



Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Chronic Kidney Disease Stage V* di Ruang Aqsha 3 Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh

Rizqia Geubrina¹, Laras Cyntia Kasih²

Universitas Syiah Kuala ^{1,2}

e-mail: rizqiageubrina.bna456@gmail.com

Abstract

This study employed a case study design using a family nursing care approach, which includes the stages of assessment, nursing diagnosis, planning, implementation, and evaluation. The purpose of this scientific work is to provide holistic nursing care for a patient with Stage V Chronic Kidney Disease (CKD) in the Aqsha 3 Ward of dr. Zainoel Abidin General Hospital, Banda Aceh. The assessment results revealed that the patient experienced weakness, shortness of breath, anasarca and peripheral edema with grade II pitting edema, creatinine level of 3.20 mg/dL, urea 34 mg/dL, albumin 2.84 g/dL, nausea and vomiting, as well as hypoglycemia. The identified nursing problems included hypervolemia, ineffective airway clearance, activity intolerance, risk of nutritional deficit, and unstable blood glucose levels. The interventions carried out involved collaboration for hemodialysis therapy twice a week, renal diet education, oxygen therapy, monitoring of fluid intake and output, encouraging the use of the "sipping ice" technique, teaching effective coughing, performing postural drainage and chest physiotherapy, maintaining oral hygiene, and instructing the patient to gargle with salt water. The evaluation results showed improvement in most of the identified nursing problems within five days of care. It is expected that the family will continue to provide support to the patient to ensure adherence to treatment and promote optimal recovery.

Keywords: *Chronic Kidney Disease, Stage V, Nursing Care.*

Abstrak

Penelitian ini menggunakan studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan keluarga yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Tujuan karya Ilmiah ini untuk memberikan asuhan keperawatan holistik pada pasien dengan CKD stage V di Ruang Aqsha 3 Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. Hasil pengkajian pasien mengalami lemas, sesak, edema anasarka dan edema perifer dengan pitting edema derajat II, kreatinin 3,20 mg/dL dan ureum 34 mg/dL, Albumin 2,84 gr/dL, mual dan muntah, dan mengalami hipoglikemi. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah hipervolemia, bersihan jalan napas tidak efektif, intoleransi aktivitas, risiko defisit nutrisi, dan ketidakstabilan kadar glukosa darah. Intervensi yang dilakukan meliputi kolaborasi terapi hemodialisis 2 kali seminggu, edukasi diet ginjal, terapi oksigen, pemantauan intake-output, menganjurkan untuk melakukan teknik Sipping Ice, mengajarkan batuk efektif, melakukan postural drainage dan fisioterapi dada, melakukan oral hygiene dan mengajarkan untuk berkumur dengan air garam. Hasil evaluasi menunjukkan perbaikan pada sebagian besar masalah keperawatan dalam 5 hari perawatan. Diharapkan kepada keluarga untuk tetap memberikan dukungan kepada pasien agar pasien menjalani perawatan dengan baik.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Chronic Kidney Disease, Stadium V.

PENDAHULUAN

Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan masalah global yang menjadi isu krisis dalam bidang kesehatan. Beban penyakit CKD meningkat secara signifikan secara global, terutama pada indikator kematian dan DALYs (Disability-Adjusted Life Years), walaupun prevalensinya secara umum cenderung menurun dalam beberapa wilayah. Berdasarkan hasil Global Burden of Disease (GBD) pada tahun 2017, CKD menempati peringkat ke 12 penyebab kematian umum di dunia. Pada tahun 2021 terdapat sekitar 673 juta kasus Chronic Kidney Disease di seluruh dunia, dengan angka prevalensi standar usia (Age-Standardized Prevalence Rate) sebesar 8.006 per 100.000 penduduk. Angka insiden global mencapai 19,9 juta kasus, dan terdapat sekitar 1,5 juta kematian terkait CKD pada tahun yang sama. Meskipun angka kematian menunjukkan penurunan setelah tahun 2019, beban penyakit ini tetap tinggi dengan DALYs mencapai 44,5 juta pada tahun 2021 (Deng L et al., 2025).

