

## **BAB III**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Berikut ini diuraikan asuhan keperawatan Ny. M dengan hipervolemia akibat Chronic Kidney Disease (CKD) sebagai kasus kelolaan. Pengelolaan kasus dilakukan pada tanggal 12 – 15 Februari 2026 di ruang Jumpai RSUD Klungkung. Bab ini terdiri atas hasil laporan kasus, pembahasan, serta keterbatasan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

#### **A. Hasil Laporan Kasus**

##### **1. Kondisi lokasi laporan kasus**

Pengambilan kasus dilakukan di Ruang Jumpai RSUD Klungkung. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Klungkung merupakan rumah sakit milik pemerintah Klungkung dengan Rumah Sakit Pendidikan tipe B yang beralamat di jalan Flamboyan No. 40 Semarapura, Kec. Klungkung, Kab. Klungkung. Lokasi tersebut sangat strategis, selain mudah dijangkau juga terletak di jalur wisata dan tempat suci.

RSUD Klungkung dilengkapi dengan pelayanan dan fasilitas penunjang yang meliputi pelayanan rawat inap, ruang darurat dan intensif, rawat jalan, PMI, laboratorium, radiologi, farmasi, instalasi CSSD dan laundry terpadu, ambulance dan mobil jenazah, rekam medik, bank darah, koperasi, kantin, parkir, dan auditorium. Dalam memberikan pelayanan tersebut, RSUD Klungkung didukung oleh sarana dan prasarana yang memadai untuk menunjang kebutuhan pasien dan operasional rumah sakit. RSUD Klungkung juga didukung oleh sumber daya

manusia yang berjumlah 996 tenaga baik tenaga medis maupun nonmedis, sehingga pelayanan Kesehatan dapat berjalan dengan optimal.

Ruang Jumpai RSUD Klungkung merupakan ruang perawatan untuk merawat pasien interna yang memerlukan perawatan lebih lanjut yang berada di lantai tiga Gedung Ayodya. Ruangan ini memiliki kapasitas sebanyak 13 kamar dengan total 17 tempat tidur. Dalam pelaksanaannya, pelayanan di ruang jumpai didukung oleh 14 orang tenaga perawat yang profesional dan berkompeten dalam memberikan perawatan kepada pasien.

Saat pengambilan kasus pada tanggal 12 – 15 Februari 2026 terdapat dua pasien dengan diagnosis Chronic Kidney Disease (CKD) yang mengalami hipervolemia, yaitu pasien berjenis kelamin laki laki dan perempuan. Pemilihan Ny. M sebagai subjek dalam laporan kasus ini didasarkan pada beberapa pertimbangan, yaitu ketersediaan data yang lengkap, kesesuaian tanda dan gejala dengan kriteria diagnosis hipervolemia menurut SDKI, dan kemudahan dalam melakukan pengkajian secara komprehensif. Selain itu, pasien lainnya tidak dipilih karena telah digunakan sebagai subjek oleh peneliti lain, sehingga untuk menghindari duplikasi data dan menjaga keaslian laporan kasus, penulis menetapkan Ny.M sebagai subjek penelitian.

## **2. Karakteristik subjek laporan kasus**

Karakteristik subjek yang diperoleh dari laporan kasus meliputi jenis kelamin, usia, Pendidikan, suku, dan agama yang dianut. Data yang didapatkan yaitu pasien berinisial Ny. M berjenis kelamin Perempuan usia 50 tahun, suku bali, Pendidikan terakhir SMA, dan beragama Hindu.

### 3. Hasil laporan kasus

Hasil laporan kasus yang didapatkan sesuai dengan proses keperawatan yaitu sebagai berikut :

#### a. Pengkajian keperawatan

Sebelum dibawa ke rumah sakit, keluarga membawa pasien berobat ke dokter. Pasien mendapatkan terapi berupa ondansetron 4 mg per oral 2 kali sehari untuk mengatasi keluhan mual. Selain itu, pasien dianjurkan beristirahat, membatasi aktivitas, serta mengatur posisi setengah duduk untuk membantu mengurangi sesak napas. Namun, setelah dilakukan pengobatan tersebut, keluhan pasien cenderung memberat, sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke IGD untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut.

Pasien tiba di UGD RSUD Klungkung pada tanggal 12 Februari 2026 pukul 11.30 WITA yang diantar oleh keluarganya dengan keluhan sesak napas. Sesak dirasakan memberat saat berbaring (ortopnea), serta saat aktivitas ringan seperti ke kamar mandi (dispnea). Pasien juga mengeluh mual, pusing, dan lemas. Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa pasien dalam kesadaran *compos mentis* dengan keadaan umum lemah, E4, V5, M6, serta tanda-tanda vital berupa TD : 140/90 mmHg, N : 90 x/menit, S: 36,0°C RR : 28x/menit, SpO<sub>2</sub> : 92 % tanpa oksigen. Terdengar suara napas tambahan ronki, tampak pitting edema pada pergelangan tangan dan kaki, distensi vena jugularis dengan nilai JVP 9 cmH<sub>2</sub>O, serta refleks hepatojugular positif. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar Hb : 13,5 g/dL, Ht : 36 % , ureum: 78 mg/dL, kreatinin : 6.7 mg/dL, Na : 138 mmol/L, K : 3.9 mmol/L. Pasien memiliki riwayat *chronic kidney disease* (CKD) stadium 5 dan menjalani hemodialisis rutin 2 kali seminggu, yaitu hari senin dan kamis.

