

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN Z. O. DENGAN
DIANGNOSA MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)
DI RPD III RSUD ENDE
KARYA TULIS ILMIAH**



OLEH :

GETRUDIS YUSTINA MA
NIM : PO 5303202200492

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE
2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN Z. O. DENGAN
DIANGNOSA MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)
DI RPD III RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
pada Program Studi Keperawatan Ende**



OLEH :

GETRUDIS YUSTINA MA
NIM : PO 5303202200492

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**

2023

LEMBAR PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN Z. O. DENGAN DIANGNOSA MEDIS
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RPD III RSUD ENDE

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH :

GETRUDIS YUSTINA MA
NIM. PO5303202200492

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui
Oleh Pembimbing untuk diujikan

Ende, Juli 2023

Pembimbing



Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 199212282020122009

Mengetahui



Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN Z. O. DENGAN
DIAGNOSA MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)
DI RPD III RSUD ENDE**

OLEH :

GETRUDIS YUSTINA MA
NIM. PO 5303202200492

Karya Tulis Ilmiah ini telah diujikan dan
dipertanggung Jawabkan Pada 18 Juli 2023

Penguji Ketua



Anatolia K. Doondori, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.197602171999032001

Penguji Anggota



Try Ayu Patmawati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 199212282020122009

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom
NIP.196601141991021001

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Getrudis Yustina Ma
NIM : PO. 5303202200492
Program Studi : D III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN Z. O.
DENGAN DIAGNOSA MEDIS CONGESTIVE
HEART FAILURE (CHF) DI RPD III RSUD ENDE

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan maka, saya bersedia menerima sanksi atau perbuatan tersebut.

Ende, 13 Juli 2023
Yang Membuat Pernyataan



GETRUDIS YUSTINA MA
NIM. PO. 5303202200492

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena hanya atas berkat yang telah dilimpahkan kepada penulis, maka karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik. Adapun judul karya tulis ilmiah ini adalah Asuhan Keperawatan Pada Tn. Z. O dengan Diagnosa Medis Congestive Heart Failure (CHF) di RSUD Ende.

Penulis menyadari bahwa segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur-literatur yang ada sehingga karya ilmiah ini dibuat dengan sangat sederhana. Sebagai manusia yang lemah, penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan. Namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, puji syukur kesulitan dan hambatan tersebut dapat dilalui. Oleh karena itu sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan terima kasih kepada :

1. Irfan, S.KM.,M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
2. Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Kom selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengenyam pendidikan di Program Studi D III Keperawatan Ende
3. Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing karya tulis ilmiah yang telah meluangkan waktu dan pikiran untuk membimbing penulis dari awal hingga selesainya karya tulis ilmiah
4. Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji yang telah memberikan waktu dan masukan dalam penyempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Penulisan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang konstruktif dari pembaca sangat diharapkan guna penyempurnaan selanjutnya.

Ende, Juli 2023

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Tn. Z. O dengan Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure (CHF)* di Rumah Sakit Umum Daerah Ende

Getrudis Yustina Ma¹Try Ayu Patmawati² Anatolia K. Doondori²

¹Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Ende

²Dosen Program Studi D III Keperawatan Ende

Latar belakang : *Congestive Heart Failure (CHF)* merupakan salah satu penyakit tidak menular (PTM) dimana jantung tidak mampu memompa darah untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, oksigen dan sel-sel tubuh sehingga menyebabkan kematian.

Tujuan studi kasus : untuk memberikan asuhan keperawatan pada Tn. Z. O dengan melakukan pengkajian, menegakan diagnosa, memberikn intervensi, implementasi dan evaluasi dengan cara wawancara pada pasien.

Hasil : dari hasil studi kasus dilakukan pengkajian ditemukan data pasien mengatakan lemah dan cepat lelah setelah melakukan aktivitas. Turgor kulit menurun, warna kulit pucat, Capillary Refill Time (CRT) > 3 detik, akral teraba dingin, tampak udem pada kedua kaki kiri dan kanan. Diagnosa yang ditemukan pada Tn. Z. O yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan, resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah. Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan, implementasi yang dilakukan yaitu sesuai dengan intervensi yang ditentukan. Hasil evaluasi dilaksanakan selama 3 hari tiga masalah teratasi sebagian.

Kesimpulan : melalui implementasi yang diberikan selama 3 hari pada Tn. Z. O hasil evaluasi menunjukkan bahwa ada 3 masalah keperawatan yang ditemukan, ada 2 masalah keperawatan yang sudah teratasi dan 1 masalah keperawatan yang memerlukan tindakan lanjut.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan *Congestive Heart Failure (CHF)*

Keterangan : (1) Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Ende

(2) Dosen Program Studi D III Keperawatan Ende

ABSTRACT

Nursing care in Tn. Z.O With a Medical Diagnosis of Congestive Heart Failure (CHF) at the Ende Regional General Hospital

Getrudis Yustina Ma¹ Try Ayu Patmawati² Anatolia K. Doondori²
¹Ende Nursing D III Study Program Student
²Lecturer in Ende Nursing D III Study Program

Background: Congestive Heart Failure (CHF) is a non-communicable disease (PTM) in which the heart is unable to pump blood to meet the needs of nutrients, oxygen and body cells, causing death.

Purpose of the case study: to provide nursing care to Mr. Z.O by conducting assessments, making diagnoses, providing interventions, implementing and evaluating them by interviewing patients.

Results: from the results of the case study carried out the study found patient data saying that they were weak and tired quickly after carrying out activities. Decreased skin turgor, pale skin color, Capillary Refill Time (CRT) > 3 seconds, cold acral, looks edematous on both left and right legs. The diagnosis found in Mr. Z.O, activity intolerance related to weakness, hypervolemia related to excess fluid intake, risk of ineffective peripheral perfusion related to increased blood pressure. Nursing interventions are carried out based on the nursing problems found, the implementation carried out is in accordance with the specified interventions. The results of the evaluation were carried out for 3 days, three problems were partially resolved.

Conclusion: through the implementation given for 3 days to Mr. Z.O evaluation results show that there are 3 nursing problems found, there are 2 nursing problems that have been resolved and 1 nursing problem that requires further action.

Keywords: Congestive Heart Failure (CHF) Nursing Care

Description: (1) Ende Nursing D III Study Program Student

(2) Lecturer in Ende Nursing D III Study Program

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan.....	4
D. Manfaat.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep Dasar	6
B. Konsep Asuhan Keperawatan	15
BAB III METODEDE STUDI KASUS	32
A. Rancangan/Desain Studi Kasus.....	32
B. Subyek Studi Kasus.....	32
C. Batasan Istilah	32
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	33
E. Metode/Prosedur Studi Kasus	33
F. Teknik Pengumpulan Data	34
G. Instrumen Pengumpulan Data	34
H. Keabsahan Data.....	35
I. Analisa Data	35
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	37
A. Hasil Studi Kasus	37
B. Pembahasan	58
C. Keterbatasan Studi Kasus.....	64

D. Implikasi Untuk Keperawatan.....	64
BAB V PENUTUP.....	66
A. Kesimpulan.....	66
B. Saran.....	68
DAFTAR PUSTAKA	69
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi CHF.....	43
Tabel 4.1 Pemeriksaan darah lengkap.....	43
Tabel 4.1 Pemeriksaan laboraturium.....	44
Tabel 4.3 Terapi obat	45
Tabel 4.4 Analisa data	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar	2.1	Pathway
CHF.....		10

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit jantung menjadi salah satu masalah kesehatan utama dan merupakan penyebab kematian nomor satu didunia serta diperkirakan akan terus meningkat hingga mencapai 23,3 juta pada tahun 2030. Gagal jantung menjadi masalah utama kesehatan masyarakat dan terus meningkat terutama pada lansia (Anita et al., 2020).

Gagal jantung kongestif (*Congestive Heart Failure*) merupakan kumpulan gejala kompleks yang diakibatkan adanya gangguan pada proses kerja jantung, baik secara struktural maupun fungsional. Penyebab awal gagal jantung kongestif yaitu adanya gangguan pada dinding otot jantung yang melemah sehingga berdampak pada kegagalan jantung dalam memompa darah untuk kebutuhan tubuh (Prahasti & Fauzi, 2021).

Congestive Heart Failure (CHF) merupakan salah satu penyakit tidak menular (PTM) dimana jantung tidak mampu memompa darah untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, oksigen dan sel-sel tubuh sehingga menyebabkan kematian (Setianingsih & Hastuti, 2022; Yunita et al., 2020).

Berdasarkan data dari *Global Health Data Exchange (GHDx)* tahun 2020, jumlah angka kasus gagal jantung kongestif di dunia mencapai 64,34 juta kasus dengan 9.91 juta kematian (Lippi & Gomar dikutip dalam Prahasti & Fauzi, 2021).

Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018 menunjukkan prevalensi penyakit jantung di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter sebesar 1,5% atau sekitar 1.017.290 penduduk. Prevalensi penyakit jantung tertinggi di Indonesia terdapat di Provinsi Jawa Barat sebesar 1,6 % atau sekitar 186.809 penduduk, dan terendah di Provinsi Kalimantan Utara sebesar 2.2 % atau sekitar 2.733 penduduk. Sementara itu, di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter sebesar 0.7% atau sekitar 20.599 penduduk (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan hasil laporan Dinas Kesehatan (DINKES) Kabupaten Ende penderita penyakit jantung tahun 2021 sebanyak 272 orang diantaranya laki-laki 68 orang dan perempuan 204 orang sedangkan tahun 2022 sebanyak 268 orang diantaranya laki-laki 183 orang dan perempuan 85 orang (Profil DINKES Kabupaten Ende, 2022).

Berdasarkan hasil laporan tahun 2022 di Ruang Penyakit Dalam III (RPD-III) kasus CHF sebanyak 61 orang diantaranya laki-laki 44 orang dan perempuan 17 orang. Hal ini menyebabkan penyakit CHF menjadi urutan kedua setelah Anemia dalam sepuluh besar penyakit pada tahun 2022 di RSUD Ende. Tahun 2023 pada bulan Januari jumlah kasus sebanyak 11 orang diantaranya laki-laki 6 orang dan perempuan 5 orang, bulan Februari jumlah kasus sebanyak 6 orang diantaranya laki-laki 3 orang dan perempuan 3 orang, sedangkan bulan Maret jumlah kasus sebanyak 3 orang diantaranya laki-laki 2 orang dan perempuan 1 orang (Profil RSUD Ende, 2023).

Menurut hasil literatur review (Ramadhani & Plasay, 2020; Widagdo et al., 2015) mengatakan bahwa penyakit gagal jantung kongestif disebabkan oleh beberapa faktor yaitu usia, jenis kelamin, hipertensi (tekanan darah tinggi), ketidakpatuhan meminum obat, pendidikan dan pekerjaan.

Dampak dari *Congestive Heart failure* dapat berupa dampak fisik dan dampak psikologis. Dampak fisik meliputi penurunan aktivitas sehari-hari, lelah, lemah, daya tahan tubuh rendah dan ketidakstabilan tanda-tanda vital. Sedangkan dampak psikologis meliputi depresi, cemas dan tidak konsentrasi (Mitia Eka Wati et al., 2020).

Langkah yang dapat dilakukan penderita CHF adalah menunda timbulnya serangan berulang yang dapat terjadi kapan saja dengan cara yaitu dengan menerapkan pola hidup yang baik dan sehat seperti mengatur jadwal aktivitas atau latihan setiap hari, melakukan diet rendah garam, rendah lemak atau diet untuk menurunkan berat badan, program penghentian merokok, dan pengobatan dini terhadap infeksi (Yunita et al., 2020).

Upaya yang dilakukan perawat untuk mengatasi penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF) yaitu dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan secara komprehensif meliputi biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Peran seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan menggunakan empat aspek diantaranya peran promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Rahmatiana & Clara, 2019).

Berdasarkan permasalahan di atas maka penulis akan melakukan studi kasus Asuhan Keperawatan Pada Tn. Z. O dengan Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure (CHF)* di RSUD Ende.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana Gambaran Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Tn. Z. O dengan Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure (CHF)*?”.

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. Z. O dengan *Congestive Heart Failure (CHF)*.

2. Tujuan khusus

- a. Untuk melakukan pengkajian pada Tn. Z. O dengan *Congestive Heart Failure (CHF)*
- b. Untuk merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. Z. O dengan *Congestive Heart Failure (CHF)*
- c. Untuk menyusun rencana keperawatan pada Tn. Z. O dengan *Congestive Heart Failure (CHF)*
- d. Untuk melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. Z. O dengan *Congestive Heart Failure (CHF)*
- e. Untuk melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. Z. O dengan *Congestive Heart Failure (CHF)*

- f. Untuk menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus kelolaan

D. Manfaat

Berdasarkan tujuan di atas maka manfaat studi kasus ini untuk:

1. Bagi Peneliti

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan informasi, menambah pengetahuan dan pengalaman, memperdalam keterampilan dan memberikan asuhan keperawatan pada Tn. Z. O dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure (CHF)*.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit Dan Pelayanan Kesehatan

Sebagai masukan bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan asuhan keperawatan pada Tn. Z. O dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure (CHF)*.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada Tn. Z. O dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure (CHF)*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian Congestive Heart Failure (CHF)

Gagal jantung kongestif adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan terhadap oksigen dan nutrisi dikarenakan adanya kelainan fungsi jantung yang berakibat jantung gagal memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan (Padila, 2018).