Di Indonesia, pada tahun 2018 tercatat peningkatan kasus gagal ginjal kronis (chronic kidney disease) sebesar 19,3%. Berdasarkan data Riskesdas (2018), prevalensi CKD di Indonesia mencapai 0,38% atau sekitar 3,8 orang per 1.000 penduduk, dan sekitar 60% dari penderita gagal ginjal tersebut memerlukan terapi dialisis untuk mempertahankan kelangsungan hidup. Peningkatan jumlah kasus ini sejalan dengan meningkatnya jumlah pasien yang menjalani terapi hemodialisis setiap tahunnya. Hal ini diperkuat oleh laporan ke-11 dari Pendaftaran Ginjal Indonesia (Indonesian Renal Registry) tahun 2018, yang mencatat sebanyak 66.433 pasien baru dan 132.142 pasien aktif menjalani hemodialisis, dengan angka kematian mencapai 6.898 pasien atau sekitar 78% dari keseluruhan kasus tercatat (PERNEFRI, 2018).

Menurut Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 berdasarkan diagnosis dokter, prevalensi CKD di Provinsi Aceh untuk penduduk usia >15 tahun menempati urutan ke 14 tertinggi sebanyak 0,20%. Prevalensi tertinggi ditemukan pada kelompok usia ≥ 75 tahun (0,57%) dan usia 65-74 tahun (0,45%). Data Provinsi Aceh (2023), menyatakan prevalensi penyakit ginjal kronik (CKD) di wilayah tersebut menunjukkan kecenderungan peningkatan. Rumah Sakit Umum Daerah Zainoel Abidin Banda Aceh melaporkan sebanyak 163 kasus pada pasien laki-laki, 137 kasus pada pasien perempuan, serta 55 kasus di antaranya berakhir dengan kematian (Arga N et al., 2024). Penelitian lainnya di RSUDZA tahun 2023 sebanyak 6,48% pasien chronic kidney disease menjalani hemodialisis dengan penyebab tertinggi akibat hipertensi sebanyak 61 responden (52,6%) dan diabetes mellitus 25 (21,6%). Hal ini menunjukkan bahwa hipertensi dan diabetes melitus merupakan faktor risiko utama yang berkontribusi signifikan terhadap progresivitas CKD hingga memerlukan terapi hemodialisis (Anna et al., 2024).

Penyakit ginjal kronis (CKD) ditandai oleh adanya kerusakan ginjal atau penurunan laju filtrasi glomerulus (eGFR) di bawah 60 mL/menit/1,73 m² yang berlangsung selama 3 bulan atau lebih. CKD merupakan kondisi progresif yang secara klinis berbahaya, dengan sebagian besar pasien tetap asimtomatik hingga mencapai tahap lanjut, biasanya ketika eGFR menurun di bawah 30 mL/menit/1,73 m² (Vaydia, 2024). Perjalanan penyakit ini ditandai dengan hilangnya fungsi ginjal secara bertahap dan bervariasi, tergantung pada etiologi dasar, paparan terhadap faktor risiko, serta efektivitas intervensi terapeutik yang dilakukan. Umumnya, progresi berlangsung perlahan, dari beberapa bulan hingga puluhan tahun, hingga mencapai tahap gagal ginjal terminal yang membutuhkan terapi. CKD juga berkaitan erat dengan peningkatan mortalitas akibat penyakit kardiovaskular dan berperan sebagai pengganda risiko (risk multiplier) pada individu dengan komorbiditas seperti diabetes melitus dan hipertensi (Deng L et al., 2025).

Penelitian Hustrini et al (2023) menyebutkan bahwa etiologi utama penyakit ginjal kronik (Chronic Kidney Disease/CKD) di Indonesia mencakup penyakit ginjal diabetik (27,2%), glomerulonefritis (13,0%), hipertensi (11,5%), dan urolitiasis (10,3%). Faktor-faktor ini menunjukkan bahwa penyakit tidak menular, khususnya diabetes melitus dan hipertensi, memegang peranan signifikan dalam peningkatan kejadian CKD. Hal ini sejalan dengan tren global, di mana transisi epidemiologis menyebabkan pergeseran beban penyakit dari penyakit menular ke penyakit degeneratif (Hani F, 2025). Penyakit Ginjal Kronis (CKD) dibagi menjadi lima tahap berdasarkan penurunan laju filtrasi glomerulus (GFR). Tahap 1 (GFR >90) menunjukkan fungsi ginjal masih baik, tahap 2 (GFR 60–89) menunjukkan penurunan ringan, tahap 3 (GFR 30–59) penurunan sedang, tahap 4 (GFR 15–29) penurunan berat, dan tahap 5 (GFR <15) menandakan gagal ginjal yang memerlukan dialisis atau transplantasi (Maringhini S et al., 2024).

