



## Laporan Kasus Perempuan 70 Tahun dengan *Chronic Kidney Disease Stage V Non Dialisis* di RSU Cut Meutia Lhokseumawe

Hasanatul Khairiyah<sup>1\*</sup>, Yenni Sulisma<sup>2</sup>

<sup>1-2</sup>Universitas Malikussaleh, Indonesia

Alamat: Cot Tengku Nie Reuleut, Muara Batu, Aceh Utara, Provinsi Aceh, Indonesia

Korespondensi penulis: [hasanatul.190610032@mhs.unimal.ac.id](mailto:hasanatul.190610032@mhs.unimal.ac.id)

**Abstract.** *Chronic kidney disease (CKD) is defined as kidney damage or estimated glomerular filtration rate (eGFR) less than 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, which lasts for 3 months or more, regardless of the cause. CKD initially shows no signs and symptoms but can progress to kidney failure. Screening, diagnosis, and appropriate management by primary care physicians. The purpose of this study was to describe the symptoms and management of CKD in elderly patients who did not undergo hemodialysis. The method in this study was a case report. Primary data were obtained through anamnesis and physical examination. The results obtained were a 70-year-old woman was brought to the Emergency Room of Cut Meutia Hospital with complaints of shortness of breath since 1 day SMRS. In the Emergency Room, the patient complained of weakness and looked pale. The patient also complained of nausea but did not vomit and the amount of urine was small. Physical examination found anemic conjunctiva and CVA percussion pain. Laboratory examination showed the patient's hemoglobin level was 4.81 g/dL. The management given was only pharmacological because the patient refused hemodialysis. The prognosis of this case study is dubia ad malam.*

**Keywords:** CKD, GFR, Hemodialysis, Women

**Abstrak.** *Chronic kidney disease (CKD) didefinisikan sebagai adanya kerusakan ginjal atau perkiraan laju filtrasi glomerulus (eGFR) kurang dari 60 ml/menit/1,73 m<sup>2</sup>, yang berlangsung selama 3 bulan atau lebih, apa pun penyebabnya. CKD awalnya tidak menunjukkan tanda dan gejala namun dapat berjalan progresif menjadi gagal ginjal. Skrining, diagnosis, dan manajemen yang tepat oleh dokter perawatan primer. Tujuan studi adalah memaparkan gejala dan tatalaksana CKD pada pasien usia lanjut yang tidak melakukan hemodialisis. Metode dalam studi ini adalah case report. Data primer diperoleh melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik. Hasil yang diperoleh yaitu seorang perempuan usia 70 tahun di antar ke IGD RS Cut Meutia dengan keluhan sesak nafas sejak 1 hari SMRS. Di IGD, pasien mengeluhkan lemas serta tampak pucat. Pasien juga mengeluhkan mual tetapi tidak muntah serta jumlah urin yang sedikit. Pemeriksaan fisik didapatkan konjungtiva anemis dan nyeri ketok CVA. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin pasien 4,81 g/dL. Tatalaksana yang diberikan hanya farmakologis karena pasien menolak tindakan hemodialisis. Prognosis studi kasus ini adalah dubia ad malam.*

**Kata kunci:** CKD, GFR, Hemodialisis, Perempuan.

### 1. LATAR BELAKANG

*Chronic kidney disease (CKD)* didefinisikan sebagai adanya kerusakan ginjal atau perkiraan laju filtrasi glomerulus (eGFR) kurang dari 60 ml/menit/1,73 m<sup>2</sup>, yang berlangsung selama 3 bulan atau lebih, apa pun penyebabnya (Vaidya and Aeddula 2023) (Kemenkes 2023). CKD didefinisikan sebagai kelainan struktur atau fungsi ginjal, yang terjadi selama > 3 bulan, dengan implikasi terhadap kesehatan. CKD diklasifikasikan berdasarkan penyebab (*cause*) (C), tingkat fungsi ginjal ditentukan oleh laju filtrasi glomerulus (G), dan derajat albuminuria (A) yang disingkat “CGA” (KDIGO 2023).