Hemodialisis terakhir dilakukan pada hari senin tanggal 9 Februari 2026. Saat masuk UGD, pasien terjadwal menjalani hemodialisis. Namun, karena kondisi pasien lemas, tindakan hemodialisis ditunda dan dijadwalkan ulang pada hari jumat, 13 Februari 2026.

Setelah dilakukan pemeriksaan, pasien didiagnosis mengalami hipervolemia yang menjalani terapi hemodialisis. Saat kontrol, pasien mendapatkan obat rutin dari poli interna, yaitu simvastatin 1x20 mg (malam), bisoprolol 5 mg dengan dosis 1x1 (pagi), gliquidone 30 mg 1x sehari, anemolat 1 mg 2x sehari, dan candesartan 16 mg 2x sehari. Saat di UGD, pasien diberikan terapi oksigen dengan nasal canula 3 lpm, dipasang IVFD NaCl 0,9 % dengan 8 tpm pada bagian tangan kanan, diberikan obat inj iv Furosemide 2x 40 mg dan inj iv ondansetron 2x4 mg.

Pada pukul 12. 30 WITA, pasien dipindahkan ke ruang rawat inap jumpai. Sesampainya di ruangan, pasien mengeluh sesak saat berbaring datar, sesak saat melakukan aktivitas ringan seperti ke kamar mandi, nyeri ulu hati, mual, serta pusing. Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa kesadaran pasien compos mentis dengan keadaan umum lemah, E4, V5, M6, serta tanda tanda vital berupa TD : 145/90 mmHg, RR : 28 x/menit, N : 90 x/menit, S : 36,8°C, SpO2 : 91 % tanpa oksigen. Terdengar suara napas tambahan ronki, tampak pitting edema pada pergelangan tangan dan kaki, distensi vena jugularis dengan nilai JVP 9 cmH<sub>2</sub>O, BB sekarang 69 kg, BB seharusnya/biasanya 68 kg, serta refleks hepatojugular positif. Selanjutnya, pasien diberikan terapi oksigen dengan nasal kanul 3 lpm, terpasang infus NaCl 0,9 % dengan 8 tetes/menit, serta melanjutkan terapi obat yang telah diberikan saat di UGD.

Pengkajian dilakukan tanggal 12 Februari 2026 pukul 13.00 WITA di ruang Jumpai RSUD Klungkung. Pengkajian ini menggunakan beberapa sumber data untuk memperoleh informasi yang akurat. Sumber data diperoleh dari hasil wawancara dengan pasien dan keluarga pasien, observasi dan pada rekam medis pasien. Saat dilakukan pengkajian, pasien mengeluh sesak napas. Sesak napas semakin bertambah saat berbaring datar ( ortopnea), serta sesak napas saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi (dispnea). Pada pemeriksaan objektif, pasien tampak mengalami pitting edema pada pergelangan tangan dan kaki, BB sekarang 69 kg, serta BB seharusnya 68 kg, pemeriksaan menunjukkan JVP 9 cmH<sub>2</sub>O , tampak distensi vena jugularis, refleks hepatojugular positif, terdengar suara napas tambahan ronki. pasien terpasang oksigen melalui nasal kanul 3 lpm dengan posisi semi Flower. Hasil tanda tanda vital menunjukkan tekanan darah 140/90 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi napas 28 x/menit, saturasi oksigen 94 % dengan oksigen 3 lpm, dan suhu tubuh 36,8 C.

Riwayat sebelumnya diketahui pasien pernah dirawat di rumah sakit karena sesak napas. Pasien juga memiliki riwayat penyakit gagal ginjal kronik sejak satu tahun yang lalu. Selain itu, pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus yang diturunkan dari ibu pasien. Data pengkajian secara lengkap terlampir pada lampiran 7.

#### b. Diagnosis keperawatan

Proses penegakan diagnosis pada laporan kasus ini terdiri atas 3 tahap, yaitu analisis data, analisis masalah, dan perumusan diagnosis (PPNI 2017).

Analisis data dalam laporan kasus ini dilakukan dengan membandingkan data dengan nilai normal. Secara rinci diuraikan pada tabel 3 dibawah ini.

