

KARYA TULIS ILMIAH: STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL JANTUNG
DENGAN MASALAH INTOLERANSI AKTIVITAS
DI RUANG CVCU RSUD BANGIL PASURUAN**

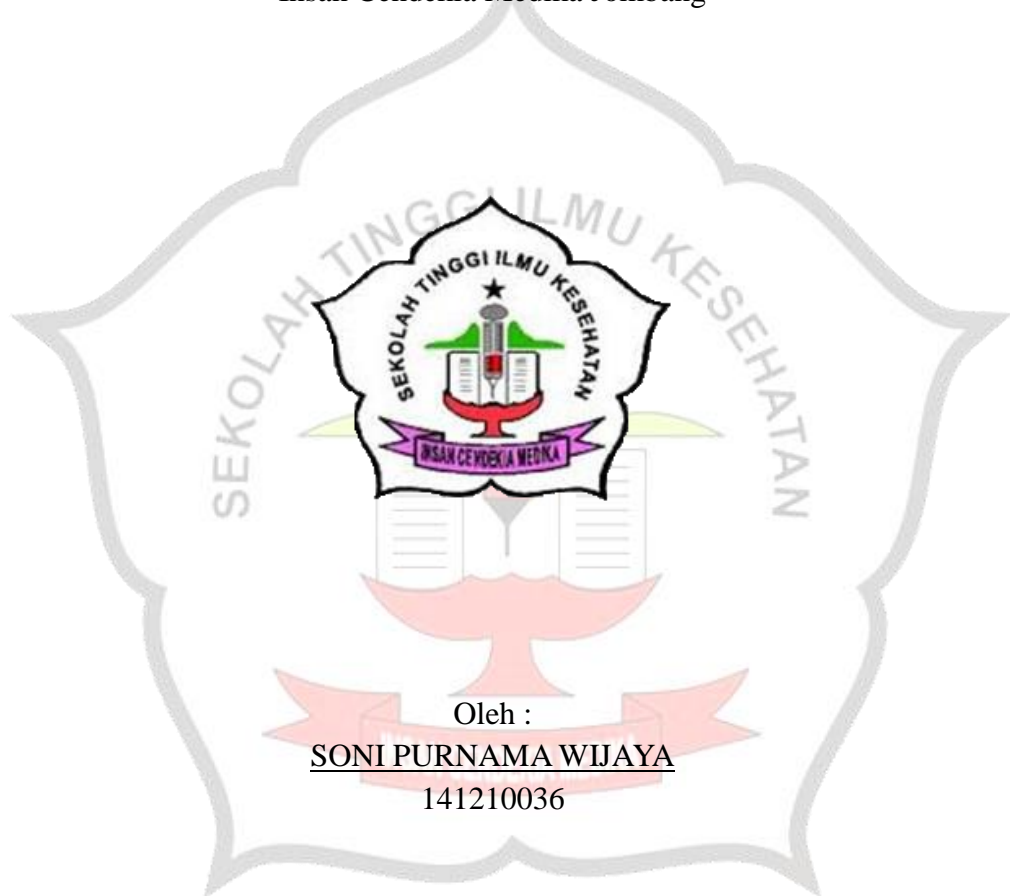


**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

KARYA TULIS ILMIAH: STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL JANTUNG
DENGAN MASALAH INTOLERANSI AKTIVITAS
DI RUANG CVCU RSUD BANGIL PASURUAN**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.Md.Kep.) pada Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Insan Cendekia Medika Jombang



PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : SONI PURNAMA WIJAYA

NIM : 141210036

Jenjang : Diploma

Program Studi : Keperawatan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan adalah hasil penelitian/karya saya sendiri, kecuali pada bagian-bagian yang dirujuk dari sumbernya.

Jombang, 14 Juli 2017

Saya yang menyatakan,



SONI PURNAMA WIJAYA
NIM : 141210036

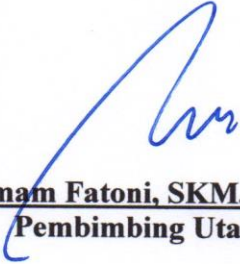
INSAN CENDEKIA MEDIKA

LEMBAR PERSETUJUAN


**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL JANTUNG DENGAN
MASALAH INTOLERANSI AKTIVITAS
DI RUANG CVCU RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Nama Mahasiswa : SONI PURNAMA WIJAYA
NIM : 141210036
Program Studi. : Diploma III Keperawatan

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING





Imam Fatoni, SKM., MM
Pembimbing Utama





Dwi Harianto, S. Kep., Ns
Pembimbing Kedua

Mengetahui,



Bambang Tutuko, S. H., S. Kep., MH
Ketua STIKes ICMe Jombang



Maharani Tri P. S. Kep., Ns., MM
Ketua Program Studi DIII
Keperawatan

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah diajukan oleh

Nama Mahasiswa : SONI PURNAMA WIJAYA

NIM : 141210036

Program Studi. : Diploma III Keperawatan

Judul Karya Tulis Ilmiah: Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Dengan Masalah Intoleransi Aktivitas Di RSUD Bangil Pasuruan

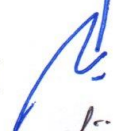
Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi D III Keperawatan

Komisi Dewan Penguji,

Penguji Utama : Dr. Hariyono, M.Kep.

()

Penguji Anggota I : Imam Fatoni, SKM., MM

()

Penguji Anggota II : Dwi Harianto, S.Kep., Ns.

()

Ditetapkan di : Jombang

Pada Tanggal : 3 Juli 2017

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Pacitan, pada tanggal 21 April 1996 dari ayah yang bernama Suparmin dan ibu yang bernama Warsiyem, penulis merupakan putra kedua dari empat bersaudara.

Tahun 2008 penulis lulus dari SDN Gemaharjo IV, tahun 2011 penulis lulus dari SMPN 2 Tegalombo, tahun 2014 penulis lulus dari SMK Kesehatan Bhakti Indonesia Medika Pacitan. Dan pada tahun 2014 lulus seleksi masuk STIKes Insan Cendekia Medika Jombang. Penulis memilih program studi Diploma III Keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes ICME Jombang.

Demikian Riwayat Hidup ini saya buat dengan sebenarnya.

Jombang

SONI PURNAMA WIJAYA

MOTTO

Jadilah diri sendiri dan jangan pernah menjadi orang lain, walaupun dia terlihat lebih baik dari kita

Selalu berfikir besar, dan bertindak mulai sekarang

Percayalah, Tuhan tidak pernah salah memberi rezeki

PERSEMBAHAN

Yang Utama Dari Segalanya

Sujud syukur kepadamu Tuhan Yang Maha Agung, atas kasih sayang dan karuniamu yang telah memberikanku kekuatan dan ketabahan serta membekaliku dengan ilmu dan akal serta kesabaran dalam menjalani kehidupan ini, atas rahmat-

Mu jualah akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.