Penelitian sebelumnya melaporkan kejadian CKD mencapai 200 kasus per juta per tahun di banyak negara dengan prevalensi 11,5% (4,8% pada stadium 1-2 dan 6,7% pada stadium 3-5). Penelitian lain lebih lanjut melaporkan bahwa perkiraan prevalensi CKD adalah 15% lebih tinggi di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah dibandingkan dengan negara-negara berpendapatan tinggi. Menurut Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) prevalensi CKD di Indonesia meningkat dari 0,2% pada tahun 2013 menjadi 0,3% pada tahun 2018 (Kementerian Kesehatan 2018). Namun hasil ini mungkin mengecilkan prevalensi sebenarnya CKD pada populasi kita. Meskipun data mengenai prevalensi CKD terbatas, jumlah pasien yang menerima pengobatan pengganti ginjal, terutama dalam bentuk hemodialisis, meningkat pesat (lebih dari 132.000 pada tahun 2018) (Hustrini 2023).

Penyakit ginjal kronis awalnya tidak menunjukkan tanda dan gejala namun dapat berjalan progresif menjadi gagal ginjal (Gliselda 2021). Skrining, diagnosis, dan manajemen yang tepat oleh dokter perawatan primer adalah: diperlukan untuk mencegah hasil terkait PGK yang merugikan, termasuk penyakit kardiovaskular, penyakit ginjal stadium akhir, dan kematian. Penyakit ginjal bisa dicegah dan ditanggulangi dan kemungkinan untuk mendapatkan terapi yang efektif akan lebih besar jika diketahui lebih awal (Hustrini 2023). Hemodialisis (HD) adalah salah satu terapi pengganti ginjal yang menggunakan alat khusus dengan tujuan mengatasi gejala dan tanda akibat laju filtrasi glomerulus yang rendah sehingga diharapkan dapat memperpanjang usia dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Hemodialisis adalah terapi pengganti faal ginjal dengan tujuan mengeluarkan sisa-sisa metabolisme protein dan koreksi gangguan keseimbangan air dan elektrolit antara kompartemen darah pasien dengan kompartemen larutan dialisat melalui selaput semipermeabel yang bertidak sebagai ginjal buatan. Hemodialisa adalah tindakan untuk mengambil zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebih. Bertambahnya angka harapan hidup dapat memperpanjang usia seseorang yang dapat mengalami CKD pada usia lanjut. Laporan kasus ini bertujuan untuk memparkan kondisi pasien usia lanjut yang mengalami CKD namun menolak dilakukan tindakan hemodialisa (Bina et al. 2008).

## 2. KAJIAN TEORITIS

Etiologi GJK sangat bervariasi di setiap negara. Menurut Indonesian Renal Registry (2020), proporsi etiologi dari pasien GJK yaitu terdapat hipertensi (35%), nefropati diabetika (29%), glomerulopati primer (8%), nefropati obstruksi (3%), pielonefritis kronik (2%) , nefropati lupus (1%), nefropati asam urat (1%), ginjal polikistik (1%), lain-lain (4%), dan tidak diketahui (16%) (Febyolla et al. 2025). CKD dapat disebabkan oleh proses penyakit dalam salah satu dari tiga kategori yaitu prerenal (penurunan tekanan perfusi ginjal), ginjal intrinsik

(patologi pembuluh darah, glomeruli, atau tubulus-interstitium), atau postrenal (obstruktif) (Pralisa et al. 2020). Penyakit prerenal kronis terjadi pada pasien dengan gagal jantung kronis atau sirosis dengan penurunan perfusi ginjal yang terus-menerus, yang meningkatkan kecenderungan terjadinya beberapa episode cedera ginjal intrinsik, seperti nekrosis tubular akut (ATN). Hal ini menyebabkan hilangnya fungsi ginjal secara progresif seiring berjalannya waktu. Penyakit pembuluh darah ginjal kronis yang paling umum adalah nefrosklerosis, yang menyebabkan kerusakan kronis pada pembuluh darah, glomeruli, dan tubulointerstitium. Pascarenal (Nefropati Obstruktif) yaitu obstruksi kronis mungkin disebabkan oleh penyakit prostat, nefrolitiasis atau tumor perut/panggul dengan efek massa pada ureter adalah penyebab umum. Fibrosis retroperitoneal adalah penyebab obstruksi ureter kronis yang jarang terjadi (Vaidya and Aeddula 2023).

