

TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
CHRONIC KIDNEY DISEASE DI RUANGAN
IRNA NON BEDAH PENYAKIT DALAM
RSUP. DR. M. DJAMIL PADANG**



**FAIRUZI ELMAHIRAH
223110248**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG
TAHUN 2025**

TUGAS AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* DI RUANGAN IRNA NON BEDAH PENYAKIT DALAM RSUP. DR. M. DJAMIL PADANG

Diajukan ke Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



FAIRUZI ELMAHIRAH
223110248

**PRODI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG
TAHUN 2025**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Chronic Kidney Disease* di Ruangan IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Disusun oleh

NAMA : FAIRUZI ELMAHIRAH

NIM : 223110248

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :


21 Mei 2025

Menyetujui,

Pembimbing Utama,


Pembimbing Pendamping,


Ns. Netti., S.Kep., M.Pd., M.Kep.
NIP: 19651017 198903 2 001


Ns. Nova Yanti., M.Kep., Sp.KMB
NIP: 19801023 200212 2 002

Padang, 21 Mei 2025

Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Padang


Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep., M.Kep.
NIP: 19750121 199903 2 005

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Chronic Kidney Disease* di Ruangan
IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Disusun Oleh

NAMA : Fairuzi Elmahirah

NIM : 223110248

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

Pada tanggal:

26 Mei 2025

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Ns.Hj.Defia Roza.,S.Kep.M.Biomed

NIP: 19730503 199503 2 002

()

Anggota,

Ns.Sila Dewi Anggreni.,M.Kep.Sp.KMB

NIP: 19700327 199303 2 002

()

Anggota,

Ns.Netti.,S.Kep.M.Pd.M.Kep

NIP: 196651017 198903 2 001

()

Anggota,

Ns.Nova Yanti.,M.Kep.Sp.KepMB

NIP: 19801023 200212 2 002

()

Padang, 26 Mei 2025

Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Padang

()

Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep. M.Kep

NIP: 19750121 199903 2 005

PERNYATAAN ORISINALITAS

Tugas akhir ini adalah hasil karya peneliti sendiri, dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah penulis nyatakan dengan benar

Nama : Fairuzi Elmahirah

NIM : 223110248

Tanda tangan :



Tanggal : 26 Mei 2025

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama lengkap : Fairuzi Elmahirah
NIM : 223110248
Tempat/Tanggal Lahir : Sawahlunto/08 Juli 2002
Tahun Masuk : 2022
Nama PA : Ns.Netti.,S.Kep.M.Pd.M.Kep
Nama Pembimbing Utama : Ns.Netti.,S.Kep.M.Pd.M.Kep
Nama Pembimbing Pendamping : Ns.Nova Yanti.,M.Kep.Sp.KcpMB

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil tugas akhir saya, yang berjudul : **Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Chronic Kidney Disease di Ruangan IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang**

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan(plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 26 Mei 2025

Yang menyatakan



(Fairuzi Elmahirah)

NIM 223110248

**KEMENKES POLTEKKES PADANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Mei 2024
Fairuzi Elmahirah**

**Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Chronic Kidney Disease* Di
Ruangan IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang**

ABSTRAK

Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan penyebab kematian ke 9 di dunia dengan prevalensi mencapai 10% populasi, dan sekitar 1,5 juta pasien menjalani hemodialisis (WHO, 2021). Di Indonesia tercatat 638.178 kasus dengan 13.042 di Sumatera Barat (SKI, 2023). Penyebab CKD terbanyak yaitu diabetes melitus tipe 2, diikuti hipertensi dan glomerulonefritis primer (NIH, 2024). CKD berdampak pada aspek kehidupan biopsikososial, bahkan menyebabkan komplikasi hingga kematian. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien CKD di Ruangan IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.

Jenis penelitian ini adalah kualitatif deskriptif dengan desain studi kasus. Dilakukan di Ruangan IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang. Penelitian di mulai bulan Januari 2025 - Juni 2025. Populasi penelitian berjumlah 5 orang pasien, 3 pasien tidak memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, 2 pasien yang memenuhi kriteria dipilih secara *simple random sampling*. Sampel penelitian ini 1 orang diambil menggunakan teknik *purposive sampling*. Data dikumpulkan melalui wawancara, pengukuran, observasi, dan dokumentasi.

Hasil penelitian didapatkan data sesak napas, badan lemah, penurunan nafsu makan, BAK sedikit, kaki edema. Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu hipervolemia, perfusi perifer tidak efektif, gangguan integritas kulit, resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah. Tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yaitu pemantauan cairan, terapi oksigen, pemantauan sirkulasi, perawatan integritas kulit, manajemen hiperglikemia. Evaluasi keperawatan dapat teratasi pada hari ke 5 hingga hari ke 7 penelitian.

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dan profesional sesuai dengan standar keperawatan di Indonesia (SDKI, SLKI, dan SIKI).

Isi : xiii + 71 halaman + 1 bagan + 1 tabel + 12 lampiran
Kata kunci : *Chronic Kidney Disease* (CKD)
Daftar Pustaka: 53 (2014-2024)

KATA PENGANTAR

Puji syukur panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma 3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang. Tugas Akhir ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Ibu Ns. Netti., S.Kep.,M.Pd.,M.Kep selaku pembimbing utama juga sebagai dosen Pembimbing Akademik yang sudah membimbing dan mengarahkan selama perkuliahan dan Ibu Ns. Nova Yanti.,M.Kep.,Sp.KMB selaku pembimbing pendamping yang telah memberikan bimbingan dan mengarahkan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Pada kesempatan ini peneliti juga menyampaikan ucapan terima kasih kepada Yth:

1. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Bapak Dr., dr., Dovy Djanas., Sp., OG(K). MARS selaku Direktur RSUP Dr M Djamil Padang beserta Bapak, Ibu, dan Staf Ruangan yang telah membantu memberikan izin kepada peneliti.
3. Bapak Tasman, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma 3 Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang.
5. Bapak Ibu dosen serta staf Jurusan Keperawatan yang telah membimbing dan membantu memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.
6. Teristimewa kepada keluarga tercinta yang telah memberikan semangat, restu, kasih sayang, dukungan material dan do'a yang tiada henti-hentinya kepada peneliti sehingga mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Terimakasih kepada sahabat dan teman-teman seangkatan dan seperjuangan yang telah kebersamaan lebih kurang 3 tahun ini yang juga sedang saling menguatkan dan memberi dukungan untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini.

Akhir kata, peneliti berharap berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Padang , 21 Mei 2025

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	v
ABSTRAK	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan	6
D. Manfaat	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep Dasar Penyakit <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD)	8
1. Definisi	8
2. Etiologi	8
3. Klasifikasi	11
4. Manifestasi Klinis	11
5. Patofisiologi	12
6. WOC	15
7. Komplikasi	16
8. Pemeriksaan Penunjang	17
9. Penatalaksanaan	18
B. Konsep Asuhan Keperawatan <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD)	20
1. Pengkajian Keperawatan	20

2. Diagnosa Keperawatan.....	28
3. Intervensi Keperawatan.....	29
4. Implementasi Keperawatan.....	38
5. Evaluasi Keperawatan.....	38
BAB III METODOLOGI KEPERAWATAN	39
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	39
B. Tempat dan Waktu Penelitian	39
C. Populasi dan Sampel	39
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data	41
E. Teknik Pengumpulan Data.....	41
F. Jenis Pengumpulan data	42
G. Prosedur Pengambilan Data	43
H. Analisis Data	43
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN KASUS	44
A. Deskripsi Lokasi Penelitian.....	44
B. Deskripsi Kasus	44
1. Pengkajian Keperawatan.....	44
2. Diagnosa Keperawatan.....	46
3. Intervensi Keperawatan.....	47
4. Implementasi Keperawatan.....	48
5. Evaluasi Keperawatan.....	50
C. Pembahasan Kasus	51
1. Pengkajian Keperawatan.....	51
2. Diagnosa Keperawatan.....	54
3. Intervensi Keperawatan.....	56
4. Implementasi Keperawatan.....	59
5. Evaluasi Keperawatan.....	61
BAB V PENUTUP.....	63
A. Kesimpulan	63
B. Saran	65

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1.....	29
-----------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Gantt chart Kegiatan
Lampiran 2	Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing I
Lampiran 3	Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing II
Lampiran 4	Surat Survey Awal Dari Akademik
Lampiran 5	Surat Survey awal Dari Rumah Sakit
Lampiran 6	Informed Consent
Lampiran 7	Format pengkajian Keperawatan Medikal Bedah
Lampiran 8	Surat Izin Penelitian Dari Akademik
Lampiran 9	Surat Izin Penelitian Dari Rumsh Sakit
Lampiran 10	Daftar Hadir Penelitian
Lampiran 11	Surat Keterangan Selesai Penelitian
Lampiran 12	Hasil Cek Plagiarisme (Turnitin)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan gangguan fungsi ginjal yang ditandai dengan kerusakan ginjal terutama di laju filtrasi glomerulus yang berlangsung selama 3 bulan atau lebih, melibatkan hilangnya fungsi ginjal secara progresif. CKD bersifat irreversibel yang mengenai kelainan struktur maupun fungsi dari ginjal, sehingga tubuh tidak lagi dapat menjaga metabolisme juga keseimbangan cairan dan elektrolit yang pada akhirnya menyebabkan uremia.¹ Angka kejadian CKD di dunia berjumlah 15% dari populasi dan telah menyebabkan 1,2 juta kasus kematian pada tahun 2019. Sementara itu, tahun 2020 jumlah kasus kematian akibat CKD sebanyak 254.028 kasus, sedangkan pada tahun 2021 terjadi peningkatan yang signifikan sebanyak lebih 843,6 juta dan menjadi penyebab kematian ke 9 di dunia.²

Penyebab terjadinya CKD oleh penyakit komplikasi yang menyebabkan kerusakan ginjal memburuk diantaranya diabetes melitus tipe 1 dan tipe 2, hipertensi, glomerulonefritis primer, *nefritis interstitial* (peradangan tubulus ginjal), obstruksi saluran kemih, infeksi ginjal berulang dan *Vesicoureteral Reflux* (VUR).³ National Institutes of Health (NIH) tahun 2024 menyebutkan angka kejadian penyebab CKD oleh Diabetes tipe 2 (30%-50%), Diabetes tipe 1 (3,9%), Hipertensi (27,2%), Glomerulonefritis primer (8,2%), Nefritis tubulointerstitial kronis (3,6%), Penyakit keturunan atau kistik (3,1%), Glomerulonefritis sekunder atau vaskulitis (2,1%), Diskrasia sel plasma atau neoplasma (2,1%), Nefropati sel sabit, yang jumlahnya kurang dari 1%.¹

Tanda dan gejala yang di rasakan oleh pasien dengan CKD adalah sering merasa cepat lelah, pucat, sesak nafas, suhu tubuh meningkat, mual dan muntah, pemeriksaan lain seperti adanya pendarahan gastrointestinal, distensi abdomen, perubahan jumlah dan frekuensi pengeluaran urine, pembengkakan

pada pergelangan kaki, kulit tampak pucat, tidur terganggu bahkan jika kondisi pasien berlanjut maka akan mengganggu tingkat kesadaran.⁴

Dampak dari CKD dapat mempengaruhi aspek hidup seseorang, aspek biologis CKD berdampak pada seluruh bagian dari sistem tubuh, diantaranya retensi cairan yang menyebabkan pembengkakan di bagian lengan dan kaki (edema), hipertensi, dan edema paru, peningkatan kadar potasium dalam darah yang dapat merusak fungsi jantung dan mengakibatkan kematian, penyakit kardiovaskuler, kelemahan sistem muskuloskeletal, anemia, gangguan sistem reproduksi, gangguan kesuburan, kerusakan sistem saraf yang bahkan akhirnya dapat menyebabkan kejang, menurunnya respons imun sehingga rentan terhadap infeksi, perikarditis, dan komplikasi yang terburuknya yakni kerusakan permanen pada ginjal tersebut.³ Hasil penelitian Agussalim (2022) di dapatkan data CKD dengan hipertensi sebanyak 56,52% dan tidak mengalami komplikasi hipertensi sebanyak 43,48 %.⁵

Tahapan CKD dapat dilihat dari LFG yang ada pada pasien, di mulai dari laju LFG > 90 mL/menit pada stage 1 namun pasien belum merasakan gejala apapun hingga pada stage 4 dengan LFG 15-29 mL/menit pasien biasanya mulai mengalami penurunan berat GFR akibatnya terjadi komplikasi diantaranya hipertensi, anemia, malnutrisi, perubahan metabolisme tulang, edema, asidosis metabolik, hiperkalemia, kemungkinan uremia, azotemia, dan di stage 5 dengan LFG <15mL/menit ini sudah mengalami kerusakan fungsi ginjal akhir dengan komplikasi asotemia dan uremia. Sehingga pasien harus melakukan hemodialisis sebagai pengganti fungsi ginjal seumur hidupnya.⁶

Hemodialisis merupakan terapi yang menggunakan mesin yang dilengkapi membran penyaring semipermeabel (ginjal buatan) yang dijalankan oleh pasien CKD untuk mengganti sebagian fungsi ginjal, namun bukan memperbaiki kerusakan ginjal yang terjadi, pada CKD stage akhir kerusakan ginjal sudah permanen sehingga hemodialisis perlu dilakukan selama masa hidup pasien secara berkelanjutan. Pasien CKD menjalani proses hemodialisi

rata-rata 2 kali seminggu dan biasanya memerlukan waktu 3-4 jam per terapi, dan akan terus berlanjut seumur hidupnya sehingga akan berdampak pada kualitas hidupnya.⁷ Dampak psikologi yang dialami pasien CKD yaitu depresi dan kecemasan. Hasil penelitian dari Yuwono (2022) di RSH Yogya dampak dari segi fisik, didapatkan data sebanyak 47 orang (67,1%) , dampak pasien CKD dari segi psikologi terdapat data 50 orang (71,4%), segi social sebanyak 47 orang (67,1%), dari sisi lingkungan mayoritas sebanyak 36 orang (51,4%) dapat mengganggu kualitas hidup pasien.⁸

World Health Organization (WHO),2020 menyebutkan angka kejadian CKD di seluruh dunia mencapai 10% dari populasi,sementara itu pasien CKD yang menjalani Hemodialisa diperkirakan mencapai 1,5 juta orang di seluruh dunia, angka kejadiannya meningkat 8% setiap tahunnya.² Pada tahun 2023 didapatkan angka kejadian CKD di dunia mencapai 850 juta kasus.⁹ Biasanya pasien CKD yang menjalani hemodialisis disebabkan oleh azotemia, simptomatis berupa ensefalopati, perikarditis, uremia, hiperkalemia berat, kelebihan cairan yang tidak berespon dengan diuretik, asidosis yang tidak dapat diatasi, batu ginjal, dan sindrom hepatorenal.⁷ Hasil penelitian Aisara (2018) Di RSUP DR. M Djamil Padang, menyebutkan pasien CKD yang menjalankan Hemodialisis mengeluh oliguria (16,3%), mengalami edema perifer (53,8%), mual (12,5%), muntah (7,7%), kekurangan nafsu makan (7,7%), gatal-gatal (1%), kulit kering (2,9%).¹⁰

Prevalensi CKD di Asia yang dilaporkan sangat bervariasi di antara 16 negara negara dengan data, berkisar antara 7,0% di Korea Selatan menjadi 34,3% , di Singapura 7,8%, di Mongolia hingga 33,2%. CKD lanjut berkisar antara 0,1%, di Vietnam menjadi 17,0%. Perkiraan prevalensi CKD di 10 negara yang datanya tidak tersedia (total ukuran populasi penduduk berusia ≥ 20 tahun: 153,8 juta, 5,2% dari total populasi Asia: satu di Timur Asia (Korea Utara), tiga di Asia Selatan (Afghanistan, Bhutan dan Maladewa) dan enam di Asia Tenggara (Brunei, Kamboja, Laos, Myanmar, Filipina dan Timor-Leste). Diperkirakan 434,3 juta orang dewasa menderita CKD di wilayah Timur,