Kupersembahkan karya sederhana ini kepada orang - orang yang sangat kukasihi dan kusayangi.

Ibunda dan Ayahanda Tercinta

Ayahanda dan ibunda, disini anakmu mencoba untuk memberikan sesuatu yang terbaik untukmu. Betapa diri ini ingin melihat kalian bangga kepadaku. Walaupun itu tidak mungkin bisa membalas semua kasih sayang dan pengorbanan yang telah

kalian berikan untukku, yang tanpa henti selalu mendoakan dan memberi

dukungan disetiap langkahku.

Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat Ibu dan Ayah bahagia dan

bangga karena kusadar, selama ini belum bisa berbuat yang berarti buatmu.

Maafkanlah aku Ibu, Ayah, yang telah selalu merepotkanmu membuatmu marah membuatmu menangis. Aku berjanji akan menjadi anak yang berguna bagimu kelak.

Terima Kasih Ibu.... Terima Kasih Ayah...

Kakak dan adik – adikku

Untuk kakakku Richi Wijaya dan kedua adikku Ervin Tri Wijaya dan Reyhan Daffa Wijaya, terima kasih atas segala dukungan dan doa yang telah kalian berikan. Terima kasih atas canda tawa yang memberiku semangat disaat diriku lemah.

Dosen – dosenku

Terima kasih telah menjadi orang tua kedua untukku, telah membimbingku selama masa pendidikanku di kampus ini, terima kasih atas semua bimbingan, motivasi, serta ilmu yang telah kalian berikan kepadaku

Kekasihku

Buat Rika Armediyani, terima kasih atas kasih sayang, perhatian dan kesabaranmu yang telah memberiku semangat dan inspirasi dalam menyelesaikan tugas akhir ini, terima kasih telah menemani hari – hariku, menerima segala kekuranganku, semoga dirimu pilihan yang terbaik buatku dan masa depanku

Teman dan Sahabatku

Tanpa semangat, dukungan dan bantuan kalian tak akan mungkin aku dapat sampai disini, terima kasih untuk canda, tawa, tangis dan perjuangan yang telah kita lewati bersama, tetap kejar mimpi kalian, semoga kita semua nanti menjadi orang yang sukses. Amin.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala karunia-NYA sehingga Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Dengan Masalah Intoleransi Aktivitas di RSUD Bangil Pasuruan" ini dapat selesai tepat pada waktunya

Penyusunan karya tulis ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bimbingan dan arahan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada yang terhormat : H. Bambang Tutuko, S.Kep.Ns., M.H selaku ketua STIKES ICME Jombang, Maharani Tri P, S.Kep.Ns., MM, selaku Kaprodi D III Keperawatan STIKES ICME Jombang, Imam Fatoni, SKM., MM selaku pembimbing utama yang telah banyak memberi pengarahan, motivasi dan masukan dalam penyusunan karya tulis ini, Dwi Harianto, S.Kep.Ns., selaku pembimbing Dua yang telah banyak memberi motivasi dan pengarahan dan ketelitian dalam penyusunan karya tulis ini. Kepada kedua orang tuaku yang selalu memberi do'a dan semangat tiada henti dalam penyusunan karya tulis ini. Teman-teman yang membantu baik secara langsung maupun tidak langsung memberikan saran dan dorongan sehingga terselesaikannya karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, maka dengan segala kerendahan hati penulis mengharap saran dan kritik yang membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhirnya, mudah - mudahan Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Amin

Jombang

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL JANTUNG DENGAN MASALAH INTOLERANSI AKTIVITAS (Studi Kasus Di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan)

**Oleh:
Soni Purnama Wijaya**

Gagal jantung merupakan sindrom klinis yang ditandai dengan sesak nafas dan fatik baik saat aktivitas maupun istirahat yang disebabkan oleh kelainan struktur atau fungsi jantung. Pada penyakit gagal jantung, jantung akan mengalami penurunan kekuatan kontraksi mengakibatkan darah yang dipompa oleh jantung tidak dapat memenuhi kebutuhan tubuh sehingga tubuh tidak dapat melakukan metabolisme dan mengalami kelemahan. Tujuan dari asuhan keperawatan ini adalah memberikan asuhan keperawatan terhadap klien yang mengalami gagal jantung dengan masalah intoleransi aktivitas.

Metode yang digunakan dalam penulisan karya tulis ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian dilaksanakan di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan dengan partisipan 2 orang dengan diagnosa gagal jantung dengan masalah intoleransi aktivitas.

Hasil asuhan keperawatan pada tahap pengkajian diketahui Tn. M mengatakan mengalami sesak nafas saat beraktivitas, keluhan timbul sejak 5 tahun yang lalu, 1 tahun belakangan keluhan semakin meningkat sehingga klien jarang keluar rumah. Sedangkan Tn. K mengatakan mengalami sesak nafas dan nyeri dada, keluhan meningkat saat klien beraktivitas, kaki kesemutan dan bengkak. Diagnose keperawatan yang ditetapkan pada Tn. M dan Tn. K adalah intoleransi aktivitas.

Kesimpulan dari hasil asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. M dan Tn. K dengan masalah intoleransi aktivitas yaitu terjadinya perbedaan hasil dimana Tn. K kondisinya lebih bagus dilihat dari berkurangnya keluhan dan tanda gejala yang ada, hal ini dapat dikarenakan Tn. M memiliki penyakit komplikasi lain dan kondisi klien sendiri sudah lemah sehingga perlu adanya tindakan lebih lanjut.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Gagal Jantung, Intoleransi Aktivitas

ABSTRACT

NURSING CARE TO HEART FAILURE CLIENT WITH INTOLERANCE ACTIVITY PROBLEM

(Case Study in CVCU Room of RSUD Bangil Pasuruan)

By :

Soni Purnama Wijaya

Heart Failure is clinical syndrome marked with stuffy and fatigue both during activity and rest that caused by structural abnormality or heart function. For heart failure disease, heart will get reduction of contraction power that cause blood pumped by heart can't fulfill body need so that body can't do metabolism and suffer weakness. The purpose of this nursing care to give nursing care to heart failure client with intolerance activity problem

Method used is Descriptive method by case study approach. Research held in CVCU room of RSUD Bangil Pasuruan with 2 participants that has heart failure diagnosis with intolerance activity problem

The result of nursing care in assessment step known that Mr M feels stuffy when having activity, complaint appeared since 5 years ago, For 1 year the complaint more and more so that client seldom goes out. At the same time, Mr K feels stuffy and chest pain, complaint increasing when client having activity, tingling foot and swollen. Nursing diagnosis appointed to Mr M and Mr K is intolerance activity