Kondisi penurunan fungsi ginjal tersebut juga dapat menyebabkan terjadinya akumulasi cairan, elektrolit, dan produk limbah metabolik dalam tubuh. Akumulasi ini berdampak sistemik dan sering memunculkan berbagai masalah keperawatan seperti hipervolemia, bersihan jalan napas tidak efektif, intoleransi aktivitas, defisit nutrisi, hingga ketidakstabilan kadar glukosa darah (Vaidya & Aeddula, 2025). Hipervolemia, misalnya, terjadi akibat retensi natrium dan air yang tidak dapat diekskresikan secara optimal, sehingga menimbulkan edema paru dan sesak napas, yang berdampak pada penurunan kemampuan aktivitas pasien (Heriansyah, Humaedi, & Widada, 2019).

Seiring dengan menurunnya fungsi ginjal, pasien CKD juga rentan mengalami defisit nutrisi yang disebabkan oleh pembatasan diet, anoreksia, serta gangguan metabolisme protein dan energi. Kondisi ini turut memperparah kelemahan otot dan menyebabkan intoleransi aktivitas, ditandai dengan mudah lelah bahkan

saat melakukan aktivitas ringan (Anna et al., 2024). Selain itu, pasien CKD dengan diabetes mellitus sering mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah akibat penurunan ekskresi insulin dan perubahan metabolisme karbohidrat yang memperberat kontrol glikemik. Ketidakseimbangan ini dapat memicu hipoglikemia maupun hiperglikemia yang memperburuk status klinis pasien secara keseluruhan (Vaidya & Aeddula, 2025). Dalam menghadapi kompleksitas masalah pada pasien CKD, perawat memiliki peran yang vital. Perawat bertanggung jawab dalam pengkajian menyeluruh, edukasi terkait diet dan gaya hidup, pemantauan status cairan dan metabolik, serta pemberian dukungan psikososial. Intervensi seperti pengaturan posisi tidur, pemantauan intake-output, edukasi gizi renal, latihan fisik ringan, dan pemantauan glukosa darah merupakan bagian dari asuhan yang harus disesuaikan dengan kondisi individual pasien (Susantri et al., 2022).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menerapkan metode studi kasus yang dilaksanakan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. Proses pengumpulan data dilakukan melalui pengkajian menyeluruh terhadap pasien, mencakup informasi identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan, pola makan, eliminasi, tidur, serta hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi. Data yang diperoleh kemudian dianalisis guna menetapkan diagnosis keperawatan yang akurat, yang selanjutnya menjadi dasar dalam penyusunan intervensi keperawatan yang tepat. Implementasi intervensi dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah dirancang, dan tahap evaluasi dilakukan untuk mengukur keberhasilan dari intervensi yang diterapkan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menyajikan deskripsi komprehensif mengenai proses keperawatan pasien di rumah sakit tersebut.

PEMBAHASAN

Hipervolemia

Hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 29 hingga 30 November 2024 menunjukkan bahwa Ny. N mengeluhkan kesulitan buang air kecil dengan volume urine yang sangat sedikit. Keluarga pasien juga menyampaikan bahwa Ny. N tampak sesak dan perut terlihat begah. Secara umum, kondisi umum pasien tampak lemah. Tingkat kesadaran pasien *compos mentis* dengan nilai GCS 15 (E4 V5 M6). Pemeriksaan fisik menunjukkan adanya edema anasarka serta edema perifer pada ekstremitas atas. Pasien juga mengalami oliguria. Pemeriksaan ultrasonografi (USG) menunjukkan adanya asites minimal. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 28 November 2024 menunjukkan kadar hemoglobin 9,0 gr/dL, kreatinin 3,20 mg/dL, ureum 98 mg/dL, natrium 135 mmol/L, klorida 104 mmol/L, dan kalium 4,20 mmol/L. Hasil urinalisis pada tanggal 15 November 2024 menunjukkan warna urine hematurik dengan

kandungan glukosa (+2), protein (+2), darah (+), dan keton (+), yang mengindikasikan adanya gangguan fungsi filtrasi ginjal.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, perawat menetapkan diagnosis keperawatan hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Selama lima hari pelaksanaan intervensi keperawatan, dilakukan berbagai tindakan meliputi pemantauan tanda dan gejala kelebihan cairan seperti edema, sesak napas, peningkatan berat badan, serta pengukuran lingkaran perut harian (LP/hari), edukasi juga diberikan kepada pasien diajarkan teknik sederhana seperti sipping ice (mengisap es batu secara perlahan) untuk membantu mengurangi rasa haus akibat pembatasan cairan dan keluarga mengenai diet rendah garam dan protein sesuai dengan protokol diet ginjal, pemantauan intake dan output cairan.