Selatan dan Asia Tenggara. Jumlah penderita CKD diperkirakan tertinggi di Tiongkok hingga 159,8 juta dan India hingga 140,2 juta, jumlah penderita CKD lanjut China meningkat menjadi 26,4 juta dan di Indonesia sendiri tercatat angka kejadian CKD sebanyak 15,42 juta.¹¹

Menurut SKI (2023) prevalensi CKD di Indonesia mencapai 638.178 orang yang mana berada pada usia >15 tahun, dengan paling banyak berada pada usia 25-34 tahun dengan jumlah 133.887 orang, keseluruhan jumlah data di dominasi dengan jenis kelamin laki-laki dengan jumlah 321.060 orang. Data terbanyak yang di dapatkan dalam SKI bahwa Jawa Barat menempati posisi pertama dengan jumlah penduduk yang menderita CKD sebanyak 20% dengan jumlah 114.619 orang, dilanjutkan dengan provinsi Jawa Timur sebanyak 16% dengan jumlah 98.738 orang, dan dilanjutkan provinsi Jawa Tengah 14% dengan jumlah 88.180 orang, sedangkan Sumatera Barat berjumlah 0,03% dengan jumlah 13.042 orang yang menempati urutan ke 11 Provinsi yang mengalami CKD.¹²

Dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien CKD dengan keluhan sesak nafas, badan lemas, mual muntah, gatal pada kulit perawat memiliki peran yang dilakukan dengan memberikan intervensi keperawatan mulai dari sebagai penyedia layanan kesehatan, membantu pasien mencapai tingkat kesejahteraan secara maksimal. Peran perawat pada pasien CKD dengan bisa memberikan intervensi keperawatan seperti melakukan monitoring tanda vital, pengukuran suhu dialisis 34-36 C, melakukan terapi relaksasi dan distraksi untuk mengurangi kecemasan pasien, dan beberapa edukasi seperti edukasi diet, *oral hygiene*, dan latihan *Range Of Motion* (ROM).¹³

Menurut penelitian yang dilakukan Humaira (2022) yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan CKD di Ruangan Interne Pria RSUP Dr M Djamil Padang” didapatkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien CKD yaitu hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan

hiperventilasi, dan nausea berhubungan dengan gangguan biokimia (uremia).¹⁴ Sementara menurut penelitian Syaifil (2023) yang berjudul Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan CKD di ruangan IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr M Djamil Padang masalah keperawatan yang muncul pada pasien CKD yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, dan resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan disfungsi ginjal.¹⁵

Rumah Sakit RSUP Dr M Djamil Padang merupakan salah satu rumah sakit rujukan terbesar di pulau Sumatera. Serta menjadi rumah sakit rujukan utama mengenai masalah CKD di Sumatera Tengah. Berdasarkan data dari rekam medik RSUP Dr M Djamil Padang, pada tanggal 16 Desember 2024 yang menampilkan hasil dari angka kejadian yang mengalami penyakit CKD dari tahun 2019-2023, tercatat pada tahun 2019 yaitu sebanyak 558 orang dan mengalami penurunan cukup tinggi menjadi 323 orang di tahun 2020, pada tahun 2021 kembali meningkat sebanyak 360 orang, tahun 2022 sebanyak 522 orang dan pada tahun 2023 terjadi peningkatan yang signifikan yakni menjadi 1.128 orang yang mengalami CKD dan lebih dari 50% pasien menjalani terapi hemodialisis.

Hasil observasi awal yang dilakukan langsung tanggal 2 Desember 2024 di ruangan Interne Pria Wing A RSUP Dr M Djamil Padang terdapat 4 orang pasien CKD stage 5 on HD, dengan rata-rata usia pasien yaitu di atas 50 tahun. Keluhan rata-rata merasa mual, sesak nafas, nafsu makan menurun dan badan lemas. Pasien melakukan HD sebanyak 2 kali dalam seminggu, salah satu pasien memiliki HB yang rendah yaitu 7,0 g/dL sehingga dilakukan transfusi PRC sebanyak 1 kantong. Hasil dokumentasi pada catatan keperawatan di ruangan, dilakukan manajemen cairan, kontrol sirkulasi dan di dapatkan rata-rata masalah keperawatan yang ditemukan yaitu pola nafas tidak efektif dan perfusi renal tidak efektif.

Berdasarkan uraian fenomena di atas maka peneliti telah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus CKD di ruangan IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr M. Djamil Padang tahun 2025.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus CKD di ruangan IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr M. Djamil Padang tahun 2025?.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian adalah mendeskripsikan Asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr M. Djamil Padang tahun 2025.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian pada pasien dengan kasus CKD di ruangan IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr M. Djamil Padang 2025.
- b. Mendeskripsikan rumusan diagnosis keperawatan pada pasien dengan kasus CKD di ruangan IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr M. Djamil Padang 2025.
- c. Mendeskripsikan rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus CKD di ruangan IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr M. Djamil Padang 2025.
- d. Mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien dengan kasus CKD di ruangan IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr M. Djamil Padang 2025.
- e. Mendeskripsikan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan kasus CKD di ruangan IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr M. Djamil Padang 2025.

D. Manfaat

1. Aplikasi

a) Peneliti

Dapat mengaplikasikan dan menambah wawasan ilmu pengetahuan serta kemampuan penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien CKD.

b) RSUP Dr M. Djamil Padang

Diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran dan masukan bagi direktur RSUP Dr M. Djamil Padang beserta petugas pelayanan keperawatan dalam meningkatkan kualitas penerapan asuhan keperawatan pada pasien CKD.

c) Institusi Kemenkes Poltekkes Padang

Diharapkan dapat dijadikan sebagai pengembangan ilmu mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Padang pada Pasien dengan CKD penelitian selanjutnya.

2. Bagi penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi penelitian berikutnya dan untuk menambah pengetahuan dan data dasar untuk penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD)

1. Definisi

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah kerusakan pada ginjal terutama pada struktur dan fungsi ginjal yang berlangsung lebih dari 3 bulan dan bersifat progresif dan irreversible dengan laju filtrasi glomerulus (LFG) <60ml/menit, sehingga tubuh akan mengalami kegagalan dalam sistem metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit yang akhirnya menyebabkan uremia.⁴

Muttaqin & Sari (2014) menjelaskan CKD merupakan kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit yang diakibatkan oleh destruksi struktur ginjal yang berlangsung progresif dengan tanda dan gejala adanya penumpukan sisa metabolik toksik uremik di dalam tubuh.¹⁶

Brunner & Suddarth (2019) menyebutkan CKD merupakan kerusakan ginjal yang terjadi secara bertahap akibat penyakit yang mendasari, yang mengakibatkan ginjal gagal mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit yang mengakibatkan terjadinya uremia, sehingga memerlukan terapi pengganti ginjal secara kontinyu apabila mencapai CKD tahap akhir atau *End Stage Renal Disease*.¹⁷

2. Etiologi

Berkurangnya fungsi ginjal yang terjadi secara progresif dan jarang memberikan gejala sehingga pasien mencari pelayanan kesehatan sudah pada kondisi yang parah, tetapi beberapa kondisi klinis dapat menyebabkan terjadinya CKD., Harmilah (2020) menjelaskan penyebab CKD :⁷

a. Penyakit dari ginjal

1) Penyakit pada saringan (glomerulus) glomerulus nefritis

Glomerulonefritis dapat disebabkan oleh beberapa penyakit seperti sindrom nefritis akut, nefrosklerosis, hipertensif, hiperlipidemia,

cedera tubulointerstisial kronis yang menyebabkan kerusakan pada glomerulus akibatnya ukuran ginjal berkurang paling tidak seperlima dari ukuran normal, kerusakan glomerulus yang sudah parah menyebabkan terjadinya CKD.¹⁷

2) Infeksi saluran kemih

Terjadinya infeksi pada saluran urine yang spesifik dimulai dari uretra atau kandung kemih bisa menjalar dan menyebabkan kerusakan fungsi ginjal.

3) Batu ginjal (nephrolithiasis)

Batu ginjal merupakan gumpalan berbentuk kristal yang bisa terdapat diberbagai bagian ginjal ataupun saluran kemih, terjadi akibat adanya endapan di dalam ginjal, selain menyebabkan kanker ginjal, batu ginjal dapat menyebabkan CKD.

4) Kista di ginjal (polcytis kidney)

Kista pada ginjal merupakan benjolan kecil yang berisi cairan dan biasanya gejala akan dirasakan saat sudah dewasa, pembesaran kista ginjal dapat menyebabkan gangguan pada fungsi ginjal dan akhirnya menyebabkan gagal ginjal.

5) Trauma langsung pada ginjal

Trauma pada ginjal dapat menyebabkan pendarahan yang dapat menyebabkan syok hemoragic. Kebanyakan pada trauma ginjal memiliki gejala kencing darah atau kencing kemerahan yang akan menyebabkan terjadinya CKD.

6) Keganasan pada ginjal

b. Penyakit umum di luar ginjal

1) Penyakit sistemik seperti diabetes melitus, hipertensi, kolesterol tinggi

a) Diabetes melitus

Ini penyebab paling banyak pasien CKD, penyakit diabetes yang tidak terkendali dan berlangsung lama akan menimbulkan mikroalbuminuria atau adanya protein dalam

urine (proteinuria) akibatnya GFR pada ginjal akan mengalami penurunan.¹⁸

b) Hipertensi

Hipertensi merupakan penyebab tertinggi kedua terjadinya CKD dan menjadi salah satu komplikasi yang terjadi pada pasien CKD. Tekanan darah yang tinggi menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah di ginjal sehingga ginjal tidak dapat melakukan tugasnya sebagai filtrasi dan pembuangan urine di dalam tubuh.¹⁹

2) *Dyslipidemia*

Merupakan kelainan pada metabolisme lipid dengan peningkatan atau penurunan kadar fraksi lipid dalam plasma. Kadar HDL yang rendah dan trigliserida yang tinggi inilah yang menyebabkan CKD. Selain itu, *Dyslipidemia* pada pasien CKD dipengaruhi oleh tingkat kerusakan ginjal dan laju filtrasi glomerulus.²⁰

3) *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*

Merupakan penyakit imun yang melibatkan ginjal sebagai salah satu manifestasi SLE yang paling serius, CKD akibat penyakit imun ini dapat dilihat adanya hematuria, proteinuria menetap >5 gram/hari, silinderuria, dan sindrom nefrotik.²¹

4) Infeksi di badan seperti TBC paru, sifilis, malaria, hepatitis

5) Preeklamsia pada ibu hamil

Adanya protein didalam urine pada ibu hamil merupakan tanda preeklamsia yang akan merusak fungsi ginjal yang biasanya berkaitan dengan kebocoran glomerus.²²

6) Obat-obatan

Konsumsi obat-obatan dalam jangka waktu yang lama memicu terjadinya CKD yang diakibatkan oleh rusaknya nefron pada ginjal, vasokonstriksi renal, menurunnya aliran darah ke ginjal terutama pada penggunaan obat analgetik dan OAINS.²³

3. Klasifikasi

Klasifikasi CKD dibagi menjadi 5 tahapan, yang dilihat dari laju filtrasi glomerulusnya (LFG) dari stage yang pertama hingga stage akhir, diantaranya :⁶

- a. Stage 1 dengan LFG > 90 mL/menit, kerusakan ginjal dengan GFR yang normal atau meningkat asimtomik: BUN dan kreatinin normal
- b. Stage 2 dengan LFG 60-89 mL/menit, penurunan ringan GFR kemungkinan menyebabkan hipertensi, namun pemeriksaan darah biasanya masih dalam batas normal
- c. Stage 3 dengan LFG 30-59 mL/menit, penurunan sedang GFR mengakibatkan hipertensi, anemia dan kelelahan, anoreksia kemungkinan malnutrisi, nyeri pada tulangm terjadi kenaikan ringan BUN dan kreatinin serum
- d. Stage 4 dengan LFG 15-29 mL/menit, terjadi penurunan berat GFR akibatnya terjadi komplikasi diantaranya hipertensi, anemia, malnutrisi, perubahan metabolisme tulang, edema, asidosis metabolik, hiperkalemia, kemungkinan uremia, azotemia
- e. Stage 5 atau *End Stage Renal Disease* dengan LFG <15mL/menit ini merupakan kerusakan ginjal stadium akhir dengan komplikasi asotemia dan uremia. Penurunan fungsi ginjal yang sangat berat ini memerlukan terapi pengganti ginjal secara permanen.

4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala klinis pasien CKD karena adanya gangguan yang bersifat sistemik. Fungsi ginjal sebagai organ yang berperan dalam kolaborasi sistem sirkulasi memiliki fungsi yang banyak sehingga kerusakan kronis akan mengakibatkan gangguan pada keseimbangan sirkulasi dan vasomotor.²⁴

Purwanto (2016) menjelaskan tanda dan gejala pasien CKD yaitu :²⁵

- a) Gangguan Kardiovaskuler : terjadinya tekanan darah yang tinggi, adanya edema periorbital dan perifer, pembesaran vena jugularis, dan terdengarnya suara Friction Rub Perikardial.

- b) Gangguan Pulmonal : terdengar suara Crackle, nafas tampak pendek, terjadi pernafasan Kusmaul, adanya sekret yang kental
- c) Gangguan Gastrointestinal : pasien CKD akan mengalami anoreksia, mual dan muntah, pendarahan di saluran pencernaan, konstipasi/diare, nafas berbau amonia, pendarahan pada mulut
- d) Gangguan Muskuloskeletal : terjadinya kram otot, adanya yang kehilangan kekuatan otot, fraktur tulang, dan terjadi foot drop
- e) Gangguan Integumen : warna kulit tampak berwarna abu-abu, kering dan bersisik, adanya pruritus, ekimosis, kuku tipis dan rapuh, rambut tampak tipis
- f) Gangguan Reproduksi : amenore, atrofi testis.

5. Patofisiologi

Patofisiologi CKD dimulai dari fase awal gangguan, keseimbangan cairan, penanganan segera, dan penimbunan zat-zat sisa masih bervariasi dan bergantung pada bagian ginjal yang sakit. Sampai fungsi ginjal fungsi ginjal menurun secara drastis yang berasal dari nefron. Insufisiensi dari ginjal tersebut sekitar 20% sampai 50% dalam hal *Glomerular Filtration Rate* (GFR).

Hampir 1 juta unit nefron ada pada setiap ginjal yang menyumbang kepada jumlah akhir laju filtrasi glomerulus (LFG). Mekanisme kompensasi kerja yaitu hipertrofi pada nefron yang masih berfungsi. Mekanisme yang menyumbang mengamb mempertahankan mengatasi kondisi ini dengan meneruskan fungsi mensekresi bahan buangan seperti urea dan kreatinin sehingga bahan tersebut meningkat dalam plasma darah hanya setelah LFG menurun dari yang normal.

Pada penurunan fungsi rata-rata 50%, biasanya muncul tanda dan gejala azotemia sedang, poliuri, nokturia, hipertensi dan sesekali terjadi anemia. Selain itu, selama terjadi kegagalan fungsi ginjal maka keseimbangan cairan dan elektrolit pun terganggu. Pada hakikatnya tanda dan gejala CKD hampir

sama dengan gagal ginjal akut, namun waktunya saja yang membedakan. Perjalanan dari CKD membawa dampak yang sistemik terhadap seluruh sistem tubuh dan sering mengakibatkan komplikasi. Manifestasi klinis gagal yang sehat mengambil alih fungsi nefron yang rusak. Nefron yang tersisa meningkatkan kecepatan filtrasi, reabsorpsi, dan sekresinya, serta mengalami hipertrofi. Sisa penanganan bervariasi dan seiring dengan makin banyaknya nefron yang mati, maka nefron yang tersisa menghadapi tugas yang semakin banyak sehingga nefron-nefron tersebut ikut rusak dan akhirnya mati. Sebagian dari siklus kematian ini tampaknya berkaitan dengan tuntutan pada nefron yang ada untuk meningkatkan reabsorpsi protein.

