

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Konsep *chronic kidney disease* (CKD)

a. Definisi *chronic kidney disease* (CKD)

Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan gangguan fungsi ginjal yang bersifat kronis dan progresif, ditandai dengan adanya kerusakan struktur ginjal atau penurunan laju filtrasi glomerulus (eGFR) kurang dari 60 mL/menit/1,73 m² yang berlangsung selama lebih dari 3 bulan (Vaidya & Aeddula, 2025). *Cronic Kidney Disease* (CKD) merupakan penurunan fungsi ginjal yang bersifat progresif dan irreversibel hingga mencapai tahap akhir yaitu *End Stage Renal Disease* (ESRD) yang menyebabkan tubuh tidak mampu mempertahankan keseimbangan metabolisme serta cairan dan elektrolit sehingga terjadi penumpukan zat sisa metabolisme dalam darah (uremia) (Annisa et al., 2022).

Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan suatu kondisi yang ditandai dengan adanya kelainan pada struktur maupun fungsi ginjal. *Chronic Kidney Disease* (CKD) umumnya ditandai dengan terjadinya gangguan metabolisme tubuh yang menyebabkan gejala seperti mual, muntah, sesak napas, serta pada tahap yang lebih lanjut dapat menimbulkan pembengkakan pada pergelangan kaki (Natalia et al., 2020).

Berdasarkan 3 definisi diatas dapat disimpulkan bahwa *Chronic Kidney Disease* (CKD) merupakan gangguan fungsi ginjal yang ditandai dengan kerusakan struktur ginjal atau penurunan laju filtrasi glomerulus (eGFR) < 60 mL/menit/1,73 m² selama lebih dari 3 bulan. Kondisi ini menyebabkan ginjal tidak mampu

mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh, sehingga menimbulkan penumpukan zat sisa metabolisme dalam darah dan menimbulkan berbagai gejala seperti sesak napas, mual, muntah, serta pembengkakan pada pergelangan kaki.

b. Etiologi *chronic kidney disease* (CKD)

Penyakit utama yang sering menyebabkan *chronic kidney disease* (CKD) hingga berkembang menjadi penyakit ginjal stadium akhir yang dikenal sebagai *End Stage Renal Disease* (ESRD) antara lain diabetes melitus tipe 2 (30-50%), diabetes melitus tipe 1 (3,9%), hipertensi (27%), glomerulonephritis primer (8,2%), nefritis tubulointerstisial kronis (3,6%), penyakit ginjal keturunan atau kistik (3,1%), glomerulonephritis atau vasculitis sekunder (2,1%), displasia atau neoplasma sel plasma (2,1%) (Vaidya & Aeddula, 2025).

Chornic Kidney Disease (CKD) juga dapat disebabkan oleh proses penyakit yang dikelompokkan menjadi tiga kategori utama yaitu prerenal yang berkaitan dengan penurunan tekanan perfusi ginjal, renal intrinsic yang melibatkan kelainan pada pembuluh darah ginjal, glomerulus atau tubulus-interstisium, serta postrenal yang disebabkan oleh adanya obstruksi atau hambatan pada saluran kemih (Vaidya & Aeddula, 2025).

c. Manifestasi klinis *chronic kidney disease* (CKD)

Manifestasi klinis pada gagal ginjal mulai terlihat ketika penyakit telah mencapai stadium 3. Gejala yang sering dirasakan meliputi intoleransi terhadap suhu dingin, palpitasi, kram otot, nyeri otot, gangguan suasana perasaan seperti depresi dan kecemasan. Selain itu, dapat timbul gejala uremia yang ditandai dengan kelelahan, sesak napas, mual dan muntah, serta penurunan nafsu makan. Adapun

tanda-tanda klinis yang dapat ditemukan pada pasien dengan gagal ginjal kronik yaitu (Zahroh & Istiroha, 2023) :

1) Sistem kardiovaskuler dan paru-paru

Pada sistem kardiovaskular dan paru, manifestasi klinis yang dapat ditemukan meliputi edema akibat retensi cairan, gangguan irama jantung (aritmia), peningkatan kadar homosistein dalam darah (hiperhomosisteinemia), serta kelainan profil lipid (dislipidemia).

