <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan latihan mandiri untuk meningkatkan kekuatan otot dan mobilitas. 2. Edukasi pentingnya mobilisasi dini untuk mencegah komplikasi (mis. dekubitus, trombosis). <p>Kolaborasi :</p> <p>Kolaborasi dengan fisioterapis untuk latihan mobilisasi lanjutan</p>
--	--------------------------------	--

D. IMPLEMENTASI

Diagnosa yang pertama adalah nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik. Tindakan yang telah dilakukan adalah mengobservasi *vital sign*, mengkaji tingkat nyeri, mengajarkan teknik relaksasi. Diagnosa yang kedua adalah gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan nyeri. Tindakan yang dilakukan adalah membantu pasien melakukan ROM (*Range Of Motion*).

E. EVALUASI

Evaluasi SOAP gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan gerakan terbatas :

No	Hari/tanggal	DX	Evaluasi
1.	Rabu, 30 April 2025	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan fraktur (D.0077)	S : Pasien mengatakan nyeri akibat kecelakaan lalu lintas. Nyeri dirasakan di kaki kanan, timbul saat bergerak maupun istirahat, dengan sensasi terbakar, seperti ditusuk-tusuk dan tertimpa beban berat. Skala nyeri 7-9 (sangat nyeri) O : - Ekspresi wajah terlihat meringis dan lemah saat bergerak - Adanya fraktur pada kaki kanan akibat kecelakaan

			<p>A : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedea fisik (trauma akibat kecelakaan lalu lintas) ditandai dengan fraktur teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
2.	Kamis, 1 Mei 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan gerakan terbatas <i>D.0054</i>	<p>S : Pasien menyampaikan kesulitan dalam melakukan aktivitas dan membutuhkan bantuan keluarga.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Semua aktivitas dilakukan dengan bantuan keluarga - Pasien terlihat lemah dan lebih banyak berbaring - Kelemahan fisik dan keterbatasan pergerakan ekstremitas inferior <p>A : Gangguan mobilitas fisik</p>

			<p>berhubungan dengan nyeri ditandai dengan keterbatasan gerak, ketidakmampuan melakukan aktivitas mandiri, dan ekspresi ketidaknyamanan saat bergerak.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
--	--	--	---

DAFTAR PUSTAKA

- Sumantrie, P. (2022). Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: Paska Orif Fraktur Femur Dextra Dengan Intervensi Terapi Musik Di Rumah Sakit Advent Medan. *Jurkessutra: Jurnal Kesehatan Surya Nusantara*, 10(2).
- Mahartha, G. R. A., Maliawan, S., Kawiyan, K. S., & Sanglah, S. U. P. (2013). *Manajemen fraktur pada trauma muskuloskeletal*. Bali: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- Saputra, H. F. L., Kurniawan, E. A. P. B., & Setyawati, A. (2024). ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA PASIEN FRAKTUR DI RUMAH SAKIT SWASTA DAERAH YOGYAKARTA. *SBY Proceedings*, 4(1), 235-240.
- Soumokil, Y., Rochmaedah, S., & Ohoirenan, R. (2023). Penerapan Asuhan Keperawatan Kepada Pasien Dengan Fraktur Tibia Di Ruang Dewasa RSUD Maren Hi. Noho Renuat Kota Tual. *Jurnal Ventilator*, 1(2), 232-238.
- Permatasari, C., & Sari, I. Y. (2022). Terapi Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Rasa Nyeri Pada Pasien Fraktur Femur Sinistra: Studi Kasus. *JKM: Jurnal Keperawatan Merdeka*, 2(2), 216-220.
- Handinata, I., Sari, S. A., & Inayati, A. (2024). PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI TERHADAP SKALA NYERI PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR DI RUANG BEDAH KHUSUS RSUD JENDERAL AHMAD YANI METRO. *Jurnal Cendikia Muda*, 4(3), 407-415.
- Morita, K. M. (2020). Pengaruh Teknik Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi . *Jurnal Riset Hesti Medan Kesdam I /BB Medan*, Vol 5 No 2.

Nurhayati. (2022). Pemberian Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Nyeri Pasien Post Operasi Fraktur Femur di Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Banda Aceh. *Jurnal Keperawatan*, 43-53.

