



ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN CKD DI RUANG PEJUANG RSUD BANGKINANG

Mai Rahayu¹✉, Yenny Safitri²

^{1,2)} Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai

✉ Corresponding author:
rahayumai9@gmail.com

Abstrak

CKD adalah suatu keadaan perubahan fungsi ginjal yang progresif, dimana ginjal tidak mampu untuk mempertahankan keseimbangan cairan serta akumulasi sisa metabolisme sehingga menyebabkan penyakit ginjal stadium akhir. Berbagai manifestasi klinis dapat dialami pasien CKD akibat peningkatan kadar urea didalam darah. Tujuan dari penelitian ini adalah meninjau dan menerapkan perawatan untuk pasien dengan CKD pada tahun 2026. Penelitian ini mengambil desain penelitian deskriptif yang berbentuk studi kasus. Subjek laporan kasus adalah Tn. A, umur 59 tahun dengan CKD. Data diperoleh melalui wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Selama pengkajian pasien mengalami penurunan produksi urin, serta didukung hasil laboratorium kadar ureum. Namun fokus intervensi di arahkan pada pencegahan terjadinya akumulasi cairan sistemik (overload). Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pada Tn. A dengan CKD dilaksanakan sesuai rencana keperawatan yang telah disusun. Hasil kunjungan keperawatan selama tiga hari pada pasien telah didapatkan dengan masalah teratasi. Pada tahap evaluasi keperawatan dengan SOAP didapatkan masalah teratasi dan *planning* dipertahankan. Harapan peneliti dari penulisan laporan kasus ini agar menjadikan sebagai pedoman baik instansi, masyarakat dan penelitian selanjutnya.

Kata Kunci: Hipervolemia , CKD, asuhan keperawatan, diagnosis keperawatan, proses keperawatan.

Abstract

CKD is a condition characterized by progressive renal dysfunction, wherein the kidneys are unable to maintain fluid balance or clear metabolic waste products, ultimately leading to end-stage renal disease. Patients with CKD may exhibit various clinical manifestations resulting from elevated blood urea levels. This study aimed to review and implement care for a patient with CKD in 2026, utilizing a descriptive case study design. The subject of the case report was Mr. A, a 59-year-old male diagnosed with CKD. Data were collected through interviews, physical examinations, and diagnostic tests. During the assessment, the patient exhibited reduced urine output, a finding supported by laboratory urea levels; consequently, the intervention focused on preventing systemic fluid accumulation (fluid overload). Nursing care for Mr. A was administered in accordance with the established nursing care plan. Nursing visits conducted over a three-day period resulted in the resolution of the identified problem. The SOAP-based evaluation confirmed that the issue was resolved and the care plan was maintained. The researcher hopes that this case report will serve as a useful reference for healthcare institutions, the general public, and future research.

Keywords: Hypervolemia, CKD, nursing care, nursing diagnosis, nursing process.

PENDAHULUAN

CKD diartikan sebagai gangguan pada struktur maupun fungsi ginjal yang berlangsung selama lebih dari tiga bulan, sehingga kondisi ini dapat digunakan sebagai dasar dalam proses diagnosis dan penatalaksanaan penyakit. Beberapa indikator yang digunakan untuk menilai kerusakan ginjal antara lain adanya peningkatan kadar albumin dalam urin lebih dari 30 mg per 24 jam serta adanya kelainan pada sedimen urin. CKD menjadi masalah penting dalam kesehatan global karena memberikan dampak yang signifikan terhadap meningkatnya angka kesakitan, kematian, serta tingginya biaya pengobatan. Penyakit ini berkembang secara bertahap, dimulai dari penurunan fungsi ginjal hingga akhirnya dapat menyebabkan gagal ginjal yang mengganggu proses penyaringan elektrolit, keseimbangan cairan tubuh, dan pembentukan urin (Rachmawati, et al., 2021)

Berdasarkan data (WHO (World Health Organization), 2019), penyakit CKD menyebabkan sekitar 1,2 juta kematian dan dialami oleh sekitar 15% penduduk dunia. Pada tahun 2020 jumlah kematian akibat penyakit ini tercatat sebanyak 254.028 kasus. Selanjutnya pada tahun 2021 jumlah penderita CKD di dunia mencapai 843,6 juta orang. Diperkirakan angka kematian akibat penyakit ini akan meningkat hingga 41,5% pada tahun 2040, sehingga CKD menempati peringkat ke-12 sebagai penyebab kematian di dunia (Aditama, K., 2023).

