



Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y Dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD)

Anggi Allifia Irawan¹, Apriza²

Program Studi DIII Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai

anggi192692@gmail.com, apriza@universitaspahlawan.ac.id

Abstrak

Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan penyakit kronis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal secara progresif sehingga mengganggu kemampuan tubuh dalam mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit serta membuang zat sisa metabolisme. Kondisi ini dapat menimbulkan berbagai masalah kesehatan, seperti sesak napas akibat kelebihan cairan, edema, mual, penurunan nafsu makan, kelemahan, nyeri, dan gangguan perfusi perifer yang dapat menghambat aktivitas sehari-hari pasien. Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien CKD di Ruang Pejuang RSUD Bangkinang. Metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Studi kasus dilaksanakan selama tiga hari, yaitu 12–14 Juni 2026, pada Ny. Y, perempuan berusia 55 tahun dengan diagnosis medis CKD. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa pasien mengalami sesak napas, mual, penurunan nafsu makan, kelemahan, nyeri pinggang kanan, dan kesemutan pada jari kaki. Tiga diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah pola napas tidak efektif, nyeri kronis, dan perfusi perifer tidak efektif. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tiga hari, kondisi pasien menunjukkan perbaikan berupa pola napas yang membaik, penurunan nyeri, berkurangnya kesemutan dan sensasi dingin, serta perbaikan edema dan *capillary refill time* (CRT). Kesimpulannya, asuhan keperawatan yang sistematis sesuai dengan masalah dan kebutuhan pasien dapat membantu memperbaiki kondisi klinis pasien CKD. Pemantauan berkelanjutan tetap diperlukan, terutama terkait kepatuhan terhadap hemodialisis, pengobatan, pembatasan cairan, dan pengaturan diet sesuai anjuran tenaga kesehatan.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan, *Chronic Kidney Disease*, Perfusi Perifer, Pola Napas, Nyeri Kronis.

Abstract

Chronic Kidney Disease (CKD) is a chronic condition characterized by a progressive decline in kidney function, impairing the body's ability to regulate fluid and electrolyte balance and eliminate metabolic waste products. This condition can cause various health problems, including shortness of breath due to fluid overload, edema, nausea, decreased appetite, weakness, pain, and impaired peripheral perfusion, which may limit patients' daily activities. This case study aimed to provide nursing care for a patient with CKD in the Pejuang Ward of Bangkinang Regional General Hospital. A descriptive case study design was used, applying the nursing process, which included assessment, nursing diagnosis, intervention, implementation, and evaluation. The study was conducted over three days, from June 12 to 14, 2026, involving Mrs. Y, a 55-year-old woman medically diagnosed with CKD. Data were collected through interviews, observation, physical examination, and documentation. The assessment findings indicated that the patient experienced shortness of breath, nausea, decreased appetite, weakness, right flank pain, and tingling in the toes. Three nursing diagnoses were established: ineffective breathing pattern, chronic pain, and ineffective peripheral tissue perfusion. Following three days of nursing care, the patient's condition improved, as evidenced by an improved breathing pattern, reduced pain, decreased tingling and cold sensations, reduced edema, and improved capillary refill time (CRT). In conclusion, systematic nursing care tailored to the patient's problems and needs may help improve the clinical condition of patients with CKD. Continued monitoring is necessary, particularly regarding adherence to hemodialysis, medication, fluid restriction, and dietary recommendations provided by healthcare professionals.

Keywords: *Chronic Kidney Disease, Chronic Pain, Ineffective Breathing Pattern, Nursing Care, Peripheral Perfusion.*

Address : Bangkinang
Email : anggi12692@gmail.com
Phone : 081548726926

PENDAHULUAN

Chronic Kidney Disease (CKD) atau penyakit ginjal kronik merupakan kondisi ketika fungsi ginjal mengalami gangguan akibat kerusakan struktur atau fungsi ginjal yang berlangsung secara menetap dan progresif. Penurunan fungsi ginjal menyebabkan kemampuan ginjal dalam mempertahankan keseimbangan cairan, elektrolit, asam-basa, serta membuang sisa metabolisme menjadi terganggu. Kondisi tersebut dapat berkembang secara perlahan dan pada stadium lanjut dapat menyebabkan gagal ginjal yang membutuhkan terapi pengganti ginjal seperti hemodialisis atau transplantasi ginjal (Kalantar-Zadeh *et al.*, 2021)

Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan salah satu masalah kesehatan global yang memiliki beban penyakit cukup besar. Berdasarkan *Global Burden of Disease Study* 2017, terdapat sekitar 697,5 juta kasus CKD di seluruh dunia dengan prevalensi sebesar 9,1% pada tahun 2017. Pada tahun yang sama, CKD menyebabkan sekitar 1,2 juta kematian dan beban penyakit tersebut menunjukkan kecenderungan meningkat dalam beberapa dekade terakhir (GBD *Chronic Kidney Disease Collaboration*, 2020). *World Health Organization* (WHO) memperkirakan sekitar 674 juta orang di dunia hidup dengan CKD dan sebagian besar berada di negara berpendapatan rendah dan menengah. Pada kondisi paling berat, CKD dapat berkembang menjadi gagal ginjal yang memerlukan dialisis atau transplantasi ginjal untuk mempertahankan kehidupan ((Nadiyah *et al.*, 2024)).

Peningkatan beban CKD berkaitan dengan berbagai faktor risiko, terutama diabetes melitus dan hipertensi. Selain itu, CKD dapat disebabkan oleh penyakit glomerulus, gangguan tubulointerstitial, obstruksi saluran kemih, penyakit ginjal hereditas, gangguan imun, serta paparan obat atau zat nefrotoksik. Kerusakan ginjal yang berlangsung progresif dapat menyebabkan penurunan laju filtrasi glomerulus dan menimbulkan berbagai komplikasi. Oleh karena itu, CKD tidak hanya menjadi masalah pada organ ginjal, tetapi juga dapat memengaruhi sistem kardiovaskular, hematologi, metabolisme, pernapasan, nutrisi, dan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Kalantar-Zadeh *et al.*, 2021).