The conclusion of nursing care to Mr M and Mr K with intolerance activity problem that occurrence the result difference where Mr K, his condition is better by decreasing of complaint and symptoms appear; This is caused because Mr M has another complication disease and client condition is weak so that needed continuously action

Keywords : Nursing care, heart failure, intolerance activity

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL LUAR	i
HALAMAN JUDUL DALAM	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
RIWAYAT HIDUP	vi
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK	x
ABSTRACT	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Batasan Masalah.....	4
1.1. Rumusan Masalah	4
1.2. Tujuan.....	4
1.3. Manfaat.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Konsep Gagal jantung	6
2.2. Konsep Intoleransi Aktivitas	17
2.3. Konsep asuhan Keperawatan	18
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1. Desain Penelitian	27
3.2. Batasan Batasan Istilah.....	28
3.3. Partisipan	28
3.4. Lokasi Penelitian Waktu Penelitian.....	29
3.5. Pengumpulan data	29
3.6. Uji Keabsahan data.....	29
3.7. Analisis Data	30
3.8. Etik Penelitian	31
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil	33
4.2 Pembahasan	42
BAB V PENUTUP	
5.1 Kesimpulan	48
5.2 Saran	51
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. WOC Gagal Jantung 12



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.	Klasifikasi gagal jantung berdasarkan gejala pada klien	7
Tabel 2.2.	Klasifikasi gagal jantung berdasarkan penilaian obyektif	7
Tabel 2.3.	Intervensi intoleransi aktivitas	24



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Pelaksanaan Laporan Kasus
Lampiran 2	Permohonan Menjadi responden
Lampiran 3	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 4	Form Pengkajian Keperawatan
Lampiran 5	Surat Pre Survei Data dari STIKES ICME Jombang
Lampiran 6	Surat Penelitian dari STIKES ICME Jombang
Lampiran 7	Surat Persetujuan Study Pendahuluan dari RSUD Bangil
Lampiran 8	Surat Persetujuan Penelitian dari RSUD Bangil
Lampiran 9	Surat Keterangan Selesai Penelitian dari RSUD Bangil
Lampiran 10	Lembar konsul pembimbing 1
Lampiran 11	Lembar konsul pembimbing 2
Lampiran 12	Lembar Pernyataan Plagiasi



DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN



ACEI	: <i>Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor</i>
ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
AGD	: Analisa Gas Darah
ARB	: <i>Angiotensin Reseptor Blocker</i>
ATP	: Adenosin trifosfat
BB	: Berat Badan
BUN	: <i>Blood Ureum Nitrogen</i>
CT Scan	: <i>Computed Tomography Scanner</i>
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Dinkes Kab	: Dinas Kesehatan Kabupaten
EKG	: Elektro Kardiogram
MK	: Masalah Keperawatan
NANDA	: <i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NIC	: <i>Nursing Intervention Classification</i>
NOC	: <i>Nursing Outcome Classification</i>
NYHA	: <i>New York Heart Association</i>
PCO ₂	: Tekanan Karbon Dioksida
Riskesdas	: Riset kesehatan dasar
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
TTV	: Tanda Tanda Vital
WHO	: <i>World Health Organization</i> / Organisasi Kesehatan Dunia
WOC	: <i>Web Of Caution</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal jantung merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas di seluruh dunia (Goodman & Gilman, 2011). Gagal jantung dapat dialami oleh setiap orang dari berbagai usia, missal *neonatus* dengan gagal jantung *congenital* atau orang dewasa dengan penyakit jantung arterosklerosis, usia pertengahan dan usia tua sering pula mengalami kegagalan jantung. Masalah yang sering muncul pada penderita gagal jantung adalah berkurangnya pasokan oksigen ke jaringan sehingga tubuh mengalami kelemahan atau intoleransi dalam aktivitas (Wijaya & Putri, 2015). Intoleransi aktivitas merupakan suatu keadaan dimana tubuh tidak memiliki kecukupan energi untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas dalam kehidupan sehari – hari (Herdman & Kamitsuru, 2015).

Data WHO (2013), 17,3 juta orang meninggal akibat penyakit kardiovaskular pada tahun 2008, mewakili 30% dari semua kematian global. Dari kematian ini, diperkirakan 7,3 juta disebabkan oleh penyakit jantung. Lebih dari 80% kematian penyakit kardiovaskular terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah dan terjadi hampir sama pada pria dan wanita (Yancy, 2013). Diperkirakan bahwa 5,3 juta warga Amerika saat ini memiliki gagal jantung kronik dan setidaknya ada 550.000 kasus gagal jantung baru didiagnosis setiap tahunnya. Pasien dengan gagal jantung akut kira-kira mencapai 20% dari seluruh kasus gagal jantung. Prevalensi gagal

jantung meningkat seiring dengan usia, dan mempengaruhi 6-10% individu lebih dari 65 tahun (Yancy, 2013).

Data Riskesdas tahun 2013 menyebutkan bahwa prevalensi gagal jantung di Indonesia sebesar 0,3%. Sedangkan estimasi jumlah penderita penyakit gagal jantung terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Timur sebanyak 0,19% atau 54.826 orang. Di RSUD Bangil Pasuruan sendiri jumlah penderita gagal jantung pada tahun 2016 mencapai 958 orang.

Penyebab gagal jantung dapat dibagi menjadi dua, meliputi penyakit pada *myocard* (antara lain: penyakit jantung koroner, kardiomiopati, *myocarditis*), dan gangguan mekanis pada *myocard* (antara lain: hipertensi, stenosis aorta, koartasio aorta) (Kabo, 2012). Penyebab gagal jantung ini dapat digunakan untuk menilai kemungkinan morbiditas kardiovaskuar (Aaronson & Ward, 2010). Gagal jantung, apabila terjadi di ventrikel kanan, maka yang menonjol adalah gejala kongesti visera dan jaringan perifer. Hal ini terjadi karena sisi kanan jantung tidak mampu mengosongkan volume darah dengan adekuat sehingga tidak dapat mengakomodasi semua darah yang secara normal kembali dari sirkulasi vena, sirkulasi sistemik melambat sehingga aliran darah di vena akhirnya melemah, dan tekanan hidrostatik meninggi, menyebabkan cairan terakumulasi di jaringan perifer. Cairan berpindah dari ruangan intraseluler ke interstitial. Manifestasi klinis yang terjadi meliputi edema ekstremitas bawah, anoreksia dan mual, nokturia dan lemah (Gray et al, 2014). Pada kasus gagal jantung kiri, ventrikel kiri tidak dapat mengosongkan volume darah secara adekuat sehingga darah dari vena pulmonalis tidak dapat masuk ke dalam ventrikel kiri, menyebabkan

penumpukan cairan pada paru-paru, jika hal ini terus berlangsung dapat mengakibatkan cairan merembes ke dalam alveoli dan terjadilah edema paru (Padila, 2013). Manifestasi yang ditimbulkan antara lain *orthopnea*, *dyspnea*, *tachypnea*, batuk dengan sputum berbusa, kadang-kadang hemoptisis, jantung berdebar dan kelemahan atau kelelahan saat melakukan aktivitas, bahkan pada kasus yang sudah parah, klien dapat mengalami syok kardiogenik sampai kematian (Gray, 2014).