**Tabel 3**  
**Analisis data pada Ny.M dengan Hipervolemia akibat Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang Jumpsai RSUD Klungkung Tahun 2026**

Data Mayor dan Data Minor	Nilai Normal	Masalah Keperawatan
1	2	3
Data Mayor :		
Subjektif :		
1. Pasien mengatakan sesak saat berbaring dengan posisi datar (ortopnea)	1. Pasien tidak mengeluh sesak saat berbaring dengan posisi datar (ortopnea)	Hipervolemia
2. Pasien mengatakan sesak saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi (dispnea)	2. Pasien tidak mengeluh sesak saat melakukan aktivitas ( dispnea)	
Objektif :		
1. Pasien tampak mengalami pitting edema pada pergelangan tangan dan kaki	3. Pasien tidak edema (pitting edema negative)	
2. BB pasien sekarang 69 kg, BB seharusnya/biasanya 68 kg	4. Berat badan pasien tidak meningkat dalam waktu singkat	
5. JVP pasien 9 cmH <sub>2</sub> O	5. JVP dalam batas normal (6 – 8 cmH <sub>2</sub> O)	
6. Refleks hepatojugular pada pasien positif	6. Refleks hepatojugular negative	
Data Minor :		
Subjektif : tidak tersedia		
Objektif :		
1. Pasien tampak distensi vena jugularis	7. Vena jugularis tidak tampak distensi	
2. Terdengar suara napas tambahan ronchi	8. Suara napas vesikuler normal, tidak terdengar ronchi/wheezing.	

Berdasarkan hasil analisis data, rumusan masalah keperawatan adalah hipervolemia. Setelah analisis data, dilanjutkan dengan analisis masalah. Secara rinci diuraikan pada tabel 4 di bawah ini.

**Tabel 4**  
**Analisis masalah pada Ny.M dengan Hipervolemia akibat Chronic Kidney Disease di Ruang Jumpai RSUD Klungkung Tahun 2026**

Data Mayor dan Minor	Analisis	Diagnosis Keperawatan
1	2	3
<b>Data Mayor :</b>		
<b>Subjektif :</b>		
1. Pasien mengatakan sesak saat berbaring dengan posisi datar (ortopnea)	CKD ↓ Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi
2. Pasien mengatakan sesak saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi (dispnea)	↓ Hipervolemia	regulasi dibuktikan dengan pasien mengatakan sesak saat berbaring dengan posisi datar (ortopnea), pasien mengatakan sesak saat melakukan aktivitas (dispnea),
<b>Objektif :</b>		
1. Pasien tampak pitting edema pada pergelangan tangan dan kaki		regulasi dibuktikan dengan pasien mengatakan sesak saat berbaring dengan posisi datar (ortopnea), pasien mengatakan sesak saat melakukan aktivitas (dispnea),
2. BB pasien sekarang 69 kg, BB seharusnya/biasanya 68 kg		regulasi dibuktikan dengan pasien mengatakan sesak saat berbaring dengan posisi datar (ortopnea), pasien mengatakan sesak saat melakukan aktivitas (dispnea),
3. JVP pasien 9 cmH <sub>2</sub> O		regulasi dibuktikan dengan pasien mengatakan sesak saat berbaring dengan posisi datar (ortopnea), pasien mengatakan sesak saat melakukan aktivitas (dispnea),
4. Refleks hepatojugular pasien positif		regulasi dibuktikan dengan pasien mengatakan sesak saat berbaring dengan posisi datar (ortopnea), pasien mengatakan sesak saat melakukan aktivitas (dispnea),

1	2	3
<b>Data Minor :</b>		sekarang 69 kg serta
<b>Subjektif :</b>		BB
Tidak tersedia		seharusnya/biasanya
<b>Objektif :</b>		68 kg, JVP pasien 9
1. Pasien tampak distensi vena jugularis		cmH <sub>2</sub> O, Refleks hepatojugular
2. terdengar suara napas tambahan ronchi		pasien positif, tampak distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan ronchi.

Berdasarkan analisis masalah dapat dirumuskan diagnosis keperawatan pada Ny. M adalah Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan pasien mengatakan sesak saat berbaring dengan posisi datar (ortopnea), pasien mengatakan sesak saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi (dispnea), pasien tampak mengalami pitting edema pada pergelangan tangan dan kaki, BB pasien sekarang 69 kg serta BB seharusnya/biasanya 68 kg, JVP

pasien 9 cmH<sub>2</sub>O, Refleks hepatojugular pasien positif, pasien tampak distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan ronchi.

c. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan pada Ny. M disusun berdasarkan tujuan dan intervensi keperawatan. Rumusan tujuan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dengan indikator yang diharapkan meliputi membran mukosa lembab meningkat, asupan makanan meningkat, edema menurun, dehidrasi menurun, asites menurun, konfusi menurun, intake cairan membaik, output urin membaik, tekanan darah membaik, frekuensi nadi membaik, kekuatan nadi membaik, tekanan arteri rata – rata membaik, mata cekung membaik, turgor kulit membaik, dan berat badan membaik.