Manifestasi klinis yang dapat ditemukan pada pasien CKD antara lain retensi cairan, edema perifer, edema paru, sesak napas, mual, muntah, anoreksia, kelemahan, kelelahan, gangguan tidur, serta penurunan kemampuan melakukan aktivitas. Retensi cairan dapat terjadi akibat menurunnya kemampuan ginjal mengekskresikan natrium dan air sehingga cairan dapat terakumulasi di jaringan. Akumulasi cairan yang semakin berat dapat menyebabkan edema perifer maupun edema paru dan selanjutnya memengaruhi pola pernapasan pasien. Selain itu, CKD juga sering disertai anemia yang dapat menyebabkan kelemahan, mudah lelah, penurunan toleransi aktivitas, dan gangguan kualitas hidup. Anemia merupakan salah satu komplikasi penting pada CKD dan membutuhkan evaluasi serta penatalaksanaan yang berkelanjutan (Guideline & Disease, 2026).

Masalah kesehatan yang ditimbulkan CKD menjadi semakin kompleks pada pasien yang telah mengalami penurunan fungsi ginjal berat dan menjalani hemodialisis. Hemodialisis berfungsi menggantikan sebagian fungsi ginjal dalam mengeluarkan zat sisa metabolisme dan kelebihan cairan, tetapi pasien tetap membutuhkan pengaturan cairan, diet, kepatuhan terhadap jadwal dialisis, terapi farmakologis, serta pemantauan kondisi secara berkelanjutan. Pengelolaan CKD yang tidak optimal dapat meningkatkan risiko komplikasi dan menurunkan kualitas hidup pasien. Oleh sebab itu, pendekatan yang komprehensif dan berpusat pada kebutuhan pasien diperlukan dalam pemberian pelayanan kesehatan (Guideline & Disease, 2026).

Di Indonesia, CKD juga menjadi salah satu masalah kesehatan yang perlu mendapatkan perhatian. Berdasarkan data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 yang digunakan dalam Karya Tulis Ilmiah ini, prevalensi penyakit gagal ginjal kronis tercatat sebesar 0,22% dari populasi Indonesia. KTI juga mencantumkan bahwa tiga provinsi dengan prevalensi tertinggi adalah Lampung sebesar 0,30%, Sulawesi Utara sebesar 0,29%, dan Nusa Tenggara Timur sebesar 0,28% (Kemenkes, 2023). Data tersebut menunjukkan bahwa penyakit ginjal kronik merupakan masalah kesehatan yang membutuhkan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara berkesinambungan.

Berdasarkan data yang diperoleh dari RSUD Bangkinang dalam KTI, pada tahun 2025 terdapat 346 pasien dengan CKD, terdiri dari 142 pasien laki-laki dan 204 pasien perempuan. Pada triwulan pertama tahun 2026 tercatat 49 pasien CKD, terdiri dari 16 pasien laki-laki dan 33 pasien perempuan. Data tersebut menunjukkan bahwa CKD juga menjadi salah satu masalah kesehatan yang ditemukan pada pelayanan rawat inap di RSUD Bangkinang dan membutuhkan perhatian dalam pemberian asuhan keperawatan secara optimal.

Hasil survei pendahuluan yang dilakukan pada 9 Maret 2026 di Ruang Pejuang RSUD Bangkinang menunjukkan bahwa pasien dengan CKD dapat mengalami berbagai masalah fisik. Berdasarkan hasil wawancara dan observasi terhadap salah satu pasien, pasien tampak lemah, mengalami edema pada ekstremitas bawah, sesak napas, dan penurunan nafsu makan. Pasien juga memiliki riwayat hipertensi yang telah lama diderita. Selain masalah fisik, ditemukan bahwa pemahaman pasien dan keluarga mengenai pengelolaan diet, pembatasan cairan, dan perawatan pasien CKD di rumah belum optimal. Berdasarkan hasil diskusi dengan perawat di Ruang Pejuang, masalah keperawatan yang sering ditemukan pada pasien CKD meliputi kelebihan volume cairan, intoleransi aktivitas, dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Tindakan keperawatan yang diberikan antara lain pemantauan keseimbangan cairan, pemberian terapi sesuai program medis, serta edukasi mengenai diet rendah garam, pembatasan cairan, dan kepatuhan terhadap terapi hemodialisis.

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pasien CKD membutuhkan asuhan keperawatan yang sistematis dan komprehensif. Perawat memiliki peran penting dalam melakukan pengkajian secara menyeluruh, mengidentifikasi masalah keperawatan, menentukan prioritas diagnosis, menyusun intervensi sesuai kondisi

Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y Dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD)

pasien, melaksanakan tindakan keperawatan, memberikan edukasi, melakukan kolaborasi, serta mengevaluasi respons pasien terhadap tindakan yang telah diberikan. Penerapan proses keperawatan secara sistematis diharapkan dapat membantu mengurangi keluhan pasien, mencegah komplikasi, meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri, serta mendukung kualitas hidup pasien dengan CKD.