TUGAS MAKALAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. I USIA 55 TAHUN DENGAN CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUMAH SAKIT

Disusun Untuk Memenuhi Tugas Mata Kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis
Dosen Mata Ajar: Giri Susilo Adi, S. Kep., Ns., M. Kep



KELOMPOK 6 :

1. AZIZAH PRATIWI RAHMAWATI (SKA32024136)
2. DYAH ARUM LATIF HIDAYAH (SKA32024142)
3. LINDA LAILA RAMADANI (SKA32024153)
4. NITA SUGIYANTI (SKA32024167)
5. NOVITA NUR SYANIAH (SKA32024170)
6. RAFFA AMMAR FAIZ (SKA32024174)
7. SILVIA NJUR ALIFA (SKA32024183)

1A-NERS

PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN NOTOKUSUMO

YOGYAKARTA

2024/2025

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga kami dapat menyelesaikan makalah ini dengan judul "Menerapkan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan" dengan baik. Makalah ini disusun sebagai bagian dari tugas dalam mata kuliah keperawatan, dengan tujuan untuk memberikan pemahaman yang lebih mendalam mengenai penatalaksanaan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gangguan sistem perkemihan, khususnya pada kasus Chronic Kidney Disease (CKD). Makalah ini akan membahas tentang definisi, etiologi, tanda gejala, serta pemeriksaan penunjang terkait dengan CKD. Selain itu, kami juga akan membahas tentang intervensi keperawatan yang diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, dengan pendekatan yang komprehensif melalui pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi yang dilakukan secara berkelanjutan. Kami menyadari bahwa makalah ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat kami harapkan demi perbaikan di masa mendatang. Kami mengucapkan terima kasih kepada dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama penyusunan makalah ini, serta kepada semua pihak yang telah mendukung kami dalam menyelesaikan tugas ini. Semoga makalah ini bermanfaat dan dapat memberikan kontribusi positif dalam pengembangan ilmu pengetahuan serta penerapan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan.

Yogyakarta, 21 April 2025

Kelompok 6

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	2
PEMBAHASAN	3
A. Definisi	3
B. Etiologi	3
C. Patofisiologi	4
D. Tanda Gejala	4
E. Pemeriksaan Penunjang	5
F. Penatalaksanaan	5
BAB III	6
ASUHAN KEPERAWATAN	6
A. Pengkajian	6
BAB 1V	9
PENUTUP	9
A. Kesimpulan	9
B. Saran	9
DAFTAR PUSTAKA	11

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan sistem perkemihan seperti Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan salah satu masalah kesehatan yang sangat serius dan berdampak jangka panjang terhadap kualitas hidup pasien. CKD adalah kondisi kerusakan ginjal yang berlangsung secara perlahan dan progresif selama lebih dari tiga bulan, yang menyebabkan terganggunya kemampuan ginjal dalam menyaring limbah dan cairan tubuh (National Kidney Foundation, 2023). Jika tidak ditangani secara tepat, CKD dapat berkembang menjadi gagal ginjal tahap akhir yang membutuhkan terapi pengganti ginjal seperti dialisis atau transplantasi (KDOQI, 2020). Penyakit ini sering muncul sebagai komplikasi dari penyakit kronis lain seperti hipertensi dan diabetes mellitus yang tidak terkontrol (American Diabetes Association, 2022). Penyakit ginjal kronik tidak hanya menyerang satu sistem tubuh saja, melainkan dapat menimbulkan gangguan multisistem seperti kardiovaskular, hematologi, dan sistem pencernaan (Chen et al., 2021). Salah satu gejala klinis yang sering ditemukan pada pasien CKD adalah edema atau pembengkakan pada kaki, penurunan volume urin, mual-muntah, sesak napas, dan gangguan kulit seperti gatal atau kulit bersisik (Bohm et al., 2019). Tanda-tanda ini menggambarkan terjadinya akumulasi zat-zat toksik dalam tubuh yang seharusnya disaring oleh ginjal (Mok et al., 2020). Salah satu kasus yang menggambarkan kondisi tersebut adalah Tn. I, usia 55 tahun, yang datang ke rumah sakit dengan keluhan utama kedua kaki bengkak, gatal-gatal pada kulit, sesak napas, mual, muntah, dan tidak nafsu makan. Pasien memiliki riwayat hipertensi dan diabetes mellitus yang tidak terkontrol selama lebih dari lima tahun.

Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar ureum 280,5 mg/dl dan kreatinin 6,20 mg/dl, yang merupakan indikator kuat adanya penurunan fungsi ginjal yang signifikan. Pemeriksaan fisik juga menunjukkan tanda-tanda seperti wajah bengkak, kulit kering, serta produksi urin yang sedikit dan berwarna kuning kemerahan. Pentingnya peran perawat dalam menangani pasien dengan CKD tidak bisa diabaikan. Perawat harus mampu melakukan pengkajian secara menyeluruh terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Selain itu, perawat juga memiliki tanggung jawab dalam merencanakan dan melaksanakan intervensi keperawatan yang sesuai, seperti pemantauan cairan tubuh, pengelolaan diet rendah garam dan protein, serta pemberian dukungan emosional kepada pasien dan keluarganya. Semua tindakan tersebut harus dilakukan secara terintegrasi dengan tenaga kesehatan lain agar tercapai hasil yang optimal (National Kidney,

Foundation,)2023). Selain pengelolaan kondisi medis, perawat juga harus mampu memberikan edukasi kepada pasien mengenai pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan, pemantauan tekanan darah, kontrol kadar gula darah, serta perubahan gaya hidup sehat untuk mencegah progresivitas penyakit. Edukasi ini menjadi aspek penting karena CKD merupakan penyakit kronik yang membutuhkan perawatan jangka panjang dan keterlibatan aktif dari pasien sendiri. Dengan melihat tingginya angka kejadian CKD dan kompleksitas penanganannya, maka diperlukan pemahaman mendalam mengenai penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan (Kerr et al., 2018). Oleh karena itu, makalah ini disusun sebagai upaya untuk mengkaji secara sistematis konsep dasar penyakit CKD serta tahapan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi (American Nephrology Nurses Association, 2020). Diharapkan makalah ini dapat menjadi acuan dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan pada pasien dengan gangguan ginjal kronik.

B. Tujuan

1. Menjelaskan konsep dasar penyakit Chronic Kidney Disease (CKD).
2. Menganalisis kasus pasien dengan gangguan sistem perkemihan.
3. Menerapkan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.
4. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam menangani pasien CKD.
5. Menjadi acuan dalam praktik keperawatan klinik.

BAB II

PEMBAHASAN

A. Definisi

Chronic Kidney Disease (CKD) atau Penyakit Ginjal Kronik adalah suatu kondisi medis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal secara progresif dan bertahap dalam jangka waktu lebih dari tiga bulan (KDIGO, 2020). Penurunan fungsi ginjal ini mengganggu kemampuan ginjal dalam menyaring limbah metabolik, mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh, serta menjalankan fungsi endokrin penting seperti produksi eritropoietin (National Kidney Foundation, 2023). CKD sering kali berhubungan dengan penyakit kronik lain seperti hipertensi dan diabetes mellitus, yang memperburuk kerusakan ginjal jika tidak terkontrol dengan baik (American Diabetes Association, 2022). Jika tidak ditangani, CKD dapat berkembang menjadi gagal ginjal tahap akhir yang membutuhkan terapi pengganti ginjal seperti dialisis atau transplantasi (Palmer et al., 2020).

B. Etiologi

Penyebab utama CKD adalah hipertensi dan diabetes mellitus, dua kondisi kronik yang merusak pembuluh darah kecil di ginjal dan menurunkan kemampuan filtrasi (Jha et al., 2013). Selain itu, glomerulonefritis, yaitu peradangan pada glomerulus, juga menjadi penyebab signifikan CKD, terutama pada pasien usia muda (Gansevoort et al., 2013). Penyakit Ginjal Polikistik (PKD) merupakan kondisi genetik yang menyebabkan terbentuknya kista pada ginjal dan dapat menyebabkan gagal ginjal seiring waktu (Torra et al., 2018). Obstruksi saluran kemih kronik akibat batu ginjal atau pembesaran prostat juga bisa menyebabkan kerusakan ginjal secara perlahan (Chevalier, 2020). Diabetic nephropathy sebagai komplikasi diabetes juga menjadi penyebab tersering CKD pada pasien usia produktif (American Diabetes Association, 2022). Penyakit autoimun seperti lupus dapat merusak nefron ginjal melalui mekanisme peradangan kronik (Appel et al., 2019).

