

Lampiran 1. Jadwal Kegiatan Laporan Kasus

**JADWAL KEGIATAN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.NS DENGAN MASALAH
HIPERVOLEMIA AKIBAT *CHRONIC KIDNEY DISEASE*
(CKD) DI RUANG KUSAMBA RSUD KLUNGKUNG
TAHUN 2025**

No.	Kegiatan	Bulan																			
		Januari				Februari				Maret				April				Mei			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Penetapan judul LTA																				
2	Pengumpulan usulan LTA dan melengkapi Bab 1-3																				
3	Identifikasi Lokasi pengambilan kasus																				
4	Pengurusan ijin laporan kasus																				
5	Pengambilan kasus																				
6	Penyusunan LTA																				
7	Ujian LTA																				
8	Perbaikan LTA																				
9	Pengumpulan LTA																				

Lampiran 2. Rancangan Anggaran Biaya Penelitian

REALISASI BIAYA LAPORAN KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.NS DENGAN MASALAH HIPERVOLEMIA AKIBAT *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANG KUSAMBA RSUD KLUNGKUNG TAHUN 2025

Adapun rancangan anggaran dalam laporan kasus ini, sebagai berikut :

Tahap Persiapan				
No.	Jenis Anggaran	Rincian	Biaya	Jumlah
1	Print bahan bimbingan	500 lembar	Rp.500/lembar	Rp.250.000.00
2	Map	6 lembar	Rp.1.000/lembar	Rp.6.000.00
3	Materai	1 pcs	Rp.12.000.00	Rp.12.000.00
4	ATK untuk penyusunan KTI	1 set	Rp.50.000.00	Rp.50.000.00
5	Tes Toefl	-	Rp.150.000.00	Rp.150.000.00
6	Kuota internet	-	Rp.100.000.00	Rp.100.000.00
7	Biaya Studi pendahuluan	-	Rp.200.000.00	Rp.200.000.00
Tahap Pelaksanaan				
No.	Jenis Anggaran	Rincian	Biaya	Jumlah
1	Biaya pengambilan kasus	-	Rp.200.000.00	Rp.200.000.00
2	Transportasi	-	Rp.100.000.00	Rp.100.000.00
3	Biaya tidak terduga	-	Rp.100.000.00	Rp.100.000.00
Tahap akhir				
No.	Jenis Anggaran	Rincian	Biaya	Jumlah
1	Penyusunan laporan KTI	-	Rp.300.000.00	Rp.300.000.00
3	Jilid laporan	-	Rp.150.000.00	Rp.150.000.00
4	Biaya tidak terduga	-	Rp.100.000.00	Rp.100.000.00
Total biaya keseluruhan				Rp.1.718.000.00

Lampiran 3. Lembar Persetujuan Menjadi Responden

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI PASIEN

Kepada

Yth. Saudara/Saudari Calon Pasien

Di –

RSUD Klungkung

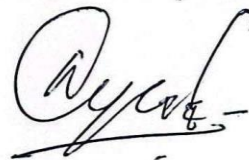
Dengan Hormat,

Saya Mahasiswa DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Denpasar semester VI bermaksud melakukan Asuhan Keperawatan Pada Tn/Ny.X Dengan Masalah Hipervolemia Akibat *Chronic Kidney Disease* (CKD) Di Ruang X RSUD Klungkung Tahun 2025 sebagai persyaratan untuk menyelesaikan Program Studi Diploma Tiga Keperawatan. Berkaitan dengan hal tersebut, saya mohon kesediaan saudara/saudari untuk menjadi pasien yang merupakan sumber informasi dalam pemberian asuhan keperawatan ini. Informasi yang saudara/saudari berikan akan dijaga kerahasiannya.

Demikian Permohonan ini saya sampaikan dan atas partisipasinya saya ucapkan terima kasih

Semarapura, 20 Maret 2025

Pemberi Asuhan Keperawatan



Ni Komang Ayu Ponia Yunita Dewi
NIM. P07120122044

Lampiran 4. Lembar Permohonan Responden

SURAT PERNYATAAN KETERSEDIAAN MENJADI PASIEN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ni Nengah Sukiat
Tempat/Tanggal Lahir : Klungkung / 31 Desember 1964
Pekerjaan : -
Alamat : Br. Pegending, Kab. Klungkung

Dengan ini menyatakan bahwa saya bersedia menjadi pasien atas pemberian tindakan keperawatan yang dilakukan oleh Ni Komang Ayu Ponia Yunita Dewi Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Denpasar Prodi D-III Jurusan Keperawatan, yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Tn/Ny.X Dengan Masalah Hipervolemia Akibat *Chronic Kidney Disease* (CKD) Di Ruang X RSUD Klungkung Tahun 2025". Saya mengerti data tindakan keperawatan ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan data ini dijamin legal dan aman, serta semua data yang ada diberkas ini akan dicantumkan pada subjek asuhan keperawatan. Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari manapun. Demikian pernyataan inisaya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Semarapura, 20 Maret 2025



(Ni Nengah Sukiat.....)

Lampiran 5. Persetujuan Setelah Penjelasan (*Infomed Consent*)

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (*INFORMED CONSENT*) SEBAGAI PASIEN ASUHAN KEPERAWATAN

Yang terhormat Saudara/saudari, saya meminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam asuhan keperawatan ini. Keikutsertaan dalam asuhan keperawatan ini bersifat sukarela/tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan dibawah dengan seksama dan disilahkan bertanya bila ada yang belum dimengerti.

Judul	Asuhan Keperawatan Pada Tn/Ny.X Dengan Masalah Hipervolemia Akibat <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD) Di Ruang X RSUD Klungkung Tahun 2025
Peneliti Utama	Ni Komang Ayu Ponia Yunita Dewi
Institusi	Politeknik Kesehatan Kemenkes Denpasar Jurusan Keperawatan
Lokasi Penelitian	RSUD Klungkung
Sumber Pendanaan	Swadana

Pemberian Asuhan Keperawatan ini bertujuan untuk mengatasi Kelebihan cairan pada pasien Gagal Ginjal Kronis yang mengalami Hipervolemia. Jumlah pasien sebanyak 1 subyek dengan syarat memenuhi kriteria inklusi yaitu pasien berusia >15 tahun (15 tahun keatas), pasien dengan masalah hipervolemia akibat Gagal Ginjal Kronis yang dirawat di RSUD Klungkung, bersedia menjadi subyek, dan menandatangani *informed consent* saat pengambilan data dan pelaksanaan asuhan keperawatan serta kriteria ekslusinya subyek yang menolak menjadi pasien

asuhan keperawatan yang akan diberi asuhan keperawatan. Asuhan Keperawatan ini memberikan perlakuan kepada pasien yaitu manajemen masalah hipervolemia, pemantauan cairan, dan tanda-tanda vital dengan standar operasional prosedur (SOP) yang akan diberikan selama lima hari perawatan.

Atas ketersediaan saudara/saudari yang telah berpartisipasi dalam pemberian asuhan keperawatan ini maka akan diberikan imbalan sebagai pengganti waktu yang telah digunakan. Pemberi asuhan keperawatan ini menjamin kerahasiaan semua data pasien dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan laporan asuhan keperawatan.

Kepesertaan saudara/saudari pada asuhan keperawatan ini bersifat sukarela. Saudara/saudari dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan atau menghentikan kepesertaan ini kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan saudara/saudari untuk berhenti sebagai pasien dalam pemberian asuhan keperawatan ini tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/kelanjutan pengobatan yang akan diberikan.

Jika setuju untuk menjadi pasien dalam pemberian asuhan keperawatan, saudara/saudari diminta untuk menandatangani formulir 'Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*) sebagai *Pasien Asuhan Keperawatan/*Wali' setelah saudara/saudari benar-benar memahami tentang pemberian asuhan keperawatan ini. Saudara/saudari akan diberikan salinan persetujuan yang sudah ditandatangani ini.

Bila selama berlangsungnya pemberian asuhan keperawatan ini terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan saudara/saudari untuk kelanjutan kepesertaan dalam pemberian asuhan keperawatan akan menyampaikan hal ini kepada saudara/saudari.

Jika ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada pemberi asuhan keperawatan, silahkan hubungi pemberi asuhan keperawatan : Ni Komang Ayu Ponia Yunita Dewi dengan nomor HP. 082236204772

Tanda tangan saudara/saudari dibawah ini menunjukkan bahwa saudara/saudari telah membaca, telah memahami dan telah mendapatkan kesempatan untuk bertanya kepada pemberi asuhan keperawatan tentang tindakan yang akan diberikan ini dan menyetujui untuk menjadi pasien pemberi asuhan keperawatan

Pasien Asuhan Keperawatan



Ni Nengah Sukiati

Tanggal : 20 / 03 / 2025

Pemberi Asuhan Keperawatan

Ni Komang Ayu Ponia Yunita Dewi

Tanggal : 20 / 03 / 2025

Hubungan Dengan Pasien Asuhan Keperawatan

(Wali dibutuhkan bila pasien adalah anak <14 tahun, lansia, tuna grahita, pasien dengan kesadaran kurang - koma)

Wali

Ni Puhi Ayu 
Tanggal : 20 / 03 / 2025

Tanda tangan saksi diperlukan pada formulir *Consent* ini hanya bila

- ☐ Pasien asuhan keperawatan memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan, tetapi tidak dapat membaca/tidak dapat bicara atau buta.
- ☐ Wali dari pasien asuhan keperawatan tidak dapat membaca/tidak dapat berbicara atau buta.

Catatan:

Saksi harus merupakan keluarga pasien dalam pemberian asuhan keperawatan, tidak boleh anggota tim pemberi asuhan keperawatan.

Saksi:

Saya menyatakan bahwa informasi pada formulir penjelasan telah dijelaskan dengan benar dan dimengerti oleh pasien asuhan keperawatan atau walinya dan persetujuan untuk menjadi pasien asuhan keperawatan diberikan secara sukarela.