Intoleransi aktivitas merupakan salah satu masalah utama pada penderita gagal jantung, untuk itu pembatasan aktivitas yang berat sangat membantu untuk mengurangi beban pada jantung. Pencatatan data frekuensi jantung, perubahan tekanan darah, frekuensi pernafasan, EKG, *dyspneu*, *cyanosis*, serta keluhan subyektif selama dan sesudah aktivitas juga perlu dilakukan untuk mengetahui respon klien terhadap aktivitas sehingga dapat mengetahui jika terjadi penurunan oksigen miokard dan penurunan fungsi jantung. Pertahankan klien untuk tirah baring selama serangan akut untuk mengurangi beban jantung, menganjurkan klien untuk meningkatkan aktivitas secara bertahap berguna untuk menjaga keadaan jantung tetap stabil dan mencegah aktivitas berlebih. Pemberian diit sesuai kebutuhan (rendah air dan Na) untuk mencegah retensi cairan dan menurunkan resiko edema akibat penurunan kontraktilitas jantung (Muttaqin, 2009)

1.2 Batasan Masalah

Masalah pada studi kasus ini dibatasi pada: Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Dengan Masalah Intoleransi Aktivitas di RSUD Bangil Pasuruan.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Dengan Masalah Intoleransi Aktivitas di RSUD Bangil Pasuruan?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Dengan Masalah Intoleransi Aktivitas di ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan.

1.4.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam studi kasus ini adalah :

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien gagal jantung di ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan
2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien gagal jantung di ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien gagal jantung di ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan
4. Melakukan tindakan keperawatan pada klien gagal jantung di ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien gagal jantung di ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan

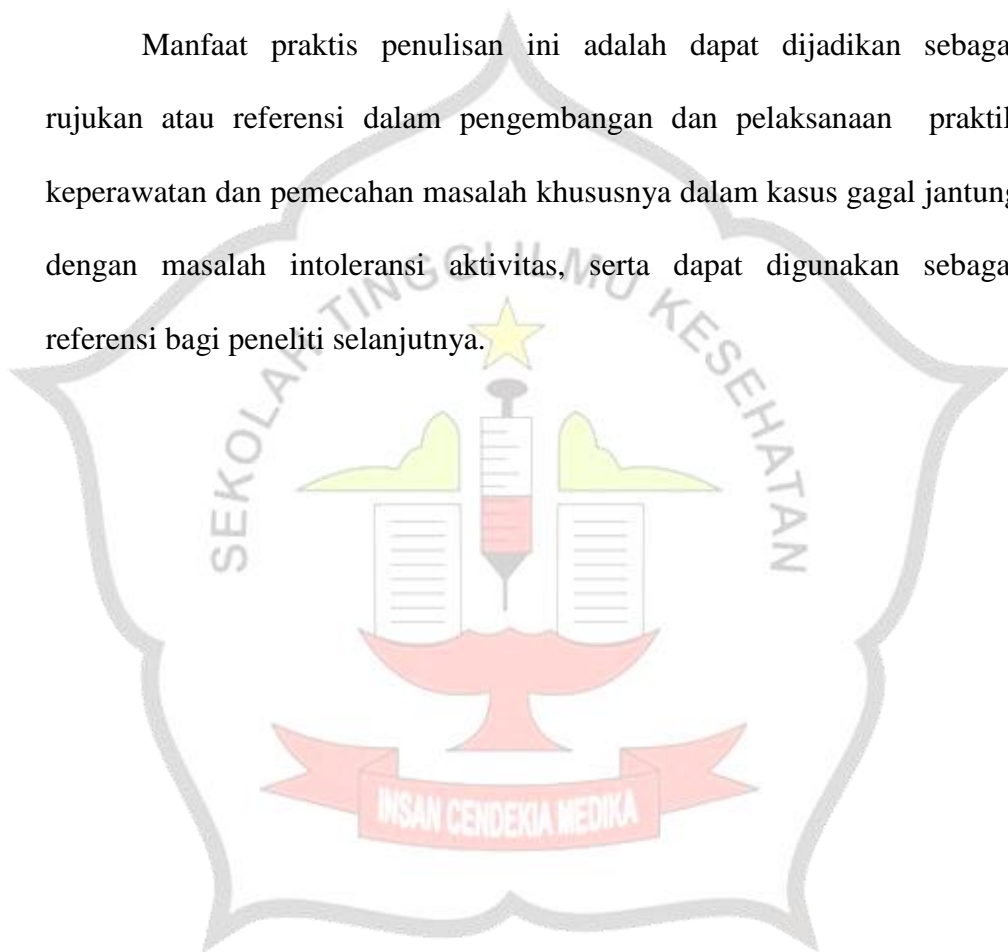
1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis studi kasus ini adalah untuk pengembangan ilmu keperawatan terkait asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Dengan Masalah Intoleransi Aktivitas.

1.5.2 Manfaat Praktis

Manfaat praktis penulisan ini adalah dapat dijadikan sebagai rujukan atau referensi dalam pengembangan dan pelaksanaan praktik keperawatan dan pemecahan masalah khususnya dalam kasus gagal jantung dengan masalah intoleransi aktivitas, serta dapat digunakan sebagai referensi bagi peneliti selanjutnya.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Gagal Jantung

2.1.1. Definsi Gagal Jantung

Gagal jantung adalah sindrome klinis, ditandai oleh sesak nafas dan fatik (saat istirahat atau saat aktivitas) yang disebabkan oleh kelainan struktur atau fungsi jantung. Gagal jantung dapat disebabkan oleh gangguan yang mengakibatkan terjadinya pengurangan pengisian ventrikel (disfungsi diastolik) dan/atau kontraktilitas *myocardial* (disfungsi sistolik) (Nurarif & Kusuma)

Gagal jantung juga dapat dinyatakan sebagai kumpulan gejala yang kompleks dimana seorang pasien harus memiliki tampilan berupa: Gejala gagal jantung (nafas pendek yang tipikal saat istirahat atau saat melakukan aktifitas disertai / tidak kelelahan); tanda retensi cairan (kongesti paru atau edema pergelangan kaki); adanya bukti objektif dari gangguan struktur atau fungsi jantung saat istirahat (Bambang B et al. 2015)

2.1.2. Klasifikasi Penyakit Gagal Jantung

Pasien gagal jantung dapat diklasifikasikan sesuai dengan tingkat keparahan gejala mereka. Tabel di bawah ini menggambarkan sistem klasifikasi yang paling umum digunakan, yaitu menurut *New York Heart Association (NYHA) Fungsional Classification*. Pasien dikelompokkan berdasarkan toleransi mereka terhadap aktivitas fisik.

