

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Asuhan keperawatan dengan gagal jantung yang dilaksanakan pada tanggal 8-10 Juli 2013 di ruang ICU Rumah Sakit Siti khodijah Sepanjang.

#### **3.1 Pengkajian Keperawatan (Tanggal 8 Juli 2013 pukul 10.00 WIB)**

##### **3.1.1 Pengumpulan Data**

###### **1) Identitas Pasien**

Tn. C, berumur 58 tahun, jenis kelamin laki-laki, suku bangsa Jawa, pekerjaan swasta, pendidikan terakhir SMA, alamat Jalan Kebon Anom RT. 01 RW. 06, tanggal MRS 8 Juli 2013, nomer rekam medis 34.47.61, diagnosa medis gagal jantung.

###### **2) Keluhan Utama :**

Pasien mengatakan sesak.

###### **3) Riwayat Kesehatan/Penyakit Sekarang :**

Pasien mengatakan pukul 06.30 dibawa oleh keluarganya ke UGD Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang karena merasa sesak hebat ngos-ngosan seperti orang tenggelam dan nyeri dada sebelah kiri, nyeri hanya pada bagian dada kiri saja. Setelah 2 jam observasi di UGD pasien dipindahkan ke ruang ICU untuk mendapatkan perawatan intensif. Pasien juga tampak masih gelisah. Pasien mengatakan bahwa seminggu sebelumnya pasien merasa lemah, mudah lelah dan nafsu makannya menurunnya.

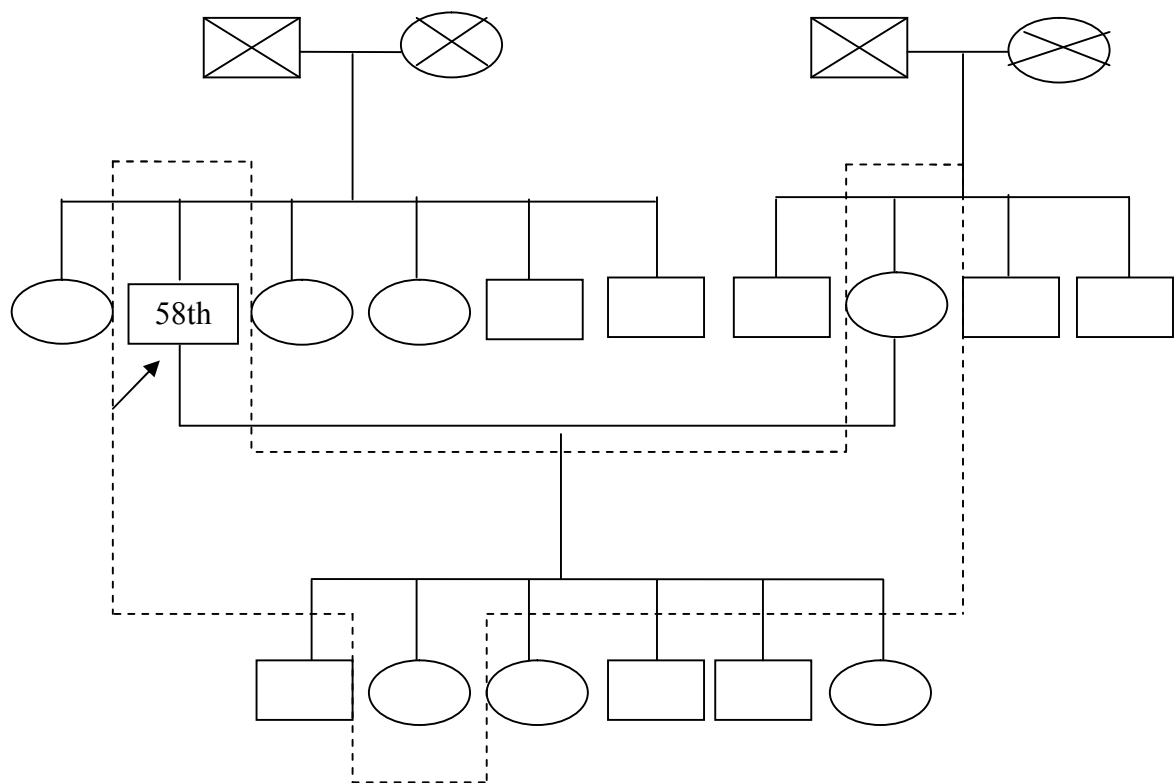
#### 4) Riwayat Kesehatan/Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi sudah lama tetapi pasien lupa sejak kapan, minum obat captopril sudah  $\pm 5$  tahun dan penyakit asma sejak kecil. Asma pasien kambuh saat udara dingin. Sebelumnya pasien tidak pernah merasakan nyeri dada. Pasien tidak mempunyai alergi terhadap obat.