Saksi

Tanggal : / /

(Jika tidak diperlukan tanda tangan saksi, bagian tanda tangan saksi ini dibiarkan kosong)

Lampiran 6. Perencanaan Keperawatan Pada Pasien Hipervolemia

Perencanaan Keperawatan Dengan Masalah Hipervolemia
Akibat *Chronic Kidney Disease* (CKD)

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
(1)	(2)	(3)	(4)
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,	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama....x...jam maka keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Asupan cairan meningkat (5) 2. Haluaran urin meningkat (5) 3. Kelembaban membrane mukosa meningkat (5) 4. Asupan makanan meningkat (5) 5. Edema menurun (5) 6. Dehidrasi menurun (5) 7. Asites menurun (5) 8. Konfusi menurun (5) 9. Tekanan darah membaik (5)	Intervensi utama Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi: 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Oetopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular meningkat, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status himodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, POMP, CO, CI) jika tersedia 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor tanda hemokonsentrasi

(1)	(2)	(3)	(4)
	kadar Hb/Ht menurun, oliguria, intake lebih banyak dari output (balans cairan positif) dan kongesti paru.	10. Denyut nadi radial membaik (5) 11. Tekanan arteri rata-rata membaik (5) 12. Membrane mukosa membaik (5) 13. Mata cekung membaik (5) 14. Turgor kulit membaik (5) 15. Berat badan membaik (5)	(mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) 6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. Kadar protein dan albumin meningkat) 7. Monitor kecepatan infus secara ketat 8. Monitor efek samping diuretic (mis. Hipotensi ortostatik, hipervolemia, hipokalemia, hiponatremia). Terapeutik: 1. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 2. Batasi asupan cairan dan garam 3. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° Edukasi: 1. Anjurkan melaporkan jika haluaran urine <0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam

(1)	(2)	(3)	(4)
			2. Anjurkan melaporkan bila BB menambah >1kg dalam sehari 3. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 4. Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian diuretik 2. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic 3. Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu. Pemantauan Cairan (I.03121) Observasi: 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi napas 3. Monitor tekanan darah

(1)	(2)	(3)	(4)
			4. Monitor berat badan 5. Monitor waktu pengisian kapiler 6. Monitor elastisitas atau turgor kulit 7. Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine 8. Monitor kadar albumin dan protein total 9. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. Osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN) 10. Monitor intake dan output cairan 11. Identifikasi tanda-tanda hypovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering,

(1)	(2)	(3)	(4)
			volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urin meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat) 12. Identifikasi tanda- tanda hipervolemia (mis. Dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, refleksi hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat) 13. Identifikasi factor risiko ketidakseimbangan cairan (mis. Prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi intestinal, peradangan pancreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal) Terapeutik: 1. Atur interval waktu

(1)	(2)	(3)	(4)
			pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> Intervensi Pendukung Pemantauan Tanda Vital (I.02060) Observasi : 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 3. Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) 4. Monitor suhu tubuh 5. Monitor oksimetri nadi 6. Monitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) 7. Identifikasi penyebab perubahan

(1)	(2)	(3)	(4)
			tanda vital Terapeutik : 1. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

Sumber : SDKI DPP PPNI, T. P. (2017); SLKI DPP PPNI, T. P. (2019); SIKI DPP PPNI, T. P. (2018).

Lampiran 7. Format Laporan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah

Format Laporan Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Hipervolemia Akibat
Chronic Kidney Disease (CKD)

FORMAT LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa :

Tempat Praktek :

Tanggal Pengkajian :

A. Identitas Diri Klien

Nama : Tanggal Masuk RS :

Tempat/Tanggal Lahir: Sumber Informasi :

Umur : Agama :

Jenis Kelamin : Status Perkawinan :

Pendidikan: S u k u :

Pekerjaan : Lama Bekerja :

Alamat :
.....

Keluhan Utama:

Riwayat Penyakit:

Riwayat Penyakit Sekarang :

Riwayat Penyakit Dahulu :

Riwayat Penyakit Keluarga :

1. Keluarga terdekat yang dapat dihubungi (orang tua, wali, suami, istri, dan lain-lain)

Pekerjaan : Pendidikan :

Alamat :

2. Alergi :

Tipe	Reaksi	Tindakan
------	--------	----------

.....		
-------	-------	-------

3. Kebiasaan : merokok /kopi /obat /alkohol /lain-lain
Jika, ya jelaskan
4. Obat-obatan :
Lamanya :.....
Sendiri :.....
Orang lain (resep) :
5. Pola nutrisi :
Frekuensi/porsi makan :.....
Berat Badan :..... Tinggi Badan:
Jenis makanan :
Makanan yang disukai :.....
Makanan tidak disukai :.....
Makanan pantangan :.....
Nafsu makan : ☐ baik
 ☐ sedang, alasan : mual/muntah/sariawan/dll
 ☐ kurang, alasan : mual/muntah/sariawan/dll
- Perubahan BB 3 bulan terakhir :
 ☐ bertambah kg
 ☐ tetap
 ☐ berkurang kg
6. Pola eliminasi :
a. Buang air besar
Frekuensi : Waktu : pagi/siang/sore/malam
Warna : Konsistensi :.....
Penggunaan Pencahar :
- b. Buang air kecil
Frekuensi :Warna :.....
Bau :
7. Pola tidur dan istirahat :
Waktu tidur (jam) :.....
Lama tidur/hari :.....
Kebiasaan pengantar tidur :.....
Kebiasaan saat tidur :.....
Kesulitan dalam hal tidur : ☐ menjelang tidur

☐ sering/mudah terbangun

☐ merasa tidak puas setelah bangun tidur

8. Pola aktivitas dan latihan :

- a. Kegiatan dalam pekerjaan :
- b. Olah raga :
- c. Kegiatan di waktu luang :
- d. Kesulitan/keluhan dalam hal ini :
 - ☐ pergerakan tubuh ☐ bersolek
 - ☐ mandi, berhajat ☐ mudah merasa kelelahan
 - ☐ mengenakan pakaian ☐ sesak nafas setelah mengadakan aktivitas

9. Pola kerja :

- a. Jenis pekerjaan : lamanya
- b. Jumlah jam kerja : lamanya
- c. Jadwal kerja :
- d. Lain-lain (sebutkan) :

B. Riwayat Keluarga

Genogram :

C. Riwayat Lingkungan

Kebersihan Lingkungan :

Bahaya :

Polusi :

D. Aspek Psikososial

1. Pola pikir dan persepsi

- a. Alat bantu yang digunakan :
 - ☐ kaca mata ☐ alat bantu pendengaran
- b. Kesulitan yang dialami :
 - ☐ sering pusing
 - ☐ menurunnya sensitifitas terhadap panas dingin
 - ☐ membaca/menulis

2. Persepsi diri

Hal yang dipikirkan saat ini :

Harapan setelah menjalani perawatan :

Perubahan yang dirasa setelah sakit :

Suasana hati :

3. Hubungan/komunikasi :

- a. Bicara
 - ☐ jelas bahasa utama :

- ☐ relevan bahasa daerah :
- ☐ mampu mengekspresikan
- ☐ mampu mengerti orang lain
- b. Tempat tinggal
 - ☐ sendiri
 - ☐ bersama orang lain, yaitu
- c. Kehidupan keluarga
 - adat istiadat yang dianut :
 - pembuatan keputusan dalam keluarga :
 - pola komunikasi :
 - keuangan : ☐ memadai ☐ kurang
- d. Kesulitan dalam keluarga
 - ☐ hubungan dengan orang tua
 - ☐ hubungan dengan sanak keluarga
 - ☐ hubungan dengan suami/istri
- 4. Kebiasaan seksual
 - a. Gangguan hubungan seksual disebabkan kondisi sebagai berikut :
 - ☐ fertilitas ☐ menstruasi
 - ☐ libido ☐ kehamilan
 - ☐ ereksi ☐ alat kontrasepsi
 - b. Pemahaman terhadap fungsi seksual :
- 5. Pertahanan koping
 - a. Pengambilan keputusan
 - ☐ sendiri
 - ☐ dibantu orang lain; sebutkan
 - b. Yang disukai tentang diri sendiri :
 - c. Yang ingin dirubah dari kehidupan :
 - d. Yang dilakukan jika sedang stress :
 - ☐ pemecahan masalah ☐ cari pertolongan
 - ☐ makan ☐ makan obat
 - ☐ tidur
 - ☐ lain-lain (misalnya marah, diam dll) sebutkan
- 6. Sistem nilai – kepercayaan
 - a. Siapa atau apa yang menjadi sumber kekuatan :
 - b. Apakah Tuhan, Agama, Kepercayaan penting untuk anda :
 - ☐ ya ☐ tidak
 - c. Kegiatan Agama atau Kepercayaan yang dilakukan (macam dan frekuensi)
Sebutkan :
 - d. Kegiatan Agama atau Kepercayaan yang ingin dilakukan selama di rumah sakit,

Sebutkan :

E. Pengkajian Fisik

A. Vital Sign

Tekanan darah :

Suhu :

Nadi :

Pernafasan :

B. Kesadaran : GCS :

Eye :

Motorik :

Verbal :

C. Keadaan umum :

▪Sakit/ nyeri : 1. ringan 2. sedang 3. berat
Skala nyeri :

Nyeri di daerah :

▪Status gizi : 1. gemuk 2. normal 3. kurus
BB: TB :

▪Sikap : 1. tenang 2. gelisah 3. menahan nyeri

▪Personal hygiene : 1. bersih 2. kotor 3. lain-lain.....

▪Orientasi waktu/ tempat/ orang : 1. baik 2. terganggu.....

D. Pemeriksaan Fisik Head To Toe

1. Kepala

▪ Bentuk : 1. mesocephale 2. mikrocephale 3. hidrocephale
4. lain- lain.....

▪ Lesi/ luka : 1. hematoma 2. perdarahan 3. luka sobek 4.lain-lain...

2. Rambut

▪ Warna :

▪ Kelainan : rontok/ dll.....

3. Mata

▪ Penglihatan : 1. normal 2. kaca mata/ lensa 3. lain-lain.....

▪ Sklera : 1. ikterik 2. tidak ikterik

▪ Konjungtiva : 1. anemis 2. tidak anemis

▪ Pupil : 1. isokor 2.anisokor 3. midriasis 4. katarak

▪ Kelainan : kebutaan kanak/kiri.....

▪ Data tambahan.....

4. Hidung

▪ Penghidu : 1. normal 2. ada gangguan.....

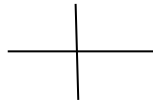
▪ Sekret/ darah/ polip :

▪ Tarikan caping hidung: 1. ya 2. tidak

5. Telinga
 - Pendengaran : 1. normal 2. kerusakan 3. tuli kanan/kiri
4. tinnitus 5. alat bantu dengar 6. lainnya
 - Skret/ cairan/ darah : 1. ada/tidak 2. bau..... 3. warna.....
6. Mulut Dan Gigi
 - Bibir : 1. lembab 2. kering 3. cianosis 4. pecah-pacah
 - Mulut dan tenggorokan: 1. normal 2. lesi 3. stomatitis
 - Gigi : 1. penuh/normal 2. ompong 3. lain-lain.....
7. Leher
 - Pembesaran tyroid : 1. ya 2. tidak
 - Lesi : 1. tidak 2. ya, di sebelah.....
 - Nadi karotis : 1. teraba 2. tidak
 - Pembesaran limfoid : 1. ya 2. Tidak
8. Thorax
 - Jantung : 1. nadix/ menit, 2. kekuatan: kuat/ lemah
3. irama : teratur/ tidak 4. lain-lain.....
 - Paru : 1. frekwensi nafas : teratur/ tidak
2. kualitas : normal/ dalam/ dangkal
3. suara nafas : vesikuler/ ronchi/ wheezing
4. batuk : ya/ tidak
5. sumbatan jalan nafas: sputum/ lendir/ darah/ ludah
 - Retraksi dada : 1. ada 2. tidak ada
9. Abdomen
 - Peristaltik usus : 1. ada;.....x/menit 2. tidak ada
3. hiperperistaltik 4. lain-lain...
 - Kembung : 1. ya 2. tidak
 - Nyeri tekan : 1. tidak 2. ya di kuadran...../bagian....
 - Ascites : 1. ada 2. tidak ada
10. Genetalia
 - Pimosis : 1. ya 2. tidak
 - Alat Bantu : 1. ya 2. tidak
 - Kelainan : 1. tidak 2. ya, berupa.....
11. Kulit
 - Turgor : 1. elastis 2. kering 3. lain-lain
 - Laserasi : 1. luka 2. memar 3. lain-lain
di daerah.....