C. Patofisiologi

Patofisiologi CKD dimulai dari adanya kerusakan atau gangguan pada nefron, unit fungsional ginjal yang berperan dalam proses filtrasi darah. Kerusakan ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti hipertensi, diabetes mellitus, atau glomerulonefritis. Ketika nefron rusak, ginjal tidak dapat menyaring limbah metabolik, cairan, dan elektrolit secara optimal. Sebagai respons terhadap kerusakan, nefron yang masih berfungsi akan mengalami hipertrofi dan hiperfiltrasi untuk mengkompensasi kehilangan fungsi ginjal. Namun, proses kompensasi ini justru menyebabkan tekanan intraglomerulus meningkat, mempercepat kerusakan nefron yang masih berfungsi. Kerusakan progresif pada nefron menyebabkan akumulasi produk limbah metabolik seperti ureum dan kreatinin dalam darah (azotemia). Ketidakseimbangan elektrolit juga mulai terjadi, seperti peningkatan kadar kalium (hiperkalemia), penurunan kalsium, serta asidosis metabolik akibat gangguan ekskresi asam oleh ginjal. Selain itu, ginjal yang rusak juga tidak mampu memproduksi eritropoietin dalam jumlah cukup, sehingga produksi sel darah merah terganggu dan menyebabkan anemia. Retensi natrium dan air akibat gangguan ekskresi menyebabkan edema, hipertensi, dan kongesti paru. Jika tidak ditangani, CKD akan berkembang menuju end-stage renal disease (ESRD), yaitu kondisi di mana fungsi ginjal tinggal <10-15% dari fungsi normal dan pasien memerlukan terapi pengganti ginjal seperti dialisis atau transplantasi.

D. Tanda Gejala

Gejala CKD sangat bervariasi tergantung pada stadium penyakit. Edema pada ekstremitas bawah disebabkan oleh retensi cairan akibat penurunan filtrasi glomerulus (Bleyer et al., 2022). Gatal-gatal atau pruritus merupakan gejala akibat akumulasi uremik toxin (Mok et al., 2020). Sesak napas bisa timbul karena overload cairan atau anemia yang sering terjadi pada CKD (Chen et al., 2021). Mual dan muntah adalah gejala umum pada pasien dengan kadar urea tinggi (Ravindran et al., 2022). Anoreksia muncul sebagai dampak dari gangguan metabolik dan asidosis metabolik (Palmer et al., 2020). Oliguria dan perubahan warna urin menjadi kuning kemerahan mengindikasikan penurunan fungsi ginjal atau adanya hematuria (Garnier et al., 2021). Kulit kering dan wajah bengkak juga merupakan gejala khas CKD lanjut (Bohm et al., 2019)

E. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium penting dilakukan untuk menilai fungsi ginjal. Kadar ureum >200 mg/dl seperti pada kasus Tn. I menunjukkan akumulasi limbah nitrogen (Gansevoort et al., 2013). Kreatinin serum yang meningkat, seperti 6,20 mg/dl, menjadi penanda utama kerusakan ginjal kronik (KDIGO, 2020). Pemeriksaan urin dapat menunjukkan proteinuria dan hematuria sebagai indikator kerusakan glomerulus (National Kidney Foundation, 2023). USG ginjal dilakukan untuk menilai ukuran ginjal, adanya kista, atau obstruksi (Chevalier, 2020). Pemeriksaan elektrolit penting untuk menilai ketidakseimbangan seperti hiperkalemia, hiponatremia, atau hipokalsemia yang sering terjadi pada pasien CKD (Palmer et al., 2020).

F. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan CKD ditujukan untuk memperlambat progresivitas penyakit. Penggunaan ACE inhibitors dan ARBs terbukti efektif dalam menurunkan tekanan darah dan proteksi ginjal (Brenner et al., 2001). Kontrol kadar gula darah dengan insulin atau obat oral penting bagi pasien dengan diabetes mellitus (American Diabetes Association, 2022). Diet rendah protein dan natrium membantu mengurangi produksi limbah metabolik serta menjaga tekanan darah (Palmer et al., 2020). Obat-obatan seperti diuretik berguna untuk mengurangi edema, sementara eritropoietin diberikan untuk menangani anemia (De Santo et al., 2019). Pada tahap lanjut, hemodialisis menjadi pilihan utama untuk menggantikan fungsi filtrasi ginjal (KDOQI, 2020). Edukasi kepada pasien dan keluarga tentang gaya hidup sehat, kepatuhan minum obat, dan kontrol penyakit penyerta sangat krusial dalam pengelolaan jangka panjang (World Health Organization, 2021).

BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

KOMPONEN	ISI
DATA SUBJEKTIF	<p>Keluhan utama: Kedua kaki bengkak, sesak napas, gatal-gatal pada kulit, mual, muntah, tidak nafsu makan.</p> <p>Riwayat Penyakit: Hipertensi dan diabetes mellitus tidak terkontrol > 5 tahun.</p>
DATA OBJEKTIF	<ul style="list-style-type: none"> - Usia 55 tahun - Edema ekstremitas bawah - Kulit kering dan wajah bengkak - Produksi urin sedikit, warna kuning kemerahan - Hasil lab: Urem 280,5 mg/dL, kreatinin 6,20 mg/dL - Gatal, sesak napas, dan tanda-tanda retensi cairan.
DIAGNOSA KEPERAWATAN PRIORITAS	<p>Dx 1: Volume cairan berlebihan berhubungan dengan retensi natrium dan air akibat penurunan fungsi ginjal ditandai dengan edema, sesak napas, peningkatan berat badan, oliguria.</p> <p>Dx 2: Gangguan pola eliminasi urin berhubungan dengan kerusakan nefron ditandai dengan oliguria dan perubahan warna urin.</p> <p>Dx 3: Gangguan rasa nyaman (pruritus) berhubungan dengan akumulasi zat uremik ditandai dengan keluhan gatal-gatal.</p> <p>Dx 4: Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah, dan anoreksia.</p> <p>Dx 5: Resiko ketidak efektifan manajemen kesehatan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit CKD dan perawatannya.</p>
RENCANA KEPERAWATAN (INTERVENSI)	<p>Dx 1: Volume cairan berlebih</p>

	<p>Tujuan: Volume cairan tubuh seimbang</p> <p>Intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda vital dan berat badan harian. - Observasi adanya edema dan bunyi napas. - Pantai input-input cairan. - Edukasi pembatasan cairan dan diet rendah natrium <p>Dx 2</p> <p>Gangguan pola eliminasi urin.</p> <p>Tujuan : Eliminasi urin optimal.</p> <p>Intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau frekuensi dan jumlah urin. - Edukasi pentingnya control glukosa dan tekanan darah. - Kolaborasi pemeriksaan urinalisis dan wvaluasi fungsi ginjal. <p>Dx 3:</p> <p>Gangguan rasa nyaman (pruritus).</p> <p>Tujuan : Nyeri gatal berkurang.</p> <p>Intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor lokasi dan intensitas gatal. - Anjurkanmandi dengan air hangat, gunakan lotion pelembab. - Kolaborasi pemberian antihistamin jika diperlukan. <p>Dx 4:</p> <p>Ketidak seimbangan nutrisi</p> <p>Tujuan: Kebutuhannutrisi terpenuhi.</p> <p>Intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor nafsu makan, BB, dan status gizi. - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk diet rendah protein. - Edukasi makan dalam porsi kecil dan sering. <p>Dx 5:</p> <p>Resiko ketidak efektifan manajemen kesehatan.</p> <p>Tujuan: Pasien dan keluarga memahami CKD dan pengelolaannya.</p> <p>Intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan edukasi tentang CKD,
--	---