Congestive Heart Failure (CHF) atau dikenal dengan sebutan gagal jantung adalah syndrome klinis (sekumpulan tanda dan gejala), yang disebabkan oleh kelainan struktur atau fungsi jantung dan merupakan suatu kondisi fisiologis ketika jantung tidak dapat memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh (Amita et al., 2022).

2. Etiologi

a. Kelainan Otot Jantung

Gagal jantung sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, disebabkan menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot jantung mencakup aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit degeneratif atau inflamasi.

b. Aterosklerosis Koroner

Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat).

c. Hipertensi

Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan after load) meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung.

d. Peradangan dan Penyakit Myocardium Degeneratif

Peradangan dan penyakit myocardium degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun.

e. Penyakit Jantung Lainnya

Penyakit jantung lainnya terjadi sebagai akibat penyakit jantung sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk jantung, ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah, peningkatan mendadak after load.

f. Faktor Sistemik

Terdapat sejumlah besar faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung. Meningkatnya laju metabolisme (misalnya: demam, tiritoksikosis). Hipoksia dan anemia juga dapat

menurunkan suplai oksigen ke jantung. Asidosis respiratorik atau metabolik dan abnormalitas elektrolit dapat menurunkan kontraktilitas jantung.

Grade gagal jantung terbagi dalam 4 kelainan fungsional :

- 1) Timbul sesak pada aktifitas fisik berat
- 2) Timbul sesak pada aktifitas fisik sedang
- 3) Timbul sesak pada aktifitas fisik ringan
- 4) Timbul sesak pada aktifitas fisik sangat ringan/istirahat (Padila, 2018).

3. Klasifikasi

Klasifikasi ACC/AHH berdasarkan struktur dan kerusakan otot jantung	Klasifikasi NYHA berdasarkan gejala dan aktifitas fisik
Stadium A Memiliki risiko tinggi untuk berkembang menjadi gagal jantung. Tidak terdapat gangguan struktural atau fungsional jantung, tidak terdapat tanda dan gejala	Kelas 1 Tidak terdapat batasan dalam melakukan aktifitas fisik. Aktifitas fisik sehari-hari tidak menimbulkan kelelahan palpitasi atau sesak napas
Stadium B Telah terbentuk penyakit struktur jantung yang berhubungan dengan perkembangan gagal jantung, tidak terdapat tanda dan gejala	Kelas II Terdapat batasan aktifitas ringan. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, namun aktifitas fisik sehari-hari menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak napas
Stadium C Gagal jantung yang simptomatik berhubungan dengan penyakit struktural jantung yang mendasari	Kelas III Terdapat batasan aktifitas bermakna. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, tetapi aktifitas fisik ringan menyebabkan kelelahan

	palpitasi atau sesak
M e Stadium D	Kelas IV
n Penyakit jantung Struktural lanjut u serta gagal jantung yang r bermakna saat istirahat walaupun u sudah mendapat terapi medis t maksimal (refrakter)	Tidak dapat melakukan aktifitas fisik tanpa keluhan. Terdapat gejala saat istirahat. Keluhan meningkat saat melakukan aktifitas

Tio (2021) klasifikasi *Congestive Heart Failure (CHF)* yaitu :

Tabel 2.1 Klasifikasi CHF

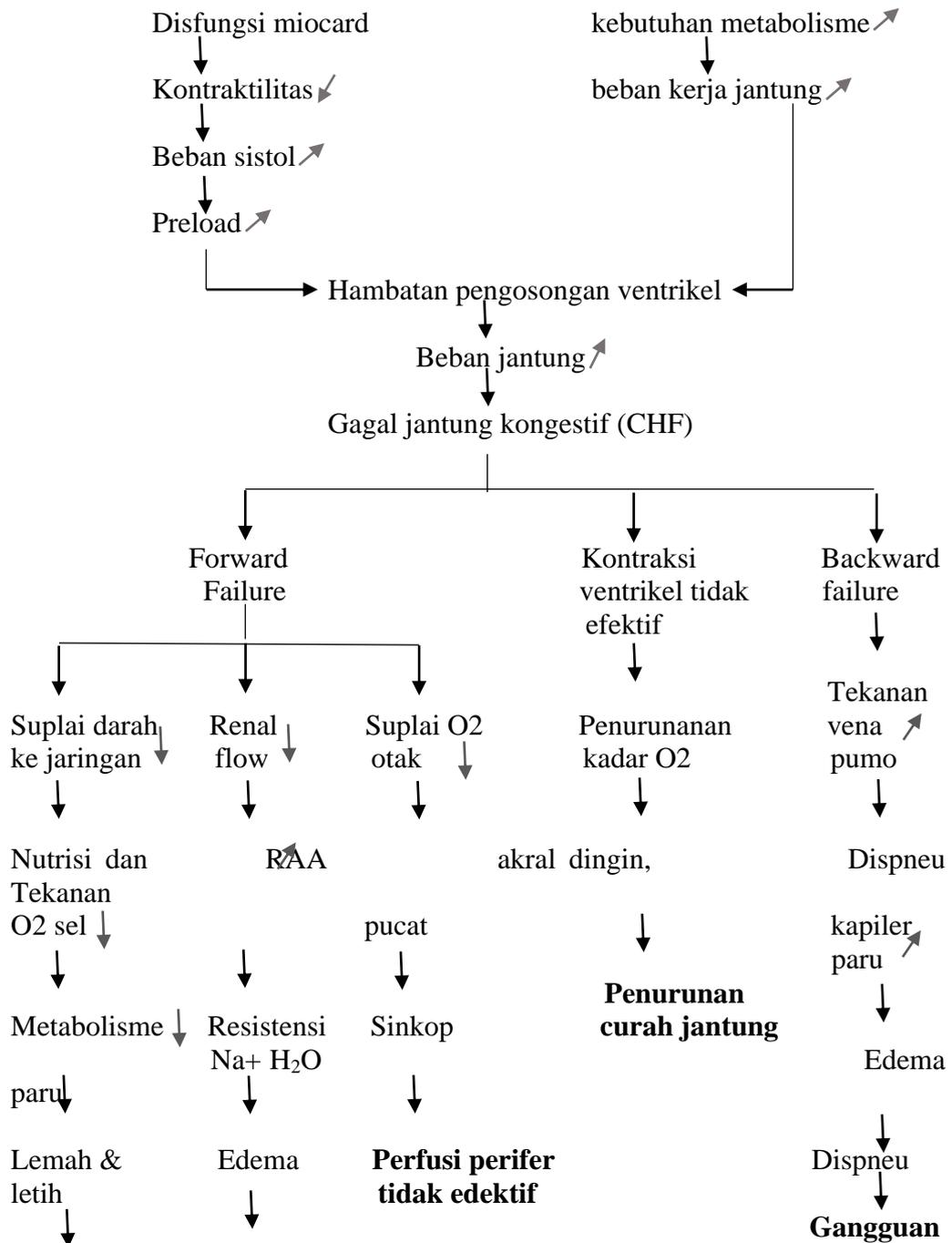
4. Patofisiologi

Kekuatan jantung yang tidak cukup memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh akan gagal melakukan tugasnya sebagai organ pemompa, sehingga terjadi yang namanya gagal jantung. Pada tingkat awal, gagal jantung terjadi karena disfungsi miocard, kontraktilitas yang menurun, serta beban sistol dan kebutuhan metabolisme yang meningkat sehingga menyebabkan beban kerja jantung yang semakin tinggi.

Gagal jantung mengakibatkan jantung tidak mampu memompa darah ke jaringan sehingga nutrisi dan O₂ sel serta metabolisme tubuh menurun akibatnya tubuh terasa lemah dan letih, pucat, akral dingin, pingsan bahkan dapat menyebabkan kematian. Aliran darah ke ginjal mengalami penurunan sehingga sistem hormon yang mengatur tekanan darah dan keseimbangan cairan elektrolit meningkat akibatnya tubuh kelebihan cairan. Gagal jantung menyebabkan kontraksi ventrikel tidak efektif karena kadar O₂ didalam tubuh menurun sehingga terjadi dispneu. Selain itu, gagal jantung menyebabkan ventrikel tidak mampu

memompa volume darah keluar, darah terakumulasi akibatnya tekanan vena pumo dan tekanan kapiler paru meningkat sehingga terjadi edema paru dan juga dispneu.

5. Pathway



**Intoleransi
pertukaran
Aktivitas**

**Hipervolemia
gas**

(Padila, 2018; Tio, 2021)

Gambar 2.1 Pathway CHF

6. Manifestasi Klinis

Menurut Padila (2018) manifestasi gagal jantung kongestif berbeda tergantung pada kegagalan ventrikel mana yang terjadi.

a. Gagal Jantung Kiri

Kongesti paru menonjol pada gagal ventrikel kiri karena ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru. Manifestasi klinis yang terjadi yaitu :

- 1) Dispnea, terjadi akibat penimbunan cairan dalam alveoli dan mengganggu pertukaran gas. Dapat terjadi ortopnea. Beberapa pasien dapat mengalami ortopnea pada malam hari yang dinamakan *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea (PND)*.
- 2) Batuk
- 3) Mudah lelah, terjadi karena curah jantung yang kurang yang menghambat jaringan dan sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa hasil katabolisme. Juga terjadi karena meningkatnya energi yang digunakan untuk bernafas dan insomnia yang terjadi karena distres pernafasan dan batuk

4) Kegelisahan atau kecemasan, terjadi karena akibat gangguan oksigenasi jaringan, stres akibat kesakitan bernafas dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik

b. Gagal Jantung Kanan

1) Oedema ekstremitas bawah (oedema dependen), biasanya oedema pitting, penambahan BB

2) Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena hepar

3) Anoreksia dan mual, terjadi akibat pembesaran vena dalam rongga abdomen

4) Nokturia

5) Kelemahan

7. Pemeriksaan Diagnostik

a. Pemeriksaan laboratorium: Hb, HMT, Trombosit, Tes fungsi ginjal, elektrolit: Na, K, Mg. Tes fungsi hepar: SGOT, SGPT. Tes fungsi tiroid pada pasien usia lanjut harus dinilai untuk mendeteksi tirotoksikosis atau mieksedema tersembunyi

b. EKG adanya ST. Elevasi

c. Rontgen toraks : kardiomegali, efusi pleura

d. ECHO : memberikan gambaran tentang bentuk, ukuran, gerakan otot jantung, dan katup-katup

e. Katerisasi jantung : mengetahui tekanan dalam sirkulasi jantung dan paru, mengetahui saturasi oksigen di jantung

f. Radionuklir : mengevaluasi fungsi ventrikel kiri (Tio, 2021)

8. Komplikasi

Menurut Tio (2021) komplikasi Congestive Heart Failure (CHF) yaitu:

a. Kematian

Gagal jantung dapat mempengaruhi kemampuan bilik kanan dan bilik kiri jantung. Ketika gagal jantung berpengaruh pada bilik kiri jantung, maka jantung tidak dapat memompa cukup darah yang mengandung oksigen keseluruh tubuh. Sedangkan ketika gagal jantung berpengaruh pada bilik kanan jantung, maka jantung tidak dapat memompa cukup darah ke paru-paru tempat jantung mengambil oksigen. Kemampuan jantung yang memompa darah terus berkurang dari waktu ke waktu dapat menyebabkan kematian.

b. Gagal Ginjal (GGK)

Jantung tidak mampu memompa darah ke ginjal sehingga jumlah volume darah yang dipompakan oleh ventrikel menurun. Hal ini menyebabkan asupan nutrisi yang diperlukan oleh ginjal berkurang sehingga proses penyaringan atau pembentukan urin yang terjadi didalam ginjal menjadi terganggu. Kondisi ini dapat menghambat distribusi oksigen dari arteri ke ginjal. Apabila terjadi dalam waktu yang lama maka fungsi organ ginjal akan terganggu sehingga dapat menyebabkan terjadinya gagal ginjal.

c. Gagal Organ

Gagal jantung mempengaruhi kemampuan ventrikel untuk memompa darah ke paru-paru maupun ke seluruh tubuh sehingga jumlah volume darah yang dipompakan menurun akibatnya tubuh kekurangan oksigen. Kurangnya suplai oksigen didalam darah mengakibatkan semua organ didalam tubuh tidak bekerja secara maksimal. Jika kemampuan jantung memompa darah yang terus menerus menurun dapat mengakibatkan organ berhenti bekerja sehingga menimbulkan gagal organ.

d. Syok Kardiogenik

Jantung tidak mampu memompa darah keseluruhan tubuh. Hal ini menyebabkan volume darah yang dipompakan ventrikel menurun sehingga aliran darah ke jaringan juga menurun. Kondisi ini mengakibatkan kebutuhan darah dalam tubuh tidak dapat terpenuhi sehingga mengakibatkan syok kardiogenik.

e. Asidosis Laktat

Jantung tidak mampu memompa darah keseluruhan tubuh akibatnya tubuh kekurangan oksigen. Ketika tubuh kekurangan oksigen, sel-sel tubuh akan memproduksi asam laktat sehingga menyebabkan terjadinya asidosis laktat.