Pada studi kasus ini, Ny. Y merupakan perempuan berusia 55 tahun dengan diagnosis medis *Chronic Kidney Disease* yang dirawat di Ruang Pejuang RSUD Bangkinang. Berdasarkan hasil pengkajian, pasien mengalami sesak napas terutama saat beraktivitas dan berbaring, mual, penurunan nafsu makan, kelemahan, nyeri pada pinggang sebelah kanan, pembengkakan pada perut dan kaki, serta kesemutan atau mati rasa pada jari-jari kaki. Hasil pemeriksaan awal menunjukkan tekanan darah 130/100 mmHg, nadi 93 kali/menit, suhu 36,6°C, frekuensi napas 25 kali/menit, dan kadar hemoglobin 8,6 g/dL. Berdasarkan analisis data, ditetapkan tiga diagnosis keperawatan utama, yaitu pola napas tidak efektif, nyeri kronis, dan perfusi perifer tidak efektif.

Pemberian asuhan keperawatan pada Ny. Y dilakukan dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan intervensi, implementasi, dan evaluasi. Intervensi diarahkan untuk membantu memperbaiki pola napas, mengurangi nyeri, meningkatkan perfusi perifer, serta memantau kondisi pasien secara menyeluruh. Asuhan keperawatan dilaksanakan selama tiga hari, yaitu tanggal 12 sampai 14 Juni 2026. Setelah dilakukan tindakan keperawatan, kondisi pasien menunjukkan perbaikan berupa penurunan sesak napas, penurunan intensitas nyeri, berkurangnya edema dan kesemutan, serta perbaikan perfusi perifer.

Berdasarkan uraian tersebut, CKD merupakan penyakit kronis yang dapat menimbulkan berbagai masalah kompleks sehingga membutuhkan penanganan secara komprehensif dan berkelanjutan. Kondisi pasien Ny. Y yang mengalami gangguan pernapasan, nyeri, kelemahan, edema, dan gangguan perfusi perifer menunjukkan pentingnya penerapan proses keperawatan secara sistematis. Oleh karena itu, studi kasus ini dilakukan untuk memberikan gambaran penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* melalui tahapan pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi di Ruang Pejuang RSUD Bangkinang.

METODE

Metode yang digunakan adalah studi kasus *deskriptif* dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan intervensi, implementasi, dan evaluasi. Subjek studi kasus adalah satu orang pasien, yaitu Ny. Y, perempuan berusia 55 tahun dengan diagnosis medis *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang dirawat di Ruang Pejuang RSUD Bangkinang.

Pengumpulan data dilakukan selama tiga hari, yaitu tanggal 12 sampai 14 Juni 2026. Data diperoleh melalui wawancara dengan pasien dan keluarga, observasi kondisi pasien, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, serta pemeriksaan penunjang yang tersedia. Berdasarkan hasil pengkajian, ditetapkan tiga diagnosis keperawatan, yaitu pola napas tidak efektif, nyeri kronis, dan perfusi perifer tidak efektif.

Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan sesuai dengan masalah dan kebutuhan pasien. Pada diagnosis pola napas tidak efektif, tindakan keperawatan meliputi pemantauan frekuensi, irama, dan kedalaman napas, pemantauan saturasi oksigen, serta pengaturan posisi semi-Fowler atau Fowler untuk membantu mengurangi sesak napas. Pada diagnosis nyeri kronis, tindakan meliputi pengkajian lokasi, karakteristik, durasi, dan skala nyeri, pemberian posisi nyaman, serta pengajaran teknik relaksasi sesuai kemampuan pasien. Pada diagnosis perfusi perifer tidak efektif, tindakan meliputi pemantauan sirkulasi perifer melalui pemeriksaan warna dan suhu kulit, pengisian kapiler (*capillary refill time*), nadi perifer, serta kondisi ekstremitas. Seluruh tindakan disesuaikan dengan kondisi pasien dan program terapi yang diberikan.

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Evaluasi dilakukan setiap hari menggunakan metode SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, Plan*) untuk menilai perkembangan kondisi pasien dan pencapaian luaran keperawatan. Pelaksanaan studi kasus dilakukan setelah memperoleh persetujuan pasien melalui *informed consent* dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas dan data pasien.

HASIL PENGKAJIAN

Ny. Y merupakan pasien perempuan berusia 55 tahun dengan diagnosis medis *Chronic Kidney Disease* (CKD) dan menjalani terapi *hemodialisis*. Pasien telah menjalani hemodialisis selama kurang lebih tiga tahun. Keluhan utama adalah sesak napas terutama saat aktivitas dan berbaring, disertai kelemahan, mual, penurunan nafsu makan, nyeri pinggang kanan, gangguan tidur, serta kesemutan atau mati rasa pada jari-jari kaki.

Pada pengkajian ditemukan tekanan darah 130/100 mmHg, nadi 93 kali/menit, suhu 36,4°C, frekuensi napas 25 kali/menit, dan saturasi oksigen 92%. Pasien tampak sesak dan gelisah, menggunakan otot bantu pernapasan, hidung mengembung, serta menggunakan kanula hidung dengan aliran 4 liter/menit. Bunyi napas vesikular dan tidak ditemukan bunyi napas tambahan.

Nyeri dirasakan pada pinggang kanan bagian bawah, terasa tumpul dan menekan, dapat menjalar ke perut, datang dan pergi, memburuk saat bergerak atau aktivitas ringan seperti membungkuk, dengan skala 6/10. Nyeri mengganggu tidur sehingga pasien hanya tidur sekitar 1–3 jam per malam.

Pada pemeriksaan perifer ditemukan edema ekstremitas bawah, kulit tampak pucat dan dingin, pasien mengeluhkan kaki dingin serta kesemutan atau mati rasa pada jari-jari kaki. CRT lebih dari tiga detik, turgor kulit menurun, kulit kering dan bersisik, serta denyut nadi dorsalis pedis dan tibialis lemah. Kadar

DIAGNOSA

Diagnosis pertama adalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Diagnosis ditegakkan karena pasien mengalami sesak napas, bernapas terasa berat saat aktivitas ringan, menggunakan otot bantu pernapasan, tampak gelisah, hidung mengembang, frekuensi napas 25 kali/menit, dan saturasi oksigen 92%.