Faktor Risiko *Chronic kidney disease* dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan yang tidak bisa dimodifikasi. Faktor risiko *chronic kidney disease* yang tidak dapat dimodifikasi yaitu usia yang lebih tua, jenis kelamin laki-laki, etnis non-Kaukasia yang meliputi Afrika Amerika, individu Afro-Karibia, Hispanik, dan Asia (Asia Selatan dan Asia Pasifik) semuanya berdampak buruk terhadap perkembangan CKD. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi yaitu hipertensi dan diabetes. Hipertensi sistemik merupakan salah satu penyebab utama ESRD di seluruh dunia dan penyebab utama kedua di Amerika Serikat setelah diabetes. Penularan hipertensi sistemik ke dalam kapiler glomerulus dan mengakibatkan hipertensi glomerulus diyakini berkontribusi terhadap perkembangan glomerulosklerosis. Pengukuran tekanan darah pada malam hari dan 24 jam (ABPM) tampaknya berkorelasi paling baik dengan perkembangan CKD (Munirwan H 2020). Tekanan darah sistolik dan bukan diastolik tampaknya merupakan prediksi perkembangan CKD dan juga dikaitkan dengan komplikasi pada CKD. Berbagai penelitian pada pasien dengan penyakit ginjal diabetes dan non diabetes menunjukkan bahwa proteinuria (albuminuria A3) berhubungan dengan laju perkembangan CKD yang lebih cepat (Fadhilah n.d.). Obesitas dan merokok telah dikaitkan dengan perkembangan dan perkembangan CKD. Selain itu, faktor metabolik seperti resistensi insulin, dislipidemia, dan hiperurisemia juga berperan dalam perkembangan CKD.

Berbeda dengan cedera ginjal akut (AKI), dimana proses penyembuhan selesai dengan pemulihan fungsi ginjal secara menyeluruh, serangan nefropati kronis dan progresif yang kronis dan berkelanjutan berkembang menjadi fibrosis ginjal progresif dan kerusakan arsitektur normal ginjal. Hal ini mempengaruhi ketiga kompartemen ginjal, yaitu glomeruli, tubulus, interstitium, dan pembuluh darah. Ini bermanifestasi secara histologis sebagai

glomerulosklerosis, fibrosis tubulointerstitial, dan sklerosis vaskular. Tahap awal CKD tidak menunjukkan gejala (asimptomatik), dan gejala baru akan muncul pada *chronic kidney disease* stage 4 atau 5. Penyakit ini biasanya terdeteksi melalui tes darah atau urin rutin. Beberapa gejala dan tanda umum pada tahap CKD ini adalah mual, muntah, kehilangan selera makan, kelelahan dan kelemahan, gangguan tidur, oliguria, menurunnya ketajaman mental, kedutan dan kram otot, pembengkakan pada kaki dan pergelangan kaki, pruritus yang persisten, nyeri dada akibat perikarditis uremik, sesak napas akibat edema paru akibat kelebihan cairan, hipertensi yang sulit dikendalikan, pigmentasi kulit, bekas garukan akibat pruritus.

Klasifikasi KDIGO CKD tahun 2012 merekomendasikan rincian penyebab CKD dan mengklasifikasikannya menjadi 6 kategori berdasarkan laju filtrasi glomerulus (G1 hingga G5 dengan G3 dibagi menjadi 3a dan 3b). Ini juga mencakup penentuan stadium berdasarkan tiga tingkat albuminuria (A1, A2, dan A3), dengan setiap tahapan CKD dikategorikan berdasarkan rasio albumin-kreatinin urin dalam (mg/gm) atau (mg/mmol) dalam sampel urin “spot” di pagi hari.