2) Sistem pencernaan

Gangguan pada sistem gastrointestinal dapat terjadi pada pasien gagal ginjal kronik, yang ditandai dengan munculnya *gastroesophageal reflux disease* (GERD) serta penurunan berat badan akibat gangguan asupan dan metabolisme.

3) Sisten endokrin

Perubahan pada sistem endokrin meliputi terjadinya hiperparatiroidisme sekunder, penurunan aktivasi vitamin D akibat gangguan fungsi ginjal, serta peningkatan risiko terjadinya gout sebagai konsekuensi gangguan metabolisme asam urat.

4) Hematologi

Manifestasi pada sistem hematologi antara lain anemia akibat penurunan produksi eritropoietin, defisiensi zat besi, serta peningkatan kecenderungan perdarahan sebagai akibat gangguan fungsi trombosit.

5) Cairan dan elektrolit

Gagal ginjal kronik dapat menyebabkan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit. Kondisi yang sering ditemukan meliputi hipernatremia atau hiponatremia, hiperkalemia, serta asidosis metabolik akibat retensi asam dan

penurunan kemampuan ekskresi ginjal.

d. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada gagal ginjal kronis umumnya meliputi pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan urin dan pemeriksaan radiologi yang bertujuan untuk menilai fungsi ginjal, mengetahui penyebab penyakit, serta memantau perkembangan kerusakan ginjal.

1) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk menilai parameter kimia darah. Pemeriksaan yang sering dilakukan antara lain kadar kreatinin serum, ureum (*blood urea nitrogen*/BUN), serta estimasi laju filtrasi glomerulus (eGFR). Peningkatan kadar kreatinin dan ureum menunjukkan adanya penurunan fungsi ginjal dalam menyaring zat sisa metabolisme. Pemeriksaan elektrolit seperti kalium, natrium, kalsium, dan fosfat juga dilakukan untuk mengetahui adanya gangguan keseimbangan elektrolit yang sering terjadi pada pasien gagal ginjal kronis (Dewi et al., 2023).

2) Pemeriksaan urin

Pemeriksaan urin atau urinalisis dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan pada urin yang dapat menunjukkan kerusakan ginjal. Parameter yang diperiksa meliputi proteinuria, hematuria dan sediment urin. Adanya protein dalam urin (proteinuria) merupakan salah satu tanda kerusakan ginjal karena menunjukkan adanya gangguan pada membran filtrasi glomerulus (Septiani et al., 2025).

3) Pemeriksaan radiologi

Pemeriksaan radiologi digunakan untuk melihat struktur dan ukuran ginjal. Salah satu pemeriksaan yang paling sering dilakukan adalah ultrasonografi (USG)

ginjal. Pemeriksaan ini dapat menunjukkan ukuran ginjal, ketebalan parenkim, serta adanya kelainan struktural seperti kista, batu ginjal atau obstruksi saluran kemih. USG ginjal juga membantu dalam menilai perubahan struktur ginjal pada pasien *chronic kidney disease* (CKD) (Silas et al., 2024).

2. Konsep hipervolemia pada *chronic kidney disease* (CKD)

a. Definisi hipervolemia pada CKD

Hipervolemia merupakan peningkatan volume cairan tubuh baik didalam pembuluh darah (intravaskuler), ruang diantara sel-sel jaringan (interstisial), dan/atau didalam sel-sel tersebut (intraseluler) (PPNI, 2017). Kondisi ini dapat terjadi karena ketidakseimbangan antara asupan cairan dan kemampuan tubuh dalam mengeluarkan cairan, sehingga menyebabkan penumpukan cairan didalam tubuh yang menimbulkan gejala seperti edema, sesak napas, serta peningkatan berat badan (Sari et al., 2023).