Pemantauan cairan masuk dan keluar (intake-output) merupakan intervensi keperawatan esensial pada pasien chronic kidney disease (CKD), terutama yang menjalani hemodialisis, untuk mencegah komplikasi akibat overload. Studi menunjukkan bahwa ketidakseimbangan cairan tubuh dapat memperburuk kondisi klinis pasien CKD, termasuk mempercepat progresivitas kerusakan ginjal. Dalam implementasinya, pencatatan intake-output secara akurat harus disertai dengan edukasi kepada pasien dan keluarga agar mereka memahami pentingnya membatasi konsumsi cairan harian sesuai rekomendasi medis. Penelitian di Pontianak mengungkapkan adanya korelasi positif yang signifikan antara kepatuhan terhadap pembatasan cairan dan peningkatan kualitas hidup pasien CKD ($r = 0.62$; $p < 0.05$), mempertegas bahwa pengendalian cairan tidak hanya berdampak klinis tetapi juga psikososial (Rahmadani et al., 2023).

Faktor yang paling memengaruhi kepatuhan pasien terhadap pembatasan cairan bukanlah tingkat pendidikan atau lama menjalani terapi hemodialisis, melainkan pengetahuan pasien dan dukungan dari keluarga. Edukasi berkelanjutan dan keterlibatan keluarga berperan penting dalam memperkuat komitmen pasien terhadap diet cairan yang ketat. Selain itu, terdapat berbagai intervensi untuk mengatasi rasa haus pada pasien CKD. Salah satu intervensi yang dapat diterapkan untuk mengatasi masalah rasa haus pada pasien CKD yaitu dengan mengulum es batu karena dapat memberikan perasaan lebih segar daripada minum air mineral sedikit-sedikit. Penelitian oleh Pebrianti (2023) Menghisap es batu lebih efektif jika dibandingkan dengan mengunyah permen karet rendah gula untuk mengurangi rasa haus selama 93 menit pada pasien (Pebrianti et al., 2023). Kolaborasi juga dilakukan dengan tim medis dalam pemberian obat-obatan sesuai instruksi dokter, serta dalam menetapkan dan menjalankan terapi pembatasan cairan.

Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif

Berdasarkan hasil pengkajian terhadap pasien yang mengeluhkan sesak napas, batuk sesekali, dan berdahak. Pasien tampak lemah dan mengalami kesulitan berbicara. Pemeriksaan menunjukkan pasien dalam kondisi dispnea dan menggunakan simple mask dengan aliran oksigen 8 L/menit untuk membantu pernapasan. Pada auskultasi paru ditemukan adanya suara napas tambahan berupa ronki basah. Batuk pasien tidak efektif dan sekret tampak tertahan di saluran napas. Tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 130/70 mmHg, denyut nadi 80 kali per menit, laju napas 20 kali per menit dengan bantuan oksigen, dan suhu tubuh 36,9°C. Secara umum, kondisi pasien lemah dan membutuhkan bantuan penuh dalam aktivitas sehari-hari (bedrest total, skala ketergantungan 4). Keluarga menyampaikan bahwa pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri dan tampak mudah lelah. Riwayat anemia turut memperberat kondisi umum pasien.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, perawat menetapkan diagnosis keperawatan pola napas tidak efektif yang berhubungan dengan akumulasi sekret di saluran napas. Penatalaksanaan awal difokuskan pada intervensi keperawatan mandiri dan kolaboratif. Pemberian oksigen dengan simple mask 8 liter/menit, penempatan pasien dalam posisi semi-Fowler, serta pemantauan laju napas dan saturasi oksigen secara berkala dilakukan sebagai langkah awal untuk memperbaiki ventilasi alveolar dan meningkatkan kenyamanan napas. Intervensi ini menunjukkan respons positif: laju napas pasien menjadi lebih terkontrol, saturasi oksigen meningkat hingga 97%, dan terapi oksigen dapat diturunkan menjadi nasal kanul 2 liter/menit. Pasien juga melaporkan peningkatan kenyamanan napas, disertai penurunan intensitas batuk dan berkurangnya ronki pada pemeriksaan auskultasi.