- Warna kulit : 1. normal (putih/sawo matang/ hitam) 2. pucat
3. cianosis 4. ikterik 5. lain-lain.....

12. Ekstremitas

- Kekuatan otot : 
- R O M : 1. penuh 2. terbatas
- Hemiplegi/parese : 1. tidak 2. ya, kanan/kiri
- Akral : 1. hangat 2. dingin
- Capillary refill time : 1. < 3 detik 2. > 3 detik
- Edema : 1. tidak ada 2. ada di daerah.....
- Lain-lain :

13. Data pemeriksaan fisik neurologis

VI. Data Penunjang

- Pemeriksaan Penunjang; Laboratorium DLL
- Program Terapi

B. ANALISIS DATA

C. DIAGNOSIS KEPERAWATAN DAN PRIORITAS MASALAH

1.
2.

D. PERENCANAAN

No Dx	Tujuan	Intervensi	Rasional

E. PELAKSANAAN

No	Tgl/ jam	Implementasi	Respon	Paraf

F. EVALUASI

No	Tgl / jam	Catatan Perkembangan	Paraf

Lampiran 8. Asuhan Keperawatan Hipervolemia

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.NS DENGAN MASALAH
HIPERVOLEMIA AKIBAT *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD)
DI RUANG KUSAMBA RSUD KLUNGKUNG TAHUN 2025
TANGGAL 20-24 MARET 2025

Nama Mahasiswa : Ni Komang Ayu Ponia Yunita Dewi
Tempat Praktek : Ruang Kusamba RSUD Klungkung
Tanggal Pengkajian : 20 Maret 2025, Pukul 15.00 wita

I. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

A. Identitas Diri

a. Pasien

Nama : Ny. NS
No.RM : 232***
Tempat/Tanggal Lahir : Semarapura, 3* Desember 19**
Umur : 60 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Pendidikan : -
Agama : Hindu
Status Perkawinan : Kawin
Suku : Bali
Pekerjaan : Pedagang
Alamat : Jln. Waturenggong No.* Lingkungan Pegending
SP Kauh Klungkung
Tanggal Masuk RS : 19 Maret 2025, Pukul 08.00 Wita
Sumber Informasi : Pasien dan Keluarga

b. Penanggung Jawab

Nama : Tn.NW
Umur : 51 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Hubungan dengan Px : Suami

Pekerjaan : Petani
Alamat : Jln. Waturenggong No.* Lingkungan Pegending
SP Kauh Klungkung

B. Keluhan Utama

Pasien mengeluh sesak napas.

C. Riwayat Penyakit

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas pada hari Rabu, 19 Maret 2025 pukul 07.25 wita, dari keluarga pasien mengatakan pasien hanya diposisikan setengah duduk dan menyuruh pasien untuk mengatur napasnya, namun pasien masih sesak akhirnya pukul 07.40 pasien diantar ke RSUD Klungkung. Pukul 08.00 wita Pasien sampai di IGD RSUD Klungkung diantar oleh keluarganya dengan keluhan sesak napas. Saat di UGD dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD: 160/90 mmHg, N: 78 x/menit, RR: 22 x/menit, SPO2: 99 %, S: 36°C. Diberikan O2 dengan nasal canula 3 lpm, terpasang IVFD NaCl 0,9% 20 tpm pada tangan bagian kanan. Dilakukan cek laboratorium didapatkan hasil Hb: 10 g/dL, Ht: 34.8 %, Ureum: 72 mg/dL, Kreatinin: 7.4 mg/dL, Na: 145 mmol/L, K: 5.1 mmol/L. Pada pukul 14.00 Wita pasien dipindahkan ke Ruang Rawat Inap Kusamba. Setelah diruangan rawat inap kusamba pasien diberikan terapi NaCl 0,9% 500 ml dengan dosis 8 tetes/menit, Captopril tab 25 mg dengan dosis 2x2, Amlodipine tab 10 mg dengan dosis 1x1, Bisoprolol tab 5 mg dengan dosis 1x1 dan Asam Folat tab 1 mg dengan dosis 2x1

Saat dilakukan pengkajian tanggal 20 Maret 2025 pukul 15.00 wita pasien mengeluh sesak napas dan semakin bertambah ketika tidur berbaring dan pasien mengatakan sering terbangun ketika tidur karena sesak yang dirasakan sekitar 3-5 kali bangun pada saat tidur, pasien mengeluh belum kencing dari 4 jam yang lalu (oliguria). JVP didapat dengan hasil 9cmH2O, distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, refleks hepatojugular positif, terdapat edema pada bagian kedua punggung tangan dan punggung kaki, terpasang O2 dengan nasal kanul 3 lpm dan posisi semi fowler, kadar hemoglobin dan hematokrit menurun, BB: 55 kg, hasil TTV didapatkan TD: 198/116 mmHg, N: 71 x/menit, S: 37,2°C, RR: 22 x/menit, SPO2: 98%.

2. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki Riwayat penyakit gagal ginjal kronis namun pasien memiliki riwayat penyakit Hipertensi.

3. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan keluarganya memiliki Riwayat hipertensi dari orangtuanya yaitu bapaknya.

D. Data Kebutuhan Bio-Psiko-Sosial

1. Alergi : -
2. Kebiasaan : Merokok/kopi/obat/alkohol/lain-lain : Tidak ada
3. Obat-obatan : Amlodipin 1x10 mg
Lamanya : 1 Tahun
Sendiri : -
Orang lain (resep) : -
4. Pola nutrisi :
Frekuensi/porsi makan : 3 x sehari ½ porsi
Berat Badan : 55 kg Tinggi Badan: 160 cm
Jenis makanan : Nasi biasa terkadang bubur dan terkadang masakan sendiri bahkan terkadang membeli diwarung

Makanan yang disukai : Daging babi, Ikan Asin
Makanan tidak disukai : -
Makanan pantangan : makanan yang mengandung garam tinggi
Nafsu makan :
[] baik
[] sedang, alasan : mual/muntah/sariawan/dll
[✓] kurang, alasan : **mual**/muntah/sariawan/dll

Perubahan BB 3 bulan terakhir :
[-] bertambah kg
[-] tetap
[-] berkurang kg

5. Pola eliminasi :
- a. Buang air besar
- Frekuensi : 2 hari sekali Waktu : **pagi**/siang/sore/malam
- Warna : Kuning kecoklatan Konsistensi : Lembek
- Penggunaan Pencahar : -
- b. Buang air kecil
- Frekuensi : 3 x sehari Warna : Kuning
- Bau : Khas Urine
6. Pola tidur dan istirahat :
- Waktu tidur (jam) : 21.00 wita
- Lama tidur/hari : 5-6 jam
- Kebiasaan pengantar tidur : -
- Kebiasaan saat tidur : -
- Kesulitan dalam hal tidur :
- ☐ menjelang tidur
- ☒ sering/mudah terbangun
- ☐ merasa tidak puas setelah bangun tidur
7. Pola aktivitas dan latihan :
- a. Kegiatan dalam pekerjaan : -
- b. Olah raga : -
- c. Kegiatan di waktu luang : Duduk di warung
- d. Kesulitan/keluhan dalam hal ini :
- ☐ pergerakan tubuh ☐ bersolek
- ☐ mandi, berhajat ☐ mudah merasa kelelahan
- ☒ mengenakan pakaian ☐ sesak nafas setelah mengadakan aktivitas
8. Pola kerja :
- a. Jenis pekerjaan : - lamanya : -
- b. Jumlah jam kerja : - lamanya : -
- c. Jadwal kerja : -
- d. Lain-lain (sebutkan) : -

3. Suasana hati : Tidak nyaman dengan kondisinya
4. Hubungan/komunikasi : Komunikasi baik
- a. Bicara
- ☒ jelas bahasa utama : Bahasa Indonesia
- ☐ relevan bahasa daerah : Bahasa Bali
- ☐ mampu mengekspresikan
- ☐ mampu mengerti orang lain
- b. Tempat tinggal
- ☐ sendiri
- ☒ bersama orang lain, yaitu suami dan anak
- c. Kehidupan keluarga
- adat istiadat yang dianut : Bali
- pembuatan keputusan dalam keluarga : Suami
- pola komunikasi : Baik
- keuangan : ☒ memadai ☐ kurang
- d. Kesulitan dalam keluarga
- ☐ hubungan dengan orang tua
- ☐ hubungan dengan sanak keluarga
- ☐ hubungan dengan suami/istri
5. Kebiasaan seksual
- a. Gangguan hubungan seksual disebabkan kondisi sebagai berikut :
- ☐ fertilitas ☐ menstruasi
- ☐ libido ☐ kehamilan
- ☐ ereksi ☐ alat kontrasepsi
- b. Pemahaman terhadap fungsi seksual : -
6. Pertahanan koping
- a. Pengambilan keputusan
- ☐ sendiri
- ☒ dibantu orang lain, yaitu : suami dan anaknya
- b. Yang disukai tentang diri sendiri : -
- c. Yang ingin dirubah dari kehidupan : -
- d. Yang dilakukan jika sedang stress :

- | | |
|---|------------------------|
| [-] pemecahan masalah | [-] cari pertolongan |
| [-] makan | [-] makan obat |
| [-] tidur | |
| [✓] lain-lain (misalnya marah, diam dll) | |

7. Sistem nilai – kepercayaan

- Siapa atau apa yang menjadi sumber kekuatan : Tuhan dan keluarga
- Apakah Tuhan, Agama, Kepercayaan penting untuk anda :
[☒] ya [☐] tidak
- Kegiatan Agama atau Kepercayaan yang dilakukan (macam dan frekuensi)
Sebutkan : sembahyang di rumah sebelum sakit dan semenjak sakit pasien hanya berdoa diatas tempat tidur setiap malam hari
- Kegiatan Agama atau Kepercayaan yang ingin dilakukan selama di rumah sakit,
Sebutkan : Berdoa

H. Pengkajian Fisik

1. Vital Sign

Tekanan darah	: 198/116 mmHg	SPO2	: 98 %
Suhu	: 37,2°C	O2	: 3 lpm
Nadi	: 71 x/menit	KU	: Baik
Pernafasan	: 22 x/menit		

2. Kesadaran : Compos mentis GCS : 15
Eye : 4
Motorik : 6
Verbal : 5

3. Keadaan umum :

- Sakit/ nyeri : **1. ringan** 2. sedang 3. berat
Skala nyeri : -
Nyeri di daerah : -
- Status gizi : 1. gemuk **2. normal** 3. kurus
BB: 55 kg TB: 160 cm
- Sikap : **1. tenang** 2. gelisah 3. menahan nyeri
- Personal hygiene : **1. bersih** 2. kotor 3. lain-lain.....