Berdasarkan survei awal yang dilakukan pada 9 Maret 2026, tercatat bahwa dalam satu bulan terakhir terdapat 17 pasien CKD yang dirawat di RSUD Bangkinang. Dalam wawancara singkat yang dilakukan dengan salah satu pasien, diperoleh informasi bahwa pasien mengeluhkan beberapa gejala seperti sesak napas, tubuh terasa lemah, kulit tampak pucat, serta adanya pembengkakan pada bagian kaki. Pasien diketahui telah menjalani terapi hemodialisis selama kurang lebih 5 tahun. Sebelum didiagnosis menderita CKD, pasien memiliki riwayat penyakit Gout (asam urat). Namun, pada saat itu pasien tidak melakukan pengobatan atau pemeriksaan ke fasilitas pelayanan kesehatan sehingga kondisi penyakitnya semakin memburuk dan akhirnya terdiagnosis CKD. Saat ini pasien menjalani terapi hemodialisis sebanyak dua kali dalam satu minggu. Sebelumnya frekuensi hemodialisis sempat dikurangi menjadi satu kali dalam seminggu. Akan tetapi, karena pasien tidak mematuhi anjuran diet yang telah ditetapkan serta tidak mengikuti jadwal hemodialisis secara teratur, kondisi pasien kembali menurun. Oleh karena itu, frekuensi hemodialisis pasien ditingkatkan kembali menjadi dua kali dalam satu minggu.

Dari fenomena yang terjadi di atas dan dampak serius yang timbul dari penyakit CKD (Chronic Kidney Disease), maka penulis tertarik untuk mengangkat kasus ini dalam bentuk penelitian yang berjudul **"Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan CKD (Chronic Kidney Diseases) Di Ruang Pejuang RSUD Bangkinang Tahun 2026"**.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah secara deskriptif yang dibentuk studi kasus. Penelitian deskriptif adalah suatu metode penilaian yang dimaksudkan untuk menyelidiki sebuah keadaan atau kondisi yang sudah disebutkan dengan hasil yang dipaparkan dalam bentuk laporan penelitian (Arikunto, 2019). Penulisan ini bertujuan untuk menggambarkan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD di ruang pejuang RSUD Bangkinang. Dilaksanakan pada 16 s.d 18 Juni tahun 2026 selama 3 hari. Dan subjek penelitiannya adalah pasien pneumonia yang dirawat di ruang pejuang RSUD Bangkinang.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Tabel 1. Analisa Data

No.	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	DS:Pasien mengatakan setelah sakit kurang minum, takaran minum sehari hanya 600 ml, Pasien mengatakan selama dirawat di rumah sakit BAK dengan frekuensi sedikit (oliguria). DO: - Warna urin tampak kuning pekat. - Pasien tampak terpasang kateter urin. Hasil Pemeriksaan Ureum: 76 mg/dL (Nilai rujukan: 10-40 mg/dL) Kreatinin: 4.3 mg/dL (Nilai rujukan: L 0,6-1,4 mg/dL)	Kelebihan asupan cairan	Hipervolemia (SDKI D.0022)
2.	DS: Pasien mengatakan mengalami lemas yang semakin memberat sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit, Pasien mengeluhkan pusing serta cepat merasa lelah dan letih, Pasien mengatakan sulit beraktivitas karena kelemahan fisik. DO: - Pasien tampak lemah di tempat tidur. - Wajah, gusi, dan mukosa mulut tampak pucat. - Konjungtiva tampak anemis. - Turgor kulit tidak elastis (> 2 detik). - Aktivitas harian pasien (makan/minum, berpakaian, mobilitas di tempat tidur, berpindah, dan ambulasi) seluruhnya dibantu orang lain dengan skor ketergantungan (2).	Kelemahan umum (Tirah Baring)	Intoleransi Aktivitas (SDKI D.0056)
3.	DS: Pasien mengeluh mual dan muntah lebih dari 5 kali sejak 2 hari yang lalu, Pasien mengeluhkan nyeri ulu hati. Pasien mengeluhkan nafsu makan yang menurun DO: - Pasien tampak lemas. - Bibir dan mukosa mulut tampak kering, Pecah-pecah dan pucat. - Hasil Laboratorium (16 Juni 2026): Ureum 76 mg/dL (Meningkat). Pasien mendapatkan terapi injeksi Ondansetron 4 mg/8 jam (IV) dan Ranitidin 50 mg/12 jam (IV).	Gangguan biokimiawi tubuh (Uremia sekunder akibat CKD Stage 4)	Nausea (SDKI D.0076)

Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan terhadap pasien, didapatkan 3 diagnosa keperawatan yang muncul. Diagnosa pertama yaitu Hipervolemia berhubungan dengan

Gangguan Mekanisme Regulasi (kegagalan fungsi ginjal dalam mengatur keseimbangan cairan tubuh). Diagnosa yang kedua yaitu Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan umum (Tirah Baring). Diagnosa yang ketiga yaitu Nausea berhubungan dengan Gangguan biokimiawi tubuh (Uremia sekunder akibat CKD Stage 4).

Tabel 2. Intervensi Keperawatan

Diagnosa pertama, yaitu Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam, maka diharapkan Keseimbangan Cairan meningkat dengan kriteria hasil: intake cairan membaik, output urine membaik, kelembapan membran mukosa membaik, tekanan darah membaik.

Rencana keperawatan yang dilakukan sesuai dengan SIKI Manajemen Hipervolemia yaitu Observasi : identifikasi penyebab hipervolemia, monitor intake dan output cairan, serta monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine). Terapeutik : timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama, batasi asupan cairan dan garam, serta tinggikan kepala tempat tidur 30-40°. Edukasi : anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam, anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari, ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan, serta ajarkan cara membatasi cairan. Kolaborasi: kolaborasi pemberian diuretik, kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik, serta kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu.

Diagnosa kedua , yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum (Tirah Baring)

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam, maka diharapkan **Toleransi Aktivitas** meningkat dengan kriteria hasil: kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun, warna kulit membaik (pucat berkurang), serta frekuensi nadi membaik. Rencana keperawatan yang dilakukan sesuai dengan SIKI **Manajemen Energi** yaitu **Observasi**: identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, serta monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. **Terapeutik**: sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan), lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, serta fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. **Edukasi**: anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, serta ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan. **Kolaborasi**: kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Diagnosa ketiga , yaitu Nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi tubuh (uremia sekunder akibat CKD stage 4)

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam, maka diharapkan **Tingkat Nausea** menurun dengan kriteria hasil: perasaan ingin muntah menurun, nafsu makan membaik, pucat membaik. Rencana keperawatan yang dilakukan sesuai dengan SIKI **Manajemen Mual** yaitu **Observasi**: identifikasi pengalaman mual, identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur), identifikasi faktor penyebab mual (mis. pengobatan dan prosedur), identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan), monitor mual (mis. frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan), serta monitor asupan nutrisi dan kalori. **Terapeutik**: kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan), kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. kecemasan, ketakutan, kelelahan), berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik, serta berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna, jika perlu. **Edukasi**: anjurkan istirahat dan tidur yang cukup, anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual, anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak, serta ajarkan penggunaan teknik

nonfarmakologis untuk mengatasi mual (mis. biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur). **Kolaborasi:** kolaborasi pemberian antiemetik, *jika perlu*.