Dalam upaya pembersihan jalan napas dan memperbaiki fungsi respirasi, dilakukan pula fisioterapi dada dan postural drainase. Fisioterapi dada, yang meliputi perkusi, vibrasi, napas dalam, dan teknik batuk efektif, bertujuan untuk memobilisasi sekret dan mencegah atelektasis. Sementara itu, postural drainase dimanfaatkan untuk mengalirkan sekret melalui gravitasi, dengan memposisikan pasien sesuai lokasi obstruksi, seperti miring kanan/kiri untuk lobus lateral atau posisi trendelenburg untuk lobus bawah jika tidak terdapat kontraindikasi. Menurut Hough (2017), fisioterapi dada secara signifikan meningkatkan kapasitas paru dan efisiensi pertukaran gas, terutama pada pasien dengan penurunan ekspansi paru akibat efusi atau kongesti. Dukungan ini diperkuat oleh penelitian Santos et al. (2020) yang menunjukkan bahwa kombinasi fisioterapi dada dan postural drainase dua kali sehari selama 15–20 menit secara nyata meningkatkan saturasi oksigen dan mengurangi gejala sesak napas pada pasien dengan CKD dan efusi pleura. Untuk itu dilakukan intervensi kolaboratif berupa hemodialisis sebagai terapi utama dalam mengatasi kelebihan

cairan. Selain itu, pasien juga menjalani tindakan torakosentesis, yakni prosedur aspirasi cairan dari rongga pleura untuk menurunkan tekanan intratorakal dan memperbaiki ekspansi paru. Hooper dan Lee (2021) menegaskan bahwa torakosentesis merupakan terapi efektif dalam mengurangi sesak napas dan memperbaiki oksigenasi pada pasien dengan efusi pleura transudatif, sebagaimana sering terjadi pada pasien gagal ginjal. Selaras dengan hal tersebut, Light (2022) menyatakan bahwa torakosentesis tidak hanya bersifat diagnostik, tetapi juga terapeutik, karena mampu mengembalikan fungsi paru yang terganggu akibat penekanan cairan.

Intoleransi Aktivitas

Hasil pengkajian terhadap Ny. N yang mengeluhkan merasa lemah dan mudah lelah meskipun tidak melakukan aktivitas berat. Keluarga menyampaikan bahwa Ny. N sudah tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dan membutuhkan bantuan total dalam perawatan diri. Secara umum, kondisi Ny. N tampak lemah. Pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 130/70 mmHg, denyut jantung 80 kali per menit, laju napas 20 kali per menit dengan bantuan oksigen melalui simple mask 8 L/menit, dan suhu tubuh 36,9°C. Ny. N berada dalam kondisi bedrest total dengan skala ketergantungan 4 dan seluruh aktivitas harian dibantu oleh keluarga. Pasien juga tampak mengalami dispnea saat melakukan aktivitas ringan. Riwayat medis menunjukkan bahwa Ny. N memiliki anemia, yang diperkuat oleh hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 28 November 2024, yaitu kadar hemoglobin 9,0 gr/dL dan hematokrit 25%.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, perawat menetapkan diagnosis keperawatan intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Intervensi keperawatan yang diberikan difokuskan pada strategi energy management, yang meliputi pemberian bantuan dalam aktivitas, latihan rentang gerak (ROM), edukasi mengenai pentingnya mobilisasi bertahap sesuai pedoman SIKI, serta pemantauan tanda vital sebelum dan sesudah aktivitas sebagai upaya memastikan keamanan dan efektivitas latihan. Selain anemia, faktor lain yang turut memperberat intoleransi aktivitas adalah efek samping dari prosedur hemodialisis yang dijalani pasien secara rutin dua kali seminggu. Hemodialisis dapat menyebabkan dialysis-related fatigue, yaitu kelelahan berat yang terjadi setelah prosedur akibat fluktuasi volume cairan tubuh, ketidakseimbangan elektrolit, serta peningkatan beban metabolik. Kondisi ini memperburuk status energi pasien dan membatasi toleransi terhadap aktivitas fisik.

Hasil evaluasi terhadap implementasi intervensi menunjukkan adanya respons positif. Studi oleh Agustin et al. (2023) mendukung pendekatan latihan aktivitas ringan secara bertahap pada pasien CKD, yang terbukti dapat meningkatkan

saturasi oksigen hingga 99%, menurunkan laju napas menjadi 19 kali per menit, serta mengurangi keluhan kelelahan (Agustin et al., 2023). Pada pasien Ny. N, kemajuan tersebut tercermin dari kemampuan pasien untuk duduk di tepi tempat tidur dan melakukan perawatan diri dasar seperti menyisir rambut dan menyeka wajah dengan pengawasan. Meskipun belum sepenuhnya mandiri, keberhasilan ini menunjukkan bahwa intoleransi aktivitas mulai teratasi sebagian. Pendekatan yang berkelanjutan, terarah, dan multidisiplin masih diperlukan untuk memaksimalkan kapasitas aktivitas pasien dalam jangka panjang.