9. Penatalaksanaan

a. Terapi Nonfarmakologi

- 1) Istirahat untuk mengurangi beban kerja jantung
- 2) Oksigenasi

3) Dukungan diet: pembatasan natrium untuk mencegah, mengontrol atau menghilangkan oedema.

b. Terapi farmakologi

1) Glikosida jantung

Digitalis, meningkatkan kekuatan kontraksi otot jantung dan memperlambat frekuensi jantung. Efek yang dihasilkan yaitu peningkatan curah jantung, penurunan tekanan vena dan volume darah dan peningkatan diuresis dan mengurangi oedema.

2) Terapi diuretic

Terapi diuretic, diberikan untuk memacu ekskresi natrium dan air melalui ginjal. Penggunaan harus hati-hati karena efek samping hiponatremia dan hipokalemia.

3) Terapi vasodilator

Terapi vasodilator, obat-obatan vasoaktif digunakan untuk mengurangi impedansi tekanan terhadap penyembuhan darah oleh ventrikel. Obat ini memperbaiki pengosongan ventrikel dan peningkatan kapasitas vena sehingga tekanan pengisian ventrikel kiri dapat diturunkan (Padila, 2018).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pengumpulan Data

Pengkajian adalah langkah pertama dalam proses keperawatan yang melibatkan keterampilan berpikir kritis dan pengumpulan data.

Pengkajian dilakukan dengan mengumpulkan informasi dari pasien maupun keluarga atau orang yang merawat pasien terkait kondisi atau persepsi masalah yang dihadapi atau alami (Rukmi et al., 2022)

Hal-hal yang perlu dikaji antara lain:

1) Identitas

Identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal MRS, nomor register, dan diagnosis medis.

2) Keluhan utama

Keluhan yang sering dialami pasien yaitu Dada terasa berat, *Paroxymal Noctural Dyspneu* (PND) sesak nafas saat beraktifitas, batuk, tidur harus pakai bantal lebih dari 2, letargi (kelesuan), atau fatigue (kelelahan), kaki bengkak, jumlah urine menurun, serangan timbul mendadak.

3) Data Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF) terjadi pada saat pasien sedang melakukan aktivitas fisik berat ataupun saat istirahat. Biasanya terjadi sesak napas saat atau setelah aktifitas, batuk, nyeri pada dada, kelelahan. Misalnya kapan sesak timbul, berapa lama sesak muncul, apa yang memperparah sesak dan upaya atau tindakan apa yang dilakukan pada saat terjadi sesak.

b) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat penyakit gagal jantung kongestif, infark miokard, dan hipertensi sebelumnya, serta penggunaan obat-obat adiktif.

c) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita penyakit gagal jantung kongestif, infark miokard, hipertensi atau adanya riwayat dari generasi terdahulu.

4) Pengkajian Perpola

a) Pola Persepsi Kesehatan

Biasanya ada riwayat merokok, minum kopi, penggunaan alkohol, serta penggunaan obat kontrasepsi oral.

b) Pola Nutrisi dan Metabolik

Adanya keluhan, nafsu makan menurun, mual, muntah, sering mengonsumsi masakan yang mengandung garam, bersantan, dan gorengan.

c) Pola Eliminasi

Gejala penurunan berkemih, urin berwarna pekat, berkemih pada malam hari, diare/konstipasi.

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Keletihan, nyeri dada saat aktifitas, gelisah, dispnea saat istirahat atau aktivitas, perubahan status mental, tanda vital berubah saat beraktifitas.

e) Pola sensori dan kognitif

Pada pola sensori pasien mengalami gangguan penglihatan atau keaburan pandangan. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses pikir.

f) Pola Tidur dan Istirahat

Biasanya pasien mengalami gangguan pola tidur, mengeluh tidur tidak nyenyak.

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah dan mudah kooperatif.

h) Pola Penanggulangan Stress

Pasien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah kerana gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi.

5) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum : lelah, umumnya mengalami penurunan kesadaran

b) Head to toe

(1) Kepala : bentuk dan kesimentrisan

- (2) Mata : konjungtiva anemis, ikterik atau tidak
- (3) Hidung : pernapasan dengan cuping hidung (megap-megap, dispneu)
- (4) Mulut : membran mukosa sianosis (karena penurunan oksigen)
- (5) Leher : ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe, adanya distensi vena jugularis (dikaitkan dengan gagal jantung kanan)
- (6) Dada : retraksi dinding dada, deformitas dinding dada, pola pernapasan, bunyi napas tambahan, terdengar suara jantung S3 dan S4
- (7) Abdomen : terdapat asites, hati teraba dibawah arkus kosta kanan
- (8) Kulit : sianosis perifer (vasokonstriksi dan menurunnya aliran darah perifer), sianosis secara umum (hiposekemia), penurunan turgor (dehidrasi), edema (dikaitkan dengan gagal jantung kiri dan gagal jantung kanan)
- (9) Jari dan kuku : sianosis perifer (karena kurangnya suplai oksigen ke perifer), clubing finger (karena hipoksemia kronik), pengisian kapiler >3.
- (10) Ekstremitas atas dan bawah : refleks, edema, clubbing, bandingkan arteri radialis kiri dan kanan

b. Tabulasi Data

Dispnea, pusing, Paroxysmal Nocturnal Dyspnea (PND), ortopnea, batuk, mengeluh lelah, dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, bunyi napas tambahan, sianosis, gelisah, napas cuping hidung, sesak napas, pengisian kapiler >3 , nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, edema, terdengar suara jantung S3 dan S4, berat badan meningkat dalam waktu singkat, tanda vital berubah saat beraktivitas.

c. Klasifikasi Data

- 1) Data subyektif : Dispnea, pusing, *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea (PND)*, ortopnea, batuk, mengeluh lelah, dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas.
- 2) Data obyektif : Bunyi napas tambahan, sianosis, gelisah, napas cuping hidung, pengisian kapiler >3 , nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, edema, terdengar suara jantung S3 dan S4, berat badan meningkat dalam waktu singkat, tanda vital berubah saat beraktivitas.

d. Analisa Data

1) Sign/symptom

Data subyektif : Dispnea, pusing

Data obyektif : Sianosis, bunyi napas tambahan, gelisah, napas cuping hidung, sesak napas

Etiologi: Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

Problem : Gangguan Pertukaran Gas

2) Sign/symptom

Data subjektif : -

Data objektif : Pengisian kapiler >3, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, edema.

Etiologi : Penurunan aliran arteri dan vena

Problem : Perfusi perifer tidak efektif

3) Sign/symptom

Data subjektif : *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea (PND)*, ortopnea, batuk

Data objektif : Terdengar suara jantung S3 dan S4

Etiologi : Perubahan kontraktilitas

Problem : Penurunan curah jantung

4) Sign/symptom

Data subjektif : Ortopnea, dispnea, peroxysmal nocturnal dyspnea (PND)

Data obyektif : Edema, berat badan meningkat dalam waktu singkat

Etiologi : Gangguan mekanisme regulasi

Problem : Hipervolemia

5) Sign/symptom

Data subjektif : Mengeluh lelah, Dispnea saat/setelah aktivitas,
merasa tidak nyaman setelah beraktivitas.

Data objektif : Tanda vital berubah saat beraktivitas.

Etiologi : Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Problem : Intoleransi Aktivitas

2. Diagnosa Keperawatan (PPNI, 2016)

Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien *Congestive Heart Failure (CHF)* antara lain :

a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ditandai dengan

Data subyektif : Dispnea, pusing

Data obyektif : Sianosis, bunyi napas tambahan, gelisah, napas cuping hidung, sesak napas

b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan vena ditandai dengan

Data subjektif : -

Data objektif : Pengisian kapiler >3 , nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, edema.

c. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas ditandai dengan

Data subjektif : Paroxysmal Nocturnal Dyspnea (PND), ortopnea,
batuk

Data objektif : Terdengar suara jantung S3 dan S4

- d. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan

Data subjektif : Ortopnea, dispnea, paroxysmal nocturnal dyspnea
(PND)

Data obyektif : Edema, berat badan meningkat dalam waktu singkat

- e. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan

Data subjektif : Mengeluh lelah, Dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas.

Data objektif : Tanda vital berubah saat beraktivitas.

3. Perencanaan Keperawatan (PPNI, 2016, 2018)

- a. Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah gangguan pertukaran gas dapat teratasi

Kriteria hasil :

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Dispnea menurun
- 3) Bunyi napas tambahan menurun
- 4) PCO₂ membaik

5) PO₂ membaik

6) Takikardia

7) Sianosis membaik

Intervensi :

Pemantauan Respirasi :

1) Observasi

- a) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- b) Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes, biot, ataksik)
- c) Monitor kemampuan batuk efektif
- d) Monitor adanya produksi sputum
- e) Monitor adanya sumbatan jalan napas
- f) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- g) Auskultasi paru
- h) Monitor saturasi oksigen
- i) Monitor nilai AGD
- j) Monitor hasil x-ray toraks

2) Terapeutik

- a) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- b) Dokumentasi hasil pemantauan

3) Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan vena

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah perfusi perifer tidak efektif dapat teratasi

Kriteria hasil :

- 1) Denyut nadi perifer meningkat
- 2) Warna kulit pucat menurun
- 3) Pengisian kapiler membaik
- 4) Akral membaik
- 5) Turgor kulit membaik

Intervensi :

Perawatan Sirkulasi :

- 1) Observasi
 - a) Periksa sirkulasi perifer (misalnya nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)
 - b) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (misalnya perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)
 - c) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas
- 2) Terapeutik
 - a) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi

- b) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas darah di area keterbatasan perfusi
 - c) Lakukan hidrasi
- 3) Edukasi
- a) Anjurkan berhenti merokok
 - b) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol secara teratur
 - c) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (misalnya rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
 - d) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (misalnya rasa sakit saat istirahat)
- c. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah penurunan curah jantung dapat teratasi

Kriteria hasil :

- 1) Kekuatan nadi perifer meningkat
- 2) Lelah menurun
- 3) Edema menurun
- 4) Dispneu menurun
- 5) Pucat/sianosis menurun
- 6) Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)
- 7) Suara jantung S3 dan S4 menurun

8) Tekanan darah membaik

Intervensi :

Perawatan Jantung :

1) Observasi

- a) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP)
- b) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, batuk, kulit pucat, palpitasi)
- c) Monitor tekanan darah
- d) Monitor keluhan nyeri dada (misalnya intensitas, lokasi, radiasi, duarsi, presivitasi yang mengurangi nyeri)
- e) Monitor nilai laboratorium jantung

2) Terapeutik

- a) Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
- b) Berikan diet jantung yang sesuai (misalnya batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)
- c) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
- d) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu
- e) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

- 3) Edukasi
 - a) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
 - b) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
 - 4) Kolaborasi
 - a) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
 - b) Rujuk ke program rehabilitasi jantung
- d. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi
- Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah hipervolemia dapat teratasi

Kriteria hasil :

- 1) Edema menurun
- 2) Tekanan darah membaik
- 3) Denyut nadi radial membaik
- 4) Membran mukosa membaik
- 5) Turgor kulit membaik

Intervensi :

Pemantauan cairan :

- 1) Observasi
 - a) Monitor frekuensi dan kekuatan nadi, tekanan darah, frekuensi napas
 - b) Monitor berat badan
 - c) Monitor waktu pengisian kapiler
 - d) Monitor elastisitas atau turgor kulit

- e) Monitor jumlah, warna dan berat jenis urin
 - f) Monitor kadar albumin dan protein total
 - g) Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. Osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN)
 - h) Monitor intake dan output cairan
 - i) Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. Dispnea, edema perifer, edema anasarkas, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugularis positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)
- 2) Terapeutik
- a) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
 - b) Dokumentasi hasil pemantauan
- 3) Edukasi
- a) Ajarkan cara untuk membatasi cairan yang masuk kedalam tubuh
 - b) Anjurkan menghindari makanan yang mengandung natrium.
 - c) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
 - d) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi

Kriteria hasil :

- 1) Keluhan lelah menurun
- 2) Dispnea saat aktivitas menurun
- 3) Dispnea setelah aktivitas menurun
- 4) Tekanan darah membaik
- 5) Frekuensi napas membaik

Intervensi :

Manajemen Energi :

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
 - b) Monitor kelelahan fisik dan emosional
 - c) Monitor pola dan jam tidur
 - d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
- 2) Terapeutik
 - a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)
 - b) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
 - c) Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan
 - d) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
- 3) Edukasi
 - a) Anjurkan tirah baring

- b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- c) Anjurkan meminta bantuan keluarga saat melakukan aktifitas
- d) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- e) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

4) Kolaborasi

Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

4. Implementasi Keperawatan

Merupakan tahap di mana rencana keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi. Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai peningkatan kesehatan baik yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi dan rujukan (Anggraini & Leniwita, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk mencapai kemampuan pasien dan tujuan dengan melihat perkembangan pasien. Evaluasi pasien CHF dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya pada tujuan (Anggraini & Leniwita, 2020).