b. Etiologi hipervolemia pada CKD

Berdasarkan PPNI (2017) beberapa penyebab hipervolemia meliputi gangguan mekanisme regulasi yaitu ketidakmampuan tubuh dalam mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit secara normal. Selain itu, asupan cairan yang berlebihan juga dapat meningkatkan volume cairan tubuh apabila jumlah cairan yang masuk melebihi kemampuan tubuh untuk mengeluarkannya. Konsumsi natrium yang berlebihan dapat menyebabkan retensi cairan karena natrium menarik air ke dalam ruang ekstraseluler sehingga meningkatkan volume cairan. Hipervolemia juga dapat terjadi akibat gangguan aliran balik vena yang menyebabkan terhambatnya aliran darah kembali ke jantung sehingga terjadi

penumpukan cairan pada jaringan. Selain itu efek agen farmakologis seperti penggunaan kortikosterid dan beberapa obat lainnya dapat menyebabkan retensi natrium dan cairan.

c. Patofisiologi hipervolemia pada CKD

Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan gangguan progresif fungsi dan struktur ginjal yang berlangsung lebih dari tiga bulan akibat penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes melitus, serta glomerulonephritis yang dapat menyebabkan kerusakan glomerulus dan nefron secara bertahap. Penurunan jumlah nefron fungsional menyebabkan penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG), yang berdampak pada berkurangnya kemampuan ginjal dalam mengekskresikan natrium dan air. Penurunan perfusi ginjal akibat kerusakan nefron mengaktifasi sistem renin–angiotensin–aldosteron (RAAS) serta meningkatkan sekresi hormon antidiuretik (ADH). Aktivasi RAAS merangsang reabsorpsi natrium di tubulus distal dan duktus kolektivus, sedangkan ADH meningkatkan reabsorpsi udara, yang secara keseluruhan memperberat retensi cairan (Kusumajaya & Faizal, 2023).

Akumulasi cairan tersebut meningkatkan volume intravaskular dan tekanan hidrostatik casing. Peningkatan tekanan ini menyebabkan perpindahan cairan dari kompartemen intravaskular ke ruang interstisial, sehingga timbul edema perifer, asites, hingga edema paru pada kondisi yang lebih berat. Secara klinis, keadaan ini ditandai dengan peningkatan berat badan dalam waktu singkat, distensi vena jugularis, dan sesak napas. Manifestasi tersebut merupakan dasar terjadinya diagnosis keperawatan kelebihan volume cairan (hipervolemia) pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD).

d. Tanda dan gejala hipervolemia pada CKD

Berdasarkan PPNI (2017) Tanda dan gejala pada hipervolemia yaitu ortopnea, dispnea, proxymal noctural dyspnea (PND), edema anasarka atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu yang singkat, jugular venous pressure (JVP) atau central venous pressure (CVP) meningkat, refleks hepatojugular positif, distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, hepatomegali, kadar hemoglobin atau hematokrit menurun, oliguria, intake lebih banyak daripada output (balance cairan positif), kongesti paru.

e. Penatalaksanaan hipervolemia pada CKD

Penatalaksanaan hipervolemia pada pasien chronic kidney disease (CKD) bertujuan untuk mengurangi kelebihan cairan tubuh serta mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit. Penatalaksanaannya meliputi :

1) Pembatasan asupan cairan dan natrium

Pembatasan cairan dan natrium merupakan langkah utama dalam penatalaksanaan hipervolemia pada pasien CKD. Jumlah cairan yang dikonsumsi perlu dibatasi serta mengurangi asupan garam untuk mencegah peningkatan volume cairan tubuh yang dapat menyebabkan edema, hipertensi, serta sesak napas (Zatihulwani et al., 2023).

2) Pemantauan keseimbangan cairan

Pemantauan keseimbangan cairan dilakukan dengan mencatat jumlah cairan yang masuk (*intake*) dan cairan yang keluar (*output*) selama 24 jam. Pemantauan berat badan juga dilakukan untuk mengetahui peningkatan berat badan akibat retensi cairan. observasi terhadap tanda dan gejala hipervolemia seperti edema,

peningkatan tekanan darah, serta sesak napas juga perlu dilakukan secara berkala untuk menilai perkembangan kondisi .