#### 5) Riwayat Kesehatan/Penyakit Keluarga


Pasien mengatakan ayah dan ibunya mempunyai riwayat hipertensi dan ibunya meninggal akibat komplikasi dari penyakit jantung.


#### 6) Genogram

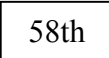



Gambar 3.1 Genogram silsilah keluarga pasien


Keterangan :


 : laki-laki

 : perempuan

 : pasien  


----- : tinggal serumah

 : laki – laki meninggal

 : perempuan meninggal

## 7) *Row of System* (Pengkajian Per Sistem)

### (1) B1 – *Breathing*

Subjektif : pasien mengatakan sesak seperti orang tenggelam

Objektif : Airway bebas, RR 27x/menit, SPO<sub>2</sub> 100%, rhonci +/+, wheezing +/+, tidak tampak pernafasan cuping hidung, terdapat dispnea, pasien menggunakan O<sub>2</sub> face mask non rebreathing 10 Lpm.

### (2) B2 – *Blood*

Subjektif : pasien menagtakan nyeri pada dada kiri

Objektif : Perfusi BDP (Basah Dingin Pucat), keringat dingin, EKG irama sinus bradikardi, CRT > 2 detik, tekanan darah 140/50 mmHg, nadi 56x/menit, suhu 36<sup>0</sup>C, suara jantung S3 S4, terdengar murmur, edema non pitting ekstremitas bawah, distensi vena jugularis.

### (3) B3 – *Brain*

Subjektif : ( - )

Objektif : Kesadaran compos mentis, GCS 345, pupil kanan/kiri: 2/2, reaksi kanan/kiri : +/+, wajah pasien tampak merintih.

(4) B4 – *Bladder*

Subjektif : pasien mengatakan lancer BAK dan tidak pernah merasa ingin kencing pada malam hari.

Objektif : Urine berwarna kuning kecoklatan, BAK dengan menggunakan kateter, genital hygiene cukup bersih, balance cairan dalam 24 jam pertanggal 8 Juli 2013 :

a. Input :	cairan	= 2000ml
	Obat	= 200ml
	Diet + minum	= 500ml
b. Output :	urine	= 3000ml
	IWL	= 500ml
	BAB	= 300ml

Deficit/excess = 900ml

(5) B5 – *Bowel*

Subjektif : pasien mengatakan BAB lancer, tidak diare dan konstipasi, tidak mual dan muntah, sudah seminggu ini nafsu makan menurun dan makan hanya dihabiskan 3-4 sendok saja.

Objektif : Bising usus 12 x/menit, diit BKRLRG, tidak ada nyeri tekan pada perut.

*(6) B6 – Bone*

Subjektif : pasien mengatakan tidak mengetahui jika kakinya bengkak

Objektif : Mobilisasi miring kanan/miring kiri, posisi semi fowler 30<sup>0</sup>, pasien bedrest, kulit dingin dan pucat, edema pada ekstremitas bawah, keringat dingin.