Pada saat penyusutan progresif nefron, terjadi pembentukan jaringan parut dan aliran darah ginjal akan berkurang. Pelepasan renin akan meningkat bersama dengan kelebihan beban cairan sehingga dapat menyebabkan hipertensi. Hipertensi akan memperburuk kondisi gagal ginjal, dengan tujuan agar terjadi peningkatan filtrasi protein-protein plasma. Kondisi akan bertambah buruk dengan semakin banyak terbentuk jaringan parut sebagai respons dari kerusakan nefron dan secara progresif fungsi ginjal menurun drastis dengan manifestasi penumpukan metabolit yang seharusnya dikeluarkan dari sirkulasi sehingga akan terjadi sindrom uremia berat yang memberikan banyak manifestasi pada setiap organ tubuh.

Pasien CKD selalu berkaitan dengan penurunan stadium-stadium yang didasarkan pada tingkat GFR yang tersisa dan meliputi penurunan cadangan ginjal, yang terjadi apabila GFR turun 50% dari normal, insufisiensi ginjal, yang terjadi jika GFR turun menjadi 20-35% dari normal. Nefron-nefron yang tersisa sangat rentan mengalami kerusakan sendiri karena beratnya beban yang diterima, CKD yang terjadi apabila GFR kurang dari 20% normal akibatnya semakin banyak nefron yang mati, CKD terminal terjadi apabila GFR kurang dari 5% dari normal, hanya sedikit nefron fungsional

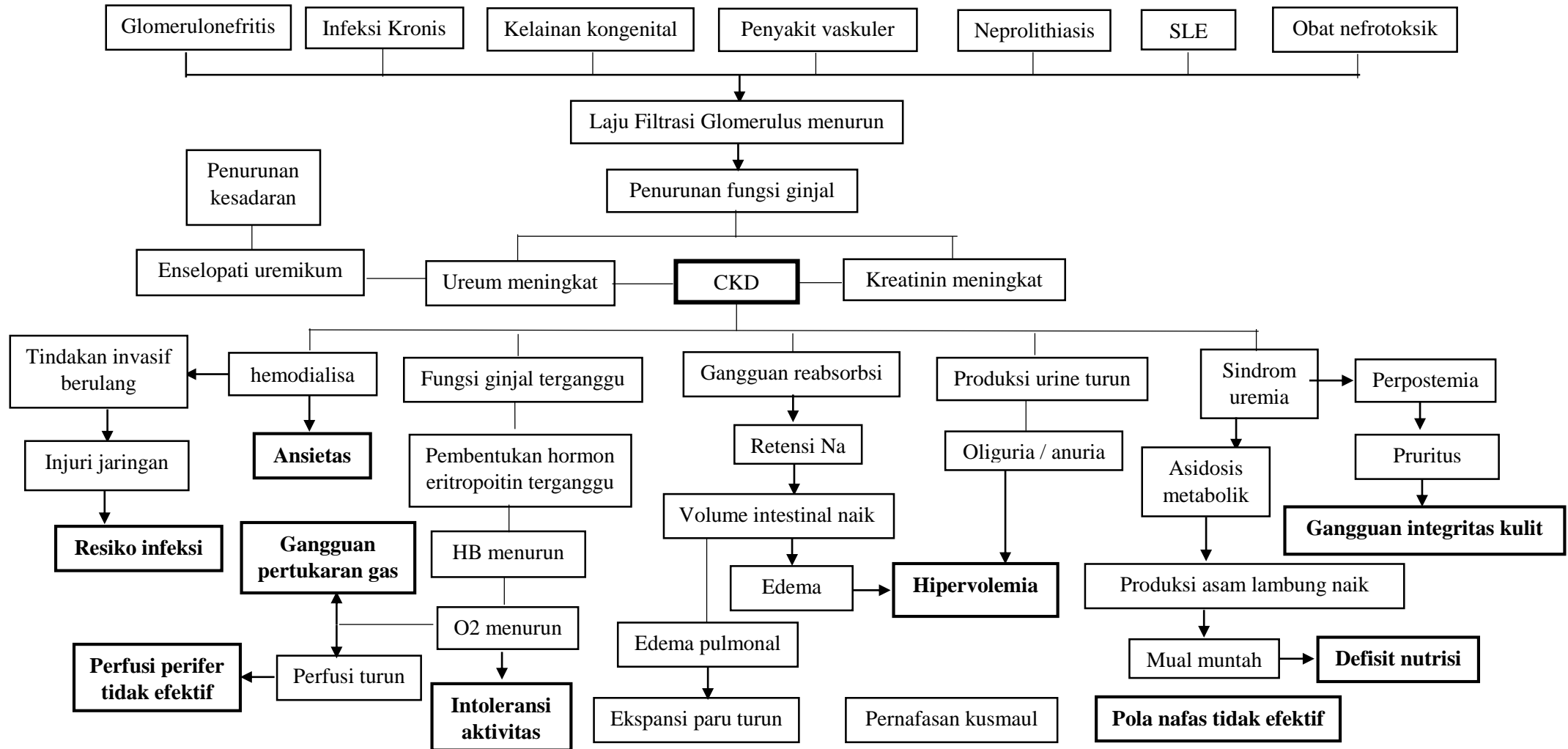
yang tersisa. Pada seluruh ginjal ditemukan jaringan parut dan atrofi tubulus.⁷

Pada CKD fungsi ginjal akan semakin menurun sehingga produk akhir metabolisme protein yang normal diekresi melalui urine tertimbun dalam darah, sehingga menyebabkan uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh penderita. Hal ini menimbulkan gangguan metabolisme protein didalam usus yang menyebabkan anoreksia, nausea, dan muntah sehingga terjadi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Peningkatan ureum dan kreatinin yang sampai ke otak bisa mempengaruhi fungsi kerja, gangguan pada saraf, terutama neurosensori, BUN meningkat.

Pasien dengan CKD tahap akhir urin tidak dapat dikonsentrasikan dan diencerkan secara normal sehingga terjadi ketidakseimbangan cairan elektrolit. Cairan dan natrium yang tertahan akan meningkatkan resiko terjadinya gagal jantung kongestif, pasien akan sesak dan akibatnya terjadi ketidakseimbangan asupan oksigen dengan kebutuhan tubuh, juga menyebabkan edema dan ascites, volume cairan dalam tubuh meningkat.

Penurunan fungsi ginjal juga menyebabkan terjadinya asidosis metabolik sehingga asam (H^+) dalam tubuh meningkat, terjadi penurunan produksi hormon eritropoetin yang mengakibatkan anemia.²⁶

6. WOC



Sumber : Prabowo & Pranata, 2014 ; SDKI 2019

7. Komplikasi

Kardiyudiani & Susanti (2019) menjelaskan komplikasi CKD yaitu :³

- a. Retensi cairan, yang akan menyebabkan terjadinya pembengkakan di lengan dan kaki, hipertensi, atau adanya cairan di paru-paru (edema paru)
- b. Peningkatan kadar potasium dalam darah (hiperkalemia) secara tiba tiba yang dapat merusak kemampuan jantung untuk berfungsi dan mengancam jiwa
- c. Komplikasi pada penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler) karena ginjal sebagai kontrol sirkulasi sistemik sehingga berdampak secara sistemik berupa hipertensi, kelainan lipid, intoleransi glukosa dan kelainan hemodinamik.
- d. Terjadi kelemahan tulang dan risiko terjadinya patah tulang meningkat
- e. Kekurangan darah (anemia)
- f. Terjadinya gangguan pada sistem reproduksi yaitu dorongan seksual yang menurun, disfungsi ereksi, atau kurang subur
- g. Kerusakan sistem saraf pusat yang dapat mengakibatkan kesulitan untuk berkonsentrasi, perubahan kepribadian atau bisa kejang
- h. Menurunnya respon imun yang menyebabkan rentannya terkena infeksi
- i. Perikarditis dimana terjadi peradangan selaput yang melindungi jantung (perikardium)
- j. Komplikasi kehamilan pada ibu hamil yang akan beresiko pada ibu dan janin yang sedang berkembang
- k. Kerusakan pada ginjal secara permanen (CKD stage terakhir) yang akhirnya membutuhkan transplantasi ginjal atau tindakan dialisis untuk bertahan.

8. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan diagnostik

- 1) Pemeriksaan darah lengkap : ³
 - a) Ht naik artinya terjadi dehidrasi berat dan syok, Ht turun artinya adanya pendarahan akut dan rekasi hemolitik
 - b) Hb naik menandakan adanya hemokonsentrasi, dan jika hb turun menandakan adanya anemia dan pendarahan yang hebat biasanya kurang dari 7-8 gr/dl.
- 2) Pemeriksaan serum elektrolit sodium, potasium, klorida dan ion bikarbonat.
- 3) Pemeriksaan pH dan berat jenis urine. Berat jenis di ukur untuk menilai kemampuan ginjal dalam mengatur konsentrasi urine jika , 1010 berarti menunjukkan kerusakan ginjal berat
- 4) Analisis gas darah (AGD) biasanya untuk mengetahui kekuatan oksigenasi ventilasi serta asam basa dari pasien CKD biasanya meliputi pemeriksaan pH, PO₂, HCO₂, PCO₂, dan SPO₂.

b. Gambaran Pemeriksaan radiologi :⁷

- 1) Foto polos abdomen : bisa tampak batu radio-opak
- 2) Pielografi antegrad atau retrograd dilakukan sesuai indikasi
- 3) Ultrasonogram ginjal : bisa memperlihatkan ukuran ginjal yang mengecil, korteks yang tipis, adanya batu ginjal (hidronefrosis) atau tidak, kista, massa
- 4) Pemeriksaan pemindaian ginjal (renografi) bila ada indikasi.

c. Biopsi dan pemeriksaan histopatologi ginjal

Dilakukan pada pasien dengan ginjal yang masih mendekati normal karena diagnosis secara noninvasif tidak dapat ditegakkan. Histopatologi bertujuan untuk mengetahui penyebab, menerapkan terapi, prognosis dan evaluasi hasil yang dilakukan. Biopsi tidak dilakukan pada ginjal yang kecil, polikistik, hipertensi yang tidak terkontrol, infeksi perinefrik, pembekuan darah yang abnormal, gangguan pernafasan, dan berat badan berlebih.

9. Penatalaksanaan

a. Nonfarmakologis (nutrisi)

- 1) Pengaturan protein
 - a) Nondialisis 0,6-0,7 gr/kg BB ideal/hari (sesuai dengan toleransi pasien/CCT)
 - b) Hemodialisis 1-1,2 gr/kg BB ideal/hari
 - c) Peritonel dialisis 1,3 gr/kg BB ideal/hari
- 2) Diet yang diberikan untuk pasien CKD yaitu Rendah Protein Rendah Fosfor.
- 3) Pengaturan kalori 35 kal/kg BB ideal/hari
- 4) Pengaturan lemak 30-40% dari kalori total, dengan jumlah asam lemak jenuh dan tidak jenuh sama
- 5) Pengaturan karbohidrat : 50-60% dari kalori total
- 6) Garam (NaCL) 2-3 gr/hari
- 7) Kalium 40-70 mEq/kg BB ideal/hari
- 8) Fosfor 5-10 mg/kg BB/hari, pasien CKD dengan HD 17 mg/kg BB ideal/hari
- 9) Kalsium : 1400-1600 mg/hari
- 10) Besi 10-18 mg/hari
- 11) Magnesium 200-300 mg/hari
- 12) Asam folat pasien CKD dengan HD 5 mg
- 13) Air minum : jumlah urine 24 jam+500 ml(IWL). Pada CAPD air disesuaikan dengan jumlah dialisat keluaranya.

b. Farmakologis

- 1) Kontrol tekanan darah
- 2) Penghambat Antagonis Reseptor Angiotensin II (EKA) kemudian evaluasi kreatinin dan kalium serum jika terjadi peningkatan >35% harus dihentikan
- 3) Penghambat kalsium
- 4) Diuretik
- 5) Jika ada Diabetes Melitus lakukan kontrol gula darah, hindari pemakaian obat sulfoniluria atau metroformin dalam jangka

panjang. Target HbA1C pada DM Tipe 1 yaitu 0,2 di atas normal tertinggi, dan 6% untuk DM tipe 2

- 6) Koreksi anemia dengan capaian Hb 10-12gr/dl
 - 7) Kontrol hiperfosfatemia : kalsium karbonat atau kalsium asetat
 - 8) Kontrol renal osteodistrofi : kalsitrol
 - 9) Koreksi asidosis metabolik, HCO_3^- nya 20-22 mEq/L
 - 10) Koreksi hiperkalemia
 - 11) Kontrol dislipidemia dengan LDL < 100 mg/dl
- c. Tatalaksanaan ginjal pengganti : dialisis, transplantasi ginjal.⁷

1) Hemodialisis

Hemodialisis merupakan salah satu tatalaksana yang bisa dilakukan oleh pasien CKD dengan menggunakan bantuan mesin yang dilengkapi dengan membran penyaring semipermeabel (ginjal buatan), biasanya oleh pasien CKD akibat azotemia, simptomatis berupa ensefalopati, perikarditis, uremia, hiperkalemia berat, dan kelebihan cairan yang tidak responsif dengan diuretik, batu ginjal, dan sindrom hepatorenal. Hemodialisis bertujuan untuk menghilangkan hasil akhir metabolisme protein seperti ureum dan kreatinin dalam darah, mengoreksi asidosis dan menambah kadar bikarbonat darah, menghilangkan kelebihan cairan . Pada pasien CKD stage akhir akan menjalani hemodialisis seumur hidupnya, karena sudah mengalami kerusakan ginjal yang permanen. Lama waktu melakukan hemodialisis biasanya dilakukan 4- 5 jam dengan frekuensi 2 kali seminggu, dan ada juga yang 3-5 jam dengan frekuensi 3 kali seminggu. Hemodialisis berfungsi untuk menggantikan fungsi ginjal dalam menyaring dan mengeluarkan urine yang seharusnya dikeluarkan.⁷

2) Transplantasi ginjal

Transplantasi ginjal merupakan suatu teknik pengangkatan organ atau jaringan lalu di implantasikan melalui proses pembedahan, proses pemindahan ginjal biasanya dari individu yang masih hidup atau individu yang sudah meninggal, dengan dilakukan pencocokan

terlebih dahulu terhadap ginjal pendonor dengan yang menerima donor. Dengan indikasi tidak mengidap penyakit berat, maupun menular, usia yang cukup dan mau melakukan pemeriksaan rutin pasca transplantasi ginjal.²⁷

B. Konsep Asuhan Keperawatan *Chronic Kidney Disease* (CKD)

1. Pengkajian Keperawatan

Proses pengkajian yang dilakukan pada pasien CKD lebih di kuatkan pada support system guna mempertahankan keseimbangan di dalam tubuh (*hemodynamically process*). Kegagalan fungsi ginjal menyebabkan tubuh berupaya untuk melakukan kompensasi selagi dalam batas kewajaran. Namun jika terus berlanjut akan menimbulkan gejala klinis pada gangguan sistem tersebut.⁷

a. Biodata

Tidak ada spesifikasi khusus pada pasien CKD sehingga semua golongan usia bisa mengalami CKD. Laki laki memiliki resiko yang lebih tinggi untuk mengalami CKD karena terkait dengan pekerjaan dan pola hidup sehat. CKD tidak dapat berdiri sendiri karena lanjutan dari gagal ginjal kronik dan bersifat irreversibel.

b. Keluhan Utama

Keluhan yang dialami pasien CKD sangat bervariasi, terlebih jika memiliki penyakit lain yang menyertai. Keluhan yang di alami biasanya berupa urine output yang menurun (oliguria) hingga akhirnya anuria, penurunan kesadaran akibat komplikasi pada sistem sirkulasi ventilasi, anoreksia, mual muntah, diaforesis, fatigue, nafas yang berbau urea, dan gatal pada kulit (prutitus). Keluhan yang terjadi ini di picu oleh akumulasi dari zat sisa metabolisme dalam tubuh karena terjadinya krgagalan filtrasi pada ginjal.⁷

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Terjadi penurunan output urine pada pasien CKD, proses metabolisme yang terganggu menyebabkan anoreksia, mual dan muntah sehingga beresiko mengalami gangguan nutrisi, pola nafas yang berubah akibat

gangguan sistem ventilasi, kelelahan, perubahan kondisi kulit, bau urea pada nafas, penurunan kesadaran.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Di perlukan informasi penyakit yang di alami terdahulu sebelum akhirnya mengalami CKD dimulai dari adanya gagal ginjal akut, riwayat Infeksi Saluran Kemih (ISK), gagal jantung, dan riwayat penggunaan obat yang berlebihan terlebih yang obat yang bersifat nefrotosik, BPH dan lainnya yang mampu mempengaruhi kerja ginjal. Komplikasi penyakit bisa menjadi penyebab CKD seperti diabetes melitus, hipertensi, batu saluran kemih.