Staging CKD berdasarkan nilai laju filtrasi glomerulus (Anggraini et al. 2022) :

- 1) G1: GFR 90 ml/menit per 1,73 m<sup>2</sup> ke atas
- 2) G2: GFR 60 hingga 89 ml/menit per 1,73 m<sup>2</sup>
- 3) G3a: GFR 45 hingga 59 ml/menit per 1,73 m<sup>2</sup>
- 4) G3b: GFR 30 hingga 44 ml/menit per 1,73 m<sup>2</sup>
- 5) G4: GFR 15 hingga 29 ml/menit per 1,73 m<sup>2</sup>
- 6) G5: GFR kurang dari 15 ml/menit per 1,73 m<sup>2</sup> atau pengobatan dengan dialisis

Tiga tingkat albuminuria termasuk rasio albumin-kreatinin (ACR) :

- 1) A1: ACR kurang dari 30 mg/gm (kurang dari 3,4 mg/mmol )
- 2) A2: ACR 30 hingga 299 mg/gm (3,4 hingga 34 mg/mmol)
- 3) A3: ACR lebih besar dari 300 mg/gm (lebih besar dari 34 mg/mmol).

Klasifikasi CKD yang lebih baik bermanfaat dalam mengidentifikasi indikasi prognostik terkait penurunan fungsi ginjal dan peningkatan albuminuria. Namun, kelemahan dari penggunaan sistem klasifikasi adalah kemungkinan diagnosis CKD yang berlebihan, terutama pada lansia. Jika eGFR kurang dari 60 ml/menit/1,73m terdeteksi pada pasien, perhatian perlu diberikan pada hasil tes darah dan urin sebelumnya serta riwayat klinis untuk menentukan apakah ini merupakan akibat dari AKI atau CKD yang telah ada tapi tanpa gejala. Menetapkan Diagnosis yang Akurat.

Tatalaksana CKD dapat berupa penyesuaian dosis obat dengan tingkat perkiraan laju filtrasi glomerulus (GFR) dan persiapan terapi pengganti ginjal dengan memasang fistula atau cangkok arteriovenosa. Obati Penyebab Gagal Ginjal yang Dapat Dipulihkan dimana penyebab cedera ginjal akut yang berpotensi reversibel seperti infeksi, obat-obatan yang menurunkan GFR, hipotensi seperti syok, kejadian yang menyebabkan hipovolemia seperti muntah, diare harus diidentifikasi dan diintervensi. Pasien dengan CKD harus dievaluasi secara hati-hati untuk penggunaan pemeriksaan kontras intravena, dan alternatif lain untuk pemeriksaan kontras harus digunakan terlebih dahulu. Agen nefrotoksik lain seperti antibiotik aminoglikosida dan NSAID harus dihindari. Faktor-faktor yang menyebabkan perkembangan CKD harus diatasi seperti hipertensi, proteinuria, asidosis metabolik, dan hiperlipidemia. Hipertensi harus dikelola pada CKD dengan menetapkan tujuan tekanan darah. Demikian pula, tujuan proteinuria harus dipenuhi. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa merokok dikaitkan dengan risiko berkembangnya nefrosklerosis dan berhenti merokok menghambat perkembangan CKD. Pembatasan protein juga terbukti memperlambat perkembangan CKD. Namun jenis dan jumlah asupan proteinnya belum dapat ditentukan. Suplementasi bikarbonat untuk pengobatan asidosis metabolik kronis juga telah terbukti memperlambat perkembangan CKD. Selain itu, kontrol glukosa intensif pada penderita diabetes telah terbukti menunda perkembangan albuminuria dan juga perkembangan albuminuria menjadi proteinuria yang nyata.

### **3. METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan studi kasus deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Studi kasus ini dilakukan untuk mendeskripsikan kondisi perempuan usia 70 tahun dengan diagnosis CKD stage V yang menolak untuk dilakukan hemodialisa. Penelitian ini dilakukan di bagian penyakit dalam RSUD Cut Meutia Lhokseumawe. Penelitian ini dilakukan sewaktu kepaniteraan klinik senior di bagian Ilmu Penyakit Dalam pada bulan Februari 2024. Subjek penelitian ini adalah pasien perempuan berusia 70 tahun yang mendapatkan perawatan di ruang Penyakit Dalam. Data dikumpulkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Analisis data dilakukan secara deskriptif kualitatif.