Intervensi keperawatan pada kasus ini terdiri dari intervensi utama dan intervensi pendukung. Intervensi utama meliputi manajemen hipervolemia dan pemantauan cairan. Sedangkan, intervensi pendukung meliputi pemantauan tanda - tanda vital. Intervensi keperawatan yang dilakukan meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

1) Manajemen Hipervolemia

a) Observasi

- (1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan)
- (2) Identifikasi penyebab hipervolemia
- (3) Monitor status hemodinamik (mis. tekanan darah, MAP, CVP), Jika tersedia
- (4) Monitor intake dan output cairan

- (5) Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit )
- (6) Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat)
- (7) Monitor kecepatan infus secara ketat
- (8) Monitor efek samping diuretik (mis, hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)

b) Terapeutik

- (1) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang bersamaan
- (2) Batasi asupan cairan dan garam
- (3) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat

c) Edukasi

- (1) Anjurkan melapor jika haluaran urine  $< 0,5$  mL/kg/jam dalam 6 jam
- (2) Anjurkan melapor jika BB bertambah  $> 1$  kg dalam sehari
- (3) Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan
- (4) Ajarkan cara membatasi cairan

d) Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian diuretic
- (2) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic
- (3) Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu

2) Pemantauan Cairan

a) Observasi

- (1) Monitor frekuensi dan kekuatan nadi
- (2) Monitor frekuensi napas
- (3) Monitor tekanan darah

- (4) Monitor berat badan
- (5) Monitor waktu pengisian kapiler
- (6) Monitor elastisitas atau turgor kulit
- (7) Monitor jumlah, warna urin
- (8) Monitor kadar albumin dan protein total
- (9) Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. hematokrit, natrium, kalium, BUN)
- (10) Monitor intake dan output cairan
- (11) Identifikasi tanda tanda hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, berat badan menurun dalam waktu singkat).
- (12) Identifikasi tanda tanda hipervolemia (mis. Dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan meningkat dalam waktu singkat)
- (13) Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis. prosedur pembedahan mayor, trauma atau perdarahan)

b) Terapeutik

- (1) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien dalam 24 jam
- (2) Dokumentasikan hasil pemantauan dalam 24 jam

c) Edukasi

- (1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- (2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
- 3) Pemantauan Tanda Tanda Vital

a) Observasi

- (1) Monitor tekanan darah
- (2) Monitor nadi (frekuensi)
- (3) Monitor pernapasan (frekuensi)
- (4) Monitor suhu tubuh
- (5) Monitor oksimetri nadi
- (6) Monitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)
- (7) Identifikasi penyebab perubahan tanda vital

b) Terapeutik

- (1) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien dalam 24 jam
- (2) Dokumentasikan hasil pemantauan

c) Edukasi

- (1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- (2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

Adapun perencanaan lebih rinci terlampir pada lampiran 7.

d. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang diberikan kepada Ny.M pada laporan kasus ini dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan. Pelaksanaan implementasi dilakukan selama 4 x 24 jam. Implementasi dimulai dari tanggal 12 Februari 2026 sampai dengan 15 Februari 2026 di Ruang Jumpai RSUD Klungkung.

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah hipervolemia pada Ny. M yaitu manajemen hipervolemia, pemantauan cairan, dan pemantauan tanda tanda vital. Manajemen hipervolemia terdiri dari beberapa tindakan yang dapat dilakukan yaitu pemeriksaan tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara

napas tambahan), identifikasi penyebab hipervolemia, pemantauan status hemodinamik (mis. tekanan darah, MAP, CVP), pemantauan intake dan output cairan setiap 24 jam, pemantauan tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit), pemantauan kecepatan infus secara ketat dengan 8 tetes/menit, serta penimbangan berat badan setiap hari termasuk sebelum dan sesudah hemodialisis. Selain itu, dilakukan edukasi pembatasan asupan cairan dan garam, bantuan posisi pasien dengan meninggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat, anjuran melapor jika haluaran urine < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam atau jika berat badan bertambah > 1 kg dalam sehari, serta pengajaran cara mengukur dan mencatat asupan serta haluaran urine.

Pemantauan cairan pada Ny. M dilakukan untuk menilai status keseimbangan cairan secara komprehensif. Tindakan yang dapat dilakukan meliputi pemantauan frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah, berat badan, waktu pengisian kapiler, elastisitas atau turgor kulit, jumlah dan warna urin, serta hasil pemeriksaan serum (mis. hematokrit, natrium, kalium, BUN). Selain itu, dilakukan pemantauan intake dan output cairan setiap 24 jam, identifikasi tanda – tanda hipovolemia, identifikasi tanda – tanda hipervolemia, identifikasi faktor Risiko ketidakseimbangan cairan, pengaturan interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien setiap 24 jam, pendokumentasian hasil pemantauan dalam 24 jam, penjelasan tujuan dan prosedur pemantauan, serta penyampaian hasil pemantauan kepada pasien dan keluarga.

Pemantauan tanda – tanda vital pada Ny. M dilakukan untuk mendeteksi perubahan hemodinamik akibat kelebihan cairan. Tindakan yang dapat dilakukan meliputi pemantauan tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu

tubuh, oksimetri nadi, serta tekanan nadi (selisih TDS dan TDD). Selain itu, dilakukan identifikasi penyebab perubahan tanda vital, pengaturan interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien dalam 24 jam, pendokumentasian hasil pemantauan, penjelasan tujuan dan prosedur pemantauan, serta penyampaian hasil pemantauan.