3) Pemberian terapi diuretik

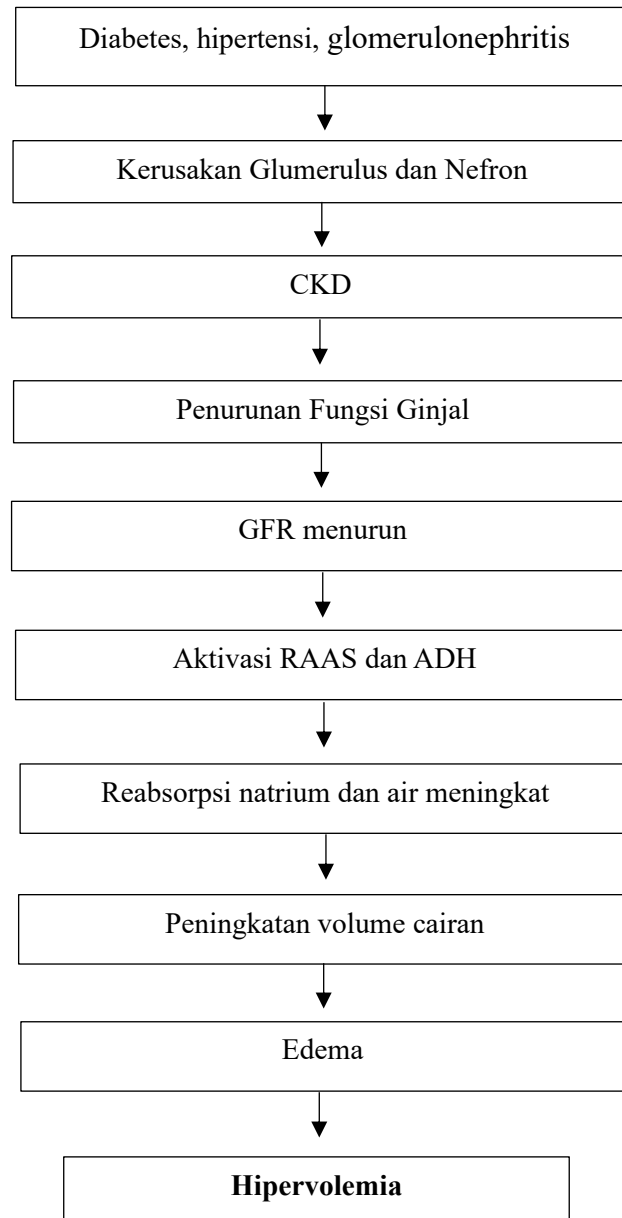
Terapi farmakologis dapat dilakukan dengan pemberian obat diuretik seperti furosemide yang bekerja dengan meningkatkan ekskresi natrium dan air melalui urin. Penggunaan diuretik bertujuan untuk membantu mengurangi kelebihan cairan dalam tubuh, terutama ketika fungsi ginjal masih memiliki kemampuan filtrasi residu. Penggunaan terapi ini memerlukan pemantauan ketat terhadap keseimbangan elektrolit untuk mencegah komplikasi seperti hipokalemia dan hipotensi (Mardiani et al., 2022).

4) Terapi hemodialisis

Pada pasien CKD stadium lanjut dengan hipervolemia berat, terapi pengganti ginjal seperti hemodialisis diperlukan untuk mengeluarkan kelebihan cairan dan elektrolit serta produk sisa metabolisme dari dalam tubuh. Hemodialisis bekerja melalui proses filtrasi menggunakan membran dialisis sehingga keseimbangan cairan tubuh dapat dipertahankan secara optimal.