#### 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Ny. N, Perempuan, 70 tahun diantar ke IGD RS Cut Meutia dengan keluhan sesak nafas sejak 1 hari SMRS. Di IGD, pasien mengeluhkan lemas serta tampak pucat. Pasien juga mengeluhkan mual tetapi tidak muntah. Dari anamnesis diketahui pasien juga mengalami mengeluhkan nyeri perut, nyeri ulu hati terutama saat belum terisi makanan. Dari anamnesis diketahui urin pasien sedikit. Riwayat darah tinggi (+), riwayat diabetes mellitus (-). Keluhan batuk (-), pilek (-), muntah darah (-), BAB berdarah (-), BAB hitam (-), BAK berdarah (-), riwayat merokok (-). Pasien dirawat inap untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut. Pada pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran Compos Mentis, tampak sakit sedang, tekanan darah 140/80 mmHg, frekuensi nadi 87 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 36,7°C, status gizi normoweight. Status generalis pada pasien didapatkan konjungtiva anemis (+/+), mukosa bibir dalam batas normal, dan nyeri ketok CVA (+/+).

Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 25 Januari 2024 didapatkan hasil Hb : 4.81 g/dl, eritrosit : 2.52 juta/uL, Hematokrit : 18.53 % , MCV: 73. 39 fl, MCH : 19.04 pg, leukosit 8.05 ribu/uL, trombosit 221 ribu/uL. Fungsi Ginjal, ureum : 99 mg/dl , kreatinin : 3.77 mg/dl, asam urat : 5.8 mg/dl, dan kgds 157 mg/dl. Ditemukannya adanya hubungan anemia dengan pasien Chronic Kidney Disease (CKD), yang ditandai dengan penurunan kadar hemoglobin pada pasien. Penyebab utama anemia pada pasien CKD ialah defisiensi hormon eritropoietin, dikarenakan ginjal tidak dapat memproduksi eritropoietin yang cukup. Eritropoietin adalah hormon yang memicu sumsum tulang untuk memproduksi sel darah merah. Kurangnya eritropoietin menyebabkan sumsum tulang membentuk lebih sedikit sel darah merah, yang akhirnya menyebabkan anemia. Anemia pada pasien CKD sebagian besar ditandai dengan morfologi normokrom normositer, yang berarti memiliki ukuran sel dan konsentrasi hemoglobin yang normal pada tiap sel darah merah (Yuniarti et al. 2021).

Pasien di diagnosis dengan Chronic Kidney Disease Stage V non hemodialisa dengan diagnosis banding *Acute Kidney Injury (AKI)*, *Chronic Kidney Disease (CKD)* dan Chronic Glomerulonephritis. Tatalaksana farmakologis yang diberikan yaitu IVFD NaCl 0.9% 20 gtt/I, inj. ondancetron 4 mg/8 jam, inj. omeprazole 40 mg/ 12 jam, transfusi prc 2 kolf, amlodipin 1x5 mg, valsartan 1x80 mg, bignat 2x1 dan asam folat 2x. Prognosis pasien ini adalah dubia ad malam.

Laporan kasus ini membahas mengenai Ny. N, Perempuan, 70 tahun diantar ke IGD RS Cut Meutia dengan keluhan sesak nafas sejak 1 hari SMRS. Di IGD, pasien mengeluhkan lemas serta tampak pucat. Pasien juga mengeluhkan mual tetapi tidak muntah. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang pasien di diagnosis dengan CKD

stage V non Hemodialisa. *Chronic kidney disease* (CKD) didefinisikan sebagai adanya kerusakan ginjal atau perkiraan laju filtrasi glomerulus (eGFR) kurang dari 60 ml/menit/1,73 m<sup>2</sup>, yang berlangsung selama 3 bulan atau lebih, apa pun penyebabnya (Vaidya and Aeddula 2023). CKD didefinisikan sebagai kelainan struktur atau fungsi ginjal, yang terjadi selama > 3 bulan, dengan implikasi terhadap kesehatan.