Tabel 3. Implementasi Keperawatan

Hari/tanggal/waktu	Diagnosa keperawatan (No.DX)	Implementasi
Selasa, 16 juni 2026	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (kegagalan fungsi ginjal dalam mengatur keseimbangan cairan tubuh)	a. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia yaitu kegagalan fungsi ekskresi ginjal sekunder akibat CKD Stage 4. b. Memonitor intake harian pasien (± 600 ml/hari) dan memantau output urin melalui kateter (oliguria). c. Memeriksa tanda hemokonsentrasi; mencatat kadar Ureum (76 mg/dL) dan Kreatinin (4.3 mg/dL) yang meningkat tinggi. d. Mengatur posisi tempat tidur bagian kepala ditinggikan 30-40° (Semi-Fowler) untuk mengoptimalkan kenyamanan sirkulasi. e. Memberikan edukasi pembatasan cairan kepada keluarga dan melakukan kolaborasi pemberian diuretik Furosemide 20 mg via IV.
Rabu, 17 juni 2026		a. Memonitor kembali kelancaran dan jumlah keluaran urin pada kateter (masih oliguria). b. Mengevaluasi tingkat kepatuhan pembatasan cairan; memastikan asupan minum tetap terjaga maksimal 600 ml/hari. c. Mempertahankan posisi tidur pasien dengan kepala dinaikkan 30-40 derajat. d. Mengedukasi keluarga mengenai cara memantau cairan masuk dan membantu mencatat takaran minum pasien. e. Melanjutkan kolaborasi pemberian injeksi diuretik Furosemide 20 mg per IV
Kamis, 18 juni 2026		a. Melakukan monitoring berkala pada kuantitas dan karakteristik warna keluaran urin pasien via kateter. b. Memastikan pembatasan cairan tetap berjalan konsisten, keluarga mematuhi takaran minum pasien tetap 600 ml/hari. c. Memantau tanda penumpukan cairan sirkulasi (seperti mengecek edema perifer atau keluhan sesak napas). d. Mempertahankan elevasi kepala tempat tidur 30-40° untuk kenyamanan ekspansi dada pasien. Melanjutkan kolaborasi pemberian diuretik program penatalaksanaan medis dari dokter penanggung jawab (DPJP).

Tabel 4. Evaluasi Keperawatan

Hari / tanggal /jam	Diagnosa keperawatan	Evaluasi keperawatan
Selasa, 16 juni 2026 Jam 10.37 wib	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	S: Pasien mengatakan semenjak sakit jumlah kencingnya sedikit dan minumnya dibatasi hanya sekitar 3 gelas kecil (600 ml) sehari.

	O: Kencing ditampung di kateter urin, warna kuning pekat dengan jumlah sedikit (oliguria); Ureum 76 mg/dL, Kreatinin 4.3 mg/dL; TD: 177/84 mmHg. A: Masalah hipervolemia belum teratasi. P: Intervensi dihentikan : Monitor ketat intake-output, batasi minum maksimal 600 ml/hari, posisikan semi-fowler, dan lanjutkan terapi injeksi Furosemide 20 mg/8 jam.
Rabu, 16 juni 2026 Jam 14.00 wib	S: Pasien mengatakan asupan minumnya hari ini masih dibatasi ketat $\pm$600 ml dan kencing lewat selang masih sedikit. O: Urin dalam kantung urobag berwarna kuning pekat; kateter terpasang baik; sirkulasi menunjukkan keseimbangan cairan cenderung positif. A: Masalah hipervolemia belum teratasi. P: Intervensi dihentikan: Pantau ketat haluaran urin, pertahankan pembatasan cairan 600 ml, dan lanjutkan terapi injeksi Furosemide.
Kamis, 18 juni 2026 Jam 14.05 wib	S: Pasien mengatakan minumnya masih dijaga 600 ml/hari; pasien merasa volume buang air kecilnya mulai agak bertambah dibanding hari pertama. O: Warna urin dalam urobag tampak mulai agak jernih (kuning muda); kateter urin terpasang; tidak ditemukan tanda edema perifer. A: Masalah hipervolemia teratasi sebagian. P: Intervensi dihentikan: Monitor berkala intake-output harian, pantau jadwal cek ulang laboratorium faal ginjal, dan pertahankan regimen terapi medis.