Tabel 2.1. Klasifikasi gagal jantung berdasarkan gejala pada klien

Class	Gejala Pasien
I	Tidak ada pembatasan aktivitas fisik. Aktivitas fisik biasa tidak menyebabkan kelelahan yang berarti, palpitasi, <i>dyspnea</i> (sesak napas).
II	Sedikit keterbatasan terhadap aktivitas fisik sehari - hari. Nyaman saat istirahat. Aktivitas biasa dapat menyebabkan kelelahan, palpitasi, dan <i>dyspnea</i> .
III	Ditandai dengan pembatasan aktivitas fisik. Nyaman saat istirahat. Sedikit aktivitas dapat menyebabkan kelelahan, palpitasi, dan <i>dyspnea</i> .
IV	Tidak dapat melakukan aktivitas fisik tanpa ketidaknyamanan. Gejala gagal jantung saat istirahat. Jika aktivitas fisik dilakukan, ketidaknyamanan meningkat

Sumber: NYHA, 2016

Tabel 2.2. Klasifikasi Gagal jantung berdasarkan penilaian obyektif

Class	Penilaian Obyektif
A	Tidak ada tanda obyektif penyakit kardiovaskular. Tidak ada gejala dan tidak ada batasan dalam aktivitas fisik biasa.
B	Tanda obyektif penyakit kardiovaskular minimal. Gejala ringan dan keterbatasan sedikit selama aktivitas biasa. Nyaman saat istirahat.
C	Tanda obyektif penyakit kardiovaskular cukup parah. Ditandai keterbatasan dalam aktivitas karena gejala yang meningkat, bahkan selama aktivitas yang minimal. Nyaman hanya pada saat istirahat.
D	Tanda obyektif penyakit kardiovaskular yang berat. Keterbatasan parah. Bahkan gejala dapat muncul ketika beristirahat.

Sumber: NYHA, 2016

2.1.3. Etiologi

Menurut Wijaya & Putri (2013), secara umum gagal jantung dapat disebabkan oleh berbagai hal yang dapat dikelompokkan menjadi:

1. Disfungsi *Myocard*

a. Iskemia otot jantung

Iskemia otot jantung merupakan suatu keadaan dimana terjadi sumbatan aliran darah yang berlangsung progresif sehingga suplai darah yang ke jaringan tidak adekuat.

b. Infark *myocard*

Infark *myocard* adalah kondisi terhentinya aliran darah dari arteri koroner yang menyebabkan kekurangan oksigen dan menyebabkan kematian sel – sel otot jantung.

c. *Myocarditis*

Myocarditis adalah kondisi dimana otot jantung mengalami peradangan atau inflamasi.

d. Kardiomiopati

Kardiomiopati merupakan penyakit jantung yang melemahkan dan memperbesar otot jantung.

2. Beban tekanan berlebih pada sistolik (sistolik overload)

a. Stenosis aorta

Stenosis aorta adalah kondisi dimana terjadi penyempitan pada katup aorta

b. Hipertensi

Hipertensi merupakan suatu kondisi dimana tekanan darah pada dinding arteri meningkat atau berada diatas rentang normal.

c. Koartasio aorta

Koartasio aorta adalah penyempitan pada aorta, yang biasanya terjadi pada aorta yang membelok ke bawah (*decending aorta*)

3. Beban volume berlebih pada diastolic (diastolik overload)

a. Insufisiensi katup mitral dan trikuspid

Insufisiensi katup adalah kebocoran aliran balik melalui katup mitral maupun trikuspid pada saat ventrikel berkontraksi yang diakibatkan tidak menutupnya katup secara sempurna.

4. Peningkatan kebutuhan metabolik (demand overload)

a. Anemia

Anemia adalah berkurangnya jumlah sel darah merah atau hemoglobin didalam darah.

b. Tirotoksikosis

Merupakan sindrom klinis hipermetabolisme yang disebabkan peningkatan kadar hormone tiroksin bebas, tridotironin bebas atau keduanya.

c. Beri – beri

Beri – beri merupakan suatu penyakit yang disebabkan kekurangan vitamin B (tiamin)

d. Penyakit paget

Penyakit paget adalah kelainan langka pada tulang dimana tulang tumbuh secara tidak normal, menjadi lebih besar dan lunak.

5. Gangguan pengisian ventrikel

a. Primer (gagal distensi sistolik)

1. Perikarditis retriktif

Suatu bentuk kelainan jantung dimana dinding jantung mengalami kekakuan, dan jantung mengalami restriksi untuk mengembang dan melakukan pengisian darah dengan semestinya.

2. Tamponade jantung

Merupakan tipe akut dari efusi perikard dimana cairan terakumulasi di dalam pericardium.

b. Sekunder

Gangguan pengisian ventrikel sekunder antara lain adalah stenosis katup jantung baik katup mitral maupun katup trikuspid, stenosis katup merupakan penyempitan lubang katup yang mengakibatkan peningkatan tahanan aliran darah dari atrium ke ventrikel.

2.1.4. Patofisiologi

Jantung yang normal dapat berespon terhadap peningkatan kebutuhan metabolisme yang menggunakan mekanisme kompensasi yang bervariasi untuk mempertahankan kardiak output. Ini mungkin meliputi: respon sistem syaraf simpatik terhadap baroreseptor atau kemoreseptor, pengencangan dan pelebaran otot jantung untuk menyesuaikan terhadap peningkatan volume, vasokonstriksi arteri renal dan aktivasi sistem renin angiotensin serta respon terhadap serum – serum sodium dan regulasi *Anti Diuretic Hormone* dari reabsorpsi cairan.