Riwayat Pola hidup pasien sebelum mengalami CKD juga sangat mempengaruhi, seperti merokok, minum dan makanan siap saji, minum alkohol, jarang minum air putih, sering menahan buang air kecil.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Beberapa penyakit yang menjadi penyebab CKD seperti Diabetes Melitus dan hipertensi yang bersifat hereditas menjadi perhatian terjadinya CKD.

f. Riwayat Psikososial

Psikologi pada pasien CKD biasanya terganggu akibat perubahan struktur tubuh dan menjalankan proses dialisis, sehingga pasien akan mengalami isolasi diri. Kecemasan akan biaya yang dikeluarkan selama pengobatan yang dijalani juga menjadi penyebab psikologi pasien terganggu.

g. Riwayat Spiritual

Pada pasien CKD biasanya malas melaksanakan ibadahnya akibat depresi, terlebih pada pasien CKD dengan komplikasi.

h. Activity Daily Living

1) Pola nutrisi

a) Pola Makan

Sebelum mengalami CKD pasien memiliki pola makan normal. Saat sakit pola makan terganggu karena terjadinya anoreksia, nyeri ulu hati, mual muntah, dan rasa tidak sedap di mulut.²⁸

b) Pola Minum

Pola minum saat sehat umumnya minum dengan takaran kurang lebih 1-1,5 liter/hari. Dengan perhitungan jumlah urine 24 jam+500 ml(IWL). Pada CAPD air disesuaikan dengan jumlah dialisat keluarnya.

2) Pola eliminasi

a) Buang air Besar (BAB)

Pada kondisi sehat pasien biasanya BAB 1 kali sehari, saat sakit biasanya pasien dengan CKD ada yang mengalami diare, konstipasi, dan kembung pada perut.²⁸

b) Buang Air Kecil (BAK)

Biasanya pasien dengan CKD terjadi penurunan output urine < 400 ml/ hari bahkan bisa sampai tidak adanya output urine yang keluar (anuria), terjadi perubahan warna urine menjadi pekat, merah, coklat dan berawan.²⁴ Menghitung balance cairan dengan cairan masuk – cairan keluar.

3) Pola Aktivitas dan Latihan

a) Pola Istirahat dan Tidur

Pada kondisi sehat pasien biasanya tidur 7-8 jam/ hari, saat kondisi sakit pasien akan merasakan terjadinya gejala kelelahan dan malaise, gangguan pola tidur (insomnia/gelisah atau somnolen).

b) Pola Hubungan dan Peran

Pasien CKD biasanya mulai sulit menyesuaikan kondisinya seperti sudah tak mampu bekerja, fungsi dan peran dalam keluarga terganggu akibat perasaan tak berdaya.

c) Pola Seksual dan Reproduksi

Pasien CKD akan mengalami penurunan pada sistem seksual dan reproduksinya seperti penurunan libido, amenore, dan kesulitan hamil (infertilitas).²⁸

i. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan Umum dan TTV

Keadaan umum pasien dengan CKD biasanya terlihat lemah, kesadaran konfusi, dan juga mengalami disorientasi. Pada TTV di dapatkan perubahan pernafasan yang meningkat, dan perubahan tekanan darah yang menjadi tinggi.⁷

2) Sistem Pulmonar

Pernafasan pada pasien CKD biasanya cepat (tachypneu) dan dalam (kussmaul), terdapat sputum yang kental, nafas berbau Urea, jika adanya penumpukan cairan di paru (edema) maka akan terdengar bunyi Crackle.

3) Sistem Kardiovaskuler

Biasanya pada pasien CKD ditemukan tekanan darah tinggi, edema periorbital maupun perifer. CRT > 3 detik, nyeri dada, gangguan irama jantung (aritmia), dan kardiomyopati.

4) Sistem Persyarafan

Bila terjadi penumpukan zat toksik pasien CKD akan mengalami penurunan kesadaran dan disorientasi.⁷ Biasanya pasien juga didapatkan terjadi kejang, kram otot, penglihatan kabur, terasa kebas dan terbakar di telapak kaki (neuropati perifer), dan juga sindrom kaki.²⁸

5) Sistem Perkemihan

Pada pasien CKD biasanya terjadi kegagalan fungsi ginjal yang ditandai dengan penurunan output urine < 400 ml/ hari bahkan bisa sampai tidak adanya uotput urine yang keluar (anuria), biasanya berwarna kecokelatan.²⁶

6) Sistem Pencernaan

Pasien dengan CKD biasanya mengalami anoreksia, mual muntah, pernafasan amoniam dan biasanya juga mengkonsumsi obat diuretik. Hingga akhirnya menyebabkan penurunan berat badan akibat penurunan nutrisi dari kebutuhan.²⁸

7) Sistem Intergument

Ditemukan pada pasien warna kulit gelap, bersisik, gatal, adanya petekie, hipotermi akibat depresi respon imun, pruritus demam,

adanya ekimosis pada kulit, kram otot, sakit kepala juga rambut menjadi tipis, dan kuku rapuh.²⁸

j. Pemeriksaan fisik *head To Toe*

1) Kepala

Biasanya pada pasien CKD rambut tampak tipis, juga mengeluh sakit kepala

2) Mata

Pada bagian mata mengalami penglihatan yang kabur, konjungtiva anemis

3) Hidung

Pasien CKD ditemukan dengan peningkatan frekuensi dan dalam pada pernafasan (pernafasan kusmaul)

4) Bibir, gigi, dan mulut

Biasanya akan ditemukan adanya ulserasi gusi, mulut kering dan pucat, pendarahan pada gusi/lidah.

5) Leher

Biasanya pasien CKD mengalami pembesaran vena jugularis,⁷

6) Thorax

a) Paru

Inspeksi : pasien CKD tampak memiliki pernafasan yang cepat dan dalam (pernafasan kusmaul), terdapat juga sekret yang kental. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, peradangan, dan ekspansi dada simetris. Perkusi : biasanya terdengar sonor. Auskultasi : jika adanya edema paru maka akan terdenga bunyi Crackle.⁷

b) Jantung

Inspeksi : biasanya tampak sismetris . Palpasi iktus cordis teraba di ics 4 atau 5, jika tekanan darah tinggi biasanya megalami nyeri dada. Perkusi : terdengar redup. Auskultasi : jika adanya efusi pleura maka akan terdengar *friction rub* perikardial.⁷

7) Abdomen

Biasanya pasien CKD merasakan nyeri ulu hati, penumpukan cairan, distensi abdomen, nyeri pada panggul, terdengar bunyi pekak pada abdomen.²⁸

8) Ekstermitas

Biasanya pasien CKD merasakan kram otot, kelemahan otot, penurunan rentan gerak, edema pada ekstermitas atas dan bawah, CRT >3 detik, kebas dan kesemutan terutama pada ekstermitas bawah (neuropati perifer), sindrom kaki, dan terasa terbakar pada telapak kaki.

k. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan diagnostik

a) Urine

- (1) Volume : biasanya 400 ml/ 24 jam atau tidak ada sama sekali (anuria)
- (2) Warna : keruh, kemungkinan disebabkan oleh pus, bakteri, lemak, fosfat, sedangkan jika berwarna kecokelatan adanya darah, hb myoglobin, protein
- (3) Berat jenis : kurang dari 1,010 artinya ada kerusakan ginjal berat
- (4) Osmolalitas : kurang dari 350 mOsm/kg artinya ada kerusakan tubulus ginjal dan rasio urin sering 1:1
- (5) Klirens kreatinin : mungkin agak menurun
- (6) Natrium : lebih besar dari 40 mEq/L artinya ginjal tidak mampu mereabsorpsi natrium
- (7) Protein : proteinuria (3-4+), bila ada SDM dan fragmen menunjukkan kerusakan glomerulus

b) Darah

- (1) Kreatinin / BUN : meningkat, diduga kreatinin tahap akhir yaitu 10 mg/dl
- (2) Hematokrit : anemia (menurun) jika kurang dari 7-8 gr/dl
- (3) Sel darah merah : menurun (defisiensi eritropoitin)

- (4) Analisis Gas Darah : pH kurang dari 7,2, HCO₃ kurang dari 22 mEq/L (asidosis metabolik)
- (5) Natrium serum : meningkat
- (6) Kalium : meningkat
- (7) Magnesium : meningkat
- (8) Kalsium : menurun
- (9) Albumin : menurun
- c) Osmolalitas serum : > 285 mOsm/kg
- d) Pelogram retrograd : pelvis ginjal dan ureter abnormal
- e) Ultrasonor ginjal : ukuran ginjal, massa, kista, obstruksi pada saluran perkemihan bagian atas
- f) Endoskopi ginjal, nefroskopi : menentukan pelvis ginjal, batu ginjal, hematuria, dan pengangkatan tumor
- g) Arteriogram ginjal : mengkaji sirkulasi ginjal dan identifikasi ekstrasvaskuler, massa
- h) EKG : ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa.²⁶

l. Penatalaksanaan

1) Medis

Biasanya dilakukan dengan tindakan untuk membantu mengontrol tanda dan gejala, mengurangi komplikasi, dan memperlambat perkembangan penyakit, hingga melakukan perawatan (Kardiyudiani, 2019).

2) Nonfarmakologis (nutrisi)

a) Pengaturan protein

- (1) Nondialisis 0,6-0,7 gr/kg BB ideal/hari (sesuai dengan toleransi pasien/CCT)
- (2) Hemodialisis 1-1,2 gr/kg BB ideal/hari
- (3) Peritonel dialisis 1,3 gr/kg BB ideal/hari

b) Pengaturan kalori 35 kal/kg BB ideal/hari

c) Pengaturan lemak 30-40% dari kalori total, dengan jumlah asam lemak jenuh dan tidak jenuh sama

d) Pengaturan karbohidrat : 50-60% dari kalori total

- e) Garam (NaCL) 2-3 gr/hari
 - f) Kalium 40-70 mEq/kg BB ideal/hari
 - g) Fosfor 5-10 mg/kg BB/hari, pasien CKD dengan HD 17 mg/kg BB ideal/hari
 - h) Kalsium : 1400-1600 mg/hari
 - i) Besi 10-18 mg/hari
 - j) Magnesium 200-300 mg/hari
 - k) Asam folat pasien CKD dengan HD 5 mg
 - l) Air minum : jumlah urine 24 jam+500 ml(IWL). Pada CAPD air disesuaikan dengan jumlah dialisat keluaranya.
- 3) Farmakologis
- a) Kontrol tekanan darah
 - b) Penghambat Antagonis Reseptor Angiotensin II (EKA) kemudian evaluasi kreatinin dan kalium serum jika terjadi peningkatan >35% harus dihentikan
 - c) Penghambat kalsium
 - d) Diuretik

Membantu menghasilkan peningkatan aliran urine dengan menghambat reabsorpsi natrium dan air dari tubulus ginjal, juga memiliki efek antihipertensi. Obat diuretik diantaranya Indapamide, Hydrochlorothiazide, Furosemide, Amiloride, Eplerenone, Spironolactone, Acetazolamide, Mannitol.
 - e) Jika ada Diabetes Melitus lakukan kontrol gula darah, hindari pemakaian obat sulfoniluria atau metroformin dalam jangka panjang. Target HbA1C pada DM Tipe 1 yaitu 0,2 di atas normal tertinggi, dan 6% untuk DM tipe 2
 - f) Koreksi anemia dengan capaian Hb 10-12gr/dl
 - g) Kontrol hiperfosfatemia : kalsium karbonat atau kalsium asetat
 - h) Kontrol renal osteodistrofi : kalsitrol
 - i) Koreksi asidosis metabolik, HCO_3^- nya 20-22 mEq/L
 - j) Koreksi hiperkalemia
 - k) Kontrol dislipidemia dengan LDL < 100 mg/dl

4) Tatalaksanaan ginjal pengganti : transplatasi ginjal,⁷

5) Penatalaksanaan Keperawatan

- a) Beri dukungan nutrisi, dengan melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk memberikan menu makanan yang sesuai dengan anjuran diet.
- b) Pantau adanya hiperkalemia, dengan memantau adanya kejang/kram pada lengan dan abdomen, dan juga bisa dipantau dengan hasil ECG
- c) Kaji status hidrasi, dengan melakukan pemantauan pada vena jugularis ada/ tidaknya distensi, keringat berlebihan pada aksila, hipertensi.lidah yang kering, dan edema perifer.
- d) Kontrol tekanan darah, dengan melakukan pemeriksaan tanda tanda vital ruitn dan memberikan obat antihipertensi jika diperlukan
- e) Pantau ada/tidaknya komplikasi pada tulang dan sendi.²⁴

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2017) masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien CKD yaitu :²⁹

- a. Hipervolemia berhubungan dengan penurunan kemampuan ginjal untuk mengeluarkan cairan dan natrium (D.0022)
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan (D.0005)
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi (D.0003).
- d. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan kosentrasi hemoglobin, dan peningkatan tekanan darah (D.0009).
- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakseimbangan metabolisme tubuh (D.0019).
- f. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur infasif (D.0142)
- g. Ganguan integritas kulit berhubungan dengan peningkatan uremia (D.0129).

h. Ansietas berhubungan dengan proses hemodialisa (D. 0080)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnose keperawatan	SLKI	SIKI
1	<p>Hipervolemia berhubungan dengan penurunan kemampuan ginjal untuk mengeluarkan cairan dan natrium (D.0022).</p> <p>Gejala dan tanda mayor: Subjektif ;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ortopnea 2. Dispnea 3. Paroxysmal nocturnal dispnea (PND) <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema anasarka dan/atau edema perifer 2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 3. <i>Jugular Venous Pressure (JVP)</i> dan <i>Central Venous Pressure (CVP)</i> meningkat 4. Reflex hepatojugular positif. <p>Gejala dan tanda</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka diharapkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keseimbangan Cairan meningkat (L.05020) dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> a. Keluaran urin meningkat b. Kelembapan membran mukosa meningkat c. Edema menurun d. Tekanan darah membaik e. Denyut nadi radial membaik f. Membran mukosa membaik g. Mata cekung membaik h. Turgor kulit membaik 	<p>Manajemen hipervolemia (I.03114)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status hemodinamik (mis : frekuensi jantung , tekanan darah) 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor tanda homokonsentrasi (mis : kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urin) 6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis: kadar protein dan albumin meningkat) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang BB setiap hari di waktu yang sama 2. Batasi cairan dan garam 3. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melapor jika haluan urin <0,5

	<p>minor: Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distensi vena jugularis 2. Terdengar suaranya tambahan 3. Hepatomegali 4. Kadar Hb / Ht turun 5. Oliguria 6. Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif) 7. Kongesti paru 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Keseimbangan elektrolit (L.03021) <ol style="list-style-type: none"> a. Serum natrium meningkat b. Serum kalium meningkat c. Serum klorida meningkat d. Serum kalsium meningkat e. Serum magnesium meningkat f. Serum fosfor meningkat 	<p>mL/kg/jam dalam 6 jam.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan melapor jika BB > 1 Kg setiap hari 3. Anjurkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluan cairan 4. Anjurkan cara membatasi cairan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian diuretik 2. Kolaborasi pengganti kehilangan kalsium akibat diuretik <p>Pemantauan elektrolit (I.03122) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit 2. Monitor kadar elektrolit serum 3. Monitor mual, muntah dan diare 4. Monitor kehilangan cairan, jika perlu 5. Monitor tanda dan gejala hiperkalemia 6. Monitor tanda dan gejala hiponatremia 7. Monitor tanda dan gejala hiperkalsemia 8. Monitor tanda dan gejala hipomagnesemia <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai
--	---	--	---