B. Pembahasan

Dalam pembahasan peneliti dapat menuliskan persamaan dan perbedaan antara teori dan hasil penelitian yang dilakukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis ckd diruang pejuang RSUD Bangkinang. Tinjauan kasus ini dirangkai melalui kegiatan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Peneliti diawali dengan dengan pendataan hingga pelaksanaan perawatan di RSUD Bangkinang pada tanggal 16 s.d 18 Juni 2024 dengan terlebih dahulu memperkenalkan diri, menandatangani kontrak dengan pasien dan meminta persetujuan responden yang bermaksud melaksanakan perawatan secara terbuka dan dapat dipahami serta kooperatif.

Pengkajian

Identitas Pasien

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 16 Juni 2026 terhadap Tn. A, umur 59 tahun, pekerjaan petani, pendidikan terakhir SMP, dan beralamat di Dusun Koto Air Manis, didapatkan keluhan utama saat masuk rumah sakit berupa badan terasa lemas yang semakin memberat sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit. Pasien juga mengeluhkan nyeri ulu hati yang disertai mual dan muntah lebih dari 5 kali sejak 2 hari yang lalu, merasa pusing, serta mengalami penurunan nafsu makan yang signifikan. Akibat kelemahan fisik tersebut, pasien mengalami keterbatasan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Hasil pemeriksaan fisik umum menunjukkan kondisi pasien tampak lemas dengan kesadaran compos mentis. TTV

didapatkan TD : 177/84 mmHg, N : 90x/menit, S : 36,3°C, dan RR : 20x/menit. Pada pemeriksaan fisik cephalocaudal, ditemukan wajah, bibir, gusi, dan mukosa mulut tampak pucat serta kering; konjungtiva anemis; lidah tampak kering dan pecah-pecah; serta turgor kulit tidak elastis (>2 detik). Dari aspek pola eliminasi, pasien mengatakan semenjak sakit jumlah urin berkurang (oliguria) dengan warna kuning pekat, serta mengalami penurunan volume minum harian yang dibatasi menjadi ± 600 ml/hari. Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium faal ginjal tanggal 16 Juni 2026 memperkuat kondisi ini dengan nilai Ureum darah meningkat sebesar 76 mg/dL (nilai rujukan: 10–40 mg/dL) dan Kreatinin serum sebesar 4.3 mg/dL (nilai rujukan laki-laki: 0,6–1,4 mg/dL). Pasien juga memiliki riwayat penyakit Diabetes Mellitus (DM) selama 8 tahun dan Hipertensi selama lebih dari 1 tahun, serta ada riwayat keturunan penyakit DM dari ibu pasien.

Pada hasil pengkajian terhadap pasien secara langsung, penulis mendapatkan data yang sinkron antara tinjauan pustaka anemia dan tinjauan kasusnya. Hal ini terjadi diakibatkan oleh faktor yang menyertai keadaan pasien. Menurut pengamatan penulis yang terjadi pada pasien adalah DM. Karna gagal ginjal kronik sendiri sering kali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lain. Maka antara pengkajian dengan pasien dan penulisan pada teori terdapat kesamaan tanda dan gejala yang terjadi.

Analisa Data

Hasil penelitian yang dilakukan melalui wawancara dan pemeriksaan fisik pada Tn. A menunjukkan bahwa keluhan yang dialami pasien merupakan gejala dari ckd. Pasien mengalami Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, pasien mengeluh bengkak pada kedua tangan dan kaki, Terjadinya Hipervolemia karena peningkatan kandungan natrium tubuh total yang pada akhirnya akan menyebabkan peningkatan air total.

Tujuan dari analisis data adalah untuk mengidentifikasi dan merumuskan masalah kesehatan yang dialami pasien sehingga dapat ditentukan tindakan keperawatan yang tepat. Dalam proses analisis data, perawat dituntut untuk menggunakan kemampuan berpikir kritis dalam menilai setiap informasi yang diperoleh. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa data yang dikumpulkan relevan dengan kondisi pasien serta untuk mengetahui hubungan antara berbagai informasi yang ada. Kemampuan berpikir kritis juga membantu perawat dalam menentukan apakah masih diperlukan data tambahan atau pemeriksaan lanjutan guna memahami kondisi pasien secara lebih komprehensif (Mardiani, 2019).