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan/Desain Studi Kasus

Karya tulis ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Penelitian deskriptif adalah penelitian dengan metode untuk menggambarkan suatu hasil penelitian dengan tujuan untuk memberikan deskriptif, penjelasan, serta validasi mengenai fenomena yang tengah diteliti (Ramdhan, 2021).

Pendekatan yang digunakan yaitu pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaann keperawatan dan evaluasi pada pasien dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure (CHF)* di wilayah kerja Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek studi kasus yang digunakan dalam studi kasus keperawatan berjumlah satu kasus pada Tn. Z. O dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure (CHF)* di wilayah kerja Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

C. Batasan Istilah

Congestive Heart Failure (CHF) adalah suatu keadaan dimana jantung tidak mampu memompa darah sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan nutrisi, oksigen dan sel-sel tubuh dan menyebabkan kematian.

Asuhan Keperawatan *Congestive Heart Failure (CHF)* merupakan bentuk pelayanan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa,

intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan yang meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang diberikan langsung kepada pasien.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus asuhan keperawatan ini dilakukan selama 3 hari dari tanggal 13-15 Juli 2023 di Ruang Penyakit Dalam III (RPD-III) RSUD Ende.

E. Metode/Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing dan penguji maka studi kasus dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Sebelum pengumpulan data, hal pertama yang dilakukan adalah pengurusan surat izin di RSUD Ende. Setelah mendapat izin dari Direktur RSUD Ende kemudian diarahkan ke Ruang Penyakit Dalam III (RPD-III) untuk meminta izin kepada kepala ruangan terkait proses studi kasus sehingga dapat melakukan pengumpulan data. Sebelum melakukan pengumpulan data peneliti memberikan informed consent pada pasien. Setelah pasien setuju maka studi kasus dapat dilakukan dengan melaksanakan proses asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Setelah proses keperawatan selesai selanjutnya melakukan penyusunan laporan studi kasus.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata pasien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan pasien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Melakukan observasi atau pengamatan secara langsung pada pasien dengan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi (IPPA) pada sistem tubuh pasien.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan melihat hasil pemeriksaan pasien seperti hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis dan keperawatan pasien.

G. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah mulai dari pengkajian sampai evaluasi.

H. Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan pembuktian kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam studi kasus sehingga menghasilkan data dengan validasi tinggi. Pada studi kasus ini data diperoleh dari:

1. Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan dari pasien atau keluarga pasien (jika pasien tidak sadar) yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya, meliputi biodata pasien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan pasien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari keluarga (jika pasien dalam kesadaran penuh), studi dokumentasi atau hasil rekam medis pasien seperti hasil laboratorium, EKG, rontgen toraks, ekokardiografi (Echo), katerisasi jantung dan radionuklir.

I. Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu mengumpulkan data sampai dengan semua data terkumpul. Studi kasus dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa data keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif.

Setelah diklasifikasikan, data-data tersebut kemudian dianalisa untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada pasien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, kemudian membandingkannya dengan teori yang ada dan dituangkan dalam opini pembahasan

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende yang merupakan salah satu rumah sakit umum di wilayah Ende milik pemerintah yang berada di jalan Prof. W.Z. Yohanes yang berbatasan dengan sebelah Utara Jalan Sam Ratulangi, sebelah Timur pemukiman penduduk, sebelah Selatan Jalan Prof. W.Z. Yohanes dan sebelah Barat dengan pemukiman penduduk. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan salah satunya adalah Ruang Penyakit Dalam III dimana ruangan ini merupakan ruangan yang merawat pasien dengan penyakit dalam. Ruang penyakit dalam III terdiri dari 3 kamar yaitu kamar A, B dan C. Kamar A dengan kapasitas 7 orang, Kamar B dengan kapasitas 7 orang dan Kamar C dengan kapasitas 4 orang.

2. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

Pasien berinisial Tn. Z. O berusia 54 tahun, agama Islam, alamat Jalan Diponegoro, pendidikan terakhir SLTA, pekerjaan tukang ojek, status menikah dan memiliki 2 orang anak. Penanggung jawab pasien adalah istri dengan inisial Ny. B berusia 48 tahun pekerjaan sebagai Ibu rumah tangga dan penjahit, alamat Jalan Diponegoro. Pasien masuk rumah sakit tanggal 11 Juli

2023, tanggal pengkajian 13 Juli 2023, no register: 015325, dengan diagnosa medis Congestive Heart Failure (CHF).

2) Keluhan Utama

Pasien mengatakan lemah dan cepat lelah setelah melakukan aktivitas, kaki kiri dan kanan bengkak

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan sudah lama mengalami penyakit jantung sering keluar masuk rumah sakit karena serangan jantung mendadak, sesak napas, lemah dan lelah setelah melakukan aktivitas. Pada tanggal 11 Juli 2023 setelah pulang dari kerja pada malam hari pukul 18.30 pasien merasa sesak napas, nyeri pada dada, lemah dan lelah. Pasien meminta keluarga menggosok badan dan punggung belakang dengan balsem. Kemudian pasien meminta keluarga untuk membawanya ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut.

b) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan pernah mengalami penyakit Jantung dan Hipertensi. Pasien pernah dan sering dirawat dirumah sakit terakhir dirawat sebelum masuk kembali ke rumah sakit pada bulan Maret tahun 2023 dengan keluhan sesak napas, lemah dan lelah setelah pulang menonton bola. Pasien tidak mengalami alergi pada makanan. Pasien mengatakan alergi

dengan obat paracetamol infus (IV) dan alergi debu. Pasien sering mengonsumsi makanan berlemak, berminyak, seperti daging, bakso, soto, ikan yang di goreng.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan keluarga ada yang menderita penyakit jantung dan hipertensi yaitu orang tua (Bapa).

4) Pengkajian Perpola

a) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pasien mengatakan jika mengalami atau merasa lemah, lelah, sesak napas, dada terasa sakit atau nyeri pasien langsung pergi ke rumah sakit.

b) Pola Nutrisi Metabolik.

Sebelum Sakit : pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan porsi 1 piring, frekuensinya banyak, makanan di habiskan dengan jenis makanan berupa nasi, sayuran, daging, ikan. Pasien mengatakan sering makan makanan yang mengandung garam makanan yang berminyak, berlemak serta lebih senang dan sering makan makanan yang dibeli diluar seperti soto, bakso, dan daging-dagingan. Pasien minum air 6-8 gelas/hari (1200-1600 cc).

Keadaan Saat Ini : pasien mengatakan saat sakit pasien makan 3 kali sehari, dengan diet tinggi kalori dan protein seperti bubur, sayur, ikan, dan daging, makanan tidak dihabiskan

pasien hanya makan $\frac{1}{2}$ dari porsi yang berikan. Pasien minum air 6-8 gelas/hari (1200-1600 cc).

c) Pola Eliminasi

Sebelum Sakit : pasien mengatakan BAB 1 kali sehari, konsistensi padat tidak keras, tidak ada keluhan saat BAB. Pasien BAK 5-6 kali sehari, warna kuning, tidak ada keluhan saat BAK.

Keadaan saat ini : pasien mengatakan saat ini sudah BAB 1 kali, pasien BAK 5-6 kali sehari, warna kuning, tidak ada nyeri saat BAK.

d) Pola Aktifitas dan Latihan

Sebelum Sakit : pasien mengatakan sebelum sakit pasien melakukan aktivitasnya secara mandiri, pasien bekerja sebagai tukang ojek setiap pagi pasien ojek mencari penumpang, pergi memancing, berjalan kaki di sekitar kompleks rumah.

Keadaan Saat Ini : pasien mengatakan saat ini sulit melakukan aktifitas karena pada saat berjalan pasien cepat lelah atau sering merasa lelah dan lemah. Pasien mengatakan tetap melakukan aktivitas sendiri seperti ke kamar mandi atau ke toilet dan kadang meminta bantuan keluarga

e) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Pasien mengatakan bahwa tidak ada gangguan pada sistem penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan perasa.

Pasien mampu mengingat nama atau identitas sendiri dan keluarga

f) Pola Peran dan Hubungan

Pasien seorang kepala keluarga mempunyai 2 orang anak . pasien mengatakan hubungan dengan keluarga dan orang-orang disekitarnya baik-baik saja

g) Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

Pasien beragama islam, pasien percaya bahwa penyakit atau masalah kesehatan yang dialami akan segera sembuh atau teratasi.

5) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum : pasien tampak lemah, kesadaran komposmentis (sadar penuh), GCS 15 (V: 5, M: 6, E: 4), TD: 160/100 mmHg, Nadi: 93x/m, S: 35,6°C, RR: 26x/m, SpO2: 96%, , CRT > 3 detik, BB: 70 kg, TB: 170 cm

b) Pemeriksaan head to toe

Kepala : tampak bersih, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, rambut warna hitam. **Mata** : bentuk mata simetris, Konjungtiva anemis, sklera tidak iterik, tidak ada penggunaan alat bantu melihat. **Telinga**: bentuk simetris, tidak ada serumen,, mampu mendengar dengan baik tidak ada penggunaan alat bantu dengar. **Hidung** : bentuk simetris, tidak ada napas cuping hidung. **Leher** : bentuk simetris, tidak ada

lesi tidak ada pembesaran vena jugularis dan pembesaran tiroid. **Dada** : bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan 26x/menit, tidak ada nyeri dada saat ditekan,. **Jantung**: terdengar suara jantung S2 (Dub-Dub), **Abdomen**: bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan pada abdomen, **Integumen**: kulit tampak pucat, turgor kulit menurun, akral teraba dingin, **Jari dan kuku** : pengisian kapiler (CRT) >3 detik, **Ekstermitas**: Ekstermitas atas; kedua tangan dapat digerakan, terpasang stoper pada tangan kiri, tidak terdapat udem. Ekstremitas bawah; kedua kaki terdapat oedema (terdapat cekungan dengan tekanan yang kuat), kedua kaki dapat digerakan.

3) Pemeriksaan penunjang

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap tanggal 11 Juli (Data Primer RSUD Ende, 2023)

WBC	8.18	[$10^3/uL$]	(3.80 – 10.60)
LIMPH#	0.84 -	[$10^3/uL$]	(1.00-3.70)
MONO#	0.62	[$10^3/uL$]	(0.00 – 0.70)
EO#	0.52+	[$10^3/uL$]	(0.00 – 0.40)
BASO#	0.04	[$10^3/uL$]	(0.00 – 0.10)
NEUT#	6.16	[$10^3/uL$]	(1.50 – 7.00)
LYMPH%	10.3-	[%]	(25.0 – 40.0)
MONO%	7.6	[%]	(2.0 – 8.0)
EO%	6.4 +	[%]	(2.0 – 4.0)
BASO%	0.5	[%]	(0.0 – 1.0)
NEUT%	75.2 +	[%]	(50.0 – 70.0)
IG#	0.01	[$10^3/uL$]	(0.00 – 7.00)
IG%	0.1	[%]	(`0.0 – 72.0)
RBC	2.79 -	[$10^3/uL$]	(4.40 – 5.90)
HGB	7.2 -	[g/dl]	(13.2 – 17.3)
HCT	21.4 -	[%]	(40.0 – 52.0)

MCV	76.7 -	[fL]	(80,0 – 100,0)
MCH	25.8 -	[fL]	(26.0 – 34.0)
MCHC	33.6	[pg]	(32.0 – 36.0)
RDW-SD	41.2	[g/dL]	(37.0 – 54.0)
RDW-CV	14.5	[%]	(11.5 – 14.5)
PLT	182	[10 ³ /uL]	(150 – 450)
MPV	12.4	[fL]	(9.0 – 13.0)
PCT	0.23	[%]	(0.17 – 0.15)
PDW	14.6	[fL]	(9.0 – 17.0)
P-LCR	41.1	[%]	(13.0 – 43.0)

Tabel 4.2 Pemeriksaan Laboratorium tanggal 11 Juli (Data Primer RSUD Ende, 2022)

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN
FAAL HATI		
SGOT/AST	51.7	0 – 35 U/ L
SGPT/ALT	20.0	4 – 36 U/L
FAAL GINJAL		
UREUM	245.1	10 – 50 mg/dl
CREATININ	19.21	0.6 – 23 mg/dl
ELEKTROLIT		
NATRIUM	129.7	135 – 145 mmol/ L
KALIUM	4.61	3.5 – 5.1 mmol/ L
CHLORIDA	109.2	98 – 106 mmol/ L