			<p>dengan kondisi pasien</p> <p>2. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>
2	<p>Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan (D.0005)</p> <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <p>Subjektif</p> <p>1. Dispnea</p> <p>Objektif</p> <p>1. Penggunaan otot bantu pernapasan.</p> <p>2. Fase ekspirasi memanjang</p> <p>3. Pola napas abnormal (mis, takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheynea-stokes)</p> <p>Gejala dan tanda minor:</p> <p>Subjektif</p> <p>1. Ortopnea</p> <p>Objektif</p> <p>1. Pernapasan pursed-lip</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan</p> <p>1. Pola Napas Membaik dengan kriteria hasil (L.01004) :</p> <p>a. Dispnea menurun</p> <p>b. Penggunaan otot bantu napas menurun</p> <p>c. Pemanjangan fase ekspirasi menurun</p> <p>Frekuensi napas membaik</p> <p>d. Kedalaman napas membaik</p> <p>2. Keseimbangan Asam Basa meningkat (L.04034) dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Tingkat kesadaran meningkat</p> <p>b. Mual menurun</p> <p>c. Kram otot menurun</p>	<p>Manajemen jalan napas (I.01011)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>2. Monitor bunyi napas tambahan.</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Posisikan semi-fowler atau fowler.</p> <p>2. Posisikan semi-fowler atau fowler</p> <p>3. Berikan oksigen</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</p> <p>Manajemen Asam Basa : Asidosis Metabolik (I.03096)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi penyebab terjadinya asidosis metabolik</p> <p>2. Monitor pola napas (frekuensi dan</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pernapasan cuping hidung 3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat 4. Ventilasi semenit utrun 5. Kapasitas vital menurun 6. Tekanan ekspirasi menurun 7. Ekskursi dadaberubah 	<ol style="list-style-type: none"> d. Frekuensi nafas membaik e. Irama nafas membaik f. Ph membaik g. Kadar CO₂ membaik h. Kadar bikarbonat membaik 	<p>kedalaman)</p> <p>3. Monitor hasil analisa gas darah.</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas 2. Berikan posisi semi fowler <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab dan mekanisme terjadinya asidosis metabolik <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bikarbonat, jika perlu
3	<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveoulus – kapiler (D.0003)</p> <p>Gejala dan tanda mayor :Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PCO₂ meningkat atau menurun. 2. P0₂ menurun 3. Takikardia 4. pH arteri meningkat atau menurun 5. Bunyi napas tambahan <p>Gejala dan tanda minor : Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pusing 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka didapatkan Pertukaran Gas meningkat dengan kriteria hasil (L.01003) :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tingkat kesadaran meningkat b. Dispnea menurun c. Bunyi napas tambahan menurun d. Gelisah menurun e. Diaforesis menurun. f. PCO₂ membaik g. PO₂ membaik h. Sianosis i. membaik j. Pola napas membaik 	<p>Pemantauan Respirasi (I.03123)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheynest okes, Biot, ataksik) 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produks isputum. 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas. 6. Auskultasi bunyi napas 7. Monitor saturasi oksigen 8. Monitor nilai AGD

	<p>2. Penglihatan Kabur</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sianosis 2. Diaforesis 3. Gelisah 4. Napas cuping hidung 5. Pola napas abnormal (cepat atau lambat, reguler atau ireguler, dalam atau dangkal) 6. Warna kulit abnormal (mis, pucat, kebiruan) 7. Kesadaran menurun 		<p>9. Monitor hasil x-ray toraks</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasi hasil pemantauan. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan proses pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu. <p>Terapi oksigen (I.01026)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan aliran oksigen 2. Monitor efektifitas terapi oksigen (mis. Oksimetri, analisis gas darah), jika perlu 3. Monitor tanda-tanda hipoventilasi 4. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan sekret pada mulut, hidung, dan trakea, jika perlu 2. Pertahankan kepatenan jalan nafas 3. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen 4. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien
--	---	--	---

			<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemantauan dosis oksigen 2. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur
4	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, dan peningkatan tekanan darah.</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian kapiler 2. >3 detik 3. Nadi perifer menurun atau tidak teraba. 4. Warna kulit pucat. 5. Turgor kulit menurun. <p>Gejala dan tanda minor Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten). <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka didapatkan Perfusi perifer dengan kriteria hasil (L.02011)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Denyut nadi perifer meningkat. b. Warna kulit pucat menurun. c. Edema perifer menurun. d. Pengisian kapiler e. Akral membaik f. Turgor kulit membaik. 	<p>Perawatan sirkulasi (I.14569)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, kpengisian kapiler,, warna, suhu). 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi). 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari penekanan dan pemasangan keterbatasan perfusi. 2. Lakukan pencegahan infeksi. 3. Lakukan hidrasi. 4. Lakukan tranfusi darah <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berhenti

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Penyembuhan luka lambat. 3. Indeks <i>ankle-brachial</i> <0,90 4. Bruit femoral. 		<p>merokok.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan berolahraga rutin. 3. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulen, dan penurunan kolesterol, jika perlu. 4. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur. 5. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyeka beta. 7. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis, memlembabkan kulit kering pada kaki). 8. Anjurkan program rehabilitasi vaskuler. 9. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis, rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 10. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis, rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).
--	--	--	--

			<p>Pemantauan Tanda Vital (I.02060)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 3. Monitor pernafasan (frekuensi, kedalaman) 4. Monitor suhu tubuh 5. Indetifikasi penyebab perubahan tanda vital <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
5	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakseimbangan metabolisme tubuh (D.0019).</p> <p>Gejala dan tanda mayor : Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan menurun 10% di bawah rentan ideal <p>Gejala dan tanda minor : Subjektif :</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka didapatkan status nutrisi membaik dengsn kriteria hasil (L.03030) :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Porsi makan yang dihabiskan meningkat b. Kekuatan otot menyunyah meningkat c. Kekuatan otot menelan meningkat d. Perasaan cepat kenyang menurun 	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien <p>Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</p>

	<p>1. Cepat kenyang setelah makan</p> <p>2. Kram/nyeri abdomen</p> <p>3. Nafsu makan menurun</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Bising usus hiperaktif</p> <p>2. Otot mengunyah lemah</p> <p>3. Otot menelan lemah</p> <p>4. Membran mukosa pucat</p> <p>5. Sariawan</p> <p>6. Serum albumin turun</p> <p>7. Rambut rontok berlebihan</p> <p>8. Diare</p>	<p>e. Nyeri abdomen menurun</p> <p>f. Diare menurun</p> <p>g. Berat badan membaik</p> <p>h. IMT membaik</p>	<p>5. Monitor asupan makanan</p> <p>6. Monitor berat badan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</p> <p>2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)</p> <p>3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>5. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>2. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</p> <p>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.jika perlu</p>
--	--	---	---

Sumber : SDKI (2017), SLKI (2019), SIKI(2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap yang keempat dalam proses keperawatan yang dilakukan sebagai lanjutan dari intervensi keperawatan yang telah disusun oleh perawat dalam membantu pasien untuk sembuh dan mencapai tujuannya. yang dimana bertujuan untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien dalam periode singkat dan memantau kondisi pasien secara berkala untuk selanjutnya dilakukan evaluasi atas tindakan yang dilakukan perawat. Proses implementasi yang dilakukan dipusatkan untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien terkait kebutuhan keperawatan yang dibutuhkan.³⁰

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dalam proses asuhan keperawatan yang dilakukan perawat dimana di dalamnya dilakukan penilaian mengenai sejauh mana tujuan dari rencana dan tindakan keperawatan yang telah tercapai. Hasil evaluasi yang didapatkan akan menjadi gambaran perbandingan tindakan keperawatan yang dilakukan serta mendapatkan feedback yang relevan.³¹

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis pada penelitian ini adalah kualitatif yang bersifat deskriptif dengan desain penelitian studi kasus. Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang menggambarkan apa adanya tentang suatu variabel, gejala, atau keadaan bukan berupa dalam bentuk eksperimen.³² Studi kasus adalah jenis penelitian tentang manusia, baik bersifat individu, kelompok, peristiwa maupun organisasi, dengan tujuan untuk memperoleh gambaran suatu kasus yang diteliti secara mendalam bisa menggunakan metode observasi, wawancara, dan dokumentasi.³³

Penelitian ini menjabarkan bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr M Djamil Padang, waktu penelitian dimulai dari Januari 2025 sampai dengan Juni 2025. Melakukan asuhan keperawatan dilakukan selama 7 hari (11 Maret – 17 Maret 2025).

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah yang secara umum terdiri dari objek/subjek yang menjadi kuantitas dan karakter tertentu yang telah ditentukan oleh peneliti untuk ditarik kesimpulannya (Donsu, 2020).

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 11-17 Maret 2025 ditemukan 5 orang pasien dengan diagnosa CKD di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr M Djamil Padang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dalam populasi yang secara nyata akan diteliti dan ditarik sebuah kesimpulan.³⁴ Sampel yang diteliti disini adalah salah satu dari populasi yang diambil.

Sampel pada penelitian ini adalah 1 orang pasien dengan CKD di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr M Djamil Padang Kriteria dalam melakukan penelitian ini yaitu :

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria yang secara teori akan menentukan populasi untuk dijadikan sampel yang sesuai dengan topik dan kondisi penelitian.

- 1) Pasien dan keluarga bersedia menjadi responden
- 2) Pasien yang kooperatif dan mampu berkomunikasi secara verbal
- 3) Pasien CKD on HD
- 4) Pasien berjenis kelamin laki laki

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria yang digunakan untuk mengeluarkan sampel dari kriteria inklusi.

- 1) Pasien rawatan kurang dari 5 hari penelitian
- 2) Pasien pindah ke ruangan lain selain ruangan penyakit dalam
- 3) Pasien dengan penurunan kesadaran

Teknik pengambilan sampel dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah Teknik Purposive Sampling. Teknik *Purposive Sampling* merupakan unit sampel yang dibutuhkan disesuaikan dengan kriteria-kriteria tertentu yang ditetapkan berdasarkan pada tujuan penelitian.³⁵

Saat melakukan penelitian, peneliti mendapatkan 2 dari 5 pasien yang memasuki kriteria inklusi dan eksklusi, dikarenakan 3 pasien lainnya mengalami penurunan kesadaran, sehingga untuk mendapatkann 1 pasien peneliti melakukan teknik *random sampling* untuk mendapatkan 1 pasien sebagai responden.

D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam suatu penelitian yang berasal dari tahapan konsep, konstruk, dan variabel sesuai dengan kajian teori yang ada.

Pengumpulan data yang dilakukan yaitu dengan cara anamnesa, pengkajian fisik, dan observasi langsung serta studi dokumentasi.

1. Format pengkajian Keperawatan terdiri dari : identitas pasien, identifikasi penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologis, data ekonomi sosial, data spiritual, lingkungan tempat tinggal, pemeriksaan laboratorium, dan terapi pengobatan.
2. Format analisa data terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, data, masalah dan etiologi.
3. Format diagnosa keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.
4. Format intervensi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, luaran keperawatan, dan intervensi keperawatan.
5. Format implementasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan
6. Format evaluasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, evaluasi keperawatan dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.

E. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara komunikasi atau interaksi untuk mengumpulkan informasi dengan proses tanya jawab antara peneliti dengan pasien dan keluarga pasien.

Saat melakukan penelitian, peneliti melakukan wawancara dengan pasien dan keluarga pasien.

2. Observasi

Observasi merupakan teknik pengumpulan data yang sudah lazim dalam metode penelitian kualitatif, menggunakan panca indra yaitu bisa penglihatan, pendengaran, penciuman, untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan, dalam penelitian ini peneliti menuangkan hasil observasi dalam format pengkajian.³⁶

3. Pengukuran

Pengukuran adalah teknik pengumpulan data penelitian dengan melakukan pengukuran pada objek dengan menggunakan alat ukur tertentu. Pada penelitian ini peneliti menggunakan alat pengukuran berupa pengukuran tekanan darah menggunakan tensimeter aneroid, menghitung frekuensi nadi, pernafasan, dan suhu dengan termometer.

4. Dokumentasi

Pengumpulan data juga dapat dilakukan dengan melihat hasil dokumentasi dalam bentuk surat, catatan harian, arsip foto, jurnal kegiatan dan lainnya. Dalam penelitian ini dokumentasi yang diambil yaitu dari rekam medic, laporan bulanan, catatan pasien, jurnal kegiatan, hasil penelitian yang sudah di publish.³⁶

F. Jenis Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang didapatkan dari sumber datanya langsung, atau biasa disebut juga sebagai data yang *up to date*. Data primer yang peneliti dapatkan melalui teknik wawancara, observasi, diskusi terarah, dan menggunakan format pengkajian.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang di ambil oleh peneliti dari berbagai sumber yang telah ada, peneliti mendapatkan data sekunder melalui jurnal, lembaga, laporan, dan lainnya.³⁴

G. Prosedur Pengambilan Data

1. Peneliti meminta izin penelitian dari institusi asal peneliti yaitu Kemenkes Poltekkes Padang
2. Peneliti meminta surat rekomendasi ke RSUP Dr. M. Djamil Padang
3. Peneliti meminta izin kepada Kepala Instalasi Pendidikan di RSUP Dr. M. Djamil Padang
4. Peneliti meminta izin kepada kepala KA Instalasi Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang
5. Peneliti meminta izin kepada Kepala Ruangan IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang
6. Peneliti melakukan pemilihan sampel sebanyak 1 orang pasien dengan diagnosa CKD
7. Peneliti mendatangi pasien dan keluarga, lalu menjelaskan tujuan peneliti tentang asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien
8. Peneliti memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya
9. Peneliti memberikan informed consent kepada pasien dan menandatangani untuk bersedia diberikan asuhan keperawatan oleh peneliti yang disaksikan oleh keluarga pasien
10. Peneliti membuat kesepakatan dengan responden untuk kontrak waktu melakukan asuhan keperawatan dan pertemuan selanjutnya

H. Analisis Data

Analisis yang dilakukan pada Tugas Akhir ini adalah dengan menganalisis semua data yang di dapatkan pada tahapan proses keperawatan dengan membandingkan konsep dan teori yang ada dalam keperawatan tentang pasien CKD. Data yang didapatkan dari asuhan keperawatan mulai dari tahap pengkajian, penegakkan diagnosa, merencanakan tindakan, melakukan tindakan, sampai mengevaluasi hasil tindakan lalu kemudian dideskripsikan dan dinarasikan sesuai dengan teori terdahulu dan jurnal yang digunakan.

BAB IV

DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS

A. Deskripsi Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang, yang merupakan rumah sakit rujukan untuk wilayah Sumatera bagian tengah dan rumah sakit dengan tipe kelas A, bertempat di Irna Non Bedah Penyakit Dalam. Irna Non Bedah Penyakit Dalam terdiri dari ruangan HCU, Interne Pria, Interne Wanita, dan Geriatri. Penelitian ini tepatnya dilakukan di ruangan Interne Pria. Ruangan Interne Pria di pimpin oleh seorang karu, dibantu oleh katim dan beberapa perawat pelaksana yang di bagi menjadi tiga shift yaitu pagi, sore, dan malam dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien.

B. Deskripsi Kasus

Penelitian dilakukan di Ruangan Interne Pria, RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 11 Maret 2025 sampai 17 Maret 2025 dengan 1 orang partisipan yang dipilih berdasarkan metode *purposive sampling*. Asuhan keperawatan di mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan yang dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi.

1. Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian yang didapatkan peneliti melalui observasi, wawancara, dan studi dokumentasi. Pasien berusia 56 tahun, berjenis kelamin laki-laki, dengan diagnosa medis CKD stage V on HD. Pasien masuk rumah sakit melalui IGD pada tanggal 07 Maret 2025 jam 00:21 WIB, pasien merupakan rujukan dari RSUD Sijunjung dengan keluhan sesak nafas yang terus meningkat, kaki membengkak, BAK keluar sedikit, badan terasa lemah.

Pada saat dilakukan pengkajian pada hari selasa tanggal 11 Maret 2025 pukul 12.00 WIB rawatan hari ke 4 pasien mengatakan masih merasa sesak nafas, pasien juga mengeluh badan terasa lemas sehingga hanya mampu

berbaring di atas tempat tidur, pasien juga mengatakan makannya hanya menghabiskan ½ porsi makan yang diberikan rumah sakit, berat badan pasien berkurang dari 102 kg menjadi 80 kg selama sakit, keluarga pasien mengatakan pasien akan menjalani Hemodialisa pertama tanggal 12 Maret 2025.

Pasien mengatakan mengalami sesak nafas berulang sudah sejak 1 bulan yang lalu, pasien juga mengatakan memiliki riwayat pengakit Diabetes Melitus sejak 10 tahun yang lalu dan tidak terkontrol dan memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 4 bulan yang lalu dan tidak terkontrol, dan memiliki riwayat merokok sejak 25 tahun lalu namun sudah berhenti sejak 1 tahun yang lalu. Data hasil pengkajian kebiasaan sehari hari didapatkan, pasien diberikan diit RGRP (Rendah Garam Rendah Protein) 3 X sehari, dan pasien hanya menghabiskan makan 1/2 porsi makanan. Minum pasien dilakukan pembatasan cairan, pasien minum sebanyak 500 ml/hari. BAK pasien keluar sedikit dengan jumlah 400 cc dan pasien terpasang kateter. Pada saat tidur pasien tidak teratur dengan frekuensi 5-6 jam/hari dan sering terbangun karena sesak nafas.

Pada hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan pada tanggal 12 Maret 2025, di dapatkan hasil : Tekanan Darah : 148/90 mmHg, suhu :36,5 °C, nadi : 98 X/menit, pernafasan : 24 X/menit, mata : konjungtiva anemis, mulut : bibir tampak pucat dan kering, paru : penggunaan otot bantu pernafasan, fremitus kiri dan kanan, ronkhi positif, kulit : tampak pucat dan kering, ekstermitas : CRT > 3 detik, kulit kering pada ekstermitas atas dan bawah, kulit tampak gelap pada ekstermitas bawah dan edema positif.

Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien tanggal 9 Maret 2025 : Hemoglobin 9,3 g/dl (13,0-16,0), Eritrosit $2,92 \times 10^6/L$ (4,50-5,50), Hematokrit 24 % (40,0-48,0), Leukosit $10,46 \times 10^3/mm^3$ (5,0-10,0), HCO₃ 15,8 mmol/L (18-23), HCT 22 % (35-51), PCO₂ 28 mmHG (35-48), SO₂C 99 % (95-98), TCO₂ 16,7 mmol/L (22-29). Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 11 Maret 2025 : Natrium : 134 mmol/L (136-145), Kreatinin darah 5,0 mg/dl (0,8-1,3), Ureum darah 148 mg/dl (10-50), Gula Darah

Sewaktu 176 mg/dl (50-200). Pemeriksaan lainnya yang dilakukan yaitu rontgen dada didapatkan hasil adanya cairan diparu-paru.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan pengkajian yang didapatkan berupa data subjektif, data objektif (data pendamping seperti data pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan darah, dan data pengobatan pasien), berdasarkan data subjektif dan objektif peneliti telah menyesuaikan dengan SDKI, sehingga peneliti dapat menegakkan diagnosa sebagai berikut :

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, pada saat pengkajian didapatkan data subjektif pasien mengatakan merasa sesak nafas bertambah saat beraktivitas dan urine keluar sedikit sekitar 5-10 cc. Data objektif didapatkan edema dibagian ekstermitas bawah derajat 2, pernafasan 24 X/menit, Natrium : 134 mmol/L, Kreatinin darah 5,0 mg/dl, Ureum darah 148 mg/dl , balance cairan positif dimana intake lebih banyak 100cc dibanding output.
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, pada saat pengkajian didapatkan data subjektif yang ditemukan pada pasien yaitu pasien mengeluh sesak nafas dan bertambah saat beraktivitas. Data objektif yang ditemukan terlihat penggunaan otot bantu pernafasan, terpasang O2 nasal canul 4L/menit, pernafasan 24 X/menit, ronkhi positif.
- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin , pada saat pengkajian didapatkan data subjektif pasien mengatakan badan terasa lemah dan letih sehingga aktivitas dibantu oleh keluarga, kaki terasa kebas. Data objektif didapatkan Hemoglobin : 9,3 g/dl, CRT>3 detik, kulit tampak pucat, edema pada ekstermitas bawah, Tekanan darah 146/92 mmHg, nadi 72 X/menit, konjungtiva anemis.
- d. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan pigmentasi, saat pengkajian didapatkan data subjektif yang ditemukan pasien mengeluh kulit kaki terasa kering, menghitam, dan gatal. Data objektif

yang didapatkan kulit tampak kering, kulit tampak hitam pada ekstermitas bawah, dan kulit tampak pucat dan bersisik.

- e. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, saat pengkajian didapatkan data subjektif yang ditemukan pasien mengatakan badan terasa lemah. Data objektif yang didapatkan GDS 156 mg/dl, pasien tampak lemah.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah didapatkan beberapa diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien, diperlukan rencana keperawatan yang didalamnya terdapat tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat mengatasi masalah keperawatan, rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada partisipan mengacu pada SLKI dan SIKI. Berikut adalah rencana asuhan keperawatan pada pasien :

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Dengan tujuan keseimbangan cairan meningkat dengan keluaran urine meningkat, kelembapan mukosa kulit meningkat, edema menurun, tekanan darah membaik, turgor kulit membaik, takikardia menurun, dispnea menurun, lelah menurun.

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosa ini yaitu manajemen hipervolemia dengan tindakan indentifikasi penyebab hipervolemia, monitor intake dan output cairan, anjurkan membatasi cairan, anjurkan mencatat cairan yang masuk dan keluar, pemantauan cairan dengan tindakan monitor frekuensi nafas, atur interval waktu pemantauan pasien sesuai dengan kondisi pasien, manajemen hemodialisa dengan tindakan monitor tanda-tanda vital, jelaskan tentang prosedur hemodialisa.

- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas. Dengan tujuan pola nafas membaik dengan dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, frekuensi nafas membaik, kedalaman nafas membaik

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosa ini yaitu manajemen jalan nafas dengan tindakan monitor pola nafas,

monitor bunyi nafas, posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen.

- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Dengan tujuan perfusi perifer meningkat dengan denyut nadi perifer meningkat, edema perifer menurun, pengisian kapiler akral membaik, turgor kulit membaik.

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosa ini yaitu perawatan sirkulasi dengan tindakan identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, monitor nadi perifer, edema, anjurkan menggunakan obat pengontrol tekanan darah.

- d. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan pigmentasi. Dengan tujuan integritas kulit meningkat dengan elastisitas meningkat, hidrasi menurun, kerusakan jaringan kulit menurun, nyeri menurun

Rencana asuhan keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosa ini yaitu perawatan integritas kulit, dengan tindakan identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, anjurkan menggunakan pelembab seperti lotion pada kulit kering.

- e. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Dengan tujuan kadar glukosa darah meningkat dengan lelah menurun, mulut kering menurun, kadar glukosa dalam darah membaik dan status nutrisi membaik dengan porsi makan yang dihabiskan meningkat, berat badan membaik, IMT membaik, frekuensi makan membaik

Rencana asuhan keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosa ini yaitu manajemen hiperglikemia dengan tindakan monitor kadar glukosa darah, kolaborasi pemberian insulin, pemantauan nutrisi dengan tindakan identifikasi pola makan, hitung perubahan berat badan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan pada pasien, sesuai dengan rencana tindakan yang telah di rumuskan yang di mulai pada tanggal 11 Maret 2025 – 17 Maret 2025.

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada pasien yaitu melakukan manajemen hipervolemia dengan tindakan mengidentifikasi penyebab hipervolemia, memonitor intake dan output cairan, mengajurkan membatasi cairan, dan menganjurkan mencatat cairan yang masuk dan keluar, pemantauan cairan dengan tindakan memonitor frekuensi nafas, manajemen hemodialisa dengan tindakan memonitor tanda-tanda vital, menjelaskan tentang prosedur hemodialisa. Pasien menjalankan selama rawatan pada tanggal 12, 14, dan 17 Maret 2025.
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada pasien yaitu melakukan manajemen jalan nafas dengan tindakan memonitor pola nafas, memonitor bunyi nafas, memposisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen, memberikan obat natrium bikarbonat 3x500 mg sesuai order dokter.
- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.
Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada pasien yaitu melakukan perawatan sirkulasi dengan tindakan mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, memonitor nadi perifer, edema, menganjurkan menggunakan obat pengontrol tekanan darah.
- d. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan pigmentasi.
Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada pasien yaitu melakukan perawatan integritas kulit, dengan tindakan mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, menganjurkan menggunakan pelembab seperti minyak atau lotion pada kulit kering.
- d. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.
Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada pasien yaitu melakukan manajemen hiperglikemia dengan tindakan memonitor kadar glukosa darah, mengkolaborasikan pemberian insulin,

pemantauan nutrisi dengan tindakan mengidentifikasi pola makan, menghitung perubahan berat badan.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Tn. D, evaluasi dari implementasi dilakukan setiap hari pada partisipan selama 7 hari.

- a. Evaluasi pada diagnosa hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke tujuh, di dukung dengan data subjektif pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak nafas, pasien mengatakan sudah mengatur cairan yang masuk sesuai anjuran dokter yaitu 500 cc dan data objektif edema pada ekstermitas sudah teratasi, pernafasan pasien 20 X/menit, balance cairan normal. Pasien di rencanakan melakukan HD 2 kali dalam seminggu yaitu hari Senin dan Kamis.
- b. Evaluasi pada diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya mafas. Hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke tujuh, didukung dengan data subjektif pasien mengatakan sesak nafas mulai berkurang, dan data objektif pernafasan pasien 20 X/menit.
- c. Evaluasi pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke lima, didukung dengan data subjektif pasien mengatakan badan sudah tidak terlalu lemah lagi, pasien mengatakan sudah bisa duduk di tempat tidur dan data objektif hasil laboratorium hemoglobin 11 mg/dl, CRT < 3 detik, tekanan darah 135/90 mmHg.
- d. Evaluasi pada diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan pigmentasi. Hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke tujuh, didukung dengan data subjektif pasien mengatakan kaki sudah tidak kebas lagi, kulit gatal tidak ada dan data objektif kulit tampak mulai membaik.
- e. Evaluasi pada diagnosa resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Hasil evaluasi keperawatan sudah tertasi pada hari ke tujuh, didukung dengan data subjektif pasien

mengatakan badannya terasa lebih segar dan data objektif GDS 159 mg/dl, IMT 27.

C. Pembahasan Kasus

Pada pembahasan kasus penelitian ini akan membahas kesinambungan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD. Pembahasan ini sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan, meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

Pasien Tn. D berusia 56 tahun dan berjenis kelamin laki-laki. Hal ini didukung berdasarkan pernyataan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 yang menyebutkan bahwa prevalensi CKD lebih tinggi pada laki-laki sebanyak 321.060 kasus dari pada perempuan yang berjumlah 317.118 kasus. Data tersebut juga sesuai dengan teori (Harmilah, 2019) bahwa Laki laki memiliki resiko yang lebih tinggi untuk mengalami CKD karena terkait dengan pekerjaan dan pola hidup sehat. Penelitian ini juga sama dengan penelitian yang dilakukan oleh (Prabasuari et al., 2024) di RSUD NTB dimana dari 124 responden berjenis kelamin laki laki sebanyak (62%) 70 orang menderita CKD, sedangkan dari 118 responden yang berjenis kelamin perempuan sebanyak (59%) 51 orang menderita CKD, dengan usia 40-59 tahun sebanyak (11,9%) 28 orang yang terdiagnosa CKD.³⁷

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien didapatkan bahwa pasien mengeluh sesak napas, dan mengeluh lemah serta nafsu makan berkurang dan kaki membengkak. Penelitian ini juga sama dengan penelitian yang dilakukan (Marni et al., 2023) dimana didapatkan keluhan yang sama yaitu adanya keluhan sesak nafas, badan lemah, dan nafsu makan berkurang.³⁸ Menurut (Prabowo, 2014) pasien dengan penyakit CKD mengeluhkan sesak nafas, frekuensi nafas yang cepat sebagai bentuk kompensasi tubuh dalam mempertahankan ventilasi.³⁹

Pasien mengatakan memiliki riwayat diabetes melitus sejak 10 tahun yang lalu dan tidak terkontrol, serta riwayat hipertensi sejak 4 bulan yang lalu yang juga tidak terkontrol, serta riwayat merokok sejak 25 tahun yang lalu namun sudah berhenti sejak 1 tahun yang lalu. Menurut data National Institutes of Health (NIH) tahun 2024 menyebutkan penyebab CKD oleh Diabetes tipe 2 (30%-50%), Hipertensi (27,2%).¹ Hasil penelitian Imanuel Syaputra tahun 2023 menyebutkan penyakit sistemik seperti diabetes melitus dan hipertensi akan memperburuk kondisi ginjal. Diabetes melitus dapat menyebabkan gagal ginjal kronik akibat hiperglikemi yang menimbulkan kelainan pada glomerulus, gula yang tinggi dalam darah akan bereaksi dengan protein sehingga merubah struktur dan fungsi sel dan termasuk membran basal glomerulus akibatnya penghalang protein rusak dan terjadi kebocoran protein ke urine (mikroalbuminuria) yang berkembang menjadi proteinuria secara klinis, berlanjut dengan penurunan fungsi laju filtrasi glomerulus yang berakhir dengan keadaan gagal ginjal.⁴⁰

Berdasarkan data dan teori yang di dapatkan peneliti mengasumsikan bahwasanya pasien yang memiliki riwayat diabetes melitus dapat mengalami CKD akibat glukosa yang tidak masuk ke dalam sel dan merusak pembuluh darah sehingga fungsi ginjal sebagai filtrasi terganggu.