Resiko Defisit Nutrisi

Hasil Pengkajian terhadap Ny. N yang mengeluhkan mual dan muntah serta menyatakan bahwa dirinya sering tidak memiliki selera makan. Keluarga pasien juga menyampaikan bahwa Ny. N mengalami penurunan nafsu makan sejak beberapa waktu terakhir. Secara fisik, pasien tampak lemah dan pucat, dengan mukosa mulut yang kering dan pucat. Berat badan saat pengkajian tercatat 60 kg, namun terdapat peningkatan sekitar 5 kg akibat edema. Berat badan kering (BBK) pasien adalah 52 kg dengan tinggi badan 160 cm, menghasilkan indeks massa tubuh (IMT) sebesar 20,3 kg/m² (kategori normal). Edema tubuh pasien terukur sekitar 12%. Ny. N mengalami mual dan muntah dengan volume muntah sebanyak ± 100 cc, konsistensi cair dan bening. Pasien juga memiliki riwayat penurunan kesadaran dan saat ini menggunakan NGT (nasogastric tube) untuk pemenuhan kebutuhan nutrisi. Hasil laboratorium pada tanggal 28 November 2024 menunjukkan kadar albumin 2,84 g/dL, yang menandakan status nutrisi kurang baik dan potensi malnutrisi.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, perawat menetapkan diagnosis keperawatan risiko defisit nutrisi yang berhubungan dengan penurunan asupan oral dan status metabolik yang tidak stabil. Intervensi keperawatan yang dilakukan mencakup pemantauan status gizi, edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai prinsip diet renal dan diabetes, serta kolaborasi dengan ahli gizi untuk menyusun menu yang seimbang sesuai kebutuhan metabolik. Edukasi juga meliputi pentingnya pemilihan sumber protein rendah beban nitrogen, pengolahan makanan untuk menurunkan kadar kalium dan natrium, serta pengaturan asupan karbohidrat kompleks untuk pengendalian kadar glukosa darah. Pendekatan ini sejalan dengan penelitian oleh Nareswari et al. (2023), yang menyatakan bahwa pembatasan protein pada pasien CKD harus disesuaikan dengan status gizi dan tahap penyakit, karena pembatasan yang terlalu ketat dapat menyebabkan malnutrisi energi-protein (Nareswari et al., 2023). Penelitian Kalantar-Zadeh et al. (2020) juga mengungkapkan bahwa malnutrisi merupakan faktor risiko independen terhadap mortalitas pada pasien hemodialisis, sehingga penilaian gizi komprehensif dan pendekatan individual sangat diperlukan (Kalantar-Zadeh et al., 2020).

Dalam kasus Ny. N, diet disesuaikan dengan kondisi klinis dan diberikan secara bertahap melalui NGT. Pemilihan makanan diarahkan pada sumber protein nabati seperti tempe dan tahu, serta sayuran rendah kalium seperti labu siam, wortel, dan timun yang diolah dengan perebusan dua tahap. Keterlibatan keluarga dalam proses edukasi dan penyusunan menu turut mendukung keberhasilan implementasi intervensi. Maria et al. (2024) menyatakan bahwa dukungan keluarga berperan penting dalam meningkatkan kepatuhan pasien terhadap diet yang disesuaikan dengan penyakit kronis.

Selain itu, studi Ikizler et al. (2020) menekankan bahwa selain pembatasan protein, pemenuhan kebutuhan energi sebesar 30–35 kkal/kg berat badan per hari merupakan komponen penting untuk mencegah pemecahan protein otot dan memperburuk malnutrisi. Dengan pendekatan yang holistik dan berkelanjutan, kebutuhan nutrisi pasien dapat tercapai tanpa memberikan beban tambahan pada fungsi ginjal (Ikizler et al., 2020). Untuk menjaga kebersihan mulut dan meningkatkan nafsu makan pasien perawat melakukan oral hygiene selama 2 hari saat keadaan pasien lemah. Setelah membaik, perawat mengedukasi pasien dan keluarga pasien untuk berkumur dengan air garam. Garam memiliki manfaat terapeutik, seperti membantu meredakan peradangan pada tenggorokan, mengurangi bau mulut, dan memberikan efek antiseptik ringan yang bermanfaat bagi kesehatan gigi dan gusi (Widayati & Ariningsih, 2021). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sholekhah (2021) menunjukkan bahwa berkumur dengan larutan garam dapat menurunkan jumlah koloni bakteri dalam rongga mulut, sehingga meningkatkan kenyamanan oral secara signifikan. Dalam lima hari pertama perawatan, intervensi ini berkontribusi terhadap peningkatan nafsu makan pasien, ditandai dengan bertambahnya porsi makanan yang dikonsumsi, sesuai dengan target hasil yang telah ditetapkan dalam rencana asuhan keperawatan (Sholekhah, 2021).

Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Pengkajian terhadap Ny. N yang mengeluhkan sering merasa haus dan mulut terasa kering. Keluarga pasien menyampaikan bahwa Ny. N memiliki riwayat diabetes melitus sejak lima tahun yang lalu. Kondisi umum pasien tampak lemah. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar glukosa darah sewaktu (KGDS) sebesar 250 mg/dL dan nilai HbA1c sebesar 9%, yang menunjukkan kontrol glukosa darah yang buruk dalam jangka panjang. Selain itu, hasil urinalisis pada tanggal 15 November 2024 menunjukkan adanya hematuria dengan kandungan glukosa (+2), protein (+2), darah (+), dan keton (+), yang mengindikasikan adanya gangguan metabolik dan kemungkinan disfungsi pankreas. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, perawat menetapkan diagnosis keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah yang berhubungan dengan disfungsi pankreas, ditandai dengan hiperglikemia (KGDS 250 mg/dL),

HbA1c tinggi, glukosuria, ketonuria, dan keluhan subjektif seperti rasa haus berlebihan dan mulut kering. Intervensi keperawatan dilakukan secara komprehensif untuk menstabilkan kadar glukosa darah, baik melalui pemantauan kadar gula darah secara berkala, pengaturan pemberian insulin sesuai dosis yang disesuaikan dengan pola makan dan fungsi ginjal, serta kolaborasi dengan tim medis dalam evaluasi regimen farmakologis pasien. Selain itu, pasien diberikan diet TSE melalui NGT, yang dirancang khusus untuk menjaga kestabilan glukosa darah dengan kandungan karbohidrat kompleks dan indeks glikemik rendah.

Hasil evaluasi menunjukkan adanya perbaikan parsial, di mana kadar glukosa darah lebih stabil dalam rentang aman (150–200 mg/dL) dan tidak ditemukan lagi gejala hipoglikemia yang signifikan dalam beberapa hari terakhir. Karena fungsi ginjal yang terus menurun dapat terus memengaruhi metabolisme glukosa dan insulin, pemantauan berkelanjutan tetap sangat penting. Manajemen glukosa pada pasien CKD harus dilakukan secara hati-hati dan dinamis, dengan penyesuaian yang terus-menerus terhadap terapi dan asupan nutrisi untuk mencegah komplikasi metabolik jangka Panjang (Thomas et al., 2021).

KESIMPULAN

Evaluasi terhadap pelaksanaan intervensi keperawatan menunjukkan adanya perbaikan kondisi pasien secara bertahap. Masalah hipervolemia mengalami perbaikan yang ditandai dengan berkurangnya edema dan peningkatan volume urin. Bersihan jalan napas pasien juga membaik, ditunjukkan dengan menurunnya frekuensi napas, batuk efektif meningkat, dan produksi sputum menurun. Pada aspek nutrisi, terdapat peningkatan nafsu makan dan toleransi terhadap makanan oral, meskipun asupan masih harus dipantau. Pasien juga menunjukkan kemajuan dalam hal aktivitas, seperti mampu duduk dan melakukan aktivitas ringan dengan bantuan. Sedangkan kadar glukosa darah pasien lebih stabil dan tidak ditemukan lagi gejala hipoglikemia selama observasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Anna, D., Syuksri, M., Maulana, T., & Marthoenis. (2024). Prevalence and burden of disease of chronic kidney disease undergoing hemodialysis at the Regional General Hospital dr. Zainoel Abidin. *International Journal of Medical Science and Dental Health*, 10(01), 1–16. <https://doi.org/10.55640/ijmsdh-10-01-01>
- Arga, N. A., Darliana, D., & Kamal, A. (2024). Asuhan keperawatan pada pasien chronic kidney disease stage V di unit rawat inap RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *Indonesian Journal of Multidisciplinary*, 2(6), 1248–1255. <https://journal.csspublishing.com/index.php/ijm/article/view/1017>