4) Terapi OBAT

Tabel 4.3 Terapi (Data primer RSUD Ende, 2023)

Terapi OBAT

NAMA OBAT	DOSIS	CARA PEMBERIAN
Furosemid	2 x 10 mg	Iv
Ondansentron	2 x 4 mg	Iv
Omerprazole	2 x 40 mg	Iv
sanfiliq	3x1 tablet	oral

b. Tabulasi Data

Pasien mengatakan lemah, cepat lelah setelah melakukan aktivitas, tetap melakukan aktivitas sendiri seperti ke kamar mandi atau ke toilet dan kadang meminta bantuan keluarga, pasien mengatakan kaki kiri dan

kanan bengkak , pasien tampak lemah, tampak udem pada kedua kaki kiri dan kanan, turgor kulit menurun, warna kulit pucat, Capillary Refill Time (CRT) > 3 detik, akral teraba dingin, TD: 160/100 mmHg, Nadi: 93x/m, S: 35,6°C, RR: 26x/m, SpO2: 96%.

c. Klasifikasi Data

DS : Pasien mengatakan lemah, cepat lelah setelah melakukan aktivitas, tetap melakukan aktivitas sendiri seperti ke kamar mandi atau ke toilet dan kadang meminta bantuan keluarga, kaki kiri dan kanan bengkak

DO: Keadaan umum pasien tampak lemah, tampak udem pada kedua kaki kiri dan kanan, turgor kulit menurun, warna kulit pucat, Capillary Refill Time (CRT)> 3 detik, akral teraba dingin, TD: 160/100 mmHg, Nadi: 93x/m, S:35,6°C, RR: 26x/m, SpO2: 96%.

d. Analisa data

NO	Sign/ symptom	Etiologi	Problem
1	DS : Pasien mengatakan lemah, cepat lelah setelah melakukan aktivitas, dada bagian kiri terasa sakit setelah beraktivitas, tetap melakukan aktivitas sendiri seperti ke kamar mandi atau ke toilet dan kadang meminta bantuan	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas

keluarga

DO : Keadaan umum pasien tampak lemah, TD: 160/100 mmHg, Nadi: 93x/m, S:35,6°C, RR: 26x/m, SpO2: 96%.

2	DS : - DO : Turgor kulit menurun, warna kulit pucat, Capillary Refill Time (CRT) > 3 detik, akral teraba dingin, TD: 160/100 mmHg, Nadi: 93x/m, S:35,6°C, RR: 26x/m, SpO2: 96%.	Peningkatan Tekanan Darah	Resiko Perifer Efektif	Perfusi Tidak
3	DS : Pasien mengatakan kaki kiri dan kanan bengkak DO : Tampak udem pada kedua kaki kiri dan kanan, TD: 160/100 mmHg, Nadi: 93x/m, S: 35,6°C, RR: 26x/m, SpO2: 96%.	Kelebihan Asupan Cairan	Hipervolemia	

Tabel 4.4 Analisa data

3. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, maka data–data hasil pengkajian dibuat dalam bentuk diagnosa keperawatan, yakni suatu penilaian terhadap respon individu yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk

menyelesaikan masalah yang ada. Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul adalah sebagai berikut:

a. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:

DS : Pasien mengatakan lemah, cepat lelah setelah melakukan aktivitas, tetap melakukan aktivitas sendiri seperti ke kamar mandi atau ke toilet dan kadang meminta bantuan keluarga

DO : Keadaan umum pasien tampak lemah, TD: 160/100 mmHg, Nadi: 93x/m, S:35,6°C, RR: 26x/m, SpO2: 96%.

b. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan ditandai dengan

DS : Pasien mengatakan kaki kiri dan kanan bengkak

DO : Tampak udem pada kedua kaki kiri dan kanan, TD: 160/100 mmHg, Nadi: 93x/m, S: 35,6°C, RR: 26x/m, SpO2: 96%.

c. Resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan

DS : -

DO : Turgor kulit menurun, warna kulit pucat, Capillary Refill Time (CRT) > 3 detik, akral teraba dingin, TD: 160/100 mmHg, Nadi: 93x/m, S:35,6°C, RR: 26x/m, SpO2: 96%.

4. Intervensi Keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan, masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalah mengacu pada

tingkatan, prioritas utama yaitu mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan, Prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan. Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan.

Prioritas masalah :

- 1) Intoleransi aktivitas
- 2) Hipervolemia
- 3) Resiko perfusi perifer tidak efektif

Perencanaan

Berdasarkan masalah di atas maka dibuatkan perencanaan keperawatan sebagai berikut:

- a. Diagnosa yang pertama intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuannya : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi.

Kriteria hasil : Keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun, tekanan darah membaik, frekuensi napas dan nadi membaik.

Rencana tindakan : 1) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, 2) Anjurkan tirah baring, 3) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, 4) Anjurkan meminta bantuan keluarga saat melakukan aktifitas, 5) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, 6) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

- b. Diagnosa kedua hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah hipervolemia dapat teratasi.

Kriteria hasil : Edema menurun, tekanan darah membaik, denyut nadi membaik, turgor kulit membaik

Rencana keperawatan : 1) Monitor frekuensi nadi dan tekanan darah, 2) Identifikasi tanda-tanda hipervolemia, 3) Batasi cairan yang masuk kedalam tubuh, 4) Ajarkan cara untuk membatasi cairan yang masuk kedalam tubuh, 5) Anjurkan menghindari makanan yang mengandung natrium.

- c. Diagnosa ketiga resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah

Tujuannya : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko perfusi perifer tidak efektif dapat teratasi.

Kriteria Hasil : Pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgor kulit membaik, warna kulit pucat menurun

Rencana keperawatan : 1) Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna dan suhu), 2) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (merokok, penyakit hipertensi dan kadar kolesterol tinggi), 3) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan kolesterol secara teratur, 4) Anjurkan program diet

untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh), 5) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus di laporkan (misalnya rasa sakit saat istirahat)

5. Implementasi

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan selesai dan dilakukan dari tanggal 13-15 Juli 2023.

a. Hari Pertama, Kamis 13 Juli 2023

1) Diagnosa I

Tindakan untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas antara lain: pukul (09.30) memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. Hasil : pasien mengatakan badan terasa lemah setelah berjalan ke kamar mandi atau toilet, pukul (09.40) menganjurkan pasien untuk tirah baring, pukul (09.45) menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap sesuai toleransi tubuh dan meminta bantuan keluarga bila perlu. Hasil : pasien mengatakan paham dan mengerti dengan ajuran yang diberikan, dan akan meminta bantuan keluarga jika tidak mampu melakukan aktivitas, pukul (09.50) menganjurkan pasien menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

2) Diagnosa II

Tindakan untuk mengatasi masalah hypervolemia antara lain: : pukul (08.30) memonitor tanda-tanda vital. Hasil : TD : 160/100

mmHg, N : 93x/menit, RR : 26x/menit, SpO₂ : 96%, S : 35,6°C, pukul (10.00) menganjurkan pasien untuk membatasi cairan yang masuk kedalam tubuh. Hasil : pasien dianjurkan membatasi cairan dengan mengurangi minum air, minum air jika merasa haus untuk mengurangi bengkak pada kaki, pukul (10.15) menganjurkan pasien menghindari makanan yang mengandung natrium. Hasil : pasien dianjurkan untuk menghindari atau mengurangi makanan yang mengandung garam seperti ikan kering, atau ikan asin, hindari makanan yang di beli di warung seperti soto, bakso, boleh makan tetapi porsi diperkurangi, pasien mengatakan paham dan mengerti dengan anjuran yang diberikan, pukul (12.00) melayani pasien makan diet lemak (makanan yang tidak mengandung minyak dan bersantan seperti nasi, sayuran, telur) dan obat sanfuliq 1 tablet.

3) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko perfusi perifer tidak efektif antara lain : pukul (08.30) memonitor tanda-tanda vital. Hasil : TD : 160/100 mmHg, N : 93x/menit, RR : 26x/menit, SpO₂ : 96%, S : 35,6°C, pukul (09.30) melayani pasien injeksi omeprazole 40mg/iv, ondansentrin 4mg/iv dan furosemid 10mg/iv, pukul (11.35) menganjurkan pasien meminum obat secara teratur yang telah diberikan. Hasil : pasien mengatakan paham dan mengerti dengan anjuran yang berikan

dan selalu meminum obat dengan teratur, pukul (11.40) menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Hasil : pasien di anjurkan untuk menghindari atau mengurangi makanan yang berlemak seperti daging-dagingan, makanan yang mengandung minyak dan bersantan, pukul (11.45) menganjurkan pasien untuk menginformasikan tanda dan gejala jika merasa sakit saat beristirahat. Hasil : pasien mengatakan akan selalu memberitahukan atau melaporkan kepada perawat jika merasa sakit atau rasa sakitnya tidak membaik.

b. Hari Kedua, Jumat 14 Juli 2023

1) Diagnosa I

Tindakan untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas antara lain: pukul (09.00) memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. Hasil : pasien mengatakan badan masih terasa lemah setelah berjalan ke kamar mandi atau toilet, cepat lelah, pukul (09.20) menganjurkan pasien untuk tirah baring, pukul (09.25) menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap sesuai toleransi tubuh dan meminta bantuan keluarga bila perlu. Hasil : pasien mengatakan sudah melakukan aktivitas secara bertahap, jika merasa lemah pasien istirahat, pukul (09.50) menganjurkan pasien untuk selalu menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

2) Diagnosa II

Tindakan untuk mengatasi masalah hipervolemia antara lain: :
pukul (08.30) memonitor tanda-tanda vital. Hasil : TD : 160/90 mmHg, N : 90x/menit, RR : 20x/menit, SpO₂ : 99%, S : 35,9°C,
pukul (10.00) menganjurkan pasien untuk selalu membatasi cairan yang masuk kedalam tubuh. Hasil : pasien mengatakan sudah mengurangi asupan cairan dan minum air jika merasa haus,
pukul (10.15) menganjurkan pasien menghindari makanan yang mengandung natrium. Hasil : pasien mengatakan sudah membatasi asupan garam, pasien sudah mulai menjaga pola makan dengan makan sesuai diet yang diberikan, pukul (12.00) melayani pasien makan diet lemak (makanan yang tidak mengandung minyak dan bersantan seperti nasi, sayuran, telur) dan obat sanfuliq 1 tablet.

3) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko perfusi perifer tidak efektif antara lain : pukul (08.00) memonitor tanda-tanda vital. Hasil : TD : 160/90 mmHg, N : 90x/menit, RR : 20x/menit, SpO₂: 99%, S : 35,9°C, pukul (09.10) melayani pasien injeksi omeprazole 40mg/iv, ondansentrin 4mg/iv dan furosemid 10mg/iv, pukul (11.35) mengajurkan pasien meminum obat secara teratur yang telah diberikan. Hasil: pasien mengatakan paham dan mengerti dengan anjuran yang berikan dan selalu

meminum obat dengan teratur, pukul (11.40) mengajurkan dan memotivasi pasien program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Hasil : pasien di anjurkan untuk tetap menghindari atau mengurangi makanan yang berlemak seperti daging-dagingan, makanan yang mengandung minyak dan bersantan, pukul (11.45) menganjurkan pasien untuk selalu menginformasikan tanda dan gejala jika merasa sakit saat beristirahat. Hasil : pasien mengatakan akan selalu memberitahukan atau melaporkan kepada perawat jika merasa sakit atau rasa sakitnya tidak membaik.

c. Hari Ketiga, Sabtu 15 Juli 2023

1) Diagnosa I

Tindakan untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas antara lain: pukul (09.20) memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. Hasil : pasien mengatakan badan tidak lemah,lelah berkurang, pukul (09.20) menganjurkan pasien untuk tirah baring, pukul (09. 25) menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap sesuai toleransi tubuh dan meminta bantuan keluarga bila perlu. Hasil : pasien mengatakan sudah melakukan aktivitas secara bertahap, jika merasa lemah pasien istirahat

2) Diagnosa II

Tindakan untuk mengatasi masalah hypervolemia antara lain: : pukul (08.00) memonitor tanda-tanda vital. Hasil : TD : 160/90

mmHg, N : 93x/menit, RR : 20x/menit, SpO₂ : 98%, S : 36°C, pukul (09.00) menganjurkan pasien untuk selalu membatasi cairan yang masuk ke dalam tubuh. Hasil : pasien mengatakan selalu mengurangi asupan cairan dan minum air jika merasa haus, pukul (10.15) menganjurkan pasien menghindari makanan yang mengandung natrium. Hasil : pasien mengatakan sudah membatasi asupan garam, pasien sudah menjaga pola makan dengan makan sesuai diet yang diberikan, pukul (12.00) melayani pasien makan diet lemak (makanan yang tidak mengandung minyak dan bersantan seperti nasi, sayuran, telur) dan obat sanfuliq 1 tablet.

3) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko perfusi perifer tidak efektif antara lain : pukul (08.00) memonitor tanda-tanda vital. Hasil : TD : 160/90 mmHg, N : 93x/menit, RR : 20x/menit, SpO₂ : 98%, S : 36°C, pukul (09.10) melayani pasien injeksi omeprazole 40mg/iv, ondansentrin 4mg/iv dan furosemid 10mg/iv, pukul (11.35) mengajurkan pasien selalu meminum obat secara teratur yang telah diberikan. Hasil: pasien mengatakan selalu meminum obat dengan teratur, pukul (11.40) mengajurkan dan memotivasi pasien program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Hasil : pasien mengatakan sudah mulai mencoba program diet yang dianjurkan sudah mengurangi makanan yang berlemak

seperti daging-dagingan, makanan yang mengandung minyak dan bersantan, pukul (11.45) menganjurkan pasien untuk selalu menginformasikan tanda dan gejala jika merasa sakit saat beristirahat. Hasil: pasien mengatakan selalu memberitahukan atau melaporkan kepada perawat jika merasa sakit atau rasa sakitnya tidak membaik.

6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam keperawatan untuk menilai keberhasilan tindakan asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada Tn. Z. O. dilaksanakan sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara subjektif maupun objektif menggunakan evaluasi SOAP.

a. Hari Pertama, Kamis 13 Juli 2023

1) Diagnosa pertama

S : Pasien mengatakan masih lemah dan cepat lelah

O: Klien tampak lemah, TD : 150/90 mmHg, S: 36°C, N : 87x/menit, RR : 24x/menit, SpO₂ : 98%,

A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

2) Diagnosa kedua

S: Pasien mengatakan sudah mengurangi asupan air dan garam

O: Udem pada kaki kiri dan kanan, terdapat cekungan pada kaki dengan tekanan yang kuat. TD : 150/90 mmHg, S:36°C, N : 87x/menit, RR : 24x/menit, SpO₂ : 98%,
A: Masalah hipovolemia belum teratasi
P: Intervensi dilanjutkan

3) Diagnosa ketiga

S: -

O: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, kulit pucat, CRT>3 detik, akral dingin, TD : 150/90 mmHg, S: 36°C, N : 87x/menit, RR : 24x/menit, SpO₂ : 98%,
A: Masalah resiko perfusi perifer tidak efektif belum teratasi
P: Intervensi dilanjutkan

b. Hari Kedua, Jumat 14 Juli 2023

1) Evaluasi diagnosa pertama

S : Pasien mengatakan masih lemah dan lelah

O: Klien tampak lemah, TD : 150/90 mmHg, S: 36°C, N : 87x/menit, RR : 24x/menit, SpO₂ : 98%,

A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

2) Evaluasi diagnosa kedua

S: Pasien mengatakan sudah mengurangi asupan air dan garam

O: Udema berkurang, kaki kiri tidak terdapat cekungan, kaki kanan masih terdapat cekungan dengan tekanan yang kuat, TD : 150/90 mmHg, S: 36°C, N : 87x/menit, RR : 24x/menit, SpO₂ : 98%,

A: Masalah hypovolemia sebagian teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

3) Evaluasi diagnosa ketiga

S: -

O: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, kulit pucat, CRT>3 detik, akral dingin, TD : 160/90 mmHg, S: 36°C, N : 86x/menit, RR : 20x/menit, SpO₂ : 97%,

A: Masalah resiko perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

c. Hari Ketiga, Sabtu 15 Juli 2023

1) Evaluasi diagnosa pertama

S : Pasien mengatakan tidak lemah dan lelah berkurang

O: Keadaan umum baik, TD : 150/100 mmHg, S: 36,3°C, N : 87x/menit, RR : 20x/menit, SpO₂ : 98%

A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian

P: Intervensi dilanjutkan

2) Evaluasi diagnosa kedua

S: Pasien mengatakan sudah mengurangi asupan air dan garam

O: Tidak terdapat udem pada kaki kanan dan kiri, TD : 150/100 mmHg, S: 36,3°C, N : 87x/menit, RR : 20x/menit, SpO₂ : 98%

A: Masalah hypovolemia teratasi

P: Intervensi dihentikan

3) Evaluasi diagnosa ketiga

S: -

O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, kulit pucat, CRT>3 detik, akral dingin, TD : 150/100 mmHg, S: 36,3°C, N : 87x/menit, RR : 20x/menit, SpO₂ : 98%

A: Masalah resiko perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Tn. Z. O di Ruang Penyakit Dalam III

1. Pengkajian

Pada Pengkajian secara teoritis menurut Padila (2018) didapatkan tanda dan gejala pada pasien *Congestive Heart Failure (CHF)* sebagai berikut: manifestasi gagal jantung kiri yaitu dispnea, batuk, mudah lelah, gelisah atau cemas. Sedangkan manifestasi gagal jantung kanan yaitu

oedema pada ekstremitas bawah, oedema pitting, penambahan berat badan, hepatomegali, nyeri tekan pada kuadran atas abdomen, anoreksia, mual, nokturia, dan kelemahan.

Pada kasus pasien Tn. Z. O ditemukan Pasien mengatakan lemah dan cepat lelah setelah melakukan aktivitas, oedema pada ekstremitas bawah. Hal ini, menunjukkan bahwa adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata, dimana kasus pada Tn. Z. O tidak ditemukan dispneu dan batuk dikarenakan pasokan oksigen ke paru-paru terpenuhi sehingga pengembangan paru tidak terhambat, akibatnya kantung udara sebagai tempat pertukaran oksigen dan karbondioksida tidak terisi cairan. Hal ini tidak terjadi pada pasien karena hasil pengkajian menunjukkan pasien tidak sesak napas dan batuk karena pasien sudah dirawat 3 hari di RS.

Tn. Z. O tidak gelisah atau cemas dengan masalah kesehatan yang dialaminya, tidak ditemukan oedema pitting hal ini dikarenakan jantung memompa darah ke seluruh bagian tubuh dengan baik tanpa adanya hambatan sehingga tidak terjadi peningkatan tekanan pada serambi kiri dan pembuluh darah disekitarnya. Akibatnya sirkulasi darah menjadi lancar dan tidak menyebabkan penumpukkan cairan pada seluruh jaringan tubuh.

Tn. Z. O tidak mengalami penambahan berat badan dikarenakan pasien tidak mengalami obesitas hal ini di buktikan dengan hasil IMT : 24,22 yang masuk dalam kategori berat badan ideal (normal). Tn. Z. O tidak mengalami Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran atas

abdomen hal ini dikarenakan sirkulasi peredaran darah dari jantung keseluruh tubuh berjalan dengan optimal sehingga tekanan vena portal (vena yang menyediakan darah ke hati) tidak meningkat ventrikel kanan dapat berkontraksi dengan optimal. Selain itu suplai oksigen pada sistem pencernaan memadai sehingga membuat abdomen tidak mengalami nyeri. Hal ini dibuktikan dengan tidak adanya keluhan berupa nyeri pada perut kanan atas jika ditekan.

Selain itu Tn. Z. O tidak mengalami anoreksia di karenakan vena dalam rongga abdomen tidak membesar, sehingga aliran darah pada sistem pencernaan cukup, akibatnya rasa tidak nyaman dan hilangnya nafsu makan tidak terjadi. Tn. Z. O tidak mengalami nokturia hal ini dikarenakan jantung dapat memompa darah keseluruh tubuh secara optimal. Aliran darah ke jantung dan keseluruh tubuh termasuk ginjal tidak meningkat sehingga cairan dari pembuluh darah kecil (kapiler) tidak keluar dari jaringan akibatnya tidak terjadi penumpukan cairan. Ketika cairan tersebut memasuki aliran darah produksi urin menjadi tidak meningkat.

Kasus pada Tn. Z. O ditemukan tanda dan gejala mudah lelah hal ini dikarenakan Tn. Z. O mengatakan lemah dan cepat lelah setelah melakukan aktivitas hal ini terbukti dengan kondisi pasien yang tampak lemah dan oedema pada kedua kaki yang dibuktikan dengan terdapat cekungan pada kedua kaki kiri dan kanan saat diberikan tekanan yang kuat. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Melani (2022)

pada pasien CHF Tn. S mengalami sesak napas, lemas, lelah, wajah tampak pucat, pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dengan tekanan darah 168/92 mmHg, pasien tampak lelah dengan aktivitas yang terbatas. Hal ini sama dengan kasus pada Tn. Z. O ditemukan dengan tanda dan gejala yang sama.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa pada teori didapatkan ada 5 diagnosa keperawatan yaitu : gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan vena, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Berdasarkan data hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 13 Juli 2023 pada Tn. Z. O dapat ditegakkan menjadi 3 diagnosa yaitu: intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan, resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah. Hal ini menunjukkan bahwa adanya kesenjangan antara diagnosa keperawatan pada teori dan diagnosa keperawatan pada Kasus Tn. Z. O, dimana pada kasus pada Tn. Z. O tidak ditegakkan diagnosa keperawatan gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi hal ini dikarenakan tekanan pada vena pulmonalis dan kapiler paru tidak

meningkat sehingga ventrikel kiri mampu memompa darah keluar jantung secara maksimal. Akibatnya, darah tidak terbungsa pada pembuluh darah paru-paru serta paru-paru tidak mengalami pembengkakan karena penumpukan cairan (edema paru) hal ini dibuktikan dengan pasien tidak mengalami sianosis, dan tidak lagi mengalami dispneu atau sesak napas.

Pada kasus Tn. Z. O juga tidak ditegakkan diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas hal ini dikarenakan kadar oksigen dalam tubuh tidak menurun sehingga sel-sel diseluruh bagian tubuh berfungsi dengan normal. Jantung mampu memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh dan tidak perlu bekerja keras untuk memompa atau mendorong darah masuk ke dalam pembuluh darah arteri yang memiliki tekanan yang lebih tinggi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Yulianti (2021) pada pasien Congestive Heart Failure ditemukan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien, intervensi keperawatan pada Tn. Z. O disusun berdasarkan teori menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2016) dan dibandingkan dengan masalah keperawatan pada kasus. Intervensi keperawatan baik pada tinjauan teoritis maupun kasus dilaksanakan berkat kerja sama pasien. Namun tidak semua intervensi

pada tinjauan teoritis dilakukan pada kasus Tn. Z. O hanya beberapa saja yang dilakukan sesuai dengan keadaan pasien.

Untuk intervensi intoleransi aktivitas pada tinjauan teoritis sebanyak 13 intervensi sedangkan pada kasus hanya 6 intervensi yang dilakukan. Untuk diagnosa hipervolemia pada tinjauan teoritis sebanyak 13 intervensi sedangkan pada kasus hanya 5 intervensi yang dilakukan, dan untuk diagnosa resiko perfusi perifer tidak efektif pada tinjauan teoritis sebanyak 10 intervensi sedangkan pada kasus hanya 5 intervensi yang dilakukan. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Lestari (2021) pada pasien CHF dikarenakan semua intervensi keperawatan dilakukan sesuai dengan SIKI yaitu intervensi tentang manajemen energi dan perawatan sirkulasi pada pasien gagal jantung kongestif (CHF).

4. Implementasi Keperawatan

Semua tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) tindakan dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 13-15 Juli 2023. Selama pelaksanaan keperawatan tidak ditemukannya kendala karena pasien dan keluarga kooperatif.

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang telah diterapkan melalui implementasi selama 3 hari. Pada kasus Tn. Z. O evaluasi dapat dianalisa berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Pada masalah

keperawatan yang pertama adalah; masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian hal ini di karenakan pasien mengatakan tidak lemah dan lelah berkurang, keadaan umum baik, TD : 150/100 mmhg, S: 36,3oC, N : 87x/menit, RR : 20x/menit, Spo2 : 98%. Untuk masalah hypervolemia teratasi hal ini dikarenakan tidak terdapat udem pada kaki kanan dan kiri, TD : 150/100 mmhg, S: 36,3oC, N : 87x/menit, RR : 20x/menit, Spo2 : 98%, sedangkan untuk masalah resiko perfusi perifer tidak efektif belum teratasi dikarenakan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, kulit pucat, CRT>3 detik, akral dingin, TD : 150/100 mmhg, S: 36,3oC, N : 87x/menit, RR : 20x/menit, Spo2 : 98%. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Lestari (2021) pada pasien CHF dikarenakan evaluasi masalah keperawatan intoleransi aktivitas dan perfusi perifer tidak efektif pada hari ketiga teratasi.

C. Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu pada faktor orang (pasien) hal ini dikarenakan pasien hanya berfokus pada satu orang saja sehingga membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah keperawatan yang mungkin didapatkan dari pasien yang lainnya serta sulitnya referensi yang digunakan dalam 5 tahun terakhir.

D. Implikasi Untuk Keperawatan

Terdapat beberapa peran perawat yang ditemukan dalam studi kasus ini, antara lain :

1. Sebagai Pendidik

Peran perawat sebagai pendidik yaitu perawat memberikan informasi kepada pasien, pada studi kasus nyata ini ditemukan perawat menjelaskan apa yang kurang dimengerti pasien dari segi fasilitas maupun pelaksanaan perawatan kesehatan .