Adapun implementasi keperawatan secara rinci terlampir pada lampiran 7.

e. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan selama 4x24 jam, didapatkan hasil evaluasi dengan tujuan tercapai. Adapun evaluasi secara rinci terdapat pada tabel 5 di bawah ini, yaitu :

**Tabel 5**

**Evaluasi pada Ny.M dengan Hipervolemia akibat Chronic Kidney Disease di Ruang Jumpai RSUD Klungkung Tahun 2026**

No	Hari/Tanggal	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4
1	Minggu , 15 Februari 2026, pukul 15.00 Wita	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan rasa sesak yang dirasakan sudah berkurang tanpa menggunakan oksigen</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edema menurun</li> <li>- Intake cairan membaik 1.203 cc/24 jam</li> <li>- Output urine membaik 400 cc/24 jam</li> <li>- Turgor kulit membaik</li> <li>- JVP pasien 8 cmH<sub>2</sub>O</li> <li>- Tekanan darah membaik (130/70)</li> </ul>	Widya

---

mmHg)

- Tekanan nadi membaik (60 mmHg )
- Berat badan membaik 68 kg
- Frekuensi nadi membaik 85 x/menit
- MAP (tekanan arteri rata rata ) membaik 90 mmHg

**A :** Tujuan Tercapai

**P :**

- Pertahankan kondisi, anjurkan untuk selalu membatasi cairan dan anjurkan untuk selalu memantau dan mencatat asupan cairan yang masuk dan keluar.
  - Anjurkan untuk selalu rutin melakukan hemodialisa sesuai dengan jadwalnya.
- 

## **B. Pembahasan**

### **1. Pengkajian keperawatan**

Pada studi kasus ini, ditemukan data subjektif pada Ny.M berupa keluhan sesak napas saat tidur berbaring dengan posisi datar (ortopnea), serta sesak saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi (dispnea). Data objektif menunjukkan bahwa pasien mengalami pitting edema pada pergelangan tangan dan kaki, BB sekarang 69 kg serta BB seharusnya/biasanya 68 kg, JVP sebesar 9cmH<sub>2</sub>O, dan refleks hepatojugular positif. Selain itu, pasien tampak distensi vena jugularis, serta terdengar suara napas tambahan ronki.

Secara teori, pasien dengan penyakit Chronic Kidney Disease (CKD) memiliki beberapa tanda dan gejala. Tanda dan gejala tersebut meliputi mual, kelelahan dan kelemahan, oliguria, pembengkakan pada kaki dan pergelangan kaki, sesak napas, serta hipertensi. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Vaidya dan Aeddula, 2025).

Berdasarkan tanda dan gejala yang ditemukan, Ny. M memenuhi seluruh tanda mayor hypervolemia menurut SDKI, dan memenuhi 4 tanda minor. Data mayor meliputi ortopnea, dispnea, edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, JVP/CVP meningkat, dan refleks hepatojugular positif. Data minor meliputi distensi vena jugularis, dan terdengar suara napas tambahan. Data minor yang tidak ditemukan pada Ny. M meliputi hepatomegali, penurunan kadar Hb/Ht, dan kongesti paru (PPNI 2017). Tidak ditemukannya hepatomegali dan kongesti paru menunjukkan bahwa kelebihan cairan belum menyebabkan gangguan signifikan pada sistem hepatic dan paru, sedangkan kadar Hb/Ht yang tidak menurun menunjukkan bahwa pasien belum mengalami anemia yang signifikan.

Gejala yang dialami pada Ny. M sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Noviana dkk dalam jurnal kesehatan mengenai asuhan keperawatan pada klien chronic kidney disease (CKD) dengan hypervolemia di ruang Melati RSUD Bangil. Berdasarkan keluhan dan hasil pemeriksaan, ditemukan pasien mengalami ortopnea, dispnea, edema, peningkatan JVP, hepatojugular positif, peningkatan berat badan, kesulitan buang air kecil, oliguria, suara napas tambahan ronki dan asupan garam lebih besar dari keluaran. Gejala tersebut merupakan tanda dan gejala dari hypervolemia (Noviana dkk, 2025). Kesamaan temuan ini menunjukkan

bahwa manifestasi klinis pada Ny. M sesuai dengan Gambaran teoritis dan hasil penelitian terkait hipervolemia pada pasien CKD.

## **2. Diagnosis keperawatan**

Diagnosis keperawatan dalam laporan kasus ini ditetapkan berdasarkan hasil pengkajian yang dianalisis menggunakan komponen P (Problem), E (Etiology), dan S (Sign and Symptom). Berdasarkan pengkajian yang dilakukan, ditemukan data subjektif Ny. M mengatakan sesak saat berbaring dengan posisi datar (ortopnea), dan mengatakan sesak saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi (dispnea). Data objektif menunjukkan adanya pitting edema pada pergelangan tangan dan kaki, peningkatan berat badan dari 68 kg menjadi 69 kg dalam satu hari, JVP sebesar 9cmH<sub>2</sub>O, refleks hepatojugular positif, serta distensi vena jugularis.