- Orientasi waktu/ tempat/ orang : **1. baik** 2. terganggu.....

4. Pemeriksaan Fisik Head To Toe

a. Kepala

- Bentuk : 1. mesocephale 2. mikrocephale 3. Hidrocephale 4. **lain- lain : Normocephale**
- Lesi/ luka : 1. hematoma 2. perdarahan 3. luka sobek 4. lain-lain : tidak ada

b. Rambut

- Warna : Hitam
- Kelainan : rontok/ dll : Tidak ada

c. Mata

- Penglihatan : **1. normal** 2. kaca mata/ lensa 3. lain-lain.....
- Sklera : **1. ikterik** 2. tidak ikterik
- Konjungtiva : 1. anemis **2. tidak anemis**
- Pupil : **1. isokor** 2. anisokor 3. midriasis 4. Katarak
- Kelainan : kebutaan kanak/kiri : tidak ada

d. Hidung

- Penghidu : **1. normal** 2. ada gangguan.....
- Sekret/ darah/ polip : -
- Tarikan caping hidung : 1. ya **2. tidak**

e. Telinga

- Pendengaran : **1. normal** 2. kerusakan 3. tuli kanan/kiri 4. tinnitus 5. alat bantu dengar 6. Lainnya
- Skret/ cairan/ darah : 1. ada/**tidak** 2. bau..... 3. warna.....

f. Mulut Dan Gigi

- Bibir : **1. lembab** 2. kering 3. cianosis 4. pecah-pacah
- Mulut dan tenggorokan : **1. normal** 2. lesi 3. Stomatitis
- Gigi : **1. penuh/normal** 2. ompong 3. lain-lain.....

g. Leher

- Pembesaran tyroid : 1. ya **2. Tidak**
- Lesi : **1. tidak** 2. ya, di sebelah.....

- Nadi karotis : **1. teraba** 2. Tidak
- Pembesaran limfoid : 1. ya **2. tidak**

h. Thorax

- Jantung : 1. nadi 71 x/ menit, 2. kekuatan: **kuat**/ lemah
3. irama : **teratur**/ tidak 4. lain-lain : -
- Paru
 - 1. frekwensi nafas : 22 x/menit
 - 2. kualitas : normal/ **dalam**/ dangkal
 - 3. suara nafas : vesikuler/ **ronchi**/ wheezing
 - 4. batuk : ya/ **tidak**
 - 5. sumbatan jalan nafas: sputum/ lendir/ darah/ ludah/**tidak ada**
- Retraksi dada : 1. ada **2. tidak ada**

i. Abdomen

- Peristaltik usus : 1. ada;.....x/menit **2. tidak ada**
3. hiperperistaltik 4. lain-lain...
- Kembung : 1. ya **2. Tidak**
- Nyeri tekan : **1. tidak** 2. ya di kuadran...../bagian....
- Ascites : 1. ada **2. tidak ada**

j. Genetalia

- Pimosis : 1. ya **2. Tidak**
- Alat Bantu : 1. ya **2. Tidak**
- Kelainan : **1. tidak** 2. ya, berupa.....

k. Kulit

- Turgor : **1. elastis** 2. kering 3. lain-lain
- Laserasi : 1. luka 2. memar 3. lain-lain di daerah: -
- Warna kulit : **1. normal** (putih/**sawo matang**/ hitam)
2. pucat 3. cianosis 4. Ikterik 5. lain-lain:

l. Ekstrimitas

- Kekuatan otot :

555		555
555		555

- R O M : 1. penuh **2. Terbatas**
- Hemiplegi/parese : **1. tidak** 2. ya, kanan/kiri
- Akral : **1. hangat** 2. Dingin
- Capillary refill time : **1. < 3 detik** 2. > 3 detik
- Edema : 1. tidak ada **2. ada di daerah** : pada bagian kedua tangan dan kedua kaki
- Lain-lain : -

m. Data pemeriksaan fisik neurologis : -

I. Data Penunjang

a. Pemeriksaan Penunjang;

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hemoglobin	10	g/dL	10.8-16.5
Hematokrit	34.8	%	35-55
Ureum	72	mg/dL	10-50
Kreatinin	7.4	mg/dL	0.6-1.2
Natrium (Na)	145	mmol/L	135-145
Kalium (K)	5.1	mmol/L	3.5-4.5

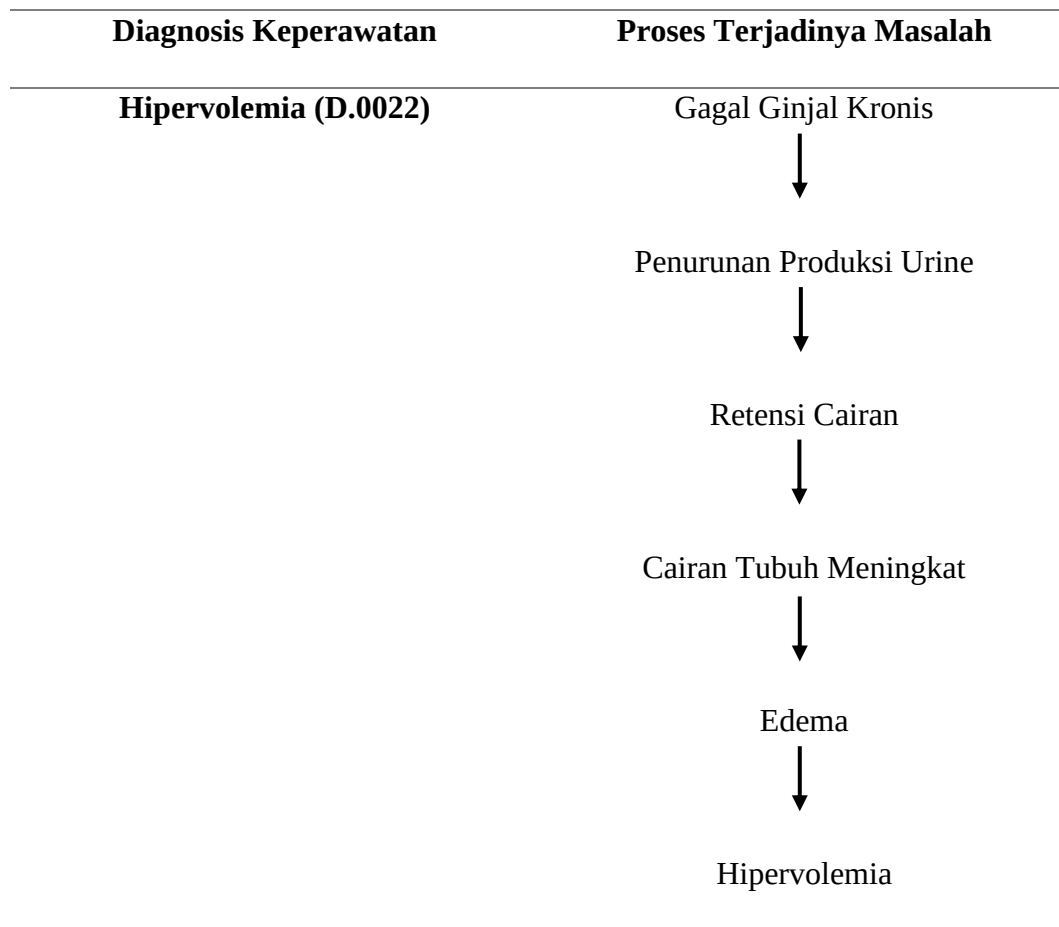
b. Program Terapi

- Hemodialisis sesuai jadwal
- Captopril tab 25 mg: 2x2
- Amlodipine tab 10 mg: 1x1
- Bisoprolol tab 5 mg: 1x1
- Asam Folat tab 1 mg : 2x1
- NaCl 0,9% 500 ml : 8 tpm

J. Analisis Data

Data Keperawatan	Nilai Normal	Masalah Keperawatan
Tanda Gejala Mayor DS : 1. Pasien mengeluh sesak napas 2. Pasien mengeluh sesak dirasakan semakin bertambah ketika tidur berbaring 3. Pasien mengeluh sering terbangun ketika tidur karena sesak yang dirasakan DO : 1. JVP didapat dengan hasil 9cmH₂O 2. Refleks hepatojugular positif 3. Terdapat edema pada bagian kedua punggung tangan dan punggung kaki, terpasang Tanda Gejala Minor DS: - DO: 1. Distensi vena jugularis 2. Terdengar suara napas tambahan (Ronchi) 3. Kadar hemoglobin dan hematokrit menurun. 4. Oliguria	1. Pasien tidak mengeluh sesak napas 2. Pasien tidak mengeluh sesak napas pada saat berbaring 3. Pasien tidak terbangun pada malam hari akibat sesak napas 4. JVP pasien normal 6-8cmH₂O 5. Refleks hepatojugular negatif 6. Pasien tidak mengalami edema 7. Vena jugularis tidak mengalami pembengkakan 8. Tidak terdengar suara napas tambahan 9. Kadar Hb/Ht normal 10. Urine yang keluar dalam batas normal (>400 ml/hari)	Hipervolemia

B. Analisis Masalah Keperawatan



II. DIAGNOSIS KEPERAWATAN DAN PRIORITAS MASALAH

Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan pasien mengeluh sesak napas dan sesak dirasakan semakin bertambah ketika tidur berbaring dan pasien mengatakan sering terbangun ketika tidur karena sesak yang dirasakan, pasien mengeluh belum kencing dari 4 jam yang lalu (oliguria). JVP didapat dengan hasil 9cmH₂O, distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, refleks hepatojugular positif, terdapat edema pada bagian kedua punggung tangan dan punggung kaki, kadar hemoglobin dan hematokrit menurun,

III. PERENCANAAN

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan pasien mengeluh sesak napas dan sesak dirasakan semakin bertambah Ketika tidur berbaring dan pasien mengatakan sering terbangun Ketika tidur karena sesak yang dirasakan pasien mengeluh belum kencing dari 4 jam yang lalu (oliguria). JVP didapat dengan hasil 9cmH ₂ O, distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, refleksi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x24 jam maka keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Haluaran urin meningkat (5) 2. Edema menurun (5) 3. Tekanan darah membaik (5) 4. Tekanan arteri rata-rata membaik (5)	Intervensi utama Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi: 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. <i>Ortopnea</i> , <i>dispnea</i> , edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular meningkat, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status hemodinamik (mis. Tekanan darah, MAP, CVP)	Intervensi utama Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi: 1. Untuk mengetahui adanya tanda dan gejala hipervolemia (mis. <i>Ortopnea</i> , <i>dispnea</i> , edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular meningkat, suara napas tambahan) 2. Untuk mengidentifikasi penyebab hipervolemia 3. Untuk memonitor status hemodinamik (mis. Tekanan darah, MAP, CVP)

	hepatojugular positif, terdapat edema pada bagian kedua punggung tangan dan punggung kaki, kadar hemoglobin dan hematokrit menurun,		4. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan 5. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, hematokrit) 6. Monitor kecepatan infus secara ketat Terapeutik: 1. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 2. Batasi asupan cairan dan garam 3. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° Edukasi: 1. Anjurkan melaporkan jika haluaran urine <0,5 ml/kg/jam	4. Untuk memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan 5. Untuk memonitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, hematokrit) 6. Untuk memonitor kecepatan infus secara ketat Terapeutik: 1. Untuk mengetahui berat badan setiap hari pada waktu yang sama 2. Untuk membatasi asupan cairan dan garam 3. Untuk meninggikan kepala tempat tidur 30-40° mencegah sesak disaat tidur Edukasi: 1. Menganjurkan untuk melaporkan jika haluaran urine
--	--	--	--	--

			dalam 6 jam 2. Anjurkan melaporkan bila BB menambah >1kg dalam sehari 3. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 4. Ajarkan cara membatasi cairan Pemantauan Cairan (I.03121) Observasi: 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi napas 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor berat badan 5. Monitor waktu pengisian kapiler	<0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam 2. Menganjurkan untuk melaporkan bila BB menambah >1kg dalam sehari 3. Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 4. Mengajarkan cara membatasi cairan Pemantauan Cairan (I.03121) Observasi: 1. Untuk memonitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Untuk memonitor frekuensi napas 3. Untuk memonitor tekanan darah 4. Untuk memonitor berat badan 5. Untuk memonitor waktu
--	--	--	---	---