2. Sebagai Advokad

Peran perawat sebagai advokad yaitu tindakan perawat untuk mencegah kesalahan yang tidak diinginkan ketika pasien sedang menjalani pengobatan, pada studi kasus nyata ini ditemukan peran perawat sebagai advokad yaitu selalu mendampingi pasien apabila pasien mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan.

3. Sebagai Pemberi Perawatan

Peran perawat sebagai pemberi perawatan yaitu perawat memberikan perawatan secara langsung pada individu, keluarga atau kelompok, pada studi kasus nyata ini ditemukan perawat melakukan asuhan keperawatan langsung kepada pasien Tn. Z. O Hasil penelitian ini bisa digunakan sebagai pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* serta sebagai bahan masukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan pada pasien *Congestive Heart Failure (CHF)* di Ruang Penyakit Dalam III, khususnya di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Hasil Studi Kasus pada Tn. Z. O dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure (CHF)* di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Data pengkajian yang ditemukan pada Tn. Z. O pasien mengatakan lemah dan cepat lelah setelah melakukan aktivitas, kedua kaki kiri dan kanan bengkak, turgor kulit menurun, warna kulit pucat, Capillary Refill Time (CRT) > 3 detik, akral teraba dingin, tampak udem pada kedua kaki kiri dan kanan (terdapat cekungan dengan tekanan yang kuat)
2. Diagnosa keperawatan pada pasien Tn. Z. O yaitu: 1) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, 2) Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan, 3) Resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
3. Intervensi keperawatan yang diberikan pada Tn. Z. O dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure (CHF)*, ditetapkan sesuai dengan tiga masalah keperawatan yang ditemukan.
4. Implementasi keperawatan merupakan realisasi kegiatan dari perencanaan yang sudah ditetapkan sebelumnya berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada Tn. Z. O dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure (CHF)* di Ruang Penyakit Dalam III RSUD

Ende yang dilaksanakan selama 3 hari dengan tujuan untuk mengatasi masalah-masalah yang ditemukan.

5. Evaluasi merupakan langka akhir dari semua tindakan keperawatan yang diberikan kepada Tn. Z. O dengan diagnosa medis *Congestive Heart Failure (CHF)* di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende dengan tujuan untuk mengetahui keberhasilan tindakan keperawatan yang diberikan selama 3 hari. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa dari 3 masalah keperawatan yang ditemukan, ada 2 masalah keperawatan yang sudah teratasi dan 1 masalah keperawatan yang memerlukan tindakan lanjut.
6. Ada kesenjangan antara kasus nyata dan teori yaitu pada pengkajian pasien tidak ditemukan sesak napas, batuk, gelisah, cemas, oedema pitting, penambahan berat badan, hepatomegali, anoreksia, dan nokturia. Namun pada kasus Tn. Z. O ditemukan pasien mengatakan lemah dan cepat lelah setelah melakukan aktivitas, oedema pada ekstremitas bawah. Adapun diagnosa yang muncul yaitu intoleransi aktivitas, hipervolemia dan resiko perfusi perifer tidak efektif. Sedangkan untuk intervensi dan implementasi hanya beberapa yang dilakukan sesuai dengan keadaan pasien, dan untuk evaluasi hanya 2 masalah keperawatan yang sudah teratasi.

B. Saran

1. Bagi penulis

Penulis diharapkan lebih banyak mempelajari teori pada kasus yang diambil sehingga mempermudah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah *Congestive Heart Failure (CHF)*

2. Bagi klien dan keluarga

Setelah mendapatkan tindakan keperawatan di RSUD Ende diharapkan pasien dan keluarga melakukan pemeriksaan secara rutin dan menerapkan kembali tindakan yang sudah diinformasikan perawat

3. Bagi perawat

Petugas kesehatan diharapkan untuk terus melakukan pendidikan kesehatan baik untuk pasien maupun keluarga pasien agar dapat melakukan perawatan sederhana di rumah.

4. Bagi RSUD Ende

Pelayanan dan perawatan kesehatan sudah baik dan diharapkan agar selalu mempertahankannya sehingga dapat menjadi lebih baik lagi meskipun dengan sarana terbatas dan semoga tetap memberikan pelayanan yang maksimal bagi pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Amita, D., Zuliani, P., & Shinta. (2022). Monograf Rehabilitasi Jantung Pada Congestive Heart Failure (Chf) Berbasis Asuhan Keperawatan.
- Anggraini, Y., & Leniwita, H. (2020). Buku I : Modul keperawatan medikal bedah I. In Universitas Kristen Indonesia. Universitas Kristen Indonesia. <http://repository.uki.ac.id/2744/1/Modulkeperawatanmedikalbedahibuku1.pdf>
<http://repository.uki.ac.id/id/eprint/2744%0A>
- Anita, E. A., Sarwono, B., & Widigdo, D. A. M. (2020). Asuhan Keperawatan Pasien Gagal Jantung Kongestif: Studi Kasus. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 16(1), 99. <https://doi.org/10.26630/jkep.v16i1.1714>
- Profil DINKES Kabupaten Ende, 2022.
- Kemendes RI. (2018). Laporan Riskesdas 2018 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. In *Laporan Nasional Riskesdas 2018* (Vol. 53, Issue 9, pp. 144–151). [http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK No. 57 Tahun 2013 tentang PTRM.pdf](http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK_No_57_Tahun_2013_tentang_PTRM.pdf)
- Lestari, D. (2021). Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Dengan Manajemen Energi Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif (Chf) di Wilayah Kerja Puskesmas Jalan Gedang Kota Bengkulu. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu Program Studi D III Keperawatan.
- Melani, T. (2022). Asuhan Keperawatan Penurunan Curah Jantung Pada Tn . S dengan Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang Lavender RSUD dr . R . Goeteng Taroenadibrata. *Journal of Management Nursing*, 148–157.
- Mitia Eka Wati, Z., Oktarina, Y., & Rudini, D. (2020). Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Kualitas Tidur Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif(Chf). *Jurnal Ilmiah Ners Indonesia*, 1(1), 46–57. <https://doi.org/10.22437/jini.v1i1.9231>
- Padila. (2018). Buku Ajar: Keperawatan Medikal Bedah Dilengkapi Asuhan Keperawatan Pada Sistem Cardio, Perkemihan, Integumen, Persyarafan, Gastrointestinal, Muskuloskeletal, Reproduksi, dan Respirasi. Nuha Medika.
- PPNI. (2016a). Standar Diagnosis Keperawatan indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik. DPP PPNI.
- PPNI. (2016b). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Tindakan Keperawatan. DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Kriteria hasil Keperawatan. DPP PPNI.
- Prahasti, S. D., & Fauzi, L. (2021). Risiko Kematian Pasien Gagal Jantung Kongestif (GJK): Studi Kohort Retrospektif Berbasis Rumah Sakit.

- Indonesian Journal of Public Health and Nutrition, 1(3), 388–395.
<http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/IJPHN>
- Rahmatiana, F., & Clara, H. (2019). Asuhan keperawatan pada pasien tn. a dengan congestive heart failure. 7–25.
- Ramadhani, I., & Plasay, M. (2020). Literatur Review : Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Gagal Jantung Akut Pada Pasien. Stikes Panakkulang Makassar, 1(1), 1–11.
- Ramadhan, M. (2021). metode penelitian. cipta media nusantara.
Profil RSUD Ende, 2023.
- Rukmi, D. Ka., Dewi, S. U., & Pertami, S. B. (2022). Metodologi Proses Asuhan Keperawatan. Yayasan Kita Menulis.
- Setianingsih, M. P., & Hastuti, Y. D. (2022). Kelelahan pada Pasien Congestive Heart Failure. 5(2), 178–187.
- Tio. (2021). Perawatan pasien dengan CHF (Gagal Jantung Kongestif). Pustaka Taman Ilmu.
- Widagdo, F., Karim, D., & Novayellinda, R. (2015). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Rawat Inap Ulang Dirumah Sakit Pada Pasien Chf. Jurnal Online Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau, 2(1), 580–589.
- Yulianti. (2021). Penerapan Perubahan Posisi Terhadap Perubahan Hemodinamik Pada Asuhan Keperawatan Pasien Congestive Heart Failure. Ners Muda, 2, 82–90.
- Yunita, A., Nurcahyati, S., & Utami, S. (2020). Gambaran Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Pencegahan Komplikasi Congestive Heart Failure (CHF). Jurnal Ners Indonesia, 11(1), 98. <https://doi.org/10.31258/jni.11.1.98-107>

LAMPIRAN

Lampiran 1 : Informed Consent

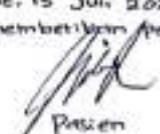
INFORMED CONSENT (persetujuan menjadi partisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa:
Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti
mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh: Getudis Yustina Ma
dengan judul: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
DIAGNOSA MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) di RSUD ENDE

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini
secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama
penelitian studi kasus ini saya mengundang diri, maka saya
dapat mengundang diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Saksi,

Keluarga

Ende, 15 Juli 2023
Yang memberikan persetujuan

Pasiem

Peneliti


Getudis Yustina Ma
NIM. 105203202200992

Lampiran 2 : Instrumen Studi Kasus

FORMAT LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. 2.0
DENGAN DIAGNOSA MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)
DI RUANG PENYAKIT DALAM II RSUP EMB
TANGGAL 13 JUNI 2023

I. PENGKAJIAN

A. PENGUMPULAN DATA

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : TN. 2.0
Umur : 54 Tahun
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Laki-laki
Status : Menikah
Pendidikan : S1TA
Pekerjaan : Tukang ojek
Suku Bangsa : Indonesia
Alamat : Jalan Diponegoro
Tanggal Masuk : 11 Juni 2023
Tanggal Pengkajian : 13 Juni 2023
No. Register : 05525
Diagnosa Medis : CHF

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Mj. B
Umur : 48 Tahun
Hub. Dengan Pasien : Istri
Pekerjaan : IRT dan Berbisnis
Alamat : Jalan Diponegoro

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

- 1) Keluhan Utama
lemah dan cepat lelah setelah melakukan aktivitas, kaki kiri dan kanan bengkak
- 2) Riwayat Keluhan Utama
Pasien mengatakan sakit lansang 11 Juni 2023 setelah pulang dari kerja pada malam hari pukul 18.30 pasien merasa sesak napas, nyeri pada dada, lemah dan letih

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini
Pasien mengatakan sudah lama mengalami penyakit Jantung Setring. Ketika masuk RS karena Setingan Jantung Mandakik, sesak napas, lemah dan letih. Setelah perawatan di RS pada malam hari pukul 18:30. Setelah pulang ketika pasien merasa sesak napas, nyeri pada dada, lemah dan letih.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya
Pasien mengatakan meminta keluarga menggosok badan dan punggung belakang dengan balsem. Kemudian pasien meminta keluarga untuk membawanya ke RS untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut.

b. Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami
Pasien mengatakan pernah mengalami penyakit Jantung dan hipertensi.

2) Pernah dirawat
Pasien mengatakan pernah dan sering dirawat di RS karena dirawat sebelum masuk kembali ke RS pada bulan Maret tahun 2023 dengan keluhan sesak napas, lemah dan letih setelah pulang menambal gigi.

3) Alergi
Pasien mengatakan tidak mengalami alergi pada makanan. Pasien mengatakan alergi dengan obat PCI infus CIVI dan alergi debu.

4) Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol dll)
Pasien mengatakan sering mengonsumsi makanan berlemak, berminyak, seperti daging, batak, sate, ikan yang digoreng.

e. Riwayat Penyakit Keluarga
Pasien mengatakan keluarga ada yang menderita penyakit Jantung dan hipertensi yaitu orang tua (Bapa).

d. Diagnosa Medis dan therapy yang didapat sebelumnya

3. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pasien menyatakan rasa khawatir akan infeksi darah, lemah, susah tidur, dan merasa sakit akan rugin pasien langsung Dengi ke RS.....

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum sakit : pasien mengatakan makan 3x sehari, porsi 1 piring, banyak, makannya dihabiskan, jenis makanan nasi, sayur, ikan, daging. Sering makan makanan yg mengandung zat besi, vitamin, lemak, makanan yg besi diwar, solo, bako

Saat sakit : pasien mengatakan makan 3x sehari, porsi 1-2 piring, sayur, ikan, daging, makannya tidak dihabiskan, makan 1/2 porsi, tidak ada. 6-8 gelas / hari. C. 1000 cc.

c. Pola Eliminasi

1) BAB

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAB 1 kali sehari, konsistensi: padat tidak keras, tidak ada keluhan saat BAB.

Saat sakit : pasien mengatakan BAB 1 kali sehari, konsistensi: padat tidak keras, tidak ada keluhan saat BAB.

2) BAK

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAK 5-6 kali sehari, warna kuning, tidak ada keluhan saat BAK.