Berdasarkan hasil penelitian terdapat kesamaan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus yang menunjukkan bahwa keluhan Pasien mengalami Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, pasien mengeluh bengkak pada kedua tangan dan kaki, Terjadinya Hipervolemia karena peningkatan kandungan natrium tubuh total yang pada akhirnya akan menyebabkan peningkatan air total.

Diagnosa Keperawatan

Diagnosa ditegaskan dan ditulis dalam format PES.P (Problem) : Masalah keperawatan yang diidentifikasi. E (Etiology) : Penyebab atau faktor yang berkontribusi. S (Symptoms/signs) : Tanda dan gejala yang mendukung diagnosa: Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, d.d ortopnea, dispnea, berat badan meningkat dalam waktu singkat (**D.0022**). Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri/vena, penurunan konsentrasi hemoglobin d.d CRT > 3 detik, nadi perifer menurun/tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun (**D.0009**). Gangguan integritas kulit b.d kelebihan volume cairan, perubahan sirkulasi d.d kerusakan jaringan atau lapisan kulit (**D.0129**). Resiko penurunan curah jantung d.d perubahan afterload, perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung (**D.0011**). Pola nafas tidak efektif b.d deformitas dinding dada d.d sesak napas, penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, takipnea (**D.0005**). Risiko infeksi d.d penyakit kronis, kerusakan integritas kulit (**D.0142**). Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan d.d berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal (**D.0019**). Intoleransi aktivitas b.d kelemahan d.d mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat (**D.0056**).

Berdasarkan hasil penelitian terhadap keluhan pasien, peneliti mendapatkan 3 diagnosa keperawatan. Menurut peneliti dari 9 diagnosa yang dipaparkan ditinjau teori tidak semua diagnosa keperawatan yang masuk kedalam tinjauan kasus, diagnosa keperawatan dalam tinjauan kasus terdiri dari : Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022), Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum (D.0056), Nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi tubuh.

Intervensi Keperawatan

Hasil dari pengkajian dan observasi yang dilakukan pada Tn. A, menemukan bahwa pasien mengalami masalah dengan 3 diagnosa keperawatan serta rencana keperawatan menurut SDKI (2020) yang harus dilakukan selama perawatan. Adapun rencana keperawatan pertama dengan diagnosa keperawatan Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi yaitu Observasi : monitor status hemodinamik, monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma, monitor kecepatan infus secara ketat. Terapeutik : timbang berat badan, batasi asupan cairan dan garam, tinggikan kepala tempat tidur. Edukasi : anjurkan melapor jika halauran urin meingkat, ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan. Kolaborasi : Kolaborasi dengan pemberian diuretik.

Rencana tindakan keperawatan kedua dengan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum (tirah baring). Observasi : identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, serta monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. **Terapeutik**: sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan), lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif, berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan, serta fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. **Edukasi**: anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, serta ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan. **Kolaborasi**: kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Rencana tindakan ketiga dengan diagnosa keperawatan nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi tubuh yaitu Observasi : identifikasi pengalaman mual, identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur), identifikasi faktor penyebab mual (mis. pengobatan dan prosedur), identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan), monitor mual (mis. frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan), serta monitor asupan nutrisi dan kalori. **Terapeutik**: kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan), kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. kecemasan, ketakutan, kelelahan), berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik, serta berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna, jika perlu. **Edukasi**: anjurkan istirahat dan tidur yang cukup, anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual, anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak, serta ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (mis. biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur). **Kolaborasi**: kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu.

Implementasi Keperawatan

1) Pada diagnosa keperawatan yang pertama dengan implementasi keperawatan yaitu : Mengidentifikasi penyebab hypervolemia, Memonitor intake harian pasien, memeriksa tanda hemokonsentrasi, memberikan edukasi pembatasan cairan kepala keluarga dan melakukan kolaborasi. 2) Pada diagnosa keperawatan yang kedua dengan implementasi keperawatan yaitu : Memonitor kembali kelancaran dan jumlah cairan, mengevaluasi tingkat kepatuhan pembatasan cairan, mengedukasi keluarga mengenai cara memantau cairan masuk. 3) Pada diagnosa keperawatan ketiga dengan implementasi keperawatan yaitu : Melakukan monitoring berkala pada kuantitas, memastikan pembatasan cairan tetap berjalan, memantau tanda penumpukan cairan,