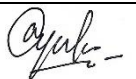
			6. Monitor elastisitas atau turgor kulit 7. Monitor jumlah dan warna urine 8. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. hematokrit, natrium, kalium) 9. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan 10. Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, tekanan darah menurun, membrane mukosa kering, berat badan menurun dalam waktu singkat) 11. Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. <i>Dispnea</i>, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat,	pengisian kapiler 6. Untuk memonitor elastisitas atau turgor kulit 7. Untuk memonitor jumlah dan warna urine 8. Untuk memonitor hasil pemeriksaan serum (mis. Hematokrit, natrium, kalium) 9. Untuk memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan 10. Untuk mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, tekanan darah menurun, membrane mukosa kering, berat badan menurun dalam waktu singkat) 11. Untuk mengidentifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis.
--	--	--	---	--

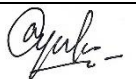
			CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat) 12. Identifikasi factor risiko ketidakseimbangan cairan (mis. penyakit ginjal) Terapeutik: 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien Edukasi: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Intervensi Pendukung Pemantauan Tanda Vital	<i>Dispnea</i>, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat) 12. Untuk mengidentifikasi factor risiko ketidakseimbangan cairan (mis. penyakit ginjal). Terapeutik: 1. Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien Edukasi: 1. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Intervensi Pendukung Pemantauan Tanda Vital
--	--	--	---	---

			(I.02060) Observasi : 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 3. Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) 4. Monitor suhu tubuh 5. Monitor oksimetri nadi 6. Monitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) Terapeutik : 1. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien Edukasi : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	(I.02060) Observasi : 1. Untuk memonitor tekanan darah 2. Untuk memonitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 3. Untuk memonitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) 4. Untuk memonitor suhu tubuh 5. Untuk memonitor oksimetri nadi 6. Untuk memonitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) Terapeutik : 1. Mengatur interval pemantauan sesuai kondisi pasien Edukasi : 1. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
--	--	--	---	--

IV. IMPEMNETASI KEPERAWATAN

No. Dx	Tgl/ jam	Implementasi	Respon	Paraf
1	Kamis, 20 Maret 2025 Pukul 15.05 wita	Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. <i>Ortopnea</i> , <i>dispnea</i> , edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular meningkat, suara napas tambahan) serta mengidentifikasi penyebab hipervolemia	DS: Pasien mengaluh sesak napas, sesak yang dirasakan bertambah ketika berbaring, dan sering terbangun ketika tidur karena merasa sesak DO: - Pasien tampak terdapat edema pada bagian kedua punggung kaki dan punggung tangannya, pemeriksaan JVP mendapatkan hasil 9cmH₂O, terdapat suara napas tambahan yaitu ronchi, Refleks hepatojugular positif, terjadi distensi vena jugularis - Ketidakseimbangan cairan dengan adanya	 Yunita Dewi

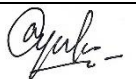
			edema pada ekstremitas atas dan bawah	
	Pukul 15.10 wita	Meninggikan kepala tempat tidur 30-40°C	DS: Pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan DO: Posisi pasien semi fowler	 Yunita Dewi
	Pukul 15.15 wita	Memonitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, SpO2, CRT dan tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)	DS: - DO: TD: 198/116 mmHg N:71 x/menit RR: 22 x/menit SpO2: 98% S: 37,2°C O2 : 3 lpm CRT: < 3 detik Tekanan nadi (selisih TDS dan TDD): 82 mmHg	 Yunita Dewi
		Memonitor kecepatan infus secara ketat	DS: - DO:	

			Infus terpasang NaCl 0,9% dengan 8 tetes/mnt	Yunita Dewi
	Pukul 15.20 wita	Menimbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama, memonitor berat badan dan menganjurkan melaporkan bila BB menambah >1kg dalam sehari	DS: Pasien mengatakan berat badannya 55 kg dan akan melaporkan jika terjadi penambahan berat badan lebih dari 1 kg dalam sehari DO: BB pasien 55 kg	 Yunita Dewi
	Pukul 15.25 wita	Menganjurkan melaporkan jika haluaran urine <0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam	DS: Keluarga pasien mengatakan akan melaporkan jika terjadi penurunan jumlah kencing pada ibunya DO: Keluarga pasien tampak paham dan mengerti	 Yunita Dewi
	Pukul 15.30 wita	Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan	DS: Keluarga pasien mengatakan paham dan mengerti cara mencatat cairan yang masuk dan keluar yaitu berapa banyak minum dan berapa banyak kencing yang keluar dari flip chart yang diberikan oleh perawat	 Yunita Dewi

			DO: Keluarga pasien dan pasien tampak mengerti dengan cara yang diajarkan	
	Pukul 15.40 wita	Mengajarkan cara membatasi cairan	DS: Pasien mengatakan paham dengan edukasi yang diberikan untuk membatasi cairan DO: Pasien dan keluarga tampak menerima edukasi yang diberikan	 Yunita Dewi
	Pukul 15.50 wita	Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien	DS: - DO: Interval waktu pemantauan setiap 6 jam terkait jumlah urine dan dilakukan pemantauan balance cairan setiap 12 jam	 Yunita Dewi
		Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	DS: Keluarga pasien dan pasien mengatakan paham dengan penjelasan yang diberikan terkait tujuan dari pemantauan yang dilakukan perawat	 Yunita Dewi

			DO: Pasien dan keluarga tampak paham dan mengerti tujuan dari pemantauan cairan dan tanda-tanda vital yang akan dilakukan oleh perawat	
	Pukul 18.00 wita	Memberikan terapi obat Captopril tab 25 mg 2x2, Amlodipine tab 10 mg 1x1, Bisoprolol tab 5 mg 1x1, Asam folat tab 1 mg 2x1	DS: - DO: Obat diminum tidak ada dimuntahkan dan tidak ada alergi yang ditimbulkan	Perawat Jaga
	Pukul 20.10 wita	Mengukur tanda vital	DS: - DO: TD: 200/110 mmHg N: 86 x/menit RR: 22 x/menit SPO2: 97 % S: 37,7°C O2 : 3 lpm	Perawat Jaga
	Jumat, 21 Maret 2025 Pukul 06.00 wita	Mengukur tanda vital	DS: - DO:	Perawat Jaga

			TD: 172/108 mmHg N: 67 x/menit RR: 22 x/menit SPO2: 99 % S: 36,2°C O2 : 3 lpm	
	Pukul 06.10 wita	Memberikan terapi obat Captopril tab 25 mg 2x2, Asam Folat tab 1 mg 2x1	DS: DO: Obat diminum tidak ada dimuntahkan dan tidak ada reaksi alergi yang ditimbulkan	Perawat Jaga
	Pukul 14.00 wita	Memonitor jumlah dan warna urine	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien kencing sebanyak 910 cc dari pukul 16.00 wita kemarin. - Pukul 16.00 kencing 200 cc, pukul 22.05 kencing 210 cc, pukul 04.10 kencing 200 cc, dan tadi pukul 10.00 kencing sebanyak 300 cc DO: Kencing yang keluar warna kuning dan bau	 Yunita Dewi

			khass urine dengan jumlah 910 cc	
	Pukul 14.05 wita	Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. <i>Ortopnea</i> , <i>dispnea</i> , edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular meningkat, suara napas tambahan) serta mengidentifikasi penyebab hipervolemia	DS: Pasien masih mengalah sesak napas, sesak yang dirasakan bertambah ketika berbaring, dan sering terbangun ketika tidur karena merasa sesak DO: - Pasien tampak terdapat edema pada bagian kedua punggung kaki dan punggung tangannya, pemeriksaan JVP mendapatkan hasil 9cmH₂O, terdapat suara napas tambahan yaitu ronchi, Refleks hepatojugular positif, terjadi distensi vena jugularis - Ketidakseimbangan cairan dengan adanya edema pada ekstremitas atas dan bawah	 Yunita Dewi
		Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, tekanan darah menurun,	DS: Pasien mengatakan tidak ada penurunan berat badan dalam waktu singkat dan tidak merasa	 Yunita Dewi

		membrane mukosa kering, berat badan menurun dalam waktu singkat)	sering haus DO: Tidak terdapat tanda-tanda hypovolemia seperti penurunan BB, tekanan nadi meningkat, tekanan darah menurun, membrane mukosa kering	
	Pukul 14.15 wita	Memonitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, SpO2, CRT dan tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)	DS: - DO: TD: 170/100 mmHg N: 67 x/menit RR: 22 x/menit S: 36,0°C Spo2: 99 % O2: 3 lpm CRT : < 3 detik Tekanan Nadi (Selisih TDS - TDD) : 70 mmHg	 Yunita Dewi
		Meninggikan kepala tempat tidur 30-40°C	DS: Pasien nyaman dengan posisi yang diberikan DO:	 Yunita Dewi

			Posisi pasien semi fowler	
		Memonitor kecepatan infus secara ketat	DS: - DO: Infus terpasang NaCl 0,9% dengan 8 tetes/menit	 Yunita Dewi
	Pukul 14.20	Memonitor status himodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP,CVP) dan memonitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, hematokrit)	DS: - DO: Hasil yang didapat dalam memonitor status himodinamik : TD: 170/100 mmHg MAP: $170 + 2 \times 100 / 3 = 123,3$ mmHg JVP: 9 cmH ₂ O Hasil memonitor tanda hemokonsentrasi: Natrium: 145 mmol/L Hematokrit: 5.1 mmol/L	 Yunita Dewi
	Pukul 14.25 wita	Membatasi asupan cairan dan garam	DS: Pasien mengatakan akan mengurangi asupan cairan dan garam sesuai dengan diet yang diberikan	 Yunita Dewi