Saat sakit : pasien mengatakan saat ini BAK 5-6 kali sehari, warna kuning, tidak ada keluhan saat BAK.

d. Pola aktivitas dan istirahat

1) Aktivitas

Kemampuan Perawatan Diri	0	1	2	3	4
Makan dan minum	✓				
Mandi	✓				
Toileting	✓				
Berpakaian	✓				
Berpindah	✓				

Ket:

0: mandiri, 1: Alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

- e. Berat Badan : 70 kg
- Tinggi Badan : 170 cm
- Indeks Massa Tubuh : 24,22
- Berat Badan Ideal : 65 kg

d. Kondisi fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

1) Kepala dan leher : tampak bersih, kelainan ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada kelainan pada leher berbentuk simetris, tidak ada turgor, tidak ada pembesaran. Servik jugularis dan pembesaran tiroid.

2) Dada

- Inspeksi : Brevis ada simetris, tidak ada frekuen, tidak ada frekuensi, pernapasan 26 x/menit, tidak ada nyeri dada saat ditekan.

- Jantung

berdenyut, suara Jantung S2 (P4b - D4b).

3) Payudara dan ketiak : MPA : bentuk simetris, karies simetris, sklera tidak ikterik, tidak ada pengisian alat bantu mamari. Tergang : simetris, tidak ada selis, mampu mendengar dengan baik. Gigitan simetris : tidak ada napas cuping hidung.

4) Abdomen

Bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan pada abdomen.

5) Genitalia :

6) Integritas :

tidak tampak pucat, tidak ada memar, tidak ada lebam, tidak ada luka, tidak ada pengisian kapiler > 3 detik.

7) Ekstremitas :

- Atas

Kedua tangan dapat digerakkan, terpasang sloop pada lengan kiri, tidak terpasang sloop.

- Bawah

Kedua kaki terpasang sloop (tidak dapat cekung dengan lekatan yang kuat), kedua kaki dapat digerakkan.

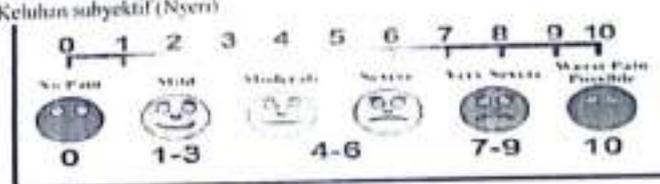
d. Neurologis :

- Status mental dan kesadaran :

- Pengkajian saraf kranial :

- Pemeriksaan refleks :

- Keluhan subyektif (Nyeri)



Lampiran 3: Lembar Konsul



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**



LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : Getradis Yustina Ma
 NIM : PO 5303202200492
 Pembimbing : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
 Penggi : Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	24/02/2023	Konsul Judul Proposal	Judul sudah di ACC Lanjutkan pengambilan data	<i>A</i>
2.	03/03/2023	Konsul Bab I Proposal	1. Penulisan awal kata pada nama penulisan diawali dengan kata peneliti 2. Satukan paragraf 3 & 4 diparafrasekan 3. Gunakan data tahun 2020 atau data Riskesdas tahun 2022 untuk data penyakit CHF 4. Tambahkan faktor atau penyebab penyakit CHF masih terjadi 5. Tambahkan peran perawat atau langkah-langkah apa saja yang dilakukan dalam	<i>Ay</i>

			<p>mengatasi masalah/penyakit CHF</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Awali kata untuk pada penulisan tujuan khusus 7. Perhatikan penulisan kalimat, spasi, serta jarak 8. Tambahkan kesenjangan penulisan dengan penelitian pada tujuan khusus 	
3	17/03/2023	Konsul Bab I dan Bab II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki kata kongesif 2. Miringkan istilah bahasa inggris atau bahasa asing 3. Tambahkan data CHF di Indonesia tahun 2022 (data dari Kemenkes) 4. Tambahkan justifikasi tentang faktor penyebab dan peran perawat 5. Perhatikan spasi dan aturan penulisan proposal 6. Penulisan daftar pustaka menggunakan spasi 1 7. Tambahkan referensi buku pada Bab II 8. Tambahkan penelitian lain 	A

4.	25/03/2023	Konsul Bab I dan Bab II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki spasi pada penyusunan daftar pustaka 2. Perbaiki konsep Askep 3. Perbaiki penulisan penyakit CHF bukan penyakit Stroke 4. Cari data Dinkes Provinsi dan Ende melalui website 5. Lanjut Bab III 	
5.	10/04/2023	Konsul Bab I, II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki metode studi kasus tambahkan kalimat sebelum kegiatan pengumpulan data (ceritakan kegiatan pengurusan izin dan lain-lain) 2. Perbaiki data sekunder pada keabsahan data 3. Perbaiki analisa data. Kalimat setelah diklasifikasi dijadikan paragraf kedua 4. Perbaiki Bab I pada kalimat diantara harus disambung 5. Tambahkan data dari Dinkes 6. Tambahkan daftar pustaka 	

6.	15/05/2023	Konsul Bab I, II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Semua kata klien diganti dengan kata pasien 2. Perbaiki spasi pada Bab I, II dan III 3. Perbaiki tujuan khusus pada bagian f 4. Perbaiki batasan istilah pada Bab III 5. Perbaiki metode/prosedur studi kasus pada Bab III 6. Perbaiki keabsahan data pada data sekunder 7. Perbaiki daftar pustaka. Gunakan spasi 1,0 pada penulisan daftar pustaka 	
7.	07/06/2023	Konsul Bab I, II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penulisan kata proposal karya tulis ilmiah pada kata pengantar dihapus 2. Penulisan kata kaprodi menjadi ketua prodi 3. Penulisan kalimat berjasa untuk pada kata pengantar dihapus 4. Penulisan kata tulisan menjadi karya tulis ilmiah 5. Penulisan kata masukan banyak menjadi kata waktu dan masukan 6. Penulisan bulan April pada kata pengantar menjadi bulan Juni 	

			<p>7. Profil data Dinkes Kabupaten Ende : diperjelas tahun 2022 dan profil RSUD Ende diperjelas tahun 2023</p> <p>8. Semua penulisan kata dengan ditulis dengan menggunakan huruf kecil</p> <p>9. Perbaiki batasan istilah pada Bab III tambahkan proses keperawatan</p> <p>10. Lengkapi lokasi dan waktu studi kasus</p> <p>11. Perbaiki metode/prosedur studi kasus</p> <p>12. Data studi kasus berupa hasil pengukuran dihapus</p> <p>13. Perbaiki keabsahan data pada data sekunder</p> <p>14. Sesuaikan daftar pustaka pada mendeley</p>	
8.	08/06/2023	Konsul Bab I, II, dan III	<p>1. Perbaiki kata penghubung pada kata pengantar</p> <p>2. Perbaiki penulisan nama dan gelar ketua program studi</p> <p>3. Perbaiki metode/prosedur studi kasus</p> <p>4. Perbaiki keabsahan data pada data sekunder</p> <p>5. Penulisan kalimat asuhan</p>	Am

			keperawatan pada batasan istilah dijadikan sebagai paragraf 2 6. ACC	
--	--	--	---	--

Mengetahui
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris W. Wamono, M.Kep.Ns, Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE



LEMBAR KONSUL REVISI PROPOSAL

Nama : Getrudis Yustina Ma
NIM : PO 5303202200492
Pembimbing : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Penguji : Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1.	06/07/2023	Konsul Revisi Proposal	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki latar belakang, tambahkan data 10 besar penyakit pada tahun 2022 - Perbaiki upaya yang dilakukan untuk mengatasi penyakit CHF sesuai asuhan keperawatan - Tambahkan penjelasan pada komplikasi penyakit CHF 	
2.	07/07/2023	Konsul Revisi Proposal	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki latar belakang pada data 10 besar penyakit pada tahun 2022 di RSUD Ende - Perbaiki penjelasan gagal ginjal, gagal 	

			organ, syok dan asidosis pada komplikasi penyakit CHF	
3.	10/07/2023	Konsul Revisi Proposal	- Lanjut ke penguji I	

Mengetahui
 Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende

 M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Kom
 196601141991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**



LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

Nama : Getrudis Yastina Ma
 NIM : PO5303202200492
 Pembimbing : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
 Pengaji : Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	13/07/2023	Konsul KTI	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki lokasi dan waktu studi kasus pada Bab III, kata akan di hapus - Perbaiki data DS dan DO pada diagnosa keperawatan Hipervolemia - Perbaiki urutan prioritas masalah keperawatan - Perbaiki intervensi keperawatan pada diagnosa 1-3, kata misalnya di hilangkan 	
2.	14/07/2023	Konsul KTI	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan justifikasi pada pembahasan diagnosa keperawatan - Perbaiki pembahasan pada intervensi keperawatan. - Perbaiki pembahasan pada implementasi keperawatan 	
3	15/07/2023	Konsul KTI	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pembahasan pada implementasi keperawatan. Jelaskan adakah kendala menjalankan implementasi keperawatan serta tambahkan justifikasinya - Perbaiki pembahasan pada 	

			<p>Jelaskan perbedaan antara evaluasi hasil studi kasus dan teori</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki kesimpulan pada bagian kesenjangan antara kasus dan teori, buat yang lebih ringkas 	
4.	17/07/2023	Konsul KTI	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pembahasan pada diagnosa keperawatan tambahkan justifikasi pada pembahasan diagnosa keperawatan - Perbaiki pembahasan pada intervensi keperawatan. Jelaskan alasan mengapa intervensinya tidak sama atau berbeda antara kasus dan teori serta tambahkan justifikasinya - Perbaiki pembahasan pada implementasi keperawatan. Jelaskan adakah kendala menjalankan implementasi keperawatan serta tambahkan justifikasinya - Perbaiki pembahasan pada evaluasi keperawatan. Jelaskan perbedaan antara evaluasi hasil studi kasus dan teori - Perbaiki kesimpulan pada bagian kesenjangan antara kasus dan teori, buat yang lebih ringkas 	

Mengetahui

Studi D III Keperawatan Ende



[Handwritten Signature]
 M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom
 NIP. 196601141991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**



LEMBAR KONSUL REVISI KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

Nama : Getrudis Yustina Ma
 NIM : PO5303202200492
 Pembimbing : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
 Penguji : Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1.	24/07/2023	Konsal Revisi KTI	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki lembar persetujuan garis bawah harus pas di bawa nama - Tambahkan lembar pengesahan dan lampirkan dengan tanggal ujian - Perbaiki kata pengantar. Ucapan terima kasih nomor 1 yaitu direktur. Kata proposal di ganti dengan kata karya tulis ilmiah - Perbaiki margin - Perbaiki spasi pada abstrak serta perhatikan cara penulisan abstrak yang benar - Perbaiki penomoran - Perbaiki tabel. Garis vertikal dihilangkan dan diberi spasi 1 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan gambar 2.1 pada pathway - Perbaiki pembahasan dan diagnosa keperawatan 	
2.	26/07/2023	Konsul Revisi KTI	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki daftar tabel - Perbaiki kesimpulan pada intervensi, implementasi dan evaluasi 	
3.	01/08.2023	Konsul Revisi KTI	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki nomor halaman - Perbaiki tulisan 	
4.	02/08/2023	Konsul Revisi KTI	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki abstrak - Perbaiki daftar tabel - Perbaiki penulisan bulan 	
5.	11/08/2023	Konsul Revisi KTI	<ul style="list-style-type: none"> - ACC - Lanjut ke pembimbing 	

Mengetahui
 Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aden W. Manco, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom
 NIP. 196601141991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**



LEMBAR KONSUL REVISI KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

Nama : Getrudis Yustina Ma
 NIM : PO 5303202200492
 Pembimbing : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
 Penguji : Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	14/08/2023	Revisi KTI	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki keenjangan antara kasus dan teori pada pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi - Tambahkan justifikasi intervensi dan evaluasi pada pembahasan - Perbaiki aturan penulisan abstrak 	
2	16/08/2023	Revisi KTI	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan abstrak, perhatikan panduan - Atur paragraf pada pembahasan bagian pengkajian dan diagnosa - Perbaiki pembahasan pada intervensi, perhatikan koreksi sebelumnya 	

			- Perbaiki pembahasan pada evaluasi, perhatikan sitasi untuk penelitian jangan di sebut judulnya langsung to the point sejalan atau tidak penelitiannya	
3	21/08/2023	Revisi KTI	Perbaiki dan perhatikan penulisan sitasi	Am

Mengetahui
 Direktur Program Studi D III, Keperawatan Ende



Dr. Puji Lili, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom
 NIP. 196601141991021001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Getrudis Yustina Ma
Tempat/Tanggal lahir : Ndetukou, 17 Maret 2001
Alamat : Jalan Woloare B
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik

B. Riwayat Pendidikan

1. TK St. Maria Virgo 3
2. SD Inpres Roworena 2
3. SMP Negeri 2 Ende Selatan
4. SMA Negeri 2 Ende

MOTTO

“Jangan menyerah teruskan melangkah kejar impianmu setinggi mungkin”