Berdasarkan data yang ditemukan, dirumuskan diagnosis keperawatan hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi akibat gagal ginjal kronis. Kondisi ini terjadi karena penurunan fungsi ginjal secara progresif, yang menyebabkan ginjal tidak mampu mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, sehingga terjadi retensi natrium dan air (Oktario dkk, 2023).

Sejalan dengan teori Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) bahwa diagnosis ditegakkan berdasarkan tanda dan gejala mayor yang ditemukan 80 – 100 %. Kasus Ny. M dengan diagnosis hipervolemia memenuhi seluruh tanda dan gejala mayor yaitu ortopnea, dispnea, edema perifer pada pergelangan tangan dan kaki, BB pasien sekarang 69 kg serta BB pasien seharusnya/biasanya 68 kg, JVP didapatkan hasil 9cmH<sub>2</sub>O, dan refleks hepatojugular positif.

Berdasarkan penjelasan diatas, diagnosis keperawatan pada Ny. M yaitu Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi dibuktikan

dengan ortopnea, dispnea, edema perifer, peningkatan berat badan, peningkatan JVP, refleks hepatojugular positif, distensi vena jugularis, serta suara tambahan ronki. Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan kesesuaian antara data klinis pasien dengan kriteria diagnosis menurut SDKI.

### **3. Perencanaan keperawatan**

Intervensi keperawatan pada laporan kasus ini ditetapkan berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah ditegakkan dengan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dengan label keseimbangan cairan serta Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan intervensi utama berupa manajemen hipervolemia dan pemantauan cairan, serta intervensi pendukung berupa pemantauan tanda tanda vital (PPNI 2018).

Manajemen Hipervolemia dipilih sebagai intervensi utama karena sesuai dengan diagnosis hipervolemia yang telah ditegakkan serta pasien memenuhi seluruh tanda gejala mayor hipervolemia menurut SDKI. Intervensi ini bertujuan untuk mengurangi kelebihan cairan dalam tubuh. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Nisrina dkk mengenai manajemen hipervolemia pada pasien gagal ginjal kronik dengan masalah hipervolemia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian intervensi manajemen hipervolemia selama 3 hari perawatan, dapat mengatasi masalah dengan tekanan darah membaik, edema membaik, asupan cairan membaik, dispnea membaik dan asupan makanan membaik (Nisrina dkk, 2025).

Pemantauan cairan juga dipilih sebagai intervensi keperawatan karena pengelolaan cairan pada pasien perlu dilakukan secara berkesinambungan melalui pemantauan intake dan output, berat badan, serta tanda tanda vital. Pemantauan ini

penting untuk mencegah terjadinya komplikasi akibat kelebihan cairan seperti edema paru dan gagal jantung. Dengan pemantauan yang tepat, perawat dapat menilai status volume cairan tubuh dan menentukan intervensi lanjutan yang sesuai seperti pemberian diuretic (Castera dan Borhade, 2025).

Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Adawiyah dkk dalam jurnal *Indogenesis* tentang Penerapan Pemantauan Keseimbangan Cairan pada Masalah Hipervolemia pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis (CKD) di Bangsal Rosella, Rumah Sakit Umum Daerah Kardinah (RSUD) di Kota Tegal. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemantauan intake dan output selama beberapa hari dapat menunjukkan adanya kelebihan cairan, yaitu intake cairan 1076 cc, output cairan 592 cc, sehingga balance cairan + 484 cc. Data tersebut menunjukkan retensi cairan sehingga intervensi keperawatan dapat disesuaikan untuk mengatasi hipervolemia. Penelitian ini menyimpulkan bahwa pemantauan cairan merupakan bagian penting dalam manajemen hipervolemia pada pasien CKD (Adawiyah dkk, 2025).

Intervensi pendukung yang dipilih dalam kasus ini adalah pemantauan tanda-tanda vital. Kondisi hipervolemia menyebabkan perubahan pada sistem kardiovaskuler dan respirasi, sehingga dapat memengaruhi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, dan saturasi oksigen. Hipervolemia biasanya ditandai dengan edema, peningkatan tekanan darah, dan gangguan pernapasan akibat kelebihan cairan dalam sirkulasi.

Pemantauan tanda-tanda vital diperlukan untuk mendeteksi perubahan hemodinamik akibat kelebihan cairan dan untuk mengevaluasi status volume cairan serta respon terapi pada pasien hipervolemia (Hansen 2021). Hal ini diperkuat

dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Tsikliras dkk dalam jurnal Pubmed tentang pemantauan tanda vital untuk menilai status cairan/hipervolemia. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemeriksaan klinis termasuk pemantauan tekanan darah dan tanda kardiopulmoner digunakan untuk mendeteksi kelebihan cairan pada pasien dialisis. Pasien dengan hipervolemia memiliki tekanan darah sistolik yang lebih tinggi dibandingkan pasien dengan status cairan normal. Hasil ini menunjukkan bahwa perubahan tanda vital seperti tekanan darah merupakan indikator penting dalam menilai kelebihan cairan (Tsikliras et al, 2021).