Diagnosis kedua adalah nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Diagnosis didukung oleh keluhan nyeri pinggang kanan yang berlangsung lama, memburuk saat aktivitas, mengganggu tidur, dengan skala 6/10, disertai tampak meringis dan gelisah.

Diagnosis ketiga adalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah perifer. Data pendukung meliputi edema ekstremitas bawah, kaki dingin, kesemutan atau mati rasa, kulit pucat dan dingin, CRT >3 detik, turgor menurun, nadi perifer lemah, serta Hb 8,6 g/dL.

Beberapa masalah lain seperti hipervolemia, gangguan pertukaran gas, gangguan integritas kulit, dan risiko infeksi juga teridentifikasi, tetapi tidak menjadi fokus utama karena studi kasus dibatasi selama tiga hari dan tiga diagnosis utama dipilih berdasarkan prioritas klinis serta kelayakan evaluasi selama waktu penelitian.

INTERVENSI

Rencana tindakan keperawatan yang peneliti susun untuk mengatasi masalah keperawatan yang dialami Ny. Y mencakup observasi, tindakan terapeutik, edukasi kesehatan, serta kolaborasi sesuai standar SIKI.

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dengan kriteria hasil: dispnea menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik, penggunaan otot bantu pernapasan menurun, dan saturasi oksigen membaik.

Rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada Ny. Y yaitu:

1. Observasi
Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas, monitor pola napas, identifikasi adanya sesak napas, serta monitor tanda-tanda vital dan saturasi oksigen.
2. Terapeutik
Atur posisi pasien semi-Fowler untuk meningkatkan ekspansi paru, berikan posisi yang nyaman, ciptakan lingkungan yang tenang, serta berikan latihan napas dalam sesuai kemampuan pasien
3. Edukasi
Jelaskan penyebab dan faktor yang dapat memperberat sesak napas, anjurkan pasien melakukan teknik napas dalam, anjurkan membatasi aktivitas yang dapat memperberat sesak, serta anjurkan pasien melaporkan apabila sesak napas bertambah.

- b. Nyeri kronis berhubungan dengan kerusakan jaringan ginjal akibat penyakit CKD dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, dan kemampuan melakukan aktivitas meningkat.

Rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada Ny. Y yaitu:

1. Observasi
Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri nonverbal, serta identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
2. Terapeutik
Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri berupa relaksasi napas dalam, atur posisi pasien yang nyaman, berikan lingkungan yang tenang, serta fasilitasi istirahat dan tidur.
3. Edukasi
Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri, jelaskan strategi untuk meredakan nyeri, anjurkan pasien melakukan teknik relaksasi ketika nyeri muncul, serta ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.

- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena dengan kriteria hasil: pengisian kapiler membaik, akral membaik, warna kulit membaik, parestesia menurun, dan kelemahan menurun.

Rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada Ny. Y yaitu:

1. Observasi
Periksa sirkulasi perifer meliputi warna kulit, suhu ekstremitas, pengisian kapiler/CRT, dan adanya edema, monitor tekanan darah dan tanda-tanda vital, serta identifikasi adanya keluhan kebas dan kesemutan pada ekstremitas.
2. Terapeutik
Berikan posisi yang nyaman, hindari penekanan pada ekstremitas, pertahankan kehangatan ekstremitas, serta bantu pasien melakukan aktivitas sesuai kemampuan.
3. Edukasi
Anjurkan pasien melakukan aktivitas ringan sesuai kemampuan, anjurkan menjaga kehangatan ekstremitas, anjurkan mengubah posisi secara berkala, serta anjurkan pasien melaporkan apabila terjadi

IMPLEMENTASI

a. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas

Observasi: memonitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas, mengidentifikasi adanya sesak napas, serta memonitor tanda-tanda vital. Pasien mengatakan sesak napas terutama saat beraktivitas dan saat berbaring. Pasien tampak lemah dan sesak, frekuensi napas 25x/menit. **Terapeutik:** mengatur posisi pasien semi-Fowler untuk membantu meningkatkan ekspansi paru, memberikan posisi yang nyaman, menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman, serta mengajarkan teknik napas dalam. **Edukasi:** menjelaskan penyebab dan faktor yang dapat memperberat sesak napas, menganjurkan pasien melakukan teknik napas dalam ketika sesak muncul, menganjurkan pasien membatasi aktivitas yang dapat memperberat sesak, serta menganjurkan pasien segera melaporkan kepada perawat apabila sesak napas bertambah. **Kolaborasi:** berkoordinasi dengan perawat ruangan dalam pemberian terapi oksigen dan terapi medis sesuai instruksi dokter apabila diperlukan.

b. Nyeri kronis b.d kerusakan jaringan ginjal akibat penyakit CKD

Observasi: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respons nyeri nonverbal, serta mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Pasien mengatakan nyeri pada daerah pinggang atau punggung bagian bawah sebelah kanan. Nyeri dirasakan seperti tumpul dan tertekan, nyeri hilang timbul dan bertambah saat membungkuk atau melakukan aktivitas. Pasien mengatakan skala nyeri 6. Pasien tampak meringis dan sesekali memegang daerah yang terasa nyeri. **Terapeutik:** memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan mengajarkan relaksasi napas dalam selama 3 menit, mengatur posisi pasien senyaman mungkin, serta mengondisikan lingkungan agar tenang dan nyaman. **Edukasi:** menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan teknik relaksasi napas dalam, menganjurkan pasien segera menginformasikan kepada perawat apabila nyeri meningkat, serta mengajarkan pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam ketika nyeri timbul. **Kolaborasi:** berkoordinasi dengan perawat ruangan dalam pemberian analgetik sesuai instruksi medis.

c. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena

Observasi: melakukan pemeriksaan sirkulasi perifer dengan memeriksa warna kulit, suhu ekstremitas, pengisian kapiler/CRT, serta mengidentifikasi adanya edema dan keluhan kebas atau kesemutan. Hasil pemeriksaan menunjukkan akral ekstremitas teraba dingin, pengisian kapiler/CRT >3 detik, pasien mengatakan kedua kaki terasa kebas dan kesemutan, serta pasien tampak lemah. Memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 130/100 mmHg, nadi 93x/menit, suhu 36,4°C, dan frekuensi napas 25x/menit. **Terapeutik:** memberikan posisi yang nyaman, mempertahankan kehangatan ekstremitas, menghindari penekanan pada ekstremitas, serta membantu pasien melakukan aktivitas sesuai kemampuan. **Edukasi:** menganjurkan pasien menjaga kehangatan ekstremitas, menganjurkan pasien mengubah posisi secara berkala, menganjurkan aktivitas ringan sesuai kemampuan, serta menganjurkan pasien segera melaporkan apabila kebas, kesemutan, nyeri, atau perubahan warna ekstremitas bertambah. **Kolaborasi:** berkoordinasi dengan perawat ruangan dalam melakukan pemeriksaan kadar hemoglobin dan pemeriksaan laboratorium lainnya sesuai program medis serta pemberian terapi sesuai instruksi medis.

EVALUASI

Hari Pertama

Pola napas tidak efektif: Pasien mengatakan masih sesak napas terutama saat beraktivitas dan saat berbaring. **Objektif:** pasien tampak lemah dan sesak, frekuensi napas 25 x/menit, pasien tampak menggunakan upaya napas ringan. **Analisa:** masalah pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas belum teratasi. **Planning:** intervensi dilanjutkan.

Nyeri kronis: Pasien mengatakan nyeri pada pinggang atau punggung bagian bawah sebelah kanan masih dirasakan, nyeri terasa tumpul dan tertekan, hilang timbul dan bertambah saat membungkuk atau beraktivitas, dengan skala nyeri 6. **Objektif:** pasien tampak meringis dan sesekali memegang area yang nyeri, pasien tampak lemah. **Analisa:** masalah nyeri kronis b.d kerusakan jaringan ginjal akibat penyakit CKD belum teratasi. **Planning:** intervensi dilanjutkan.

Perfusi perifer tidak efektif: Pasien mengatakan kedua kaki masih terasa kebas dan kesemutan serta tubuh terasa lemas. **Objektif:** akral ekstremitas teraba dingin, CRT >3 detik, pasien tampak lemah, TD 130/100 mmHg, N 93 x/menit, RR 25 x/menit, S 36,4°C. **Analisa:** masalah perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena belum teratasi. **Planning:** intervensi dilanjutkan.

Hari Kedua

Pola napas tidak efektif: Pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang dan lebih nyaman setelah dilakukan posisi semi-Fowler dan latihan napas dalam. **Objektif:** pasien tampak lebih nyaman, tidak terlalu sesak, frekuensi napas 20 x/menit. **Analisa:** pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas teratasi sebagian. **Planning:** intervensi dilanjutkan.

Nyeri kronis: Pasien mengatakan nyeri pada pinggang atau punggung bagian bawah sebelah kanan sudah berkurang, tetapi masih terasa sesekali terutama saat melakukan aktivitas, dengan skala nyeri 3. **Objektif:** pasien tampak lebih rileks, tidak terlalu meringis dan tidak sering memegang area yang nyeri.

Analisa: nyeri kronis b.d kerusakan jaringan ginjal akibat penyakit CKD teratasi sebagian. **Planning:** intervensi dilanjutkan.

Perfusi perifer tidak efektif: Pasien mengatakan rasa kebas dan kesemutan pada kaki sudah berkurang dan tubuh tidak terlalu lemas. **Objektif:** akral ekstremitas mulai hangat, CRT sekitar 2 detik, pasien tampak lebih segar, TD 135/95 mmHg, N 88 x/menit, RR 20 x/menit, S 36,7°C. **Analisa:** perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena teratasi sebagian. **Planning:** intervensi dilanjutkan.

Hari Ketiga

Pola napas tidak efektif: Pasien mengatakan sudah tidak terlalu sesak dan dapat bernapas lebih nyaman, terutama saat beristirahat. **Objektif:** pasien tampak tenang dan nyaman, tidak tampak sesak, frekuensi napas 20 x/menit, pola napas lebih teratur. **Analisa:** pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas teratasi. **Planning:** intervensi dipertahankan.

Nyeri kronis: Pasien mengatakan nyeri pada pinggang atau punggung bagian bawah sebelah kanan sudah berkurang dan hanya terasa ringan sesekali, dengan skala nyeri 1. **Objektif:** pasien tampak rileks, tidak meringis dan tidak memegang area nyeri. **Analisa:** nyeri kronis b.d kerusakan jaringan ginjal akibat penyakit CKD teratasi. **Planning:** intervensi dipertahankan.

Perfusi perifer tidak efektif: Pasien mengatakan kebas dan kesemutan pada kaki sudah berkurang dan tubuh terasa lebih nyaman. **Objektif:** akral ekstremitas teraba hangat, CRT <2 detik, pasien tampak lebih segar, TD 113/80 mmHg, N 75 x/menit, RR 20 x/menit, S 36,4°C, SpO₂ 99%. **Analisa:** perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena teratasi. **Planning:** intervensi dipertahankan.