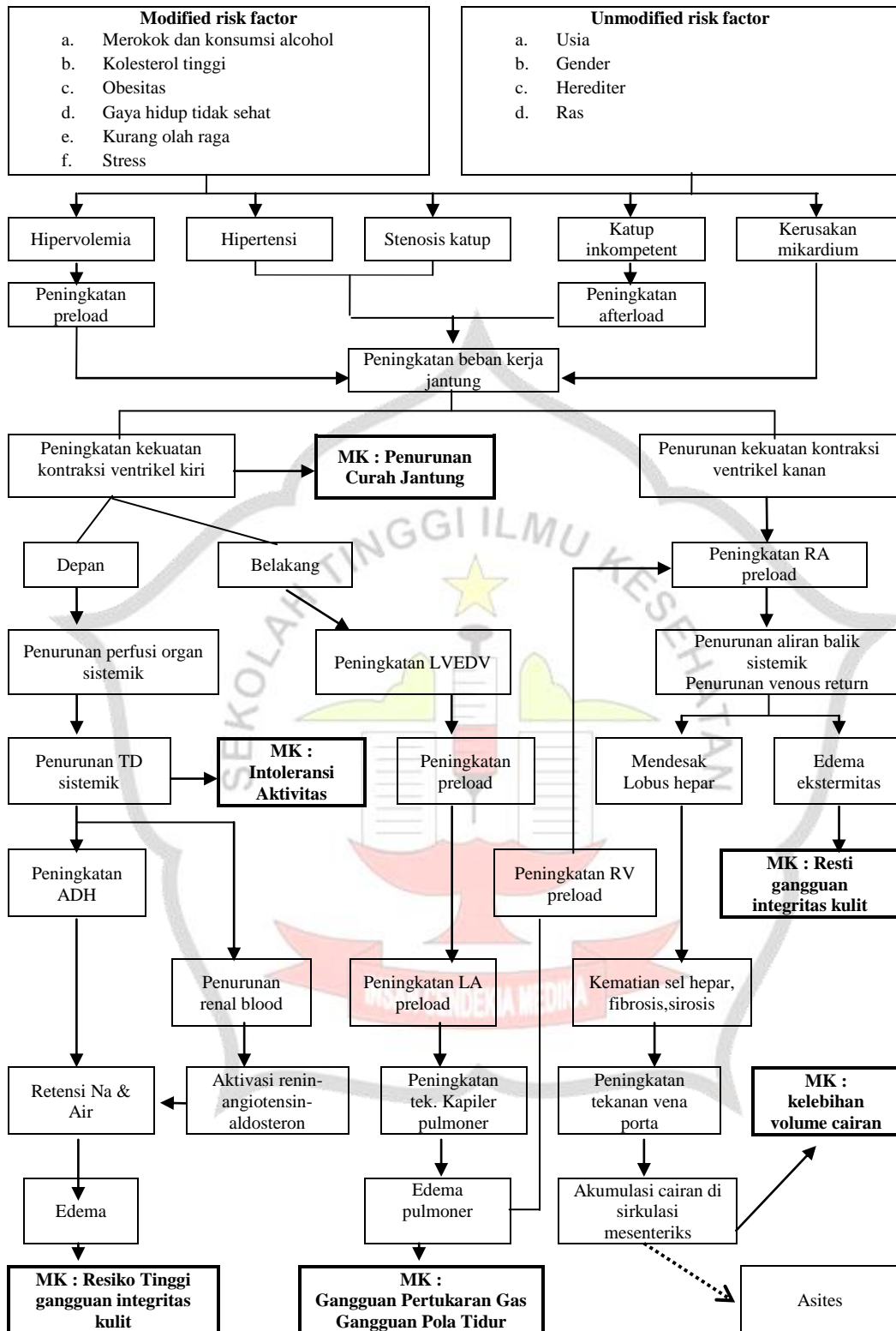
Kegagalan mekanisme kompensasi dipercepat oleh adanya volume darah sirkulasi yang dipompakan untuk menentang peningkatan resistensi vaskuler oleh pengencangan jantung. Kecepatan jantung memperpendek waktu pengisian ventrikel dan arteri koronaria, menurunkannya kardiak output menyebabkan berkurangnya oksigenasi pada miokard. Peningkatan tekanan dinding pembuluh darah akibat dilatasi menyebabkan pembesaran jantung (hipertrofi) terutama pada jantung iskemik atau kerusakan, yang menyebabkan kegagalan sistem pemompaan.

Kegagalan jantung dapat dinyatakan sebagai kegagalan sisi kiri atau sisi kanan jantung. Kegagalan pada salah satu sisi jantung dapat berlanjut

dengan kegagalan pada sisi yang lain dan manifestasi klinis yang sering menampakkan kegagalan pemompaan total. Manifestasi klinis dari gagal jantung kanan adalah: edema, distensi vena, asites, penambahan berat badan, nokturia, anoreksia, peningkatan tekanan atrium kanan, peningkatan tekanan vena perifer. Manifestasi gagal jantung kiri antara lain: dispnea, orthopnea, sianosis, batuk berdahak atau batuk darah, lemah, peningkatan tekanan pulmonary kapiler, peningkatan tekanan antrium kiri (Padila, 2012)



2.1.5. *Web of Caution* Gagal Jantung



Gambar 2.1. WOC gagal jantung (Wijaya & Putri, 2013)

2.1.6. Manifestasi Klinis

1. Gagal jantung kiri

a. *Dyspnea.*

Dyspnea adalah keadaan dimana seseorang kesulitan dalam bernafas yang disebabkan karena suplai oksigen ke jaringan tubuh tidak sebanding dengan kebutuhan tubuh.

b. *Orthopnea.*

Merupakan keadaan dimana terjadi sesak nafas saat dalam keadaan berbaring

c. *Paroxysmal nocturnal dyspnea.*

Keadaan dimana seseorang terbangun pada malam hari karena mengalami sesak nafas akut.

d. Batuk dengan dahak berbusa atau batuk darah.

e. Mudah lelah.

Keadaan dimana klien merasa kelelahan saat melakukan aktivitas fisik sehari – hari.

f. *Ronchi.*

Ronchi adalah suara tambahan yang dihasilkan oleh aliran udara melalui saluran nafas yang berisi sekret atau akibat saluran nafas yang menyempit atau terjadi edema saluran nafas.

2. Gagal jantung kanan

a. Edema perifer.

Pembengkakan akibat akumulasi cairan dalam jaringan terutama pada kaki.

b. Peningkatam BB.

c. Distensi vena jugularis.

Merupakan peningkatan tekanan pada vena jugularis yang digunakan sebagai indicator kelainan jantung

d. Hapatomegali.

Merupakan penyakit yang disebabkan oleh terjadinya pembesaran ukuran hati melebihi ukuran normal.

e. *Ascites*.

Ascites merupakan akumulasi atau pengumpulan cairan di dalam rongga perut.

f. *Anorexia*.

Merupakan gangguan makan yang ditandai dengan berkurangnya keinginan atau nafsu makan.

g. Mual, dll.