**8) Pemeriksaan Penunjang****(1) Pemeriksaan Laboratorium**

Hasil pemeriksaan tanggal 8 Juli 2013 :

	Hasil	Nilai normal
a. HGB	: 14,4 g/dl	: 13 - 18 g/dl
b. HCT	: 42,4%	: 40 - 50%
c. WBC	: 10,01 10 <sup>3</sup> /ul	: 4 - 11 10 <sup>3</sup> /ul
d. PLT	: 249 10 <sup>3</sup> /ul	: 150 - 400 10 <sup>3</sup> /ul
e. Creatinin	: 1,7 mg/dl	: 0,7 - 1,2 mg/dl
f. Ureum	: 59 mg/dl	: 10 - 38 mg/dl
g. BUN	: 28 mg/dl	: 7 – 18 mg/dl
h. SGOT	: 77 u/l	: 5 – 37 u/l
i. SGPT	: 54 u/l	: 5 – 41 u/l
j. GDA	: 202 mg/dl	: 70 – 200 mg/dl
k. Natrium serum	: 139 Meq/l	: 135 – 155 Meq/l
l. Kalium serum	: 4,9 Meq/l	: 3,3 – 4,9 Meq/l
m. Chlorida serum	: 104 Meq/l	: 96 – 113 Meq/l

Hasil pemeriksaan tanggal 9 Juli 2013 :

	Hasil	Nilai normal
a. Uric acid	: 11,9 mg/dl	: 3,2 -7,1 mg/dl
b. Cholesterol	: 177 mg/dl	: <200 mg/dl
c. Trigliserida	: 120 mg/dl	: <200 mg/dl
d. HDL direct	: 44 mg/dl	: 40 -60 mg/dl
e. LDL direct	: 109 mg/dl	: <130 mg/dl
f. HBAIC	: 5,9%	: <6,5%

## (2) Pemeriksaan Radiologi

- a. Hasil pemeriksaan tanggal 8 Juli 2013 :  
Foto thorax dengan kesimpulan kardiomegali.
- b. Hasil pemeriksaan tanggal 9 Juli 2013 :  
CT scan kepala tanpa kontras dengan kesimpulan saat ini tak nampak kelainan.

## 9) Terapi

Tanggal 8 Juli 2013 :

- a. Infus RL asnet
- b. Cedocard 4x5 mg
- c. Bisoprolol 1x5 mg
- d. Tromboaspilet 3 tablet
- e. Pravos 1x4 tablet
- f. Lasix 3x2 ampul
- g. Cedocard SP 3 $\checkmark$
- h. Blistra SP 5 $\checkmark$

i. Alinamin F 2x1 ampul

j. Brain act 2x250 mg

Tanggal 9 Juli 2013

a. Infus RL 1000cc/hari

b. Lasix 3x1 ampul

c. Alinamin F 2x1 ampul

d. Brain act 2x250 mg

e. Neurosanbe 2x1

f. Cedocard SP 3V

g. Enercor 2x1

Tanggal 10 Juli 2013

a. Infus RL 1000cc/hari

b. Alinamin F 2x1 ampul

c. Brain act 2x250 mg

d. Neurosanbe 2x1 ampul

e. Cedocard 3x5 mg

f. Urica 0-0-1

g. Enercore 2x1

### **3.1.2 Analisa Data**

Dari data yang telah dikumpulkan dapat dilakukan pengelompokan data sebagai berikut :

1) Kelompok data pertama (tanggal 8 Juli 2013)

(1) Data subjektif

Pasien mengatakan sesak seperti orang yang tenggelam

(2) Data objektif

Pasien nampak keletihan, hipoksia (RR 27x/menit), pasien nampak kebingungan, pasien mengatakan sesak seperti orang yang tenggelam, dispnea, sianosis, perfusi BDP (Basah, Dingin, Pucat), rhonchi +/+, wheezing +/+, pasien menggunakan O<sub>2</sub> face mask non rebreathing 10 Lpm.