PEMBAHASAN

Pengkajian

Dari hasil pengkajian menunjukkan kesesuaian antara teori CKD dengan kondisi Ny. Y. Keluhan sesak napas, pembengkakan, penurunan nafsu makan, kelemahan, gangguan tidur, dan nyeri merupakan masalah yang dapat muncul pada pasien dengan penurunan fungsi ginjal dan menjalani hemodialisis. Data tersebut menjadi dasar penentuan prioritas asuhan keperawatan.

Pada pola napas tidak efektif, posisi semi-Fowler/Fowler, pemantauan pernapasan, oksigenasi, dan edukasi memberikan hasil yang baik. Pada akhir perawatan pasien tidak lagi menggunakan otot bantu maupun terapi oksigen, RR 21 kali/menit dan SpO₂ 96%.

Pada nyeri kronis, pemantauan karakteristik nyeri, posisi nyaman, relaksasi, distraksi, dan dukungan istirahat dilakukan secara berkelanjutan. Skala nyeri menurun dari 6 menjadi 3 dan pasien tidak tampak meringis maupun gelisah.

Pada perfusi perifer tidak efektif, pemantauan CRT, suhu dan warna ekstremitas, edema, nadi perifer, serta latihan rentang gerak dilakukan sesuai toleransi. Evaluasi menunjukkan berkurangnya kesemutan dan rasa dingin, edema menurun, CRT menjadi kurang dari tiga detik, nadi perifer meningkat, dan Hb meningkat menjadi 10,4 g/dL.

Pemilihan tiga diagnosis utama didasarkan pada urgensi klinis dan keterbatasan waktu studi. Diagnosis lain seperti hipervolemia, gangguan pertukaran gas, gangguan integritas kulit, dan risiko infeksi tetap penting untuk pemantauan jangka panjang. Keterbatasan studi adalah durasi tiga hari dan tidak semua pemeriksaan laboratorium dapat dipantau setiap hari, sehingga hasil jangka panjang belum dapat dinilai secara menyeluruh.

Diagnosa

Dalam kasus ini peneliti tidak menegakkan beberapa diagnosa keperawatan yang sesuai dengan tinjauan teori disebabkan karena berdasarkan data yang didapatkan pada saat pengkajian tidak menunjukkan tanda-tanda yang mendukung diagnosa keperawatan untuk ditegakkan. Diagnosa keperawatan yang tidak muncul pada kasus ini adalah hipervolemia, gangguan pertukaran gas, gangguan integritas kulit, resiko infeksi.

Dalam kasus pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD), berdasarkan data pengkajian keperawatan, ditemukan beberapa diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu: perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

Intervensi

Berdasarkan susunan konsep dasar keperawatan kepada pasien sesuai dengan permasalahan utama yang ditemukan, tidak ditetapkan semua rencana keperawatan pada tinjauan teori dapat diterapkan dan disesuaikan dengan kondisi pasien serta kewenangan mahasiswa. Berdasarkan hasil pengkajian dan observasi pada Ny.Y, penulis menetapkan tiga diagnosis keperawatan dan rencana tindakan yang diberikan, yaitu pola napas tidak efektif, nyeri kronis, dan perfusi perifer tidak efektif. Rencana tindakan keperawatan yang diberikan meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien.

Implementasi

Setelah intervensi disusun, maka tahap selanjutnya adalah melakukan implementasi keperawatan atau melaksanakan rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap intervensi. Adapun tindakan keperawatan yang diberikan kepada Ny. Y sebagai berikut:

- Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas, implementasi diarahkan pada pemantauan pola napas meliputi frekuensi, kedalaman, irama, dan usaha napas serta memantau penggunaan otot bantu pernapasan dan bunyi napas tambahan. Pasien diposisikan semi-Fowler atau Fowler untuk membantu

Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y Dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD)

meningkatkan ekspansi paru dan kenyamanan dalam bernapas. Pasien juga diberikan latihan napas dalam dan diajarkan batuk efektif serta dianjurkan untuk mengurangi aktivitas yang dapat memperberat sesak napas. Selain itu, dilakukan pemantauan saturasi oksigen dan respons pasien terhadap tindakan yang diberikan. Kolaborasi dilakukan dalam pemberian oksigen dan terapi medis sesuai dengan indikasi dan program pengobatan

- b. Nyeri kronis b.d kerusakan jaringan ginjal akibat penyakit CKD, implementasi difokuskan pada pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri menggunakan skala numerik. Selain itu, dilakukan identifikasi faktor yang memperberat dan mengurangi nyeri serta pemantauan tanda-tanda vital dan respons nonverbal pasien terhadap nyeri. Pasien diberikan posisi yang nyaman, difasilitasi untuk beristirahat, serta diajarkan teknik nonfarmakologis berupa relaksasi napas dalam dan distraksi untuk membantu mengurangi nyeri. Pasien juga diberikan edukasi mengenai penyebab nyeri, cara mengenali perubahan intensitas nyeri, menghindari aktivitas yang dapat memperberat nyeri, serta pentingnya menjalani terapi hemodialisis sesuai jadwal. Implementasi juga disertai dengan kolaborasi pemberian analgetik sesuai indikasi medis.
- c. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena, implementasi diarahkan pada pemantauan sirkulasi perifer dengan mengobservasi warna kulit, suhu ekstremitas, pengisian kapiler atau CRT, adanya edema, serta kekuatan nadi perifer. Pasien dipantau terhadap keluhan kebas, kesemutan, dan rasa dingin pada ekstremitas. Pasien diberikan edukasi mengenai pentingnya menjaga sirkulasi perifer, melakukan aktivitas sesuai kemampuan, serta memperhatikan perubahan kondisi ekstremitas. Selain itu, dilakukan pemantauan kondisi kulit untuk mencegah terjadinya gangguan integritas kulit dan pemantauan tanda-tanda vital secara berkala. Tindakan keperawatan dilakukan dengan memperhatikan kondisi pasien serta disertai kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain sesuai kebutuhan dan program terapi pasien.