Dengan demikian, intervensi keperawatan yang diberikan pada pasien telah sesuai dengan diagnosis hipervolemia serta didukung oleh teori dan hasil penelitian yang relevan.

#### **4. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada Ny. M dilaksanakan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan berdasarkan kebutuhan pasien. Implementasi keperawatan pada Ny. M dengan masalah keperawatan hipervolemia akibat CKD dilakukan selama 4x24 jam pada tanggal 12 Februari – 15 Februari 2026 di Ruang Jumpai RSUD Klungkung.

Implementasi keperawatan utama pada kasus ini yaitu manajemen hipervolemia dan pemantauan cairan. Standar luaran yang digunakan yaitu keseimbangan cairan. Adapun kriteria hasil yang diharapkan untuk meningkatkan keseimbangan cairan, yaitu membran mukosa lembab meningkat, asupan makanan meningkat, edema menurun, dehidrasi menurun, asites menurun, konfusi menurun, intake cairan membaik, output urin membaik, tekanan darah membaik, frekuensi

nadi membaik, kekuatan nadi membaik, tekanan arteri rata rata membaik, mata cekung membaik, turgor kulit membaik, dan berat badan membaik.

Implementasi yang dilakukan untuk mencapai kriteria hasil tersebut, yaitu mengidentifikasi tanda dan gejala hipervolemia, mengidentifikasi penyebab hipervolemia, memonitor status hemodinamik, memonitor intake dan output cairan setiap 24 jam, memonitor tanda hemokonsentrasi, memonitor kecepatan infus secara ketat, menimbang berat badan setiap hari dalam waktu yang sama, sebelum HD, dan sesudah HD, membatasi asupan cairan dan garam, meninggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat, menganjurkan melapor jika haluaran urine  $< 0,5$  mL/kg/jam dalam 6 jam, menganjurkan melapor jika BB bertambah  $> 1$  kg dalam sehari, mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan, mengajarkan cara membatasi cairan, memonitor frekuensi nadi, memonitor frekuensi napas, memonitor tekanan darah, memonitor waktu pengisian kapiler, memonitor elastisitas atau turgor kulit, memonitor jumlah dan warna urin, memonitor hasil pemeriksaan serum, mengidentifikasi tanda tanda hipovolemia, mengidentifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan, mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien, mendokumentasikan hasil pemantauan, menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, serta menginformasikan hasil pemantauan.

Total keseluruhan implementasi yang terdapat dalam manajemen hipervolemia, 13 dari 18 implementasi dapat terealisasikan. implementasi yang tidak dapat dilakukan yaitu monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat), monitor efek samping diuretik,

kolaborasi pemberian diuretic, kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik, kolaborasi pemberian *continuous renal replacement therapy* (CRRT).

Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma tidak dapat dilakukan karena tidak terdapat instruksi pemeriksaan dari dokter penanggung jawab pasien, sehingga data laboratorium terkait tidak tersedia. Selain itu, pasien tidak menunjukkan tanda klinis yang mengarah pada gangguan tekanan onkotik seperti asites. Monitor efek samping diuretik, kolaborasi pemberian diuretik, dan kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik tidak dapat terealisasi. Hal ini karena pasien tidak mendapatkan terapi diuretik, sehingga tidak ada efek samping diuretik yang perlu dipantau, tidak ada kehilangan kalium akibat diuretik, dan tidak ada kolaborasi pemberian obat diuretik tersebut.

Kolaborasi CRRT tidak dapat dilakukan karena pasien tidak terdapat indikasi klinis untuk dilakukan terapi tersebut. CRRT digunakan pada pasien dengan hemodinamik tidak stabil. Jika pasien masih dalam kondisi stabil, maka terapi yang digunakan adalah hemodialisis atau manajemen cairan. CRRT biasanya dilakukan di ruang ICU karena membutuhkan pemantauan ketat dan mesin khusus (Amanda et al, 2018). Tindakan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Awadiyah dkk dalam jurnal *indogenius* yang menunjukkan bahwa tidak semua terapi seperti diuretic, monitor tekanan onkotik plasma atau CRRT selalu dilakukan, karena manajemen awal dapat berupa monitoring status cairan terlebih dahulu (Adawiyah dkk, 2025).