(3) Masalah

Kerusakan pertukaran gas

(4) Kemungkinan penyebab

Gangguan aliran darah ke alveoli atau kegagalan utama paru, perubahan membrane alveolar-kapiler (alveolar edema paru, sekresi berlebihan)

2) Kelompok data kedua (tanggal 8 Juli 2013)

(1) Data subjektif :

Pasien mengatakan sesak dan nyeri dada sebelah kiri

(2) Data Objektif :

Perubahan tekanan darah yang tidak stabil 140/50 mmHg (saat pengkajian), bradikardi (nadi : 56x/menit), palpitasi (perfusi BDP (Basah Dingin Pucat)), edema non pitting pada ekstremitas bawah kanan dan kiri, distensi vena jugular, dispnea, hasil foto thorax : cardiomegali, hasil EKG : sinus rhythm with 1<sup>st</sup> degree AV block; possible left atrial enlargement;



nonspecific intraventricular block; T wave abnormality; consider inferolateral ischemia; abnormal ECG.

(3) Masalah

Penurunan curah jantung

(4) Kemungkinan penyebab

Penurunan karakteristik miokard

3) Kelompok data ketiga (tanggal 8 Juli 2013)

(1) Data subjektif

Pasien mengatakan tidak mengetahui jika kakinya bengkak

(2) Data objektif

Distensi vena jugularis, dispnea, suara nafas abnormal (Rh +/+, wz +/+), bunyi jantung S3, S4 dan murmur, pasien nampak gelisah.

(3) Masalah

Kelebihan volume cairan

(4) Kemungkinan penyebab

Penurunan perfusi ginjal

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan diagnosa keperawatan maka penulis mengacu pada urutan sebagai berikut yaitu mengancam jiwa, mengganggu fungsi organ, mengganggu kesehatan, dengan tetap mendahulukan kejadian yang lebih awal terjadi sehingga urutan diagnosa keperawatan sesuai prioritas sebagai berikut :

- 1) Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran darah ke alveoli atau kegagalan utama paru, perubahan membrane alveolar-kapiler (alveolar edema paru, sekresi berlebihan) ditandai dengan pasien nampak keletihan, hipoksia (RR 27x/menit), pasien nampak kebingungan, pasien mengatakan sesak seperti orang yang tenggelam, dispnea, sianosis, perfusi BDP (Basah, Dingin, Pucat), rhonci +/+, wheezing +/+, pasien menggunakan O<sub>2</sub> face mask non rebreathing 10 Lpm.
- 2) Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan karakteristik miokard ditandai dengan pasien mengatakan sesak dan nyeri dada sebelah kiri, Perubahan tekanan darah yang tidak stabil 140/50 mmHg (saat pengkajian), bradikardi (nadi : 56x/menit), palpitasi (perfusi BDP (Basah Dingin Pucat)), edema non pitting pada ekstremitas bawah kanan dan kiri, distensi vena jugular, dispnea, hasil foto thorax : cardiomegali, hasil EKG : sinus rhythm with 1<sup>st</sup> degree AV block; possible left atrial enlargement; nonspecific intraventricular block; T wave abnormality; consider inferolateral ischemia; abnormal ECG.
- 3) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan perfusi ginjal ditandai dengan distensi vena jugularis, dispnea, suara nafas abnormal (Rh +/+, wz +/+), bunyi jantung S3, S4 dan murmur, pasien nampak gelisah.

### **3.3 Perencanaan Keperawatan**

Setelah diagnosa keperawatan disusun sesuai prioritas masalah maka penulis menyusun perencanaan yang dilaksanakan tanggal 8 Juli 2013.

- 1) Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran darah ke alveoli atau kegagalan utama paru, perubahan membrane alveolar-kapiler (alveolar edema paru,

sekresi berlebihan) ditandai dengan pasien nampak keletihan, hipoksia (RR 27x/menit), pasien nampak kebingungan, pasien mengatakan sesak seperti orang yang tenggelam, dispnea, sianosis, perfusi BDP (Basah, Dingin, Pucat), rhonci +/+, wheezing +/+, pasien menggunakan O<sub>2</sub> face mask non rebreathing 10 Lpm.