Evaluasi

Berdasarkan hasil dari implementasi yang telah diterima oleh Ny. Y serta kerja sama antara peneliti, tenaga kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang, pasien, dan keluarga yang telah dilaksanakan selama 3 hari berturut-turut mulai tanggal 12 Juni 2026 sampai dengan 14 Juni 2026, yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, dan implementasi keperawatan. Pada hasil evaluasi dari ketiga diagnosis yang telah ditegakkan, didapatkan hasil implementasi pada hari terakhir tanggal 14 Juni 2026 sebagai berikut:

- a. Pada hasil evaluasi diagnosis pertama, pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas, pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang dan merasa lebih nyaman saat bernapas. Pasien tampak tidak menggunakan otot bantu pernapasan dan tidak lagi menggunakan terapi oksigen. Pola napas tampak lebih teratur dengan frekuensi napas 21 kali/menit, SpO₂ 96% tanpa kanula hidung, bunyi napas vesikuler dan tidak terdapat bunyi napas tambahan. Tidak ditemukan obstruksi jalan napas maupun dahak. Tanda-tanda vital yaitu TD 128/90 mmHg, N 75 kali/menit, dan S 36,5°C. Dengan demikian, masalah keperawatan teratasi dan intervensi dipertahankan sesuai kebutuhan pasien.
- b. Pada hasil evaluasi diagnosis kedua, nyeri kronis b.d kerusakan jaringan ginjal akibat penyakit CKD, pasien mengatakan nyeri pada pinggang sudah sangat berkurang. Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk hanya dirasakan sesekali dengan skala nyeri menurun menjadi 3. Pasien tampak tidak meringis dan tidak gelisah. Tanda-tanda vital menunjukkan TD 128/90 mmHg, N 75 kali/menit, RR 21 kali/menit, dan S 36,5°C. Kondisi tersebut menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri sehingga masalah keperawatan teratasi dan intervensi dipertahankan.
- c. Pada hasil evaluasi diagnosis ketiga, perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena, pasien mengatakan keluhan pada ekstremitas sudah berkurang. Hasil observasi menunjukkan edema pada ekstremitas bawah berkurang, akral terasa lebih hangat, keluhan kebas atau kesemutan berkurang, CRT membaik menjadi <3 detik, dan nadi perifer meningkat. Kadar hemoglobin meningkat menjadi 10,4 g/dL. Hasil tersebut menunjukkan adanya perbaikan perfusi perifer setelah dilakukan implementasi keperawatan selama tiga hari, sehingga masalah keperawatan teratasi dan intervensi dipertahankan sesuai kondisi pasien.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Ny. Y selaku responden yang telah memberikan waktu dan kesempatan kepada peneliti selama proses pelaksanaan studi kasus, serta kepada keluarga yang telah memberikan dukungan selama proses asuhan keperawatan. Peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada Ibu/Bapak dosen pembimbing, tenaga kesehatan RSUD Bangkinang, serta teman-teman seperjuangan yang telah memberikan dukungan, semangat, bantuan, dan motivasi kepada peneliti dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

SIMPULAN

Hasil pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi asuhan keperawatan pada Ny. Y dengan diagnosa medis *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Pejuang RSUD Bangkinang, yang dilaksanakan selama tiga hari mulai tanggal 12 Juni sampai dengan 14 Juni 2026, dapat disimpulkan bahwa ditemukan tiga diagnosis keperawatan utama, yaitu pola napas tidak efektif, nyeri kronis, dan perfusi perifer tidak efektif. Intervensi keperawatan dilakukan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien, meliputi pemantauan pola dan frekuensi napas, pemantauan saturasi oksigen, pemberian posisi semi-Fowler atau Fowler, latihan napas dalam dan batuk efektif, manajemen nyeri, pemberian posisi nyaman, teknik relaksasi dan distraksi, serta

pemantauan sirkulasi perifer seperti CRT, edema, warna dan suhu ekstremitas, serta nadi perifer.

Implementasi keperawatan dilakukan selama tiga hari sesuai dengan intervensi yang telah disusun melalui tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Hasil evaluasi menunjukkan adanya perbaikan pada kondisi pasien. Pada diagnosis pola napas tidak efektif, keluhan sesak napas berkurang, frekuensi napas membaik menjadi 21 kali/menit, SpO₂ 96% tanpa kanula hidung, tidak ditemukan bunyi napas tambahan, dan pasien tidak lagi menggunakan otot bantu pernapasan maupun terapi oksigen. Pada diagnosis nyeri kronis, intensitas nyeri menurun hingga skala 3, pasien tidak tampak meringis maupun gelisah, serta pasien merasa lebih nyaman. Sedangkan pada diagnosis perfusi perifer tidak efektif, edema berkurang, akral lebih hangat, keluhan kebas atau kesemutan berkurang, CRT membaik menjadi <3 detik, nadi perifer meningkat, dan kadar hemoglobin meningkat menjadi 10,4 g/dL.

Berdasarkan hasil tersebut, dapat disimpulkan bahwa asuhan keperawatan yang dilakukan secara komprehensif dan kolaboratif selama tiga hari memberikan perbaikan terhadap kondisi pasien, khususnya pada status pernapasan, tingkat nyeri, dan perfusi perifer. Pasien dan keluarga diharapkan dapat melanjutkan perawatan dengan mematuhi jadwal hemodialisis, pengobatan, pembatasan cairan dan diet sesuai anjuran tenaga kesehatan. Pasien juga dianjurkan melakukan teknik relaksasi dan mengatur posisi yang nyaman untuk membantu mengurangi nyeri serta melakukan latihan napas dalam untuk membantu mengontrol pola napas. Keluarga diharapkan dapat membantu memantau keluhan nyeri, sesak napas, dan perubahan kondisi pasien serta segera membawa pasien ke fasilitas kesehatan apabila keluhan semakin memburuk.