Pada pasien keluhan sudah dirasakan sejak beberapa tahun yang lalu, yaitu edema, dan telah didiagnosis dengan adanya batu renal sinistra. Disertai kerusakan ginjal yang ditandai dengan peningkatan kreatinin 5.7 mg/dl dengan durasi lebih dari 3 bulan sehingga pasien didiagnosis mengalami *chronic kidney disease* (CKD). Untuk menilai derajat dari gagal ginjal kronis dinilai berdasarkan nilai dari perhitungan glomerulus filtration rate (GFR) pasien dimana didapatkan hasil perhitungan

$$\begin{aligned} \text{GFR} &= \frac{(140-74) \times 55 \text{ kg}}{72 \times 3.9} \\ &= 13,77 \text{ ml/menit/1,73 m}^2 \end{aligned}$$

Berdasarkan hasil perhitungan didapatkan GFR Ny. N yaitu 13,77 ml/menit/1,73 m<sup>2</sup>. Sehingga pada kasus ini Ny. N didiagnosa mengalami *chronic kidney disease* (CKD) stage V, dimana telah terjadi kegagalan fungsi ginjal yang didukung dengan GFR 13.77 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>. Penurunan dari Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) pada pasien ini disebabkan akibat dari menurunnya sebagian besar jumlah dari nefron yang mengalami kerusakan. Apabila penurunan jumlah nefron yang rusak melebihi dari 75% dari massa nefron dapat mengakibatkan peningkatan laju filtrasi dan beban bagi nefron sehingga keseimbangan antara glomerulus dan tubulus tidak dapat dipertahankan lagi sehingga menurunkan laju filtrasi dari glomerulus.

CKD dapat disebabkan oleh proses penyakit dalam salah satu dari tiga kategori: prerenal (penurunan tekanan perfusi ginjal), ginjal intrinsik (patologi pembuluh darah, glomeruli, atau tubulus-interstitium), atau postrenal (obstruktif). Gejala yang umum ditemukan pada pasien dengan penyakit ginjal kronis adalah edema, hipertensi, dan anemia. Pada pasien dengan gagal ginjal kronis stadium V terjadi gangguan dalam mengonsentrasikan dan mengencerkan urin sehingga terjadi gangguan keseimbangan elektrolit dimana natrium dan cairan tertahan di dalam tubuh sehingga bisa terjadi edema pada pasien.

Hipertensi yang dialami oleh pasien berkaitan erat dengan kondisi gagal ginjal kronis yang dialami oleh pasien. Pada pasien dengan penyakit ginjal kronis dengan penurunan laju filtrasi akan merangsang ginjal dalam hal ini apparatus juxtaglomerular untuk mengaktifkan *renin angiotensin aldosterone system* (RAAS) sistem dimana akan berakibat dengan vasokonstriksi dari pembuluh darah dan meningkatkan tekanan darah pasien. Hipertensi dan

PGK sangat berhubungan sebab dan akibatnya. Hipertensi yang terjadi terus-menerus dan tanpa pengobatan untuk menurunkan tekanan darah akan menyebabkan komplikasi berupa glomerulosclerosis (Nugraha and Utama 2023). Tatalaksana *chronic kidney disease* meliputi terapi terhadap penyakit dasarnya, pencegahan terapi terhadap kondisi komorbid (*comorbid condition*), memperlambat pemburukan fungsi ginjal, pencegahan dan terapi terhadap komplikasi, terapi pengganti ginjal berupa dialisis atau transplantasi ginjal. *Chronic kidney disease* Stage V perlu dipertimbangkan untuk melakukan terapi *replacement* yaitu berupa dialisis untuk segera membuang toksin yang terakumulasi di dalam tubuh dan pada pasien ini terlihat dari peningkatan kreatinin dan GFR yang rendah. Dialisis diindikasikan jika terdapat gejala-gejala seperti asidosis metabolik berat, edema yang luas, gejala gastrointestinal yang berat dan lain-lain. Pada pasien direncanakan dilakukan dialisis dikarenakan keadaan umum pasien yang masih baik, ditandai dengan tidak adanya keluhan sesak napas, dan edema yang berangsur-angsur berkurang namun kapan saja dapat memburuk apabila beban kerusakan ginjal semakin progresif. Terapi medikamentosa terus diberikan bersamaan dengan pemantauan laju filtrasi glomerulus untuk mengevaluasi keadaan pasien bersamaan dengan mempersiapkan pasien untuk dialisis.