			DO: Pasien tampak kooperatif	
		Memonitor elastisitas atau turgor kulit	DS: - DO: Turgor kulit pasien elastis	 Yunita Dewi
	Pukul 14.30 wita	Memonitor hasil pemeriksaan serum (mis. Hematokrit, natrium, kalium)	DS: - DO: Nilai yang didapatkan: Kalium : 5.1 mmol/L Natrium: 145 mmol/L Hematokrit: 5.1 mmol/L	 Yunita Dewi
	Pukul 15.00 wita	Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien makan dan minum kurang lebih sebanyak 1.510 cc dari pukul 18.00 wita kemarin hingga saat ini DO: <i>Intake</i> cairan : Makan + minum 1.510 cc, Infus 500 cc <i>Output</i> cairan :	 Yunita Dewi

			Urine 910 cc, muntah (-), feses (-) IWL : $15 \times \text{BB} = 15 \times 55 = 825 \text{ cc}$ CK Total : output + IWL = $910 \text{ cc} + 825 \text{ cc} = 1.735 \text{ cc}$ BC : CM-CK Total = $2.010 \text{ cc} - 1.735 \text{ cc} = +275 \text{ cc}$	
	Pukul 15.20 wita	Menimbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama, memonitor berat badan dan menganjurkan melaporkan bila BB menambah >1kg dalam sehari	DS: Pasien mengatakan berat badannya 55 kg dan akan melaporkan jika terjadi penambahan berat badan lebih dari 1 kg dalam sehari DO: BB pasien 55 kg	 Yunita Dewi
	Pukul 15.25 wita	Mengidentifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis. penyakit ginjal)	DS: - DO: Dari keadaan pasien dapat terjadi risiko ketidakseimbangan cairan karena penyakit ginjal yang dideritanya dan dilihat dari jumlah cairan yang masuk lebih banyak dari pada cairan yang keluar	 Yunita Dewi

	Pukul 16.00 wita	Memonitor jumlah dan warna urine	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien kencing sebanyak 210 cc DO: Urine yang dikeluarkan sebanyak 210 cc warna kuning dan bau khas urine	 Yunita Dewi
	Pukul 18.10 wita	Memberikan terapi obat Captopril tab 25 mg 2x2, Amlodipine tab 10 mg 1x1, Bisoprolol tab 5 mg 1x1, Asam folat tab 1 mg 2x1	DS: - DO: Obat diminum tidak ada dimuntahkan dan tidak ada alergi yang ditimbulkan	Perawat Jaga
	Pukul 20.20 wita	Mengukur tanda vital	DS: - DO: TD: 170/90 mmHg N: 65 x/menit RR: 22 x/menit SPO2: 98 % S: 36°C O2 : 3 lpm	Perawat Jaga
	Pukul 22.00 wita	Memonitor jumlah dan warna urine	DS:	Perawat jaga

			Keluarga pasien mengatakan pasien kencing sebanyak 200 cc DO: <i>Output</i> urine sebanyak 200 cc warna kuning dan bau khas urine	
	Sabtu, 22 Maret 2025 Pukul 04.00	Memonitor jumlah dan warna urine	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien kencing sebanyak 250 cc DO: <i>Output</i> urine sebanyak 250 cc warna kuning dan bau khas urine	Perawat Jaga
	Pukul 06.04 wita	Memonitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, SpO2, CRT dan tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)	DS: - DO: TD: 170/100 mmHg N: 89 x/menit RR: 22 x/menit S: 37°C SpO2: 99 % O2 : 3 lpm	Perawat Jaga

	Pukul 06.10 wita	Memberikan terapi obat Captopril tab 25 mg 2x2, Asam Folat tab 1 mg 2x1	DS: DO: Obat diminum tidak ada dimuntahkan dan tidak ada alergi yang ditimbulkan	Perawat Jaga
	Pukul 08.00 wita	Mempersiapkan dan mengantarkan pasien ke ruang HD untuk	DS: - DO: Pasien sudah diantarkan ke ruangan HD untuk melakukan Hemodialisa	Perawat jaga
	Pukul 12.00 wita	Menjemput pasien ke ruang HD	DS: Keluarga mengatakan pasien sempat kencing diruang HD ketika jam 10.05 diukur sejumlah 230 cc dengan warna kencing sama seperti kemarin DO: - Pasien diantarkan kembali keruangan rawat inap kusamba - <i>Output</i> urine pasien 230 cc	Perawat jaga
	Pukul 14.00 wita	Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. <i>Ortopnea</i> , <i>dispnea</i> , edema,	DS: Pasien mengaluh sesak napas yang dirasakan	

		JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular meningkat, suara napas tambahan)	sedikit berkurang DO: Pasien masih tampak terdapat edema pada bagian punggung tangannya dan edema pada bagian punggung kaki sudah berkurang, pemeriksaan JVP mendapatkan hasil 8cmH ₂ O, Refleks hepatojugular positif	 Yunita Dewi
	Pukul 14.10 wita	Memonitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, SpO ₂ , CRT dan tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)	DS: Pasien mengatakan sesak terkadang masih dirasakan DO: TD: 170/90 mmHg N: 69 x/menit RR: 22 x/menit S: 36,2°C SpO ₂ : 97 % O ₂ : 3 lpm CRT : < 3 detik Tekanan Nadi (Selisih TDS-TDD): 80 mmHg	 Yunita Dewi

		Memonitor kecepatan infus secara ketat	DS: - DO: Infus NaCl 0,9% dengan 8 tpm	 Yunita Dewi
		Meninggikan kepala tempat tidur 30-40°C	DS: Pasien nyaman dengan posisi yang diberikan DO: Posisi pasien semi fowler	 Yunita Dewi
	Pukul 14.15 wita	Memonitor elastisitas atau turgor kulit	DS: - DO: Turgor kulit pasien elastis	 Yunita Dewi
	Pukul 15.00 wita	Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien makan dan minum kurang lebih sebanyak 1.480 cc dari pemeriksaan kemarin DO: <i>Intake</i> cairan : Makan + minum 1.480 cc, Infus 500 cc <i>Output</i> cairan : Urine 890 cc, muntah (-), feses 100 cc	 Yunita Dewi

			$IWL : 15 \times BB = 15 \times 55 = 825 \text{ cc}$ $CK \text{ Total} : \text{output} + IWL = 990 \text{ cc} + 825 \text{ cc} = 1.815 \text{ cc}$ $BC : CM-CK \text{ Total} = 1.980 \text{ cc} - 1.815 \text{ cc} = +165 \text{ cc}$	
	Pukul 15.20 wita	Menimbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama dan memonitor berat badan	DS: Pasien mengatakan berat badannya 55 kg DO: BB pasien 55 kg tidak ada penambahan berat badan dalam sehari	 Yunita Dewi
	Pukul 16.00 wita	Memonitor jumlah dan warna urine	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien kencing sebanyak 210 cc DO: Output urine sebanyak 210 cc warna kuning dan bau khas urine	 Yunita Dewi
	Pukul 18.10 wita	Memberikan terapi obat Captopril tab 25 mg 2x2, Amlodipine tab 10 mg 1x1, Bisoprolol tab 5 mg 1x1, Asam folat tab	DS: - DO: Obat diminum tidak ada dimuntahkan dan tidak	Perawat Jaga

		1 mg 2x1	ada alergi yang ditimbulkan	
	Pukul 20.30 wita	Mengukur Tanda Vital	DS: - DO: TD: 180/100 mmHg N: 62 x/menit RR: 22 x/menit SPO2: 98 x/menit S: 36°C O2 : 3 lpm	Perawat jaga
	Pukul 22.00 Wita	Memonitor jumlah dan warna urine	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien kencing sebanyak 240 cc DO: <i>Output</i> urine sebanyak 240 cc warna kuning dan bau khas urine	Perawat Jaga
	Minggu, 23 Maret 2025 Pukul 04.00 wita	Memonitor jumlah dan warna urine	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien kencing sebanyak 190 cc	Perawat Jaga

			DO: Output urine sebanyak 190 cc warna kuning dan bau khas urine	
	Pukul 06.10 wita	Mengukur Tanda Vital	DS: - DO: TD: 180/90 mmHg N: 67 x/menit RR: 22 x/menit SPO2: 98 % S: 36,5°C O2 : 3 lpm	Perawat Jaga
	Pukul 06.30 wita	Memberikan terapi obat Captopril tab 25 mg 2x2, Asam Folat tab 1 mg 2x1	DS: DO: Obat diminum tidak ada dimuntahkan dan tidak ada alergi yang ditimbulkan	Perawat Jaga
	Pukul 10.00 wita	Memonitor jumlah dan warna urine	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien kencing sebanyak 180 cc	Perawat Jaga

			DO: Kencing yang keluar warna kuning dan bau khas urine dengan jumlah 180 cc	
	Pukul 14.00 wita	Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. <i>Ortopnea</i> , <i>dispnea</i> , edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular meningkat, suara napas tambahan)	DS: Pasien mengaluh sesak napas yang dirasakan sudah berkurang DO: Pasien masih tampak terdapat edema pada punggung tangannya, pemeriksaan JVP mendapatkan hasil 8cmH2O	 Yunita Dewi
	Pukul 14.10 wita	Memonitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, SpO2, CRT dan tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)	DS: - DO: TD: 175/100 mmHg N: 62 x/menit RR: 20 x/menit SPO2: 98 % S: 36,5°C O2 : 2 lpm CRT : < 3 detik	 Yunita Dewi

			Tekanan nadi (selisih TDS dan TDD): 75 mmHg	
		Memonitor kecepatan infus secara ketat	DS: - DO: Infus NaCl 0,9% dengan 8 tpm	 Yunita Dewi
		Meninggikan kepala tempat tidur 30-40°C	DS: Pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan DO: Pasien dengan posisi semi fowler	 Yunita Dewi
		Memonitor elastisitas atau turgor kulit	DS: - DO: Turgor kulit pasien elastis	 Yunita Dewi
	Pukul 15.00 wita	Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien makan dan minum kurang lebih sebanyak 1.380 cc terhitung setelah pemeriksaan kemarin DO: <i>Intake</i> cairan :	 Yunita Dewi

			Makan + minum 1.380 cc, Infus 500 cc <i>Output</i> cairan : Urine 820 cc, muntah (-), feses (-) IWL : $15 \times \text{BB} = 15 \times 55 = 825 \text{ cc}$ CK Total : output + IWL = 820 cc + 825 cc = 1.645 cc BC : CM-CK Total = 1.880 cc – 1.645 cc = +235 cc	
	Pukul 15.20 wita	Menimbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama dan memonitor berat badan menganjurkan melaporkan bila BB menambah > 1 kg dalam sehari	DS: Pasien mengatakan berat badannya 55 kg DO: BB pasien 55 kg tidak ada penambahan berat badan dalam sehari	 Yunita Dewi
	Pukul 16.00 wita	Memonitor jumlah dan warna urine	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien kencing sebanyak 240 cc DO: Kencing yang keluar warna kuning dan bau khas urine dengan jumlah 240 cc	 Yunita Dewi