3. Secara umum penurunan curah jantung dapat menyebabkan perfusi oksigen ke jaringan rendah, sehingga menimbulkan gejala seperti pusing, kelelahan, tidak toleran terhadap aktivitas dan panas, dan ekstremitas dingin.

2.1.7. Komplikasi Gagal Jantung

Menurut Wijaya & Putri (2013), komplikasi dari gagal jantung antara lain :

1. Adema paru akut dapat terjadi akibat gagal jantung kiri.
2. Syok kardiogenik

Akibat penurunan dari curah jantung dan perfusi jaringan yang tidak adekuat ke organ vital (jantung dan otak).

3. Episode trombolik

Thrombus terbentuk akibat imobilitas pasien dan gangguan sirkulasi, trombus dapat menyebabkan penyumbatan pembuluh darah.

4. Efusi pericardial dan tamponade jantung

Masuknya cairan ke kantung pericardium, cairan dapat meregangkan pericardium sampai ukuran maksimal. *Cardiac output* menurun dan aliran balik vena ke jantung → tamponade jantung.

2.1.8. Pemeriksaan Penunjang Gagal jantung

1. Eletro kardiogram (EKG)

Hipertropi atrial atau ventrikuler, penyimpangan aksis, iskemia, disritmia, takikardi, fibrilasi atrial.

2. Ekokardiografi

a. Ekokardiografi model M (berguna untuk mengevaluasi volume bilik dan kelainan regional, model M paling sering dipakai dan ditayangkan bersamaan dengan EKG)

b. Ekokardiografi 2 dimensi (CT-scan)

c. Ekokardiografi Doppler (memberikan pencitraan dan pendekatan transesofageal terhadap jantung)

3. Kateterisasi jantung

Tekanan abnormal merupakan indikasi dan membantu membedakan gagal jantung kanan, gagal jantung kiri dan stenosis katup atau insufisiensi.

4. Radiografi dada

Dapat menunjukkan pembengkakan jantung, bayangan menggambarkan dilatasi atau hipertrofi bilik, atau perubahan dalam pembuluh darah abnormal.

5. Elektrolit

Mungkin berubah karena perpindahan cairan atau penurunan fungsi ginjal, terapi diuretik.

6. Oksimetri nadi

Saturasi oksigen mungkin rendah terutama jika gagal jantung kongestif akut menjadi kronis.

7. Analisa gas darah (AGD)

Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratori ringan atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂

8. *Blood ureum nitrogen* (BUN) dan kreatinin

Peningkatan BUN menunjukkan penurunan fungsi ginjal. Kenaikan baik BUN maupun kreatinin merupakan indikasi gagal ginjal.

2.1.9. Penatalaksanaan Gagal Jantung

Menurut Amin & Hardi (2015) penatalaksanaan gagal jantung dibagi atas:

1. Terapi non farmakologi

Terapi non farmakologi antara lain perubahan gaya hidup, monitorin dan kontrol faktor resiko.

2. Terapi farmakologi

Terapi farmakologi yang dapat diberikan antara lain golongan diuretik, *angiotensin converting enzyme inhibitor* (ACEI), beta bloker, *angiotensin reseptor blocker* (ARB), glikosida jantung, vasodilator, agonis beta, serta biperidin.

2.2. Konsep Intoleransi Aktivitas

2.2.1. Definisi Intoleransi Aktivitas

Menurut Herdman & Kamitsuru (2015), intoleransi aktivitas merupakan ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan.

2.2.2. Batasan Karakteristik

Batasan karakteristik pada klien dengan masalah intoleransi aktivitas antara lain *dyspnea* setelah beraktivitas, kelelahan, ketidaknyamanan setelah beraktivitas, perubahan pada EKG (misalnya aritmia, abnormalitas konduksi, iskemia), respon frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas, respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas (Herdman & Kamitsuru, 2015)

2.2.3. Faktor yang Berhubungan

Faktor yang berhubungan atau hal-hal yang dapat mengakibatkan timbulnya masalah intoleransi aktivitas antara lain gaya hidup kurang gerak, imobilitas, ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen, tirah baring (Herdman & Kamitsuru, 2015)

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gagal Jantung

2.3.1. Pengkajian

1. Biodata

- a. Inisial :
- b. Umur :
- c. Jenis kelamin :
- d. Suku / bangsa :

2. Keluhan utama dan riwayat penyakit sekarang

- a. Sesak napas (*dyspnea*) karena adanya akumulasi cairan dalam paru-paru oleh karena ventrikel kiri tidak efektif sehingga timbul sesak.
- b. *Paroximal noctural dyspnea* (bangun tengah malam hari karena kesulitan bernapas) yang disebabkan oleh reabsorpsi cairan dalam paru.
- c. Kelelahan, karena penurunan *cardiac out put* yang menyebabkan penurunan ATP sebagai sumber energi untuk kontraksi otot.
- d. Ascites, karena terakumulasinya cairan pada rongga abdomen akibat peningkatan vena portal sehingga mendorong cairan serous dan keluar dari sirkulasi portal

3. Riwayat penyakit masa lalu

- a. Kerusakan katub jantung bawaan.
- b. Hipertensi
- c. Diabetes Mellitus
- d. Bedah jantung
- e. *Infark myocard* kronis

4. Riwayat penyakit keluarga

Seseorang yang memiliki riwayat keluarga menderita penyakit jantung akan lebih beresiko menderita penyakit yang sama.

5. Pola kebiasaan sehari – hari

a. Aktivitas / istirahat

1. Gejala:

- a. Keletihan, kelelahan sepanjang hari.
- b. Nyeri dada saat melakukan aktivitas
- c. Insomnia
- d. Terbangun pada malam hari karena sesak nafas

2. Tanda:

- a. Gelisah, perubahan status mental: letargi, TTV berubah saat beraktivitas

e. Nutrisi

1. Gejala:

- a. Kehilangan nafsu makan
- b. Mual dan muntah
- c. Penambahan BB yang drastis
- d. Diet rendah garam dan air

e. Penggunaan diuretik

2. Tanda:

- a. Distensi abdomen
- b. Edema

f. Eliminasi

1. Gejala:

- a. Penurunan berkemih
- b. Urin berwarna gelap
- c. *Nocturia*
- d. Diare / konstipasi

e. *Hygine*

1. Gejala:

- a. Keletihan, kelemahan, kelehan dalam melakukan aktivitas perawatan diri

6. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

1. Kesadaran : (Composmentis sampai dengan koma)
2. Lemah

b. Tanda-tanda vital

1. Tensi : meningkat
2. Nadi : meningkat
3. Suhu : normal atau meningkat
4. Pernapasan : meningkat dan tidak teratur
5. Nyeri : nyeri dada akut, nyeri abdomen atas