B. Pohon Masalah Pada Hipervolemia Akibat CKD

Berikut ini merupakan pohon masalah proses terjadinya hipervolemia pada *chronic kidney disease* (CKD) :



Gambar 1. Pohon Masalah Pada Hipervolemia Akibat CKD

Sumber : (Kusumajaya & Faizal, 2023)

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis untuk mengumpulkan data dari berbagai sumber dengan tujuan menilai serta mengidentifikasi kondisi kesehatan klien. Pada tahap ini, data diperoleh melalui anamnesis yang dilakukan dengan wawancara, observasi terhadap keadaan klien, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, serta analisis terhadap status atau rekam medis pasien.

a. Identitas

1) Identitas pasien

Identitas pasien merupakan komponen data awal dalam proses pengkajian keperawatan untuk memastikan ketepatan identifikasi dan validitas data klinis. Informasi ini mencakup nama, nomor rekam medis, tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, alamat, tanggal masuk rumah sakit dan waktu pelaksanaan pengkajian.

2) Identitas penanggungjawab

Identitas penanggungjawab pasien adalah data yang berkaitan dengan individu yang memiliki tanggungjawab dalam mendampingi dan mengambil keputusan terkait perawatan pasien. Data ini meliputi nama, jenis kelamin, umur, pekerjaan, alamat, nomor telepon, dan hubungan keluarga tersebut dengan pasien.

b. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan manifestasi klinis yang dirasakan klien pada saat dilakukan proses pengkajian. Pada pasien dengan kondisi hipervolemia akibat gagal ginjal kronis, keluhan yang sering muncul meliputi mengeluh sesak napas, susah

bernapas ketika berbaring, mengeluh sesak napas pada malam hari setelah beberapa jam tertidur dan bengkak pada area kaki.

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang diperoleh dari pasien mulai mengalami keluhan yang menjadi dasar atau keluhan utama seperti sesak napas dan bengkak pada area kaki yang menyebabkan pasien mengunjungi atau datang ke rumah sakit untuk melakukan pengobatan.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu diperoleh dari riwayat penyakit yang pernah dialami oleh pasien selama hidupnya dalam beberapa waktu sebelumnya seperti riwayat penyakit hipertensi, diabetes melitus, riwayat merokok dan mengkonsumsi alkohol, riwayat penyakit jantung. Riwayat MRS merupakan riwayat kesehatan dahulu untuk mengetahui sebelum dibawa ke rumah sakit apakah pasien pernah mengalami riwayat penyakit lain.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dikaji untuk mengidentifikasi adanya penyakit yang sedang atau pernah diderita oleh anggota keluarga yang memiliki keterkaitan dengan kondisi pasien saat ini. Pengkajian ini meliputi kemungkinan adanya penyakit menurun atau degeneratif, maupun penyakit menular, untuk menilai faktor risiko yang dapat mempengaruhi status kesehatan pasien.

e. Pola kebutuhan dasar

Berdasarkan SDKI (2017), pada pola kebutuhan dasar subkategori nutrisi dan cairan dengan diagnosis hipervolemia terdapat 7 data mayor dan 7 data minor yang dapat dikaji dengan pertanyaan berikut :

- 1) Apakah pasien merasa sesak napas saat berbaring?
- 2) Apakah pasien sering merasa sesak napas saat beraktivitas ringan atau saat istirahat?
- 3) Apakah pasien pernah terbangun tiba-tiba di malam hari karena sesak napas?
- 4) Observasi adanya pembengkakan pada kaki, pergelangan kaki, wajah, atau seluruh tubuh
- 5) Timbang berat badan harian
- 6) Observasi distensi vena jugularis
- 7) Observasi peningkatan JVP saat dilakukan penekanan abdomen
- 8) Observasi vena jugularis pada posisi semi-Fowler
- 9) Observasi adanya suara napas tambahan
- 10) Palpasi area abdomen kanan atas dan catat pembesaran hati dan nyeri tekan
- 11) Kaji hasil pemeriksaan laboratorium Hb dan Ht
- 12) Monitor jumlah urin per jam/hari
- 13) Catat intake dan output cairan selama 24 jam
- 14) Observasi kongesti paru

2. Diagnosis keperawatan

Berdasarkan PPNI (2017) Proses penegakan diagnosis keperawatan dapat dikelompokkan menjadi 3 yaitu sebagai berikut.

a. Analisis data

Analisis data dalam proses keperawatan dapat dilakukan melalui dua tahapan utama, yaitu membandingkan data dengan nilai normal dan mengelompokkan data.