	Pukul 18.20 wita	Memberikan terapi obat Captopril tab 25 mg 2x2, Amlodipine tab 10 mg 1x1, Bisoprolol tab 5 mg 1x1, Asam folat tab 1 mg 2x1	DS: - DO: Obat diminum tidak ada dimuntahkan dan tidak ada alergi yang ditimbulkan	Perawat Jaga
	Pukul 20.20 wita	Mengukur tanda vital	DS: - DO: TD: 160/80 mmHg N: 65 x/menit RR: 20 x/menit SpO2: 97% S: 36,2 °C O2 : 2 lpm	Perawat Jaga
	Pukul 22.05 wita	Memonitor jumlah dan warna urine	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien kencing sebanyak 200 cc DO: Kencing yang keluar warna kuning dan bau khas urine dengan jumlah 200 cc	Perawat Jaga

	Senin, 24 Maret 2025 Pukul 04.10 wita	Memonitor jumlah dan warna urine	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien kencing sebanyak 250 cc DO: Kencing yang keluar warna kuning dan bau khas urine dengan jumlah 250 cc	Perawat Jaga
	Pukul 06.05 wita	Mengukur tanda vital	DS:- DO: TD: 150/90 mmHg N: 80 x/menit S: 37°C RR: 20 x/menit SPO2: 98 % O2 : 2 lpm	Perawat jaga
	Pukul 06.30 wita	Memberikan terapi obat Captopril tab 25 mg 2x2, Asam Folat tab 1 mg 2x1	DS: DO: Obat diminum tidak ada dimuntahkan dan tidak ada alergi yang ditimbulkan	Perawat Jaga

	Pukul 10.00 wita	Memonitor jumlah dan warna urine	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien kencing sebanyak 170 cc DO: Kencing yang keluar warna kuning dan bau khas urine dengan jumlah 170 cc	Perawat Jaga
	Pukul 14.00 wita	Memonitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, SpO2, CRT dan tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)	DS: - DO: TD: 140/80 mmHg N: 78 x/menit RR: 20 x/menit SpO2: 99 % S: 36,6 °C CRT : < 3 detik Tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) : 70 mmHg	 Yunita Dewi
	Pukul 14.05 Wita	Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. <i>Ortopnea</i> , <i>dispnea</i> , edema, JVP/CVP meningkat, refleks	DS: Pasien mengatakan sesak sudah berkurang tanpa bantuan oksigen	

		hepatojugular meningkat, suara napas tambahan)	DO: Edema pada bagian kedua punggung tangan pasien sudah berkurang, pemeriksaan JVP mendapatkan hasil 8cmH ₂ O, Refleks hepatojugular positif.	Yunita Dewi
	Pukul 14.10 wita	Memonitor kecepatan infus secara ketat	DS: - DO: Infus NaCl 0,9% dengan 8 tetes/menit	 Yunita Dewi
	Pukul 14.15 wita	Meninggikan kepala tempat tidur 30-40°C	DS: Pasien mengatakan nyaman dengan posisi sekarang DO: Posisi pasien semi fowler	 Yunita Dewi
	Pukul 14.20 wita	Memonitor elastisitas atau turgor kulit	DS: - DO: Turgor kulit pasien elastis	 Yunita Dewi
	Pukul 15.00 wita	Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien makan dan minum kurang lebih sebanyak 1.370 cc	 Yunita Dewi

			terhitung setelah pukul 18.00 wita kemarin dan sempat BAB pukul 14.00 wita DO: <i>Intake</i> cairan : Makan + minum 1.370 cc, Infus 500 cc <i>Output</i> cairan : Urine 860 cc, muntah (-), feses 100 cc IWL : $15 \times \text{BB} = 15 \times 55 = 825 \text{ cc}$ CK Total : $\text{output} + \text{IWL} = 960 \text{ cc} + 825 \text{ cc} = 1.785 \text{ cc}$ BC : $\text{CM-CK Total} = 1.870 \text{ cc} - 1.785 \text{ cc} = +85 \text{ cc}$	
	Pukul 15.20 wita	Menimbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama dan memonitor berat badan dan menganjurkan melaporkan bila BB menambah > 1 kg dalam sehari	DS: Pasien mengatakan berat badannya 55 kg DO: BB pasien 55 kg tidak ada penambahan berat badan dalam sehari	 Yunita Dewi

V. EVALUASI

No	Tanggal / jam	Catatan Perkembangan	Paraf
1	Senin, 24 Maret 2025 Pukul 16.00 wita	S : - Pasien mengatakan sesak yang dirasakan sudah berkurang tanpa menggunakan bantuan oksigen O: - Sesak napas berkurang (RR : 20 x/menit) - JVP 8 cmH₂O - Intake dan output cairan membaik - Haluaran urine meningkat - Edema menurun - Tekanan darah membaik (140/80 mmHg) - Tekanan nadi membaik (60 mmHg) - MAP (Tekanan Arteri rata-rata) membaik 100 mmHg A: - Tanda dan gejala teratasi sebagian - Penyebab masalah teratasi sebagian - Masalah keperawatan teratasi Sebagian	 Yunita Dewi

		P: - Pemantauan hasil pemeriksaan laboratorium - Lanjutkan intervensi manajemen hipervolemia, pemantauan cairan dan pemantauan tanda vital	
--	--	--	--

Lampiran 9. Ijin Pengambilan Data



Nomor : 000.9.2/5037/RSUD/2024
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Pengambilan Data

Kepada Yth. :
 Kepala Instalasi Rekam Medik dan
 Midikolegal

Di-

RSUD Kabupaten Klungkung

Dengan hormat,

Menunjuk Surat dari Ketua Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Denpasar, Nomor: PP.06.02/F.XXXII.13/3438/2024, tanggal 17 Desember 2024, tentang Permohonan Ijin Pengambilan Data, maka kami memberikan ijin kepada:

No	Nama	NIM	Data Yang Diambil
1.	Ni Komang Ayu Ponia Yunita Dewi	P07120122044	1. Jumlah Pasien Gagal Ginjal Kronis dari tahun 2022 - 2024 2. Jumlah Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Mengalami Masalah Hipervolemia

Maka kami mohon untuk bisa membantu dalam pengumpulan data tersebut sebagai berikut :

1. Pembimbing adalah Kepala Instalasi Rekam Medik dan Midikolegal a/n I Wayan Dody Putra Wardana S.RM.

Semarapura, 21 Desember 2024

a.n. Direktur RSUD Kabupaten Klungkung

✓ Plt.Wakil Direktur Administrasi Umum dan SDM

dr. I Komang Parwata, Sp.PK

Pembina Utama Muda, IV/c

NIP. 197701152005011008

Tembusan disampikan kepada:

- Yth : 1. Kepala Instalasi Diklat dan Penelitian RSUD Kab. Klungkung
 2. Yang bersangkutan
 3. Arsip

Lampiran 10. Ijin Pengambilan Kasus



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
Politeknik Kesehatan Denpasar
Jalan Sanitasi No.1, Sidakarya
Denpasar Selatan, Bali 80224
(0361) 710447
<https://www.poltekkes-denpasar.ac.id>

Nomor : PP.06.02/F.XXIV.13/ 0988 /2025
Hal : Mohon Ijin Pengambilan Kasus

06 Maret 2025

Yth: Direktur RSUD Klungkung

Jl. Flamboyan No.40, Semarapura Kauh, Kec. Klungkung, Kab. Klungkung, Bali

Sehubungan dengan Penyelesaian Tugas Akhir (KTI) pada mahasiswa semester VI Program Studi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Denpasar Jurusan Keperawatan, kami mohon perkenannya untuk memberikan ijin pengambilan kasus kepada mahasiswa kami an :

Nama : Ni Komang Ayu Ponia Yunita Dewi
NIM : P07120122044
Semester : VI (Enam)
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn/Ny.X dengan Masalah Hipervolemia Akibat Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang Rawat Inap RSUD Klungkung Tahun 2025
Lama : 7 hari
Waktu : 10 Maret 2025 s.d tanggal 16 Maret 2025
Lokasi : Ruang Rawat Inap RSUD Klungkung

Pembiayaan yang timbul dari kegiatan ini akan dibebankan kepada mahasiswa tersebut diatas sesuai dengan ketentuan yang berlaku di lokasi praktek dimaksud.

Demikian kami sampaikan atas perkenannya kami ucapkan terima kasih.

a.n. Direktur Poltekkes Kemenkes Denpasar
Ketua Jurusan Keperawatan



I Made Sukarja, S.Kep.Ners., M.Kep
NIP. 196812311992031020

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silakan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silakan unggah dokumen pada laman

Lampiran 11. Ijin pengambilan kasus praktik



Nomor : 000.9.2/937/RSUD/2025
Lampiran : -
Perihal : Ijin Pengambilan Kasus

Kepada Yth. :
Kepala Ruang Kusamba

Di-
RSUD Kabupaten Klungkung

Dengan hormat,

Merujuk Surat dari Ketua Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Denpasar, Nomor: PP.06.02/F.XXIV.13/0988/2025, tanggal 06 Maret 2025, perihal permohonan ijin Pengambilan Kasus, maka kami memberikan ijin kepada:

Nama : Ni Komang Ayu Ponia Yunita Dewi
NIM : P07120122044
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Tn/Ny.X dengan Masalah Hipervolemia Akibat Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang Rawat Inap RSUD Klungkung Tahun 2025
Tempat Penelitian : RSUD Kabupaten Klungkung
Contact Person : 082236204772

Maka kami mohon untuk bisa membantu dalam Penelitian tersebut sebagai berikut :

1. Pembimbing adalah Kepala Ruang Kusamba a/n Ns. Ida Bagus Rai Hartawan, S.Kep.
2. Sudah diuji Ethical Clearance dengan Nomor : 0009.2/898/RSUD/2025
3. Setelah selesai penelitian wajib menyerahkan 1 (satu) copy hasil

Semarapura, 12 Maret 2025
a.n Direktur RSUD Kabupaten Klungkung
Direktur Administrasi Umum dan SDM



Ayu Widayanti, Sp.PA.
Pembina Tk.I, IV/b
NIP. 198601032010012028

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Kepala Instalasi Diklat dan Penelitian RSUD Kab. Klungkung
2. Yang bersangkutan
3. Arsip

Lampiran 12. Kelaikan Etik



KETERANGAN KELAIKAN ETIK
"ETHICAL CLEARANCE"
NOMOR: 000.9.2/898/RSUD/2025

Setelah Team Etik Penelitian RSUD Kabupaten Klungkung mempelajari dengan seksama rancangan penelitian yang diusulkan:

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Tn/Ny. X dengan Masalah Hipervolemia Akibat Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang Rawat Inap RSUD Klungkung Tahun 2025
Peneliti : Ni Komang Ayu Ponia Yunita Dewi
NIM : P07120122044
Tempat Penelitian : RSUD Kabupaten Klungkung
Contact Person : 082236204772

Maka dengan ini menyatakan bahwa penelitian tersebut telah memenuhi syarat atau "Laik Etik". Surat keterangan ini berlaku selama satu tahun sejak di tetapkan.