(1) NOC

- a. Respiratory status : gas exchange
- b. Respiratory status : ventilation
- c. Vital sign status

(2) Kriteria Hasil

- a. Mendemonstrasikan oksigenasi yang adekuat
- b. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispnea
- c. Tanda-tanda vital dalam rentang normal

(3) NIC

- a. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
- b. Lakukan fisioterapi dada
- c. Keluarkan secret dengan batuk
- d. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan

- 2) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardial ditandai dengan pasien mengatakan sesak dan nyeri dada sebelah kiri, Perubahan tekanan darah yang tidak stabil 140/50 mmHg (saat pengkajian), bradikardi (nadi : 56x/menit), palpitasi (perfusi BDP (Basah Dingin Pucat)), edema non pitting pada ekstremitas bawah kanan dan kiri, distensi vena jugular, dispnea, hasil foto thorax :

cardiomegali, hasil EKG : sinus rhythm with 1<sup>st</sup> degree AV block; possible left atrial enlargement; nonspecific intraventricular block; T wave abnormality; consider inferolateral ischemia; abnormal ECG.

(1) NOC

- a. *Cardiac pump effectiveness*
- b. *Circulation status*
- c. *Vital sign status*

(2) Kriteria Hasil

- a. Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, respirasi)
- b. Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan
- c. Tidak ada edema paru
- d. Tidak ada penurunan kesadaran

(3) NOC

- a. Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan
- b. Anjurkan untuk menurunkan stress
- c. Monitor status pernafasan
- d. Monitor balance cairan
- e. Monitor adanya perubahan tekanan darah, suhu, RR
- f. Monitor toleransi aktivitas pasien
- g. Monitor adanya dispnea
- h. Monitor bunyi jantung
- i. Monitor warna dan kelembaban kulit

3) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan perfusi ginjal ditandai dengan distensi vena jugularis, dispnea, suara nafas abnormal (Rh +/+, wz +/+), bunyi jantung S3, S4 dan murmur, pasien nampak gelisah.

(1) NOC

a. *Electrolit and acid base balance*

b. *Fluid balance*

c. *Hydration*

(2) Kriteria Hasil

a. Terbebas dari edema

b. Bunyi nafas bersih, tidak ada dispnea

c. Terbebas dari distensi vena jugularis

d. *Vital sign* dalam batas normal

e. Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau kebingungan

(3) NIC

a. Pertahankan catatan intake dan output yang adekuat

b. Monitor hasil Hb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Ht)

c. Monitor vital sign

d. Kolaborasi pemberian diuretic sesuai instruksi

e. Batasi masukan cairan

### **3.4 Pelaksanaan Keperawatan**

Setelah rencana keperawatan disusun, selanjutnya penulis melaksanakan tindakan yang telah dituliskan pada perencanaan. Pelaksanaan dimulai tanggal 8 Juli 2013.

**1. Tanggal 8 Juli 2013**

## 1) Pukul 10.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 180/80 mmHg, nadi 56 x/menit, RR 27 x/menit, suhu 36<sup>0</sup> C

## 2) Pukul 10.15 WIB

Memberikan istirahat semi fowler 30<sup>0</sup> pada tempat tidur

Respon : pasien kooperatif dan merasa lebih nyaman karena sesak sedikit berkurang

## 3) Pukul 10.20 WIB

Menganjurkan pasien batuk efektif dan nafas dalam

Respon : pasien kooperatif

## 4) Pukul 11.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan observasi perfusi

Respon : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 50 x/menit, RR 20 x/menit, SPO<sub>2</sub> 100%, perfusi BDP (Basah Dingin Pucat)

## 5) Pukul 11.15 WIB

Melakukan pemeriksaan EKG pada pasien

Respon : pasien kooperatif dan hasil T inversi

## 6) Pukul 12.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 120/50 mmHg, nadi 55 x/menit, RR 25 x/menit, SPO<sub>2</sub> 97%, GCS 456

## 7) Pukul 12.15 WIB

Menyuapi pasien dengan makanan dari hasil konsultasi dengan ahli gizi yaitu BKRLRG

Respon : pasien hanya menghabiskan 3 sendok makan saja

## 8) Pukul 12.25 WIB

Memberikan minum pada pasien dan menganjurkan pasien untuk membatasi minum

Respon : pasien kooperatif

## 9) Pukul 13.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 70 x/menit, RR 20 x/menit, SPO<sub>2</sub> 99%

## 10) Pukul 13.15 WIB

Merubah posisi pasien senyaman mungkin

Respon : pasien kooperatif

## 11) Pukul 14.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 140/50 mmHg, nadi 50 x/menit, RR 20 x/menit, SPO<sub>2</sub> 98%

## 12) Pukul 14.15 WIB

Membuang urine pasien dan observasi suara nafas tambahan

Respon : urine 200cc dan rhonci +/+

**2. Tanggal 9 Juli 2013**

1) Pukul 08.00 WIB

Menyuapi pasien

Respon : hanya dihabiskan  $\frac{1}{4}$  porsi

2) Pukul 08.30 WIB

Menyeka pasien, mengganti linen dan observasi perfusi

Respon : pasien kooperatif, perfusi HKM (Hangat Kering Merah)

3) Pukul 09.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan membuang urine

Respon : tekanan darah 140/50 mmHg, nadi 60 x/menit, RR 18 x/menit, urine  
450cc

4) Pukul 09.15 WIB

Memberikan O<sub>2</sub> dengan nasal kanule 4 Lpm

Respon : pasien merasa nyaman

5) Pukul 09.25 WIB

Memberikan obat alinamin F 1 ampul dan enercor

Respon : pasien kooperatif

6) Pukul 10.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan observasi suara nafas tambahan

Respon : tekanan darah 180/70 mmHg, nadi 62 x/menit, RR 19 x/menit, SPO<sub>2</sub>  
100%, rhonci +/-

7) Pukul 11.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan membuang urine



Respon : tekanan darah 140/50 mmHg, nadi 65 x/menit, RR 18 x/menit, urine 350cc

8) Pukul 12.30 WIB

Menyuapi pasien dan memberikan minum

Respon : makan hanya dihabiskan 4 sendok saja

9) Pukul 12.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan memberikan obat lasix 1 ampul

Respon : tekanan darah 190/60 mmHg, nadi 56 x/menit, RR 16 x/menit, SPO<sub>2</sub> 100%

10) Pukul 13.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan merubah posisi pasien

Respon : tekanan darah 150/50 mmHg, nadi 56 x/menit, RR 18 x/menit dan pasien kooperatif

11) Pukul 14.00 WIB

Melakukan observasi TTV dan memberikan obat brain act 250mg

Respon : tekanan darah 150/55 mmHg, nadi 55 x/menit, RR 15 x/menit

**3. Tanggal 10 Juli 2013**

1) Pukul 09.00 WIB

Memberikan obat alinamin F 1 ampul, brainact 250mg dan observasi suara napas tambahan

Respon : pasien kooperatif, rhonci -/-

2) Pukul 11.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 210/100 mmHg, nadi 92 x/menit, RR 20 x/menit

3) Pukul 12.00 WIB

Memberikan obat neurosanbe 1 ampul

Respon : pasien kooperatif

### **3.5 Evaluasi Keperawatan**

#### **3.5.1 Catatan Perkembangan**

Penulis menguraikan evaluasi proses dalam bentuk catatan perkembangan yang dimulai tanggal 8 – 10 Juli 2013.

- 1) Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran darah ke alveoli atau kegagalan utama paru, perubahan membrane alveolar-kapiler (alveolar edema paru, sekresi berlebihan) ditandai dengan pasien nampak keletihan, hipoksia (RR 27x/menit), pasien nampak kebingungan, pasien mengatakan sesak seperti orang yang tenggelam, dispnea, sianosis, perfusi BDP (Basah, Dingin, Pucat), rhonci +/+, wheezing +/+, pasien menggunakan O<sub>2</sub> face mask non rebreathing 10 Lpm.

#### **Tanggal 8 Juli 2013**

Subjektif : pasien mengatakan sesak berkurang

Objektif : dispnea ( - ), RR 20 x/menit, rhonci +/+

Assessment : masalah teratasi sebagian

Planning : intervensi 1 – 4 dilanjutkan

#### **Tanggal 9 Juli 2013**

Subjektif : pasien mengatakan sudah tidak sesak

Objektif : dispnea ( - ), RR 15 x/menit, rhonci +/+

Assessment : masalah teratasi sebagian

Planning : intervensi 1, 2, dan 3 dilanjutkan

**Tanggal 10 Juli 2013**

Subjektif : pasien mengatakan sudah tidak sesak

Objektif : dispnea ( - ), RR 18 x/menit

Assessment : masalah teratasi

Planning : intervensi dihentikan

- 2) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokardiad ditandai dengan pasien mengatakan sesak dan nyeri dada sebelah kiri, Perubahan tekanan darah yang tidak stabil 140/50 mmHg (saat pengkajian), bradikardi (nadi : 56x/menit), palpitasi (perfusi BDP (Basah Dingin Pucat)), edema non pitting pada ekstremitas bawah kanan dan kiri, distensi vena jugular, dispnea, hasil foto thorax : cardiomegali, hasil EKG : sinus rhythm with 1st degree AV block; possible left atrial enlargement; nonspecific intraventricular block; T wave abnormality; consider inferolateral ischemia; abnormal ECG.

**Tanggal 8 Juli 2013**

Subjektif : ( - )

Objektif : tekanan darah 140/50 mmHg, nadi 50 x/menit, RR 20 x/menit; bunyi jantung S3, S4, dan murmur masih terdengar; perfusi BDP (Basah Dingin Pucat); rhonci +/+, wheezing +/++; edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri.

Assessment : masalah belum teratasi

Planning : rencana tindakan 1 – 9 dilanjutkan

**Tanggal 9 Juli 2013**

Subjektif : ( - )

Objektif : tekanan darah 150/55 mmHg, nadi 55 x/menit, RR 18 x/menit; bunyi jantung S3, S4, dan murmur masih terdengar; perfusi HKM (Hangat Kering Merah); rhonci +/+, wheezing +/+; edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri

Assessment : masalah teratasi sebagian

Planning : rencana tindakan 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 dilanjutkan

**Tanggal 10 Juli 2013**

Subjektif : ( - )

Objektif : tekanan darah 210/100 mmHg, nadi 92 x/menit, RR 20 x/menit; bunyi jantung S3, S4, dan murmur masih terdengar; perfusi HKM (Hangat Kering Merah); edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri

Assessment : masalah teratasi sebagian

Planning : intervensi 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 dilanjutkan

Reassessment : diserahkan pada perawat yang ada di ruangan

- 3) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan perfusi ginjal ditandai dengan distensi vena jugularis, dispnea, suara nafas abnormal (Rh +/+, wz +/+), bunyi jantung S3, S4 dan murmur, pasien nampak gelisah.

**Tanggal 8 Juli 2013**

Subjektif : ( - )

Objektif : tekanan darah 140/50 mmHg, nadi 50 x/menit, RR 20 x/menit; edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri; bunyi jantung S3, S4, dan murmur; dispnea; rhonci +/+, wheezing +/+

Assessment : masalah belum teratasi

Planning : rencana tindakan 1 – 5 dilanjutkan

**Tanggal 9 Juli 2013**

Subjektif : ( - )

Objektif : tekanan darah 150/55 mmHg, nadi 55 x/menit, RR 18 x/menit; edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri; rhonci +/+, bunyi jantung S3, S4, dan murmur

Assessment : masalah belum teratasi

Planning : rencana tindakan 1, 3, 4, 5 dilanjutkan

**Tanggal 10 Juli 2013**

Subjektif : ( - )

Objektif : tekanan darah 210/100 mmHg, nadi 92 x/menit, RR 20 x/menit; edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri; bunyi jantung S3, S4, dan murmur

Assessment : masalah belum teratasi

Planning : rencana tindakan 1, 3, 4, 5 dilanjutkan

Reassessmnet : diserahkan pada perawatan yang ada di ruangan