1) Bandingkan data dengan nilai normal

Data yang diperoleh dari hasil pengkajian selanjutnya dianalisis dengan cara membandingkan dengan standar atau nilai normal, kemudian diidentifikasi tanda dan gejala yang memiliki makna atau disebut sebagai *significant cues*.

2) Kelompokkan data

Tanda dan gejala yang telah diidentifikasi sebagai data bermakna kemudian dikelompokkan berdasarkan pola kebutuhan dasar.

Tabel 1
Analisis Data Pada Pasien Dengan Hipervolemia
Akibat Chronic Kidney Disease (CKD)

Data Keperawatan	Nilai Normal	Masalah Keperawatan
1	2	3
Tanda dan Gejala Mayor Subjektif : 1. Ortopnea 2. Dispnea 3. <i>Paroxysmal Nocturnal Dyspnea</i> (PND) Objektif : 1. Edema anasarka dan atau edema perifer	1. Pasien tidak mengeluh sesak napas pada saat berbaring 2. Pasien tidak mengeluh sesak napas 3. Pasien tidak terbangun pada malam hari akibat sesak napas 4. Pasien tidak mengalami edema	Hipervolemia (D. 0022)

1	2	3
2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat	5. Berat badan tidak mengalami peningkatan dalam waktu singkat	
3. <i>Jugular venous pressure</i> (JVP) dan atau <i>Central Venous Pressure</i> (CVP) meningkat	6. <i>Jugular Venous Pressure</i> (JVP) dan atau <i>Central Venous Pressure</i> tidak mengalami peningkatan	
4. Refleks hepatojugular positif	7. Refleks hepatojugular negative	
Tanda dan Gejala Minor Subjektif : (Tidak Tersedia)	8. Vena jugularis tidak mengalami pembengkakan	
Objektif :	9. Tidak terdengar suara napas tambahan	
1. Distensi vena jugularis	10. Organ hati tidak mengalami pembesaran (normal)	
2. Terdengar suara napas tambahan	11. Kadar Hb/Ht tidak mengalami penurunan (normal)	
3. Hepatomegali	12. Urin yang keluar dalam batas normal (>400 ml /hari)	
4. Kadar Hb/Ht menurun	13. <i>Output</i> lebih banyak dari <i>intake</i> (balance cairan normal)	
5. Oliguria	14. Tidak terjadi penumpukan cairan pada paru-paru	
6. <i>Intake</i> lebih banyak dari <i>output</i> (balance cairan positif)		
7. Kongesti Paru		

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017

b. Identifikasi masalah

Setelah data dianalisis, perawat bersama klien mengidentifikasi masalah yang muncul, baik masalah aktual, risiko, maupun yang berkaitan dengan promosi kesehatan. Pernyataan masalah kesehatan ini mengacu pada label diagnosis.

Tabel 2
Analisis Masalah Pada Pasien Dengan Hipervolemia
Akibat Chronic Kidney Disease (CKD)

Diagnosis Keperawatan	Analisis Masalah	Dx. Keperawatan
1	2	3
Hipervolemia (D.0022)	Gagal Ginjal Kronis ↓ Gangguan mekanisme regulasi ↓ Penurunan kemampuan ginjal dalam filtrasi dan ekskresi cairan ↓ Penurunan produksi urine (oliguria) ↓ Retensi natrium dan air dalam tubuh ↓ Peningkatan volume cairan tubuh ↓ Edema ↓ Hipervolemia	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan pasien mengalami ortopnea, dispnea, <i>paroxysmal nocturnal dyspnea</i> (PND), edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, <i>jugular venous pressure</i> (JVP) dan/atau <i>Central venous pressure</i> (CVP) meningkat, refleks hepatojuglar positif, distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, hepatomegali, kadar HHb/Ht menurun, oliguria, <i>intake</i> lebih banyak dari <i>output</i> (balans cairan positif) dan kongesti paru.