Hasil pemeriksaan fisik ditemukan kulit tampak kering, pucat, dan bersisik, pada ekstremitas ditemukan adanya edema, dan kulit tampak gelap. Menurut hasil penelitian (Aisara, 2018) pasien CKD mengalami edema pada ekstremitas sebanyak 56%, kulit tampak kering 2,9%.¹⁰ Edema perifer dapat terjadi akibat adanya timbunan cairan dalam tubuh, hal ini juga seiring dengan ginjal yang sudah kehilangan fungsinya sebagai filtrasi cairan sehingga urine yang keluar sedikit. Akibat peranan dari gravitasi, cairan yang didalam tubuh akan lebih mudah menumpuk dibagian perifer seperti kaki.⁴¹

Menurut penelitian (Cita et al., 2024) pasien CKD yang menjalani Hemodialisa akan mengalami perubahan kulit menjadi kering, tampak berwarna gelap dan bersisik. Hal ini disebabkan adanya penumpukan racun di dalam tubuh, penarikan cairan dalam proses hemodialisa dapat menyebabkan terjadinya gangguan fungsi skresi eksternal dan gangguan hidrasi lebih rendah dalam waktu yang lama, sehingga kulit akan menjadi kering dan pecah-pecah apabila tidak dilakukan perawatan kulit.⁴²

Hasil penelitian (Cita et al., 2024) di dapatkan 100% (52 orang) responden mengalami kulit kering, yang mengalami kulit kasar sebanyak 92,4 % (42 orang) dan responden yang mengalami perubahan warna kulit menjadi lebih gelap sebanyak 25 %.⁴² Hal ini juga didukung menurut (Purwanto 2016) pasien dengan penyakit CKD mengalami warna kulit tampak berwarna gelap, kering dan bersisik, adanya pruritus, dan rambut tampak tipis.²⁵

Hasil laboratorium pasien ditemukan adanya peningkatan kadar ureum darah dan kreatinin yaitu kadar ureum darah pasien 148 mg/dl dan kadar kreatinin darah pasien 5,0 mg/dl. Menurut (muttaqin dan Sari, 2014) pada pasien CKD biasanya perbandingan antara ureum dan kreatin yaitu 20:1 dan dengan hasil yang tinggi, dimana ureum darah normal yaitu 10-50 mg/dl dan kreatinin darah normal yaitu 0,8-1,3 mg/dl.¹⁶ Berdasarkan penelitian (Hasanah,2020) didapatkan responden pasien CKD dengan ureum darah di atas 25 sebanyak 56,7% dan kreatinin darah di atas 1,3 yaitu 95 %.⁴³

Menurut (Gyuton dan Hall, 2019) Ureum dan kreatinin dalam darah merupakan senyawa yang harus dikeluarkan didalam tubuh karena ureum dan kreatinin dalam darah adalah sisa metabolisme protein dalam sel dan menjadi indikator terjadinya kerusakan ginjal sehingga pasien CKD akan merasa kelelahan yang lebih dan jika tidak dilakukan tindakan hemodialisa akan mengakibatkan pasien mengalami penurunan kesadaran.⁴⁴

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai pasien terhadap masalah kesehatan, masalah aktual atau masalah resiko dalam proses kehidupan (SDKI)

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, pada saat penelitian didapatkan data subjektif pasien mengatakan merasa sesak nafas bertambah saat beraktivitas dan urine keluar sedikit sekitar 5-10 cc. Data objektif didapatkan edema dibagian ekstermitas, pernafasan 24 X/menit, ronkhi positif., balance cairan positif.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Marni et.al (2023) dimana diagnosa yang diambil yaitu hipervolemia dengan data yang ditemukan pada penelitiannya yaitu edema pada ekstermitas pasien, balance cairan positif. Hipervolemia terjadi akibat peningkatan kandungan natrium tubuh total yang menyebabkan penumpukan cairan dalam tubuh.³⁸

Pada penelitian Al Falah et.al (2023) didapatkan diagnosa keperawatan yang diangkat sesuai dengan data subjektif dan objektif yang peneliti lakukan yaitu hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dengan gejala sesak nafas akibat volume cairan yang meningkat di dalam tubuh sehingga menyebabkan penumpukan cairan di paru-paru dan ekstermitas.⁴⁵

Menurut teori Dharma et.al (2015) ketika ginjal sudah mengalami kerusakan yang berat biasanya kemampuan menyaring racun dalam tubuh akan menurun, sehingga produksi urine yang keluar akan sedikit yang mengakibatkan cairan di dalam tubuh akan meningkat. Edema bisa terjadi di seluruh tubuh, dapat terjadi di mata, edema paru, edema di ekstermitas dan edema di otak.⁴¹

- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, pada saat penelitian di dapatkan data subjektif yang ditemukan pada pasien yaitu pasien mengeluh sesak nafas dan bertambah saat beraktivitas. Data objektif yang ditemukan terlihat penggunaan otot bantu pernafasan,

terpasang O₂ nasal canul 4L/menit, pernafasan 24 X/menit, ronkhi positif.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Prayulis (2024) dimana ia juga menengakkan diagnosa yang sama yaitu pola nafas tidak efektif, dengan data yang ditemukan pada pasien tampak sesak napas terpasang nasal kanul 4L/menit, pernafasan 25 kali/menit.⁴⁶

Pola nafas tidak efektif merupakan inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Tanda dan gejala yang muncul yaitu sesak nafas, adanya penggunaan oto bantu pernafasan, pola nafas yang abnormal, pernafasan cuping hidung, tekanan ispirasi/ekspirasi menurun.²⁹

- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin , pada saat penelitian didapatkan data subjektif pasien mengatakan badan terasa lemah dan letih sehingga aktivitas dibantu oleh keluarga. Data objektif didapatkan Hemoglobin : 9,3 g/dl, CRT>3 detik, kulit tampak pucat, edema pada ekstermitas bawah, Tekanan darah 146/92 mmHg, nadi 72 X/menit, konjungtiva anemis.

Menurut Fitri et. al (2022) pasien CKD yang menjalani hemodialisa akan mengalami penurunan hemoglobin, dan mengakibatkan anemia. Anemia merupakan salah satu komplikasi CKD, terjadi karena adanya penurunan pada produksi eritropoitin yang tidak sesuai dengan derajat anemianya yang ditandai dengan penurunan kadar hemoglobin dalam tubuh.⁴⁷

Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Aisyah Alfira (2024) memiliki persamaan dalam mengangkat diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan hemoglobin dimana pasien memiliki Hb yang rendah yaitu 9,6 mg/dl dan 9,3 mg/dl pada pada peneliti, pasien memiliki tanda dan gejala CRT> 3 detik, kulit tampak pucat dan konjungtiva anemis.⁴⁸

Menurut asumsi peneliti, terdapat perbedaan dalam jumlah hemoglobin yang di dapatkan peneliti dengan penelitian sebelumnya, peningkatan hemoglobin yang dilakukan hanya melalui obat yang di resepkan dokter yaitu asam folat 1x 5 mg oleh sebab itu tidak dilakukannya tranfusi PRC.

- d. Gangguan intergitas kulit berhubungan dengan perubahan pigmentasi, pada saat penelitian didapatkan data subjektif yang ditemukan pasien mengeluh kaki terasa kebas. Data objektif yang didapatkan kulit tampak kering, kulit tampak hitam pada ekstermitas bawah, dan kulit tampak pucat dan bersisik.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Marni et.al (2023) yang juga mengangkat diagnosa gangguan intergitas kulit, ditemukan data pada pasien kulit tampak kering, pucat dan gelap.³⁸

Pasien CKD yang menjalani hemodialisa akan mengalami perubahan tanda dan gejala salah satunya pada kulit. Kulit pasien akan tampak pucat, kering, bersisik, pruritus dan gelap.⁷

- e. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, pada saat penelitian didapatkan data subjektif yang ditemukan yaitu pasien mengatakan badan terasa lemah. Data objektif yang didapatkan GDS : 156 mg/dl, pasien tampak lemah.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dhawina Amir, et.al (2023) dimana dalam penelitiannya juga mengangkat diagnosa Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah, data yang ditemukan yaitu pasien tampak lemah, GDS 320 mg/dl, mukosa tampak kering.³⁹

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan pada kasus yang ditemukan. Intervensi yang akan dilakukan pada pasien sesuai dengan (SLKI 2019) dan (SIKI 2019)

- a. Diagnosa 1 : Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, pada saat penelitian didapatkan data subjektif pasien mengatakan merasa sesak nafas dan urine keluar sedikit sekitar 5-10 cc. Data objektif didapatkan edema dibagian ekstermitas, pernafasan 24 X/menit, ronchi positif, balance cairan positif.

Kriteria hasil yang diharapkan yaitu keseimbangan cairan meningkat dengan keluaran urine meningkat, kelembapan mukosa kulit meningkat,

edema menurun, tekanan darah membaik, turgor kulit membaik, takikardia menurun, dispnea menurun, lelah menurun.

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI 2019 untuk diagnosa ini adalah manajemen hipervolemia dengan tindakan indentifikasi penyebab hipervolemia, monitor intake dan output cairan, anjurkan membatasi cairan, anjurkan mencatat cairan yang masuk dan keluar, pemantauan cairan dengan tindakan monitor frekuensi nafas, atur interval waktu pemantauan pasien sesuai dengan kondisi pasien, manajemen hemodialisa dengan tindakan monitor tanda-tanda vital, jelaskan tentang prosedur hemodialisa.⁴⁹

- b. Diagnosa 2 : Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, pada saat penelitian di dapatkan data subjektif yang ditemukan pada pasien yaitu pasien mengeluh sesak nafas dan bertambah saat beraktivitas. Data objektif yang ditemukan terlihat penggunaan otot bantu pernafasan, terpasang O2 nasal canul 4L/menit, pernafasan 24 X/menit, ronkhi positif.

Kriteria hasil yang di harapkan yaitu pola nafas membaik dengan dispneu menurun, penggunaan otot bantu pernafasan menurun, frekuensi nafas membaik, pernafasan cuping hidung menurun.

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI 2019 untuk diagnosa ini adalah manajemen jalan nafas dengan tindakan monitor pola nafas, monitor bunyi nafas, posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen.⁴⁹

- c. Diagnosa 3 :Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin , pada tanggal 11 Maret 2025 didapatkan data subjektif pasien mengatakan badan terasa lemah dan letih sehingga aktivitas dibantu oleh keluarga. Data objektif didapatkan Hemoglobin : 9,3 g/dl, CRT>3 detik, kulit tampak pucat, edema pada ekstermitas bawah, Tekanan darah 146/92 mmHG, nadi 72 X/menit, konjungtiva anemis.

Kriteria hasil yang di harapkan yaitu perfusi perifer meningkat dengan denyut nadi perifer meningkat, edema perifer menurun, pengisian kapiler akral membaik, turgor kulit membaik.

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI 2019 untuk diagnosa ini adalah perawatan sirkulasi dengan tindakan identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, monitor nadi perifer, edema, anjurkan menggunakan obat pengontrol tekanan darah.⁴⁹

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Y Fitri et. al (2022) dimana diagnosa yang diangkat yaitu perfusi perifer tidak efektif dengan intervensi perawatan sirkulasi.⁵⁰

- d. Diagnosa 4 : Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan pigmentasi, pada tanggal 11 Maret 2025 didapatkan data subjektif yang ditemukan pasien mengeluh kaki terasa kebas. Data objektif yang didapatkan kulit tampak kering, kulit tampak hitam pada ekstermitas bawah, dan kulit tampak pucat dan bersisik.

Kriteria hasil yang di harapkan yaitu integritas kulit meningkat dengan elastisitas meningkat, hidrasi menurun, kerusakan jaringan kulit menurun, nyeri menurun.

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI 2019 untuk diagnosa ini adalah perawatan integritas kulit, dengan tindakan identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, anjurkan menggunakan pelembab seperti minyak atau lotion pada kulit kering.⁴⁹

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Marni et. al (2023) dimana diagnosa yang diangkat yaitu gangguan integritas kulit dengan intervensi yang di jalankan yaitu perawatan integritas kulit.³⁸

- e. Diagnosa 5 : Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, pada saat penelitian didapatkan data subjektif yyang ditemukan yaitu pasien mengatakan badan terasa lemah. Data objektif yang didapatkan GDS : 156 mg/dl, pasien tampak lemah.

Kriteria hasil yang diharapkan kadar glukosa darah meningkat dengan lelah menurun, mulut kering menurun, kadar glukosa dalam darah membaik dan status nutrisi membaik dengan porsi makan yang dihabiskan meningkat, berat badan membaik, IMT membaik, frekuensi makan membaik.

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI 2019 untuk diagnosa ini adalah manajemen hiperglikemia dengan tindakan monitor kadar glukosa darah, kolaborasi pemberian insulin, pemantauan nutrisi dengan tindakan identifikasi pola makan, hitung perubahan berat badan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dhawina Amir, et.al (2023) dimana rencana intervensi keperawatan yang dilakukannya yaitu manajemen hiperglikemia dimana aktivitas keperawatannya meliputi monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, menganjurkan kepatuhan diet.³⁹

4. Implementasi Keperawatan

Peneliti melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun dalam intervensi keperawatan menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI 2019) peneliti melakukan pelaksanaan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat.

Implementasi untuk diagnosa pertama yaitu hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Melakukan manajemen hipervolemia dengan tindakan mengidentifikasi penyebab hipervolemia, memonitor intake dan output cairan, mengajurkan membatasi cairan, dan menganjurkan mencatat cairan yang masuk dan keluar, pemantauan cairan dengan tindakan memonitor frekuensi nafas, berikan oksigen, memberikan obat natrium bikarbonat 3x500 mg sesuai order dokter, manajemen hemodialisa dengan tindakan memonitor tanda-tanda vital, menjelaskan tentang prosedur hemodialisa.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Oktaria et. al (2023) melakukan implementasi pada diagnosa ini dengan tindakan Melakukan

manajemen hipervolemia dengan tindakan mengidentifikasi penyebab hipervolemia, memonitor intake dan output cairan, mengajurkan membatasi cairan, dan menganjurkan mencatat cairan yang masuk dan keluar.⁵¹

Menurut asumsi peneliti saat melakukan penelitian, perawat ruangan belum memonitor urine secara berkala dan hanya menyerahkan kepada keluarga sehingga pemantauan urine mengenai jumlah, warna, dan bau belum dilakukan secara maksimal.

Implementasi untuk diagnosa kedua yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi. Melakukan manajemen jalan nafas dengan tindakan memonitor pola nafas, memonitor bunyi nafas, memposisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen, memberikan obat natrium bikarbonat 3x500 mg sesuai order dokter.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Putri dan Kasumayanti (2024) melakukan implementasi pada diagnosa ini dengan tindakan memonitor pola nafas, memonitor bunyi nafas, memposisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen.⁵²

Implementasi untuk diagnosa ketiga yaitu Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Melakukan perawatan sirkulasi dengan tindakan mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, memonitor nadi perifer, edema, menganjurkan menggunakan obat pengontrol tekanan darah.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh D. D Fitri et.al (2022) melakukan implementasi pada diagnosa ini dengan tindakan Melakukan perawatan sirkulasi dengan tindakan mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, memonitor nadi perifer, memantau adanya kemerahan atau bengkak pada ekstermitas.⁴⁷

Implementasi untuk diagnosa keempat yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan pigmentasi. Melakukan perawatan integritas kulit, dengan tindakan mengidentifikasi penyebab gangguan

integritas kulit, menganjurkan menggunakan pelembab seperti minyak atau lotion pada kulit kering.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yuliyanti Simatupang, et.al (2022) dimana implementasi yang dilakukan pada penelitiannya yaitu mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, menganjurkan menggunakan produk petroleum seperti minyak atau lotion pada kulit kering.⁵³

Implementasi untuk diagnosa kelima yaitu resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. melakukan manajemen hiperglikemia dengan tindakan memonitor kadar glukosa darah, mengkolaborasikan pemberian insulin, pemantauan nutrisi dengan tindakan mengidentifikasi pola makan, menghitung perubahan berat badan.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dhawina Amir, et.al (2023) dimana implementasi yang dilakukan dalam penelitiannya yaitu memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, memonitor kadar glukosa darah, memberikan terapi injeksi novorapid melalui SC .³⁹

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi menggunakan metode SOAP dan sesuai dengan format asuhan keperawatan. Berdasarkan kriteria inklusi peneliti tidak mendapatkan hambatan dalam melakukan asuhan keperawatan, karena terjalinnya kerja sama antara peneliti dan perawat diruangan, dan peneliti juga dapat menjalin dan mendapatkan kepercayaan dari pasien.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnosa hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi pada hari ke tujuh adalah S : pasien mengatakan sudah tidak sesak nafas lagi. O : edema tidak ada, pernafasan 20x/menit, balance cairan normal. A : keseimbangan cairan meningkat. P : Intervensi dilanjutkan di rumah dan rencana HD setiap hari senin dan kamis.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas pada hari ke tujuh adalah S : pasien mengatakan sudah tidak sesak napas. O : penggunaan otot bantu nafas tidak ada, penafasan 20x/menit, sudah tidak terpasang nasal kanul. A : pola nafas membaik. P : intervensi dihentikan.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin pada hari ke lima adalah S : pasien mengatakan lemas sudah berkurang. O : pasien sudah tampak tidak lemas, konjungtiva tidak anemis, tekanan darah 137/80 mmHg. A : perfusi perifer meningkat. P : intervensi dihentikan.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan pigmentasi pada hari ke tujuh adalah S : pasien mengatakan kulit kering masih terasa kering. O : kulit masih tampak kering, kulit masih tampak gelap. A : integritas kulit dan jaringan meningkat. P : intervensi dihentikan.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnosa resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin pada hari ke tujuh adalah S : Pasien mengatakan tubuhnya terasa lebih lega. O : GDS 159 mg/dl, pasien tampak tidak lemas lagi, IMT 27. A : ketidakstabilan kadar glukosa darah meningkat. P : intervensi dihentikan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD di Ruang Interne Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang yang dilakukan pada tanggal 11 Maret 2025 - 17 Maret 2025, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian keperawatan yang dilakukan pada pasien di dapatkan pasien mengatakan pasien mengatakan masih merasa sesak nafas, pasien juga mengeluh badan terasa lemas sehingga hanya mampu berbaring di atas tempat tidur, pasien juga mengatakan nafsu makan berkurang, berat badan pasien berkurang selama sakit, keluarga pasien mengatakan pasien menjalani hemodialisa. Pasien mengatakan mengalami sesak nafas berulang sudah sejak 1 bulan yang lalu, pasien juga mengatakan memiliki riwayat pengakit Diabetes Melitus sejak 10 tahun yang lalu dan tidak terkontrol dan memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 4 bulan yang lalu dan tidak terkontrol, dan memiliki riwayat merokok sejak 25 tahun lalu namun sudah berhenti. Minum pasien dilakukan pembatasan cairan, pasien minum sebanyak 500 ml/hari. BAK pasien keluar sedikit dengan jumlah 400 cc dan pasien terpasang kateter. Pada saat tidur pasien tidak teratur dengan frekuensi 5-6 jam/hari dan sering terbangun karena sesak nafas yang mengganggu.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien CKD ditemukan 4 diagnosa keperawatan yaitu hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, perfusi perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, dan gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan pigmentasi, resiko ketidakstabilan kadar glukosa berhubungan dengan resistensi insulin.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan SLKI dan SIKI. Berikut intervensi yang direncanakan peneliti untuk diagnosa, hipervolemia

berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi adalah manajemen hipervolemia dan pemantauan cairan, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas adalah manajemen jalan nafas, perfusi perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin adalah perawatan sirkulasi, dan gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan pigmentasi adalah perawatan integritas kulit, resiko ketidakstabilan kadar glukosa berhubungan dengan resistensi insulin adalah manajemen hiperglikemia dan pemantauan nutrisi.