Pada pasien dengan *chronic kidney disease* stadium V disertai dengan gejala mual dan muntah yang disebabkan oleh gastropati uremikum dan pada pasien ini diberikan terapi berupa ondansetron 4 mg secara intravena (iv)/12 jam dan omeprazole 40 mg vial/12 jam. Pada prinsipnya manajemen diet pada pasien PGK bertujuan untuk mempertahankan status gizi, mencegah atau menurunkan kadar ureum dan memperlambat progresivitas dari penyakit gagal ginjal tersebut dengan memberikan diet tinggi karbohidrat dan rendah protein, cukup untuk memenuhi kebutuhan dasarnya (0,5-0,8 g protein/kgBB/hari) dan mencegah dan memperlambat perburukan fungsi ginjal (Rhee et al. 2023).

## 5. KESIMPULAN DAN SARAN

Telah dilaporkan kasus pada perempuan berusia 70 tahun dengan keluhan sesak nafas sejak 1 hari SMRS. Di IGD, pasien mengeluhkan lemas serta tampak pucat. Pasien juga mengeluhkan mual tetapi tidak muntah, nyeri lutut sehingga pasien mengalami keluhan kelemahan anggota gerak. Pasien juga mengeluhkan nyeri perut, nyeri ulu hati terutama saat belum terisi makanan. Dari anamnesis diketahui urin pasien sedikit. Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 25 Januari 2024 didapatkan hasil Fungsi Ginjal, ureum : 99 mg/dl , kreatinin : 3.77 mg/dl, asam urat : 5.8 mg/dl. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan riwayat penyakit terdahulu, pasien didiagnosis dengan CKD Stage

V. Pasien telah diberikan terapi farmakologi dan karena menolak dilakukan hemodialisa maka pasien diperbolehkan pulang.

## DAFTAR REFERENSI

- Anggraini, D. (2022). Clinical aspects and laboratory examination of chronic kidney. *9*(2).
- Bina, Direktorat Pelayanan Medik, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan, & Departemen Kesehatan RI. (2008). *Pedoman pelayanan hemodialisis di sarana pelayanan kesehatan*.
- Fadhilah, A. Z. (2014). Chronic kidney disease stage V. *Jurnal Agromed Unila*, *2*(1), 110–113.
- Febyolla, C. L., Pardilawati, C. Y., Junando, M., & Damayanti, E. (2025). Article review: Faktor risiko terjadinya gagal ginjal kronik di Indonesia. *Journal of Forensic Science*, *3*, 50–57. <https://doi.org/10.63004/jfs.v3i1.646>
- Hustrini, N. M. (2023). Chronic kidney disease care in Indonesia: Challenges and opportunities. *Acta Medica Indonesiana*, *55*(1), 1–3. <https://doi.org/10.1038/ki.2015.230.3>
- KDIGO. (2023). Clinical practice guideline for evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, (July).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Riset kesehatan dasar 2013*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Pedoman nasional pelayanan kedokteran tata laksana penyakit ginjal kronik*.
- Munirwan, H., & Januaresty, O. (2020). Penyakit jantung hipertensi dan gagal jantung. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Med*.
- Nugraha, S. A., & Utama, W. T. (2023). Analisis hipertensi sebagai faktor risiko terjadinya penyakit ginjal kronik. *12*, 600–604.
- Penyakit ginjal kronis. (2021). Diagnosis dan manajemen penyakit ginjal kronis (PGK). *2*(4), 1135–1142.
- Pralisa, K., Anggrahini, D., Dewi, K., & In, M. (2020). Gambaran etiologi penyakit ginjal kronik stadium V pada pasien rawat inap di RSUD Dokter Soedarso Pontianak tahun 2017–2018. *Jurnal Clinic*, *6*(3), 59–65. <https://doi.org/10.26418/jc.v6i3.45308>
- Rhee, C. M., Wang, A. Y., Biruete, A., Kistler, B., Kovesdy, C. P., Zarantonello, D., Ko, G. J., Piccoli, G. B., Garibotto, G., Brunori, G., Sumida, K., Lambert, K., Moore, L. W., Han, S. H., Narasaki, Y., & Kalantar-Zadeh, K. (2023). Nutritional and dietary management of chronic kidney disease without dialysis. *Journal of Renal Nutrition*, *33*(6), S56–S66. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2023.06.010>
- Vaidya, S. R., & Aeddula, N. R. (2023). Chronic kidney disease (CKD). *Medscape*, *351*(13), 186–191.
- Yuniarti, W. (2021). Journal health & science community: Journal health and science. *Gorontalo*, *5*, 341–347.