# BAB III GAMBARAN KASUS

# Pengkajian

Nama klien Ny.R usia 55 tahun, berjenis kelamin laki-laki, pendidikan S1, pekerjaan IRT agama Islam, suku/bangsa Jawa/Indonesia, beralamat Jl. Tumenggung silam Puruk Cahu, di Ruang anggrek Puruk Cahu pada hari Selasa 08 Juli 2024 pada jam 08.00 WIB tercatat dengan No.Register : 048xxx, diagnosa medis CHF+ Edema paru Hipertensi dan DM Tipe II dengan keluhan utama pasien mengatakan sesak bernafas, kaki dan tangan membengkak.

Berkaitan dengan Riwayat kesehatan pasien sekarang pada tanggal 8 Juli 2024, jam 08.00 WIB pasien datang k IGD Rsud Puruk Cahu dengan keluhan sesak nafas,sakit pinggang kaki dan tangan membengkak dan kencing sedikit sedikit. Sehari sebelum masuk RS pasien datang ditemani anaknya untuk control Gula darah k Poli penyakit dalam karena sesak. Sesak memeberat dirasa sejak pagi tadi, pasien mengatakan sesak memberat pada saat pasien beraktivitas,seperti pergi ke toilet dan ke kamar mandi, apalagi ketika pasien berbaring sesak memberat. Sesak disertai dengan perut, kaki dan tangan membengkak, kaki dan tangan membengkak sejak 2 hari yang lalu, pasien juga mengeluhkan batuk, pasien tampak lemah, tidak bisa berjalan hari ini, buang air kecil juga sedikit sedikit selama 4 hari, hasil pengkajian di IGD suhu :36,6C, TD:176/81,MAP :112 N:99x/menit, RR 24x/menit, SPO2 95%,di IGD diberikan tatalaksana pasang Venflon, pasang DC kateter, catat urine out put dilanjukan diruangan, inj Furosemid 2 amp,inj. Novaravid 3x10 ui, Amlodipin 10 mg, CPG 75 mg,Bicnat 500 mg, candersartan16mg.

Adapun riwayat penyakit pasien dahulu, pasien mempunyai riwayat penyakit DM tipe II sejak lama, dan juga riwayat hipertensi, sehingga pasien

sering bolak balik ke poli penyakit dalam untuk berobat dan control penyakitnya tersebut.

Dan riwayat penggunaan obat obatan pasien yang biasa dikonsumsi pasien dirumah adalah : Amlodipin, Candersartan, Gabapentin, Noparapid inj, mecobalamin.

Didalam keluarga pasien tidak ada yang mengalami penyakit seperti pasien saat ini. Genogram keluarga pasien adalah anak ke 3 dari % bersaudara, ibu bapak pasien sudah meninggal dunia, sekarang pasien tinggal satu rumah dengan suami nya,dan pasien mempunyai 3 orang anak, yang 2 orang anaknya berada di pulau jawa dan 1 berada di kota Puruk cahu Kalimantan Tengah, jadi pasien kadang kadang ikut anaknya apabila sedang sakit.Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 9 Juli 2024 pada jam 09.00 WIB.

Adapun pemeriksaan Fisik dan keadaan umum pasien saat pengkajian kesadaran GCS E:4V:5,M:6,TD 140/80 mmhg,S:36,6C,RR