DAFTAR PUSTAKA

- Afrida, D., & Rusdiana, T. (2023). Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Chronic Kidney Disease (CKD). *Jurnal Pengabdian dan Pemberdayaan Publik*, 3(1).
- Apriza, U., & Tambusai, T. (2025). Pengaruh Pemberian Air Rebusan Daun Salam (*Syzygium polyanthum*) Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Di Desa Kuok Wilayah. 2, 375–381.
- Bikbov, B., Purcell, C., Levey, A. S., Smith, M., Abdoli, A., Abebe, M., Adebayo, O. M., Afarideh, M., Agarwal, S. K., Agudelo-Botero, M., Ahmadian, E., Al-Aly, Z., Alipour, V., Almasi-Hashiani, A., Al-Raddadi, R. M., Alvis-Guzman, N., Amini, S., Andrei, T., Andrei, C. L., ... Vos, T. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 395(10225), 709–733. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3)
- Diahastuti, kartika fitri. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Tn.M Dengan Gagal Ginjal Kronis Di Ruang Baitul Izzah 2 Rsi Sultan Agung Semarang. In *Universitas Islam Sultan Agung Semarang* (Vol. 3, Number 6).
- Desika, P. D. (2022). Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Pasien Ny. I Dengan Diagnosa Medis Chronic Kidney Disease (CKD) Stage 5+ Hipertensi Di Ruangan Hemodialisa RSPAL Dr. Ramelan Surabaya (Doctoral dissertation, STIKES Hang Tuah Surabaya)
- Gliselda, V. K. (2021). Diagnosa dan Manajemen Penyakit Ginjal Kronis (PGK) Universitas Lampung. *Jurnal Medika Hutama*, 2(04 Juli), 1135–1141. <http://jurnalmedikahutama.com>
- Inggid Aurelia Fortuna, S. S. D. (2025). *Program studi sarjana keperawatan dan ners sekolah tinggi ilmu kesehatan stella maris makassar 2025*. [http://repository.stikstellamarismks.ac.id/239/1/BAB 1.pdf](http://repository.stikstellamarismks.ac.id/239/1/BAB%201.pdf)
- Iswara, L., & Muflihatin, S. K. (2021). Hubungan Kepatuhan Menjalani Terapi Hemodialisa dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis : Literature Review. *Borneo Student Research*, 2(2), 958–967. <https://journals.umkt.ac.id/index.php/bsr/article/view/1580/788>
- Kalantar-Zadeh, K., Jafar, T. H., Nitsch, D., Neuen, B. L., & Perkovic, V. (2021). Chronic kidney disease. *The Lancet*, 398(10302), 786–802. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00519-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00519-5)
- Kemenkes. (2023). Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023. In *Kemenkes*.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Cegah dan Kendalikan Penyakit Ginjal dengan Cerdik dan Patuh. Kementrian Kesehatan RepublikIndonesia.[https://www.kemkes.go.id/article/view/18030700007/cegah-dan kendalikan-penyakit-ginjal-dengan-cerdik-dan-patuh.html](https://www.kemkes.go.id/article/view/18030700007/cegah-dan-kendalikan-penyakit-ginjal-dengan-cerdik-dan-patuh.html)
- Khasanah, A. U. (2023). Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) yang Menjalani Hemodialisa. Karya Tulis Ilmiah, Universitas Muhammadiyah Gombong.
- Nadiyah, A., Ayustia, N., Prihastuti, C. C., & De Silva, G. (2024). Stomatitis Uremia sebagai Manifestasi Oral pada Penderita Gagal Ginjal Kronis. *JDB Journal of Dental and Biosciences*, 01(01), 30–34. <https://doi.org/10.20884/1.j>.
- Nathasya, H. (2024). karya tulis ilmiah asuhan keperawatan pasien gagal ginjal kronik on HD dengan masalah keperawatan pada pola nafas tidak efektif di RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA. In *Edu Research Indonesian Institute For Corporate Learning And Studies (IICLS)* (Vol. 5, Number 1).
- Nurhayati, I., Hamzah, A., Erlina, L., & Rumahorbo, H. (2022). Gambaran Kualitas Tidur Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa: Literature Review. *Jurnal Keperawatan Indonesia Florence Nightingale*, 1(1), 38–51. <https://doi.org/10.34011/jkifn.v1i1.114>
- Putri, A. R. (2021). Pembahasan Asuhan Keperawatan Chronic Kidney Disease (CKD).<https://id.scribd.com/document/702115827/Putri-Ari-Riskiani>
- Rifka Alkhilyatul Ma'rifat, I Made Suraharta, I. I. J. (2020). *Terapi Thought Stopping, Relaksasi Progresif Dan Psikoedukasi Terhadap Penurunan Ansietas Pasien Ggk Yang Menjalani Hemodialisa*. 2, 306–312.

Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y Dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD)

- Silalahi, M. K. (2020). *asuhan keperawatan dengan gangguan sistem perkemihan*.
- Sudiarti, P. E., & Aprilla, N. (2025). ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN CHRONIC KIDNEY DISEASE DI RSUD BANGKINANG. *Jurnal Spektrum Kesehatan Indonesia*, 1(3), 91-95.
- Supratti, A. (2016). *PENDOKUMENTASIAN STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MAMUJU, INDONESIA*. 2, 8.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Sandar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Nasional Indonesia.
- Utami, I. A. A., Santhi, D. G. D. D., & Lestari, A. A. W. (2020). Prevalensi dan komplikasi pada penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar tahun 2018. *Intisari Sains Medis*, 11(3), 1216–1221. <https://doi.org/10.15562/ism.v11i3.691>