	<p>pengobatan, dan control penyakit penyerta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Libatkan keluarga dalam rencana perawatan. - Pantau kesiapan belajar dan beri motivasi.
IMPLEMENTASI	<ul style="list-style-type: none"> - Seluruh rencana dilaksanakan secara sistematis berdasarkan prioritas kebutuhan pasien. - Edukasi dilakukan secara berulang untuk memastikan pemahaman pasien dan keluarga. - Tindakan kolaboratif seperti konsultasi ahli gizi dan pemberian obat dilakukan dengan tim medis.
EVALUASI	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi dilakukan harian atau sesuai dengan respon pasien terhadap tindakan: - Volume cairan: Edema berkurang, berat badan stabil. - Eliminasi urin: Frekuensi dan warna membaik. - Gatal berkurang. - Nafsu makan meningkat. - Pasien mampu menjelaskan kembali penyakit dan pengelolaan CKD.

BAB 1V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penyakit ginjal kronik (Chronic Kidney Disease/CKD) merupakan suatu kondisi medis yang serius dan progresif, di mana penurunan fungsi ginjal secara bertahap dapat mempengaruhi berbagai sistem tubuh dan menurunkan kualitas hidup pasien. Gangguan sistem perkemihan ini sering kali disebabkan oleh penyakit penyerta seperti hipertensi dan diabetes mellitus yang tidak terkontrol, serta faktor lainnya seperti glomerulonefritis atau obstruksi saluran kemih. Kasus yang dialami oleh Tn. I, yang menderita CKD dengan gejala seperti edema, mual, muntah, sesak napas, dan gangguan kulit, menggambarkan betapa kompleksnya penanganan penyakit ini. Sebagai seorang perawat, penting untuk melakukan pengkajian secara menyeluruh terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien, serta merencanakan dan melaksanakan intervensi keperawatan yang tepat dan terkoordinasi dengan tim medis.

Beberapa tindakan yang dapat dilakukan dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD termasuk pemantauan cairan tubuh, diet rendah garam dan protein, pengelolaan gejala seperti pruritus, dan pemberian dukungan emosional. Edukasi mengenai pentingnya kontrol tekanan darah, kadar gula darah, serta perubahan gaya hidup sehat menjadi hal yang sangat vital untuk mencegah progresivitas penyakit. Melalui penerapan asuhan keperawatan yang komprehensif dan berbasis bukti, pasien dengan CKD dapat merasakan perbaikan kondisi fisik dan kualitas hidupnya. Oleh karena itu, pengelolaan yang efektif dan kolaborasi antara perawat dan tenaga medis lainnya sangat diperlukan untuk mencapai hasil yang optimal dalam perawatan pasien dengan gangguan sistem perkemihan.

B. Saran

Berdasarkan analisis kasus ini, disarankan agar perawat terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam menangani pasien dengan CKD, baik melalui pelatihan klinis maupun pembelajaran berbasis pengalaman. Pengelolaan pasien CKD memerlukan pendekatan yang holistik, termasuk penanganan medis dan pemberian dukungan emosional kepada pasien serta keluarga. Selain itu, edukasi kepada pasien dan keluarga perlu dilakukan secara berkesinambungan untuk memastikan kepatuhan terhadap pengobatan dan perubahan gaya hidup sehat, yang akan membantu memperlambat progresivitas penyakit ginjal kronik. Kolaborasi yang baik antara perawat dan tenaga medis lain dalam perencanaan dan pelaksanaan

asuhan keperawatan juga menjadi faktor kunci dalam mencapai hasil yang optimal bagi pasien. Dengan demikian, diharapkan makalah ini dapat memberikan pemahaman yang lebih dalam mengenai penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan, khususnya CKD, serta meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan di fasilitas kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin, M., & Fitriani, D. (2020). *Keperawatan Medikal Bedah: Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (2019). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (14th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Hidayat, A. A. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika
- NANDA International. (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021–2023*. Thieme Medical Publishers.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2020). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Textbook of Medical-Surgical Nursing* (13th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wijayanti, R. A. (2021). "Tinjauan Gangguan Sistem Urinaria dan Penatalaksanaan Keperawatannya." *Jurnal Keperawatan Medik*, 9(1), 45–53.