4. Implementasi keperawatan mengacu kepada rencana yang telah disusun. Sebagian besar rencana keperawatan dapat dilaksanakan pada implementasi keperawatan diantaranya, memeriksa frekuensi nafas, memeriksa hasil analisis gas darah, memberikan oksigen, memeriksa tanda dan gejala hipervolemia, menghitung intake dan output cairan, memberikan obat sesuai resep dokter, memeriksa faktor resiko gangguan sirkulasi, mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring, memakaikan aloe vera untuk mengurangi kulit kering, memeriksa kadar glukosa darah, memeriksa pola makan, menghitung perubahan berat badan.
5. Hasil evaluasi keperawatan selama 7 hari pada pasien CKD, setelah 7 hari penelitian dengan metode penilaian Subjektif, Objektif, Assasment, Planning (SOAP). Pada diagnosa hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi teratasi pada hari ke tujuh dengan keluaran urin meningkat, edema menurun, keseimbangan cairan meningkat, keseimbangan elektrolit meningkat. Pola nafas membaik, dispnea menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik sehingga pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas teratasi pada hari ke tujuh. Status sirkulasi membaik, warna kulit pucat menurun, edema menurun sehingga perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin teratasi pada hari ke lima. Kerusakan jaringan kulit menurun, warna kulit membaik sehingga gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan pigmentasi teratasi pada hari ke tujuh. Kestabilan kadar glukosa darah meningkat, Kadar glukosa dalam darah membaik, Status nutrisi membaik,

Frekuensi makan membaik Nafsu makan membaik sehingga resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin teratasi pada hari ke tujuh.

B. Saran

1. Bagi pemimpin dan perawat Ruang RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui pimpinan rumah sakit diharapkan dapat meningkatkan kualitas penerapan asuhan keperawatan pada pasien agar dapat memberikan asuhan keperawatan secara optimal dan lebih meningkatkan mutu dan pelayanan rumah sakit

Studi kasus yang peneliti lakukan tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Chronic Kidney Disease* dapat menjadi informasi bagi perawat ruangan RSUP Dr. M. Djamil Padang dalam melakukan asuhan keperawatan.

2. Bagi peneliti selanjutnya, penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan data dasar dan perbandingan pada penelitian selanjutnya terhadap penelitian pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease*.
3. Bagi Institusi Kemenkes Poltekkes Padang, penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai pengembangan ilmu mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Padang pada Pasien dengan CKD pada penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. National Institutes Of Health. Penyebab Penyakit ginjal kronis. 2024. Accessed November 12, 2024. https://www.ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/books/NBK535404/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc
2. WHO. The World Health Organization : Global Kidney Disease Report. *WHO reports*. 2021;(December 2020):1-10.
3. Ni Ketut Kardiudiani BADS. *Keperawatan Medikal Bedah I*. PT. Pustaka Baru; 2019.
4. Ade Tika Herawati, Ni Wayan Rahayu Ningtyas, Fathimi, Yunita Carolina Satti, Marnilla Yesni, Endah Panca Lydia Fatma E a. *Keperawatan Medikal Bedah I*. PT. Media Pustaka Indo; 2024.
5. Agussalim AS, Eka A, Maulana F, Putradana A. The Relationship between Hypertension and Chronic Kidney Failure in the North Lombok Regency General Hospital. 2022;3(2):53-58.
6. Priscilla LeMone, Karen M. Burke GB. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. EGC; 2020.
7. Harmilah. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Raja Grafindo Persada; 2019.
8. Yuwono ST, Aryani GS, Setyowatit L, Keperawatan A, Manggala H. Quality of Life Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Melakukan Terapi Hemodialisis Rutin RS Hermina Yogyakarta. 2022;5(2):28-33.
9. International Society of Nephrology. New Global Kidney Health Report Sheds Light on Current Capacity Around the World to Deliver Kidney Care. *ISN*. 2023;(Wcn):2-3. <https://www.theisn.org/blog/2023/03/30/new-global-kidney-health-report-sheds-light-on-current-capacity-around-the-world-to-deliver-kidney-care/>
10. Aisara, Sitifa, Syaiful azmi MY. Gambaran Klinis Penderita Penyakit Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUP Dr M Djamil Padang. *J Kesehat Andalas*. 2018;7(1):42. doi:10.22219/sm.v13i2.5413
11. Liyanage T, Toyama T, Hockham C, et al. Prevalence of chronic kidney disease in Asia : a systematic review and analysis. Published online 2022:1-9. doi:10.1136/bmjgh-2021-007525
12. *Survei Kesehatan Indonesia*. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan

tahun 2023; 2023.

13. Sitoresmi H, Irwan AM, Sjattar EL. Intervensi Keperawatan Pada Penderita Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis: Systematic Review. *J Ilm Keperawatan (Scientific J Nursing)*. 2020;6(1):108-118. doi:10.33023/jikep.v6i1.451
14. Yestiana H. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Chronic Kidney Disease Di Ruangan Interne Pria RSUP Dr M Djamil Padang.*; 2022.
15. Mazana S. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Chronic Kidney Disease Di Ruangan IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr M Djamil Padang.*; 2023. doi:10.24269/hsj.v6i1.1159
16. Arif Muttaqin K sari. *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Salemba Medika; 2014.
17. Brunner S. *Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Ed.12*. EGC; 2016.
18. Tandra. *Segala Sesuatu Yang Harus Anda Ketahui Tentang Diabetes*. PT> Gramedia Pustaka Utama; 2017.
19. Mia Fatma Ekasari, Eros Siti Suyati, Siti Badriah, Salsabila Rizqi Narendra FIA. *Hipertensi : Kenali Penyebab, Tanda Gejala Dan Penanganannya*. Poltekkes Kemenkes Jakarta III; 2021.
20. Andi Makbul Aman, Pradana Soewondo, Soebagijo Adi Soelistijo, Putu Moda Arsana, Wismandari, Hendra Zufry EA. *Pedoman Pengelolaan Dislipidemia Di Indonesia*. PB. Perkeni; 2019.
21. Sumariyono, Handono Kalim, Bambang Setyohadi, Rudy Hidayat, Narjiman, Laniyati Hamijoyo E a. *Diagnosa Dan Pengelolaaan Lupus Eritematosus Sistemik.*; 2019.
22. Hadi Susiarno, Qorinah estiningtyas sakilah Adnani, Ariana Herawati, Chatrine Aprilia Hendrawati, Dessy Nur Safitri, Indah Purnamasari E a. *Tata Laksana Kehamilan Fisiologis Di Pelayanan Kesehatan Primer Sesuai Kewenangan Bidan.*; 2024.
23. Lenny, I Wayan A. Faktor Faktor Berhubungan dengan Terjadinya Gagal Ginjal Kronik di Perawatan Penyakit dalam RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah. *J Kolaboratif Sains*. 2024;7(6):642-647. doi:10.56338/jks.v4i12.2065
24. Eko Prabowo AEP. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan*. Nuha Medika; 2014.

25. Purwanto H. *Keperawatan Medikal Bedah II.*; 2016.
doi:10.29238/jnutri.v22i2.117
26. Leni Merdawati MH. *Keperawatan Medikal Bedah II.*; 2019.
27. Danarto. *Buku Ajar Urologi*. Gajah Mada Univercity Press; 2021.
28. Hapipah, Istianah I Henny Kaseger, Rina Budi Kristiani, Maria Agustina Making, Emiliandry Febryanti T. Banase, Luluk Nur Aini E a. *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan Berbasis SDKI, SLKI, SIKI*. CV. Media Sains Indonesia; 2022.
29. PPNI. *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia.*; 2017.
30. Vonny Polapadang NH. *Proses Keperawatan Pendekatan Teori Dan Praktik*. Yayasan Perbedayaan Masyarakat Indonesia Cerdas; 2019.
31. Mersi Ekaputri, Giri Susanto, Paryono, Dwi Prima Hanis Kusumaningtiyas, Aisyah, Muhammad Farhan Al Farisi, Naryati E a. *Proses Keperawatan : Konsep, Implementasi, Dan Evaluasi*. Tata Media Grup; 2024.
32. Feni H. *Metodologi Penelitian*. Raja Grafindo Persada; 2019.
33. Jelita Doli Tine D. *Metodologi Penelitian Keperawatan*. PT. Media Pustaka Indo; 2020.
34. Mustaroh A. *Metodologi Penelitian Kesehata.*; 2018.
35. Aries Veronica, Ernawati, Rasdiana, Muhammad Abas, Yusriani, Hadawiah E a. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. PT. Global Eksekutif Teknologi; 2022.
36. Khairani, Ade Irma, Manurung WRaA. *Merodologi Penelitian Kualitatif Case Study*. Trans Info Media; 2019.
37. Prabasuari AD, Kadek Dwi Pramana, Hardinata, Mamang Bagiansah. Hubungan Usia, Jenis Kelamin, Stadium Hipertensi, Dan Diabetes Melitus Dengan Kejadian Penyakit Ginjal Kronis Di Rsud Provinsi Nusa Tenggara Barat. *Cakrawala Med J Heal Sci*. 2024;2(2):154-163.
doi:10.59981/vk197j19
38. Marni L, Asmaria M, Yessi H. Penatalaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Chronic Kidney Disease Di Ruang Mawar Aisyah Pariaman. 2020. 2020;6:325-330. <https://jurnal.syedzasaintika.ac.id>
39. Amir CD, Kasih LC, Kamal A. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Chronik Kidney Disease (CKD) : Studi Kasus. *JIM Fkep*. 2023;7(3):1-10.
40. Suherman, Sopia P, Ridwan H. Literature Review: Hubungan Diabetes

Melitus Dengan Kejadian Gagal Ginjal Kronik. *J Ilm Keperawatan (Scientific J Nursing)*. 2023;9(5):639-644. doi:10.33023/jikep.v9i5.1634

41. Dharma PS. *Penyakit Ginjal Deteksi Dini Dan Pencegahan*. CV Solusi Distribusi; 2015.
42. Cita EE, Jefry A. Diagnosa Keperawatan : Gangguan Integritas Kulit Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis Menjalani Terapi Hemodialisa. 2024;8(3):255-264.
43. Hasanah U, Hammad H, Rachmadi A. Hubungan Kadar Ureum Dan Kreatinin Dengan Tingkat Fatigue Pada Pasien Chronic Kidney Disease (Ckd) Yang Menjalani Hemodialisa Di Ruang Hemodialisa Rsud Ulin Banjarmasin. *J Citra Keperawatan*. 2020;8(2):86-92. doi:10.31964/jck.v8i2.158
44. John E. Hall. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Edisi Jke 13.*; 2016.
45. Al Falah Rifqi, Khasanah Suci, Maryoto Madyo. Asuhan Keperawatan Hipervolemia pada Ny T dengan Gagal Ginjal Kronik. *J Penelit Perawatan Prof*. 2023;6(3):911-920.
46. Prayulis I, Susanti IH. Asuhan Keperawatan Pola Nafas Tidak Efektif dengan Balloon Blowing pada Pasien Chronic Kidney Disease. *J Penelit Perawat Prof*. 2023;6(2):503-508. doi:10.37287/jppp.v6i2.2205
47. Fitri DD, Samsul Bahri T, Kasih LC, et al. Asuhan Keperawatan Chronic Kidney Disease Stage dengan Efusi Pleura pada Pasien Di Ruang Penyakit Dalam : Studi Kasus Nursing Care For A Stage V Chronic Kidney Disease With Pleural Effusion Patient In The Internal Medicine Ward: Case Study. *Jim Fkep*. 2022;1(3):1-8.
48. Alfira SA. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Chronic Kidney Disease (Ckd) Diruangan Irna Non Bedah Penyakit Dalam Rsup. Dr. M. Djamil Padang. Published online 2021.
49. PPNI. *Standar Intervensi Keperawatan INdonesia.*; 2019.
50. Fitri Y, Darliana D, Amalia R, et al. Asuhan Keperawatan Pada Pasien R Dengan Chronic Kidney Disease (Ckd) Stage V Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr . Zainoel Abidin Banda Aceh : Suatu Studi Kasus. *J Ilm Mhs Fak Keperawatan*. 2022;I(2):21-28.
51. Oktario F, Hanan A, Rahmawati I, et al. Keperawatan Pada Klien CKD (Chronic Kidney Disease) Dengan Masalah Hipervolemia di RSUD Mardi Waluyo Blitar. *J Soc Sci Res*. 2023;3:1767-1779.
52. Putri BA, Kasumayanti E, Studi P, et al. Asuhan Keperawatan Pasien Ny .

N dengan CKD (Chronic Kidney Disease) Di Ruangan Pejuang di RSUD Bangkinang Tahun 2024. 2024;3:378-385.

53. Yulianti Simatupang H, Yemina L, Gamayana Y. Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis dengan Masalah Keperawatan Gangguan Integritas Kulit. *J Keperawatan Cikini*. 2022;3(2):47-52. doi:10.55644/jkc.v3i2.87

LAMPIRAN

Lampiran 12

Hasil Cek Plagiarisme (Turnitin)

Galuh Putri

OK KTI Fairuzi Elmahirah.docx

 KTI an. Fairuzi Elmahirah
 Karya Ilmiah Mahasiswa Tahun 2025
 Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang

Document Details

Submission ID
trncoid::13290044111

Submission Date
Jul 4, 2025, 2:48 PM GMT+7

Download Date
Jul 4, 2025, 2:56 PM GMT+7

File Name
OK_KTI_Fairuzi_Elmahirah.docx

File Size
270.6 KB

21 Pages
15,317 Words
104,610 Characters



Page 1 of 76 - Cover Page

Submission ID trn-oid::1-3290044111



Page 2 of 76 - Integrity Overview

Submission ID trn-oid::1-3290044111

9% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.




Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text

Exclusions

- 10 Excluded Sources

Top Sources

9%  Internet sources
1%  Publications
2%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.