Evaluasi

1) Pada hasil evaluasi diagnosa pertama, pasien mengatakan memahami aturan pembatasan cairan dan bersedia minum sesuai takaran yang ditentukan yaitu 600 ml per hari, pasien mengatakan buang air kecil (BAK) masih sedikit (oliguria) dengan warna kuning pekat. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan turgor kulit masih teraba agak kering, mukosa bibir tampak kering, tidak ada tanda-tanda sesak napas baru maupun edema ekstremitas yang memburuk, serta kadar ureum dan kreatinin darah masih tinggi karena penurunan fungsi filtrasi ginjal. Pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan status hemodinamik dalam batas pemantauan. Dengan masalah keperawatan hipervolemia teratasi sebagian dan implementasi pembatasan asupan cairan dipertahankan. 2) Pada hasil evaluasi diagnosa kedua, pasien mengatakan tubuhnya masih terasa lemas namun intensitasnya berkurang dibandingkan hari pertama masuk rumah sakit. Pasien mengatakan sudah bisa melakukan miring kanan dan miring kiri secara mandiri di tempat tidur, serta pola tidur malam sedikit membaik. Hasil pengamatan menunjukkan pasien tampak masih berbaring di tempat tidur, tubuh masih teraba agak hangat (kehangatan sekunder akibat anemia penyakit ginjal), dan seluruh aktivitas harian (seperti menyuaip makanan dan personal hygiene) masih dibantu oleh keluarga di tempat tidur. Dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas teratasi sebagian dan implementasi manajemen energi serta pendampingan aktivitas oleh keluarga dipertahankan. 3) Pada hasil evaluasi diagnosa ketiga, pasien mengatakan mual sudah jauh berkurang, muntah tidak ada lagi sejak pagi hari, serta nyeri ulu hati yang dirasakan sebelumnya kini sudah mulai mereda. Pasien juga mengatakan nafsu makan mulai mengalami sedikit peningkatan. Hasil pengamatan objektif menunjukkan kondisi pasien tampak cukup tenang dan tidak selemas hari pertama, bibir dan mukosa mulut tampak mulai lembap, serta porsi makanan rumah sakit yang disediakan tampak dihabiskan setengah porsi oleh pasien. Berdasarkan hasil data tersebut, masalah nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi tubuh (uremia sekunder akibat CKD stage 4) dinyatakan teratasi sebagian. Oleh karena itu, perencanaan intervensi dilanjutkan dengan memonitor secara berkala keluhan mual pasca-makan, mempertahankan pemberian makanan dalam porsi kecil tapi sering, menganjurkan pasien tetap membatasi aktivitas yang memicu kelelahan, serta melanjutkan kolaborasi pemberian terapi obat maintenance sesuai dengan program tim medis.

SIMPULAN

Setelah penulis melakukan penelitian, pengamatan dan melakukan asuhan keperawatan secara langsung dengan pasien Tn. A dengan diagnosa medis *ckd* diruang pejuang RSUD Bangkinang. Maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan dan beserta saran yang dapat dimanfaatkan dalam program meningkatkan asuhan keperawatan dengan diagnosa media *pneumonia* di RSUD Bangkinang, maka penulis dapat memaparkan dari beberapa kesimpulan yang terdiri dari :

Pengkajian

Hasil pengkajian yang dilaksanakan peneliti pada Tn. A sesuai dengan tinjauan teori yang meliputi gambaran lokasi penelitian, pengkajia, identitas pasien, keluhan utama masuk rumah sakit, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, hasil observasi, pemeriksaan fisik, data biologis, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan hingga evaluasi keperawatan. Dengan fokus masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif.

Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori yang dikemukakan pada bab sebelumnya terdapat 9 diagnosa keperawatan, namun berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. A hanya terdapat 3 diagnosa keperawatan. Dikarenakan prinsip diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan hasil dari keluhan pasien dan hasil pengamatan peneliti terhadap pasien saat pengkajian.

Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang disusun bertujuan untuk mengatasi dari masalah keperawatan yang berdasarkan keluhan pasien dengan dan hasil pengamatan sehingga

menimbulkan 3 diagnosa keperawatan yang ditegakkan, sehingga peneliti dapat melakukan penyusunan rencana tindakan keperawatan yang terdiri dari observasi, edukasi, terapeutik, dan kolaborasi.

Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilaksanakan oleh peneliti sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun secara spesifik pada intervensi keperawatan. Berdasarkan hasil review ulang peneliti mampu melakukan implementasi sesuai intervensi yang disusun mulai dari mengobservasi hingga berkolaborasi.

Evaluasi Keperawatan

Pada tahap akhir pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan peneliti mendapatkan hasil keperawatan selama 3 hari secara berturut-turut pada Tn.A yang dibuat dalam pengkajian dengan istilah SOAP. Dengan hasil yang didapatkan pasien mampu kooperatif pada saat pelaksanaan setiap tindakan keperawatan yang diberikan, sehingga peneliti mendapatkan hasil evaluasi dengan penilaian hasil keperawatan masalah teratasi sehingga perencanaan selanjutnya dipertahankan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih peneliti ucapkan kepada Univeristas Pahlawan Tuanku Tambusai, prodi DIII Keperawatan, dan RSUD Bangkinang yang telah memberikan izin sebagai tempat penelitian dan terimakasih kepada dosen pembimbing yang membantu dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, K., & K. F. (2023). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Tidur Pasien Gagal Ginjal Kronis. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(1)(109-120.).
- Alis Hanggraini, A. H, D. (2020). *Pengaruh Permen Karet Terhadap Rasa Haus Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Yang Menjalani Terapi Hemodialisa Di RSUD Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen (Doctoral Dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta).*
- Chronic, K. D., et al. (2020). Management of Chronic Kidney Disease in Clinical Nursing Practice. *Nephrology Nursing Journal*, 47(3), 211–220.
- Etik Mertianti, E. (2025). Intervensi Keperawatan pada CKD Stage V dengan Hemodialisis. *Jurnal Ilmu Keperawatan.*, 14(1), 22–30.
- Firmansyah ., Agustini, T. T., & Andayani, T. M. (2022). Health Related Quality of Life: Chronic Kidney Disease Dengan Hemodialisa Menggunakan Instrumen EQ-5D-5L Di Pekanbaru. *Jurnal Ilmiah Manuntung.*
- Hamzah, A. et al. (2021). Hubungan Lama Hemodialisis dengan Kualitas Hidup Pasien CKD. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah*, 9(2), 112–120.
- Hantzah, N. at el. (2021). Manajemen Cairan pada Pasien CKD di Ruang Hemodialisa. *Jurnal Kesehatan Perintis*, 8(1), 33–40.
- Harmilah, H. (2020). Asuhan Keperawatan Gagal Ginjal Kronis dengan Gangguan Eliminasi Urin. *Jurnal Keperawatan*, 11(2), 78–85.
- Hasanuddin, F. (2022). *Adekuasi Hemodialisa Pasien Gagal Ginjal Kronik.*
- Indriani, D. (2020). Faktor Risiko Kejadian Chronic Kidney Disease pada Penderita Hipertensi. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan*, 5(1), 14–22.
- PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia). (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik.*
- Rachmawati, A. & Marfianti, E. (2021). Karakteristik Faktor Risiko Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Yang Menjalani Hemodialisa Di RS X Madiun Characteristics of Risk Factors for Patients with Chronic Kidney Disease Who Undergo. *Biomedika*, 12(1), 36-43.
- Sulastin, S. (2021). Dukungan Keluarga terhadap Kepatuhan Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik. *Jurnal Keperawatan Keluarga*, 5(1), 33–40.

- Suwitra, K. (2022). Patofisiologi Chronic Kidney Disease dan Implikasi Keperawatannya. *Jurnal Patologi Klinik*, 9(2), 77-84.
- WHO (World Health Organization). (2019). *Chronic kidney disease*.
<http://www.who.int/entity/whosis/whostat/%0AENW>