Semarapura, 10 Maret 2025
a.n. Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan
Sekretaris

dr. I Komang Parwata, Sp PK
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 197701152005011008

Tembusan disampaikan kepada :
Yth : 1. Direktur RSUD Kabupaten Klungkung sebagai laporan
2. Arsip

Lampiran 13. Penyerahan Etik



Nomor : 000.9.2/899/RSUD/2025
Lampiran : 1 Lembar
Perihal : Penyerahan *Ethical Clearance*

Kepada Yth,
Ni Komang Ayu Ponia Yunita Dewi
di-Tempat

Dengan hormat,

Bersama ini kami menyerahkan *Ethical Clearance* / Keterangan Kelaikan Etik Nomor: 000.9.2/898/RSUD/2025 tertanggal 10 Maret 2025

Hal-hal yang perlu diperhatikan :

1. Setelah selesai penelitian wajib menyerahkan 1 (satu) copy hasil penelitiannya.
2. Jika ada perubahan yang menyangkut dengan hal penelitian tersebut mohon melaporkan ke Komisi Etik Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Klungkung.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Semarapura, 10 Maret 2025
a.n. Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan
Sekretaris

dr. I Komang Parwata, Sp.PK
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP.197701152005011008

Lampiran 14. Bukti Penyelesaian Administrasi



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
 Politeknik Kesehatan Denpasar
 Jalan Sanitum No.1, Sidakarya
 Denpasar Selatan, Bali 80224
 Telp. (0361) 750447
 https://www.poltekkes-denpasar.ac.id

BUKTI PENYELESAIAN ADMINISTRASI SEBAGAI PERSYARATAN MENGIKUTI UJIAN KTI PRODI D III KEPERAWATAN POLTEKKES DENPASAR

Nama Mahasiswa : Ni Komang Ayu Ponia Yunita Dewi
 NIM : P07120122044

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	Akademik	08 Mei 2025		
	a. Toefel	08 Mei 2025		
	b. Bukti Validasi Bimbingan di SLAKAD	08 Mei 2025		
2	Perpustakaan	08 Mei 2025		
3	Laboratorium	08 Mei 2025		
4	IKM	08 Mei 2025		
5	Keuangan	08 Mei 2025		
6	Administrasi umum/ perlengkapan	08 Mei 2025		

Keterangan :

Mahasiswa dapat mengikuti Ujian KTI jika seluruh persyaratan diatas terpenuhi.

Denpasar, 08 Mei 2025
 Ketua Jurusan Keperawatan,


 I Made Sukanja, S.Kep., Ners, M.Kep.
 NIP. 196912311992031020

Lampiran 15. Bukti Validasi Bimbingan



 **Data Skripsi Mahasiswa**

N I M	P07120122044
Nama Mahasiswa	Ni Komang Ayu Ponia Yunita Dewi
Info Akademik	Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Semester : 6

Skripsi
Bimbingan
Jurnal Ilmiah
Seminar Proposal
Syarat Sidang
Sidang Skripsi

Bimbingan							
No	Dosen	Topik	Masukan Dosen	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen	Aksi	
1	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	Pengajuan judul Laporan kasus	Tambahkan data untuk dasar mengambil masalah penelitian	2 Jan 2025	✓		
2	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	Pengajuan perbaikan judul dan pengajuan BAB I	Perbaiki sistematika penyajian latar belakang, perbaiki data angka kejadian kasus	6 Jan 2025	✓		
3	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	Pengajuan revisi BAB I dan pengajuan BAB II serta BAB III	Bab I acc, Bab II perbaiki sistematika topik dan subtopik konsep dasar yang digunakan dalam penelitian	11 Feb 2025	✓		
4	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	Pengajuan revisi BAB II dan BAB III	Bab II acc, Bab III perbaiki metodologi yaitu subyek, definisi operasional, dan jenis data	25 Feb 2025	✓		
5	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	Pengajuan revisi BAB III	Bab III acc	26 Feb 2025	✓		
6	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	Pengajuan BAB I, BAB II, dan BAB III	Bab I, II, dan III acc, mhn cek ulang hasil ketikan	27 Feb 2025	✓		
7	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	Pengajuan BAB IV	Perbaiki: 1. Gambaran lokasi penelitian 2. Penyajian data hasil pengkajian, rencana perawatan, dan evaluasi perawatan	16 Apr 2025	✓		
8	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	Pengajuan revisi BAB IV dan pengajuan BAB V	Perbaiki pembahasan dari aspek, dan penyajian simpulan	28 Apr 2025	✓		
9	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	Bimbingan BAB III, BAB IV, dan BAB V setelah pedoman baru	Perbaiki penyajian data, dan rencana keperawatan serta evaluasi keperawatan	29 Apr 2025	✓		
10	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	Bimbingan Revisi BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV dan BAB V	Bab I-V acc, cek ulang hasil ketikan	30 Apr 2025	✓		
11	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	Bimbingan Abstrak dan ringkasan	Perbaiki dari jumlah kata abstrak, komponen yang harus ada di abstrak, ringkasan juga perbaiki komponen yang harus ada	5 Mei 2025	✓		
12	196910151993031015 - I MADE MERTHA, S.Kp., M.Kep.	Bimbingan KTI lengkap	Acc ujian KTI, dengan memahami secara menyeluruh isi KTI	6 Mei 2025	✓		
13	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Pengajuan Topik pengambilan kasus	Cari kasus sesuai dengan minat yang ada di RS	18 Feb 2025	✓		
14	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Pengajuan BAB I, BAB II dan BAB III	Persiapkan buku dan jurnal yang terkait dengan kasus yang ditangani	20 Feb 2025	✓		
15	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Pengajuan revisi BAB I, BAB II, dan BAB III	Perbaiki sesuai dengan saran	26 Feb 2025	✓		
16	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Pengajuan BAB I, BAB III, dan BAB III setelah pedoman baru	Sesuaikan alur penulisan dengan pedoman yang di perbaharui	16 Apr 2025	✓		
17	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Pengajuan BAB IV	Pembahasan sesuaikan dengan teori dan jurnal pendukung pada BAB II	17 Apr 2025	✓		
18	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Pengajuan Revisi BAB IV	Lanjutkan memperbaharui	21 Apr 2025	✓		
19	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Pengajuan BAB V	Buat kesimpulan sesuaikan untuk menjawab tujuan	25 Apr 2025	✓		
20	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Pengajuan Revisi BAB V	Lanjutkan	28 Apr 2025	✓		
21	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Pengajuan BAB IV dan BAB V	Perbaiki kesimpulannya	29 Apr 2025	✓		
22	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Pengajuan BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV dan BAB V	Lihat penulisannya	30 Apr 2025	✓		
23	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Bimbingan abstrak dan ringkasan beserta lampiran	ok	5 Mei 2025	✓		
24	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Pengajuan KTI Lengkap	ACC siapkan untuk diujikan	6 Mei 2025	✓		

Lampiran 16. Hasil Cek Turnitin

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.NS DENGAN MASALAH HIPERVOLEMIA AKIBAT CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANG KUSAMBA RSUD KLUNGKUNG TAHUN 2025.pdf

ORIGINALITY REPORT

26%

SIMILARITY INDEX

22%

INTERNET SOURCES

6%

PUBLICATIONS

15%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	5%
2	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	1%
3	repository.stikstellamarismks.ac.id Internet Source	1%
4	j-innovative.org Internet Source	1%
5	Yuyun Kartika Sari, Eka Afrima Sari, Sri Hartati Pratiwi. "Hipervolemia dan Keletihan pada Pasien Chronic Kidney Disease Stage 5: Sebuah Studi Kasus", MAHESA : Malahayati Health Student Journal, 2023 Publication	1%
6	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	1%
7	doku.pub Internet Source	1%
8	perpustakaan.poltekkes-malang.ac.id Internet Source	1%

www.perawat.my.id

9	Internet Source	1 %
10	www.slideshare.net Internet Source	< 1 %
11	repository.universitalirsyad.ac.id Internet Source	< 1 %
12	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	< 1 %
13	dspace.umkt.ac.id Internet Source	< 1 %
14	repository.umpri.ac.id Internet Source	< 1 %
15	Submitted to Fakultas Kedokteran Universitas Pattimura Student Paper	< 1 %
16	archive.org Internet Source	< 1 %
17	docplayer.info Internet Source	< 1 %
18	Siti Patimah, Hendra Kusumajaya, Kgs. M. Faizal. "FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN FATIGUE PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS YANG MENJALANI HEMODIALISIS DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DEPATI BAHRIN SUNGAILIAT TAHUN 2024", Jurnal Kesehatan Tambusai, 2024 Publication	< 1 %
19	eprints.umm.ac.id Internet Source	< 1 %

- 96 [vdocuments.site](#) Internet Source < 1 %
-
- 97 [wening-kusuma.blogspot.com](#) Internet Source < 1 %
-
- 98 Anisa F. Amalia, Theresia Runtuwene, Mieke A.H.N. Kembuan. "Profil nyeri di poliklinik saraf RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode 1 Januari 2014 – 31 Desember 2014", e-CliniC, 2016 Publication < 1 %
-
- 99 Mochammad Jalalul Marzuki, Nursamsu Nursamsu, Achmad Rifai. "Perbandingan Mortalitas, Lama Rawat, Perbaikan Fungsi Ginjal, dan Kebutuhan Hemodialisis Selama Perawatan pada Pasien Acute Kidney Injury (AKI) dengan dan Tanpa Sepsis, Serta Faktor yang Memengaruhi Mortalitas Pasien", Jurnal Penyakit Dalam Indonesia, 2022 Publication < 1 %
-
- 100 [herniciningruhyati.blogspot.com](#) Internet Source < 1 %
-
- 101 [journal.ipm2kpe.or.id](#) Internet Source < 1 %
-
- 102 [merinawidyastuti.blogspot.com](#) Internet Source < 1 %
-

Ag. Ali
A. Rahm

Exclude quotes On

Exclude bibliography On

Exclude matches Off

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ni Komang Ayu Ponia Yunita Dewi
NIM : P07120122044
Program Studi : Diploma III
Jurusan : Keperawatan
Tahun Akademik : 2024/2025
Alamat : Telunwayah Betenan
No.HP/Email : 082236204772 / kmjj3543@gmail.com

Dengan ini menyerahkan Karya Tulis Ilmiah berupa Laporan Tugas Akhir dengan Judul: Asuhan Keperawatan Pada Ny.NS Dengan Masalah Hipervolemia Akibat *Chronic Kidney Disease* (CKD) Di Ruang Kusamba RSUD Klungkung Tahun 2025.

1. Dan menyetujuinya menjadi hak milik Poltekkes Kemenkes Denpasar serta memberikan Hak Bebas Royalti Non – Eksklusif untuk disimpan, dialihkan mediakan, dikelola dalam pangkalan data dan publikasinya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai Hak Cipta.
2. Pernyataan ini saya buat dengan sungguh – sungguh. Apabila dikemudian hari ada bukti pelanggaran Hak Cipta/Plagiarisme dalam Karya Ilmiah ini, maka segala tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung pribadi tanpa melibatkan pihak Institusi Poltekkes Kemenkes Denpasar.

Dengan surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 23 Mei 2025



Ni Komang Ayu Ponia Yunita Dewi
NIM. P07120122044