c. Berat badan : meningkat drastis apabila terjadi edema

d. Pemeriksaasaan *cephalocaudal*

1. Kepala dan leher

- a. Konjuctiva pucat, distensi vena jugularis

- b. Terdapat tanda-tanda anemia
 - c. Bibir kering, sianosis
2. Pemeriksaan dada
- a. Pernafasan
 - 1. Dispnea, orthopnea, takipnea
 - 2. Batuk dengan atau tanpa sputum
 - 3. Retraksi dinding dada
 - 4. *Ronchi, wheezing*
 - b. Sirkulasi
 - 1. Tekanan darah dapat meningkat atau menurun
 - 2. Takikardi, sianosis perifer
 - 3. Nyeri dada saat aktivitas
3. Pemeriksaan abdomen
- a. Ascites
 - b. Nyeri tekan
 - c. Hepatomegali
4. Pemeriksaan ekstremitas dan Integumen
- a. Sianosis perifer
 - b. Pucat
 - c. Akral dingin
 - d. Edema tungkai (pitting edema)
5. Pemeriksaan genitalia, anus
- a. Kemungkinan ada edema pada genitalia
 - b. Keluhan berkemih

c. Diare, konstipasi

6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada penderita gagal jantung dapat melalui pemeriksaan radiogram dada, kimia darah, urin lengkap, dan pemeriksaan fungsi hati

2.3.2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik mengenai respon individu, klien atau masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat (Herdman & Kamitsuru, 2015).

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada penderita gagal jantung antara lain:

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh
2. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sekret
3. Gangguan pertukaran gas
4. Nyeri akut
5. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan menurunnya laju filtrasi glomerulus / meningkatnya produksi ADH dan retensi natrium dan air
6. Kerusakan integritas kulit
7. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia

8. Ansietas berhubungan dengan kesulitan nafas dan kegelisahan akibat oksigenasi yang tidak adekuat

9. Defisit perawatan diri

2.3.3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh antara lain:

DIAGNOSA	NOC	NIC
<p>Intoleransi Aktivitas</p> <p>Definisi: ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea setelah beraktivitas 2. Kelelahan 3. Ketidaknyamanan setelah beraktivitas 4. Perubahan EKG 5. Respon frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas 6. Respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gaya hidup kurang gerak 2. Imobilitas 3. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 4. Tirah baring 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsevasi energi <ol style="list-style-type: none"> a. Keseimbangan aktivitas dan istirahat b. Tidur siang untuk mengembalikan energi c. Mengakui keterbatasan energi d. Menghemat energi e. Menggunakan tehnik konsevasi energi f. Menyesuaikan gaya hidup dengan tingkat energi g. Mempertahankan ketahanan yang adekuat untuk aktivitas 2. Toleransi aktivitas <ol style="list-style-type: none"> a. Saturasi oksigen dengan aktivitas b. Denyut nadi dengan aktivitas c. Pernafasan dengan aktivitas d. Kemudahan bernafas dengan aktivitas e. Tekanan darah sistol dan diastole dengan aktivitas f. Gambaran EKG g. Warna kulit h. Kecepatan berjalan 	<p>Terapi Aktivitas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status emosional, fisik dan social serta spiritual klien terhadap latihan/aktivitas. 2. Monitor hasil pemeriksaan EKG klien saat istirahat dan aktivitas (bila memungkinkan dengan tes toleransi latihan). 3. Bantu klien memilih aktivitas yang sesuai dengan kondisi. 4. Bantu klien untuk melakukan aktivitas/latihan fisik secara teratur. 5. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk merencanakan , monitoring program aktivitasi klien. 6. Kolaborasi pemberian obat antihipertensi, obat-obatan digitalis, diuretic dan vasodilator. <p>Menejemen energi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan pembatasan aktivitas fisik pada klien 2. Tentukan persepsi klien dan perawat mengenai kelelahan. 3. Tentukan penyebab kelelahan (perawatan, nyeri, pengobatan) 4. Monitor efek dari pengobatan klien. 5. Monitor intake nutrisi

i.	Jarak berjalan	yang adekuat sebagai sumber energy.
j.	Kekuatan menaiki tangga	6. Anjurkan klien dan keluarga untuk mengenali tanda dan gejala kelelahan saat aktivitas.
k.	Kekuatan tubuh bagian atas	7. Anjurkan klien untuk membatasi aktivitas yang cukup berat seperti berjalan jauh, berlari, mengangkat beban berat, dll.
l.	Kekuatan tubuh bagian bawah	8. Monitor respon terapi oksigen klien.
m.	Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari	9. Batasi stimuli lingkungan untuk relaksasi klien.
n.	Kemampuan berbicara dengan aktivitas fisik	10. Batasi jumlah pengunjung.
3.	Perawatan diri: aktivitas sehari-hari	
a.	Makan	
b.	Berpakaian	
c.	Toileting	
d.	Mandi	
e.	Berhias	
f.	Kebersihan	
g.	Kebersihan mulut	
h.	Berjalan	
i.	Mobilitas dengan kursi roda	
j.	Posisi diri	

Tabel 2.3. Intervensi intoleransi aktivitas.

2.3.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan tindakan keperawatan terhadap klien yang didasarkan pada rencana keperawatan yang telah disusun untuk mencapai tujuan yang diinginkan meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi koping.

Implementasi keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik apabila klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Selama tahap implementasi keperawatan, perawat terus melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien.

2.3.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap yang menentukan apakah tujuan yang telah disusun tercapai atau tidak. Menurut Friedman (dalam Harmoko, 2012) evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi - intervensi yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya. Ada beberapa metode evaluasi yang dipakai dalam perawatan. Faktor yang paling penting adalah bahwa metode tersebut harus disesuaikan dengan tujuan dan intervensi yang sedang dievaluasi.



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup satu unit. Satu unit disini dapat berarti satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam dianalisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu. Meskipun di dalam studi kasus ini yang di teliti hanya berbentuk unit tunggal, namun dianalisis secara mendalam, meliputi berbagai aspek yang cukup luas (Notoatmodjo, 2012). Dalam studi kasus ini peneliti menggunakan dua klien yang akan dikaji sesuai keluhan dan diberi asuhan keperawatan

Studi kasus yang menjadi pokok bahasan penelitian ini adalah digunakan untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Gagal Jantung Dengan Masalah Intoleransi Aktivitas di RSUD Bangil Pasuruan

3.2. Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung kepada klien diberbagai tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti praktik keperawatan (Ali, 2009).
2. Gagal jantung adalah kondisi dimana fungsi jantung sebagai pompa untuk mengantarkan darah yang kaya oksigen ke seluruh tubuh tidak cukup untuk memenuhi