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017

c. Perumusan diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien baik itu individu, keluarga, maupun komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan yang ditegakkan dalam masalah ini adalah hipervolemia.

- 1) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan pasien mengalami ortopnea, dispnea, *paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND), edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, *jugular venous pressure* (JVP) dan/atau *Central venous pressure* (CVP) meningkat, refleks hepatojuglar positif, distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, hepatomegali, kadar Hb/Ht menurun, oliguria, *intake* lebih banyak dari *output* (balans cairan positif) dan kongesti paru.

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan yang berfokus pada penyusunan strategi penanganan masalah kesehatan klien. Tahap ini meliputi penentuan prioritas masalah, penetapan tujuan, serta perumusan rencana tindakan keperawatan yang sistematis. Dalam pelaksanaannya, perawat menyusun intervensi keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah kesehatan yang ada serta meningkatkan derajat kesehatan klien. Intervensi keperawatan merupakan seluruh tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan ilmiah dan pertimbangan klinis, dengan tujuan mencapai luaran (*outcome*) yang telah ditetapkan. Tindakan tersebut diarahkan untuk

mendukung upaya peningkatan, pencegahan, serta pemulihan kesehatan pada klien, baik individu, keluarga, maupun komunitas (PPNI, 2018).

Masalah keperawatan yang telah ditegakkan menjadi dasar dalam penyusunan rencana intervensi keperawatan yang terdiri atas intervensi utama dan intervensi pendukung. Intervensi utama meliputi manajemen hipervolemia dan pemantauan status cairan. Intervensi pendukung yang diambil oleh penulis yaitu pemantauan tanda-tanda vital. Perencanaan lebih rinci akan diuraikan pada lampiran 7.

4. Implementasi keperawatan

Dalam proses keperawatan, implementasi merupakan tahap dimana perawat melaksanakan intervensi keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya. Pada fase ini, perawat melakukan atau mendelegasikan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun pada tahap perencanaan. Tindakan keperawatan merupakan aktivitas atau perilaku spesifik yang dilakukan oleh perawat sebagai bentuk penerapan intervensi keperawatan. Tindakan tersebut mencakup berbagai aspek, antara lain observasi, tindakan terapeutik, edukasi, serta kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya, yang bertujuan untuk mencapai luaran yang telah ditetapkan. (PPNI, 2018).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan yang bertujuan menilai pencapaian tujuan sesuai rencana asuhan. Tahap ini dilakukan untuk mengetahui keberhasilan klien dalam mencapai hasil yang diharapkan dan kesesuaiannya dengan kriteria yang telah ditetapkan. Selain itu, evaluasi juga digunakan untuk

mengidentifikasi penyebab jika tujuan belum tercapai sehingga rencana keperawatan dapat diperbaiki atau dimodifikasi

Perumusan evaluasi keperawatan menggunakan komponen yang dikenal dengan metode SOAP, sebagai berikut.

- a. S : Data Subjektive merupakan informasi yang diperoleh dari keluhan atau perasaan yang masih dirasakan oleh pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan, sebagaimana diungkapkan secara langsung oleh pasien.
- b. O : Data Objektive adalah data yang diperoleh berdasarkan hasil pengukuran dan observasi langsung oleh perawat terhadap kondisi pasien, termasuk perubahan yang terjadi setelah diberikan intervensi keperawatan.
- c. A : Assessment merupakan tahap penilaian yang bertujuan untuk mengevaluasi perkembangan kondisi pasien, khususnya dalam mengatasi tanda, gejala, dan etiologi dari diagnosis keperawatan. Apabila etiologi belum dapat diatasi, maka fokus penanganan diarahkan pada pengendalian tanda dan gejala yang muncul.
- d. P : Planning merupakan perencanaan lanjutan dari asuhan keperawatan yang akan diberikan, berdasarkan hasil evaluasi terhadap kondisi pasien, baik masalah telah teratasi maupun masih memerlukan intervensi lebih lanjut.