- Agustin, R., Purnamasari, I., & Rahayu, A. (2023). Manajemen aktivitas pada pasien gagal ginjal kronis dengan anemia: Studi kasus. *Jurnal Keperawatan Terapan Indonesia*, 8(2), 120–127.
- Deng, L., Guo, S., Liu, Y., et al. (2025). Beban global, regional, dan nasional penyakit ginjal kronis serta etiologi yang mendasarinya dari tahun 1990 hingga 2021: Analisis sistematis untuk Studi Beban Penyakit Global 2021. *BMC Public Health*, 25, 636. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21851-z>
- Hani, F., Aditiawardana, & Atika. (2025). Causes and profiles pertaining to the emergency room admission of stage V chronic kidney disease patients undergoing regular hemodialysis at a tertiary hospital in Surabaya, Indonesia. *Current Internal Medicine Research and Practice Surabaya Journal*, 6(1), 38–44. <https://doi.org/10.20473/cimrj.v6i1.66432>
- Heriyansyah, H., Humaedi, A., & Widada, N. S. (2019). Gambaran ureum dan kreatinin pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Karawang. *Jurnal Teknologi Laboratorium Bahasa Indonesia*, 1(1).
- Hooper, C., & Lee, Y. C. G. (2021). Management of pleural effusion. *BMJ*, 375, n2176.
- Hough, A. (2017). *Physiotherapy in respiratory care: An evidence-based approach to respiratory and cardiac management* (4th ed.). Nelson Thornes.
- Ikizler, T. A., Burrowes, J. D., Byham-Gray, L. D., et al. (2020). KDOQI clinical practice guideline for nutrition in CKD: 2020 update. *American Journal of Kidney Diseases*, 76(3), S1–S107. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.05.006>
- Kalantar-Zadeh, K., Fouque, D., & Kopple, J. D. (2020). Outcome predictability of nutritional markers in patients receiving maintenance hemodialysis. *Journal of Renal Nutrition*, 30(2), 90–101.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023*. <https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/hasil-ski-2023/>
- Kemenkes RI. (2022). *Gagal ginjal kronik dan penyebabnya*. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/582/gagal-ginjal-kronik-dan-penyebabnya
- Light, R. W. (2022). *Pleural diseases* (7th ed.). Wolters Kluwer.
- Maria, E. D., Putri, F. R., & Hidayat, M. (2024). Pengaruh edukasi diet ginjal terhadap kepatuhan dan status nutrisi pasien gagal ginjal kronik. *Jurnal Keperawatan Klinik dan Komunitas*, 13(1), 27–34.
- Maringhini, S., & Zoccali, C. (2024). Chronic kidney disease progression – A challenge. *Biomedicines*, 12(10), 2203. <https://doi.org/10.3390/biomedicines12102203>
- Nareswari, A., Haq, N. A., & Kusumastuty, I. (2023). Diet rendah protein terhadap status kesehatan pasien penyakit ginjal kronis (PGK): Kajian pustaka. *Jurnal Nutrition College*, 12(4), 277–286. <http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jnc/>

- Pebrianti, S., Shalahuddin, I., Nugraha, B. A., Eriyani, T., & Nurrahmawati, D. (2023). Intervensi keperawatan menurunkan rasa haus pada pasien chronic kidney disease (CKD): A rapid review. *Malahayati Nursing Journal*, 5(12), 4352–4366. <https://doi.org/10.33024/mnj.v5i12.12488>
- PERNEFRI. (2018). 11th report of Indonesian Renal Registry 2018. Indonesian Renal Registry.
- Riskesdas. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. Kementerian Kesehatan RI.
- SDKI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. DPP PPNI.
- Santos, P. H., Silva, F. L., & Almeida, R. A. (2020). Chest physiotherapy and postural drainage in patients with pleural effusion and chronic kidney disease: A clinical trial. *Brazilian Journal of Pulmonology*, 46(2), e20200025.
- Susantri, W., Bayhakki, B., & Woferst, R. (2022). Hubungan kepatuhan menjalani terapi hemodialisis dengan kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik di masa pandemi COVID-19. *Holistic Nursing and Health Science*, 5(2), 216–225. <https://doi.org/10.14710/hnhs.5.2.2022.72-81>
- Thomas, M. C., et al. (2021). Management of diabetes in CKD: Challenges and opportunities. *Kidney International*, 99(3), 548–561.
- Vaidya, S. R., & Aeddula, N. R. (2025). Penyakit ginjal kronis. Dalam StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535404/>