Total keseluruhan implementasi yang terdapat dalam pemantauan cairan, 16 dari 17 dapat terealisasi. Implementasi yang tidak dapat dilakukan yaitu monitor kadar albumin dan protein total, karena tidak terdapat instruksi pemeriksaan dari

dokter penanggung jawab pasien, sehingga data laboratorium terkait tidak tersedia. Selain itu, pasien tidak menunjukkan tanda klinis yang mengarah pada gangguan tekanan onkotik seperti asites. Tindakan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Adawiyah dkk yang menunjukkan bahwa tidak semua terapi seperti monitor kadar albumin dan protein total selalu dilakukan, karena manajemen awal dapat berupa monitoring status cairan terlebih dahulu (Adawiyah dkk, 2025). Setelah dilakukan implementasi pemantauan cairan ditemukan balance cairan selama 4 hari perawatan pasien yaitu secara berturut turut + 210 ml, -8 ml, dan + 123 ml.

Implementasi selanjutnya yaitu intervensi pemantauan tanda tanda vital yang terdiri dari memonitor tekanan darah, memonitor frekuensi nadi, memonitor frekuensi pernapasan, memonitor suhu tubuh, memonitor oksimetri nadi, memonitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD), mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital, mengatur interval pemantuan sesuai kondisi pasien, mendokumentasikan hasil pemantauan, menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, serta menginformasikan hasil pemantauan. Total implementasi 11 yang seluruhnya dapat direalisasikan.

Menurut (Granado dan Mehta, 2016) dalam penelitiannya tentang evaluasi status cairan pada pasien kelebihan cairan dalam jurnal BMC Nefrologi, menyatakan bahwa kelebihan cairan berkaitan dengan morbiditas dan mortalitas yang tinggi. Evaluasi status cairan harus dilakukan dengan pemantauan hemodinamik seperti edema, tekanan darah, dan status respirasi. Sehingga, monitoring tanda vital sangat penting dalam manajemen hipervolemia.

Dengan demikian, implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien telah sesuai dengan intervensi yang direncanakan serta menunjukkan kesesuaian dengan kondisi klinis pasien dan teori yang ada.

## **5. Evaluasi keperawatan**

Hasil evaluasi keperawatan yang diperoleh pada Ny. M dengan masalah Hipervolemia akibat CKD setelah diberikan perawatan manajemen hipervolemia, pemantauan cairan, dan pemantauan tanda tanda vital yaitu pasien mengatakan sesak yang dirasakan sudah berkurang tanpa menggunakan oksigen, edema menurun, intake cairan membaik 1.203 mL/24 jam, output urine membaik 400 mL/24 jam, turgor kulit membaik, JVP pasien 8 cmH<sub>2</sub>O, tekanan darah membaik 130/70 mmHg, tekanan nadi membaik 60 mmHg, berat badan membaik 68 kg, frekuensi nadi membaik 85 x/menit, MAP membaik 90 mmHg. Assessment yaitu tujuan tercapai. Tujuan keperawatan dikatakan tercapai apabila hasil evaluasi menunjukkan bahwa indikator luaran yang telah ditetapkan sebelumnya mengalami perbaikan sesuai dengan kriteria yang diharapkan. Planning yang diberikan yaitu pertahankan kondisi pasien, anjurkan untuk selalu membatasi cairan dan anjurkan untuk selalu memantau dan mencatat asupan cairan yang masuk dan keluar, serta anjurkan untuk selalu rutin melakukan hemodialisis sesuai dengan jadwalnya.

Hasil evaluasi yang diperoleh sudah sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Terdapat 6 dari 15 kriteria hasil yang tidak mengalami gangguan pada Ny. M yaitu membrane mukosa lembab meningkat, asupan makanan meningkat, asites menurun, konfusi menurun, dehidrasi menurun, dan mata cekung membaik.

Evaluasi tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nugraha dan Idramsya dalam jurnal *Madago Nursing Journal* yang berjudul pengembangan intervensi hemodialisis pada CKD dengan hipervolemia. Penelitian tersebut menggunakan intervensi manajemen hipervolemia, pemantauan cairan dan pemantauan tanda-tanda vital. Hasil yang didapatkan dalam evaluasi yang dilakukan setelah 3 hari melakukan implementasi yaitu masalah hipervolemia teratasi ditandai dengan edema menurun, tekanan darah kembali normal, berat badan menurun, dan keseimbangan cairan membaik (Nugraha dan Idramsya, 2023).

### **C. Keterbatasan**

Pada laporan kasus Ny. M yang mengalami hipervolemia akibat CKD terdapat kelemahan dan keterbatasan dalam pelaksanaan intervensi manajemen hipervolemia, dan pemantauan cairan. Pemantauan kadar protein dan albumin tidak dapat terealisasi karena tidak terdapat instruksi pemeriksaan dari dokter penanggung jawab, sehingga data laboratorium terkait tidak tersedia. Selain itu, pasien tidak menunjukkan tanda klinis yang mengarah pada gangguan tekanan onkotik, sehingga pemeriksaan tersebut tidak menjadi prioritas. Namun, ketiadaan pemeriksaan laboratorium ini menyebabkan status kadar albumin tidak dapat dinilai secara objektif, sehingga berpotensi menyebabkan keterlambatan deteksi hipoalbuminemia. Oleh karena itu, pemeriksaan penunjang yang lebih lengkap tetap diperlukan untuk mendukung asuhan keperawatan yang komprehensif.