:28x/menit,N:100x/menit,SPO2 : 95%,terpasang O2 4 lpm,nasal kanul,Keepala Inspeksi:rambut tampak pendek dan beruban,kulit kepala bersih tidak ada ketombe,tidak ada lesi dan odema.Mata :simetris,konjungtiva merah muda,tidak tampak kelainan,palpasi tidak ada nyeri,hidung simetris,tidak ada secret dan lesi,telinga tampak simetris kiri dan kanan bersih, tidak ada serumen,pendengaran normal,tidak menggunakan alat bantu dengar,mukut mukosa bibir agak kering,tidak ada pembesaran tonsil,kebersihan cukup,leher bentuk simetris tidak ada pembesaran tiroid.Dada inspeksi simetris,retraksi otot tidak ada,bunyi nafas tambahan Ronkhi +/+ ,pada jantung Auskultasi pada suara jantung S1 S2 tunggal reguleregularsi terdengar pekak,ronkhi +/+,palpasi batas jantung mengalami pergeseran,Abdomen tampak membesar,tidak ada infeksi,bising usus normal,terdapat nyeri tekan pada epugastrium.Ektremitas atas simetris kiri dan kanan,integritas kulit baik ROM aktif,kekuatan otot lemah,ditangan sebelah kanan terpasang venflom,tangan membengkak palpasi,edema pitting,CRT >2 detik,ekstremitas bawah,kaki tampak

membengkak kiri dan kanan,tidak ada lesi. Genetalia terpasang urine kateter,anus tidak teramati.

Berkaitan dengan pola aktivitas dan latihan,saat sakit pasien mengatakan semua aktivitas nya dibantu oleh anak dan suami nya,seperti mandi dan berganti pakaian,karena keadaan pasien yang masih lemah,dan sesak bila melakukan aktivitas,pola istirahat dan tidur pasien mengatakan bisa tidur asal diberikan posisi yang nyaman,pola nutrisi pasien mengatakan bisa makan dan minum sesuai diet yang diberikan oleh RS,pola eliminasi saat pengkajian pasien terpasang DC kateter,pola kognitif pasien banyak bertanya tentang sakitnya saat ini,pola konsep diri pasien menyadari dirinya sedang sakit dan membutuhkan perawatan dari tim medis,pola koping saat pengkajian pasien mengatakan tidak berdaya denhan penyakitnya saat ini,namun tetap mempercayakan pengobatan yang sedang dijalani nya saat ini.pola hub peran,pasien berinteraksi dengan perawat,dokter dan sesame pasien di RS.pasien senang berinteraksi dengan lingkungan disekitar ruang rawatnya.dan pola nilai kepercayaan,pasien hanya bisa bedoa ditempat tidur.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada tanggal 08 Juli 2024 didapatkan data pada pemeriksaan darah rutin yang Abnormal yaitu Leukosit 11.600/cmm,Segmen 71 %,Limfosit 26 %,monosit 3%,pada pemeriksaan urine lengkap protein (+) 4 U/L nilai normal seharusnya adalah 0,silinder Hialin 1- 2,nilai normal seharusnya 0.

Pada pemeriksaan X-ray Thorax AP pada tanggal 09-Juli-2024,Cor:ukuran membesar,Trachea normal ditengah,pulmo : tak tampak infiltrate/nodul,cepalisasi phenomene(+),hilus : kanan kiri superposisi,Sinus phrenicostalis : kanan tajam kiri tajam,Diafragma :kanan kiri normal, ICS : kanan kiri normal,tulang tulang : tak tampak kelainan.jadi kesimpulan pada hasil Rotngen nya :cardiomegali dengan Congestive pulmonun.

Pemeriksaan EKG pasien pada tanggal 8 juli 2024 sinus Takikardi 105x/menit T inv V4-V6 LVH.

# Tabel 3.4 Analisa Data

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Etiologi | Masalah |
| Data Subjektif :- Klien mengatakan dada masih sesak saat bernafasData Objektif :- Keadaan umum lemah- Tampak pucat- Batuk- Sesak RR : 30- Suara nafas tambahan- Terpasang O2 2-3 L/menit- Posisi semifowler.TD: 150/78mmHg N : 110x/menit R : 30x/menitS : 36.7ºC Spo2 : 98 % | 1.ketidakseimbangan ventilasi- perfusi 2.perubahan membran alveolus -kapiler | Gangguan pertukaran gas |
| * DS: Pasien mengatakan sesak
* DO :
	+ Edema anasarka
	+ Hasil foto thorax

:cardiomegali dan Congestive pulmonun* + CTR >3 detik
	+ Ronkhi +/+ minimal
	+ Intake cairan jam 06.00-09.00 200 cc
	+ Output jam 09.00 50 cc

Balance cairan :-50 cc | Kelebihan asupan cairan | Hipervolemia |

1. Diagnosa keperawatan
	1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane Alveolus – kapiler ditandai dengan sesak,lemah,RR 30x/menit
	2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan kelelahan fisik,ADL dibantu oleh keluarga
	3. Hypervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan ditandai dengan edema anasarka,ronkhi (+).
2. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan pada diagnosa gangguan pertukaran gas yaitu monitor tekanan darah,monitor intake dan out put cairan,monitor saturasi oksigen,pertahankan tirah baring minimal 12 jam,posisikan semi fowler,berikan oksigen jika perlu,anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari,kolaborasi dalam pemberian antiplatelet.

Pada diagnosa kedua intervensi intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.intervensi yang dilakukan berdasarkan SDKI identifikasi mengenai toleransi dalam beraktivitas,monitor pola kelelahan fisik,monitor pola dan jam tidur pasien,sedikan lingkungan yang aman dan nyaman,lakukan Latihan gerak aktif/pasif,berikan posisi nyaman,anjurkan aktivitas secara bertahap.

Pada diangnosa ketiga hypervolemia b/d kelebihan asupan cairan adapun intervensi yang dilakukan identifikasi tanda dan gejala hypervolemia ( misal

ortopnea,dyspnea,edema,suara nafas tambahan),identifikasi penyebab hyperpolemia,monitor status hemodinamik ( missal frekuensi jantung tekanan darah),Batasi asupan dan garam,ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian.

1. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah merupakan komponen dari proses keperawatan, dimana proses ini dilakukan untuk mencapai tujuan dari asuhan keperawatan, (Potter dalam Perry,2013).

Implementasi yang dilakukan pada Ny.R pada tanggal 09 juli 2024 yaitu mengobservasi KU dan TTV pasien TD 140/70,N: 88 x/menit,memonitor intake dan out put paisen,memonitor saturasi oksigen pasien 95 %,dan menggunakan nasal kanul 4 lpm,memposisikan semi fowler ,menganjurkan membatasi asupan cairan,mengajarkan penerapan terapi hand-helf pan untuk mengurangi sesak jika sesak kambuh.

Implementasi yang kedua yaitu intoleransi aktivitas yang dilakukan kepada Ny.R yaitu mengidentifikasi mengenai toleransi dalam beraktivitas,memonitor penyebab kelelahan fisik,menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan lingkungan yang nyaman saat berada di RS,memberikan posisi yang nyaman,menganjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap.

Impementasi yang ketiga yaitu hypervolemia yang dilakukan pada pasien Ny.R yaitu mengidentifikasi tanda dan gejala hyperpolemia,memonitor status hemodinamik seperti frekuensi jantung tekanan darah,membatasi asupan

cairan,mengajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan outpu cairan harian.kolaborasi dalam pemberian inj.Furosemid 2x1 amp.

1. Evaluasi

Penilaian terakhir proses keperawatan didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dari kriteria hasil yang telah ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi pada individu (Nursalam, 2016). Pengukuran efektivitas implementasi dapat dilakukan dengan cara mengevaluasi kesuksesan dalam pelaksanaan program implementasi.

Evaluasi yang penulis lakukan adalah membandingkan antara tujuan yang ingin dicapai dengan hasil nyata.Evaluasi pada pasien Ny.R setelah dilakukan implementasi selama 3 hari evaluasi yang didapatkan pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi,objektif nya suara nafas tambahan sudah tidak ada,RR : 18x/menit,tanpa menggunakan oksigen lagi,pasien bisa melakukan aktivitas secara bertahap,berjalan kekamar mandi dengan bantuan keluarga,kaki dan tangan pasien sudah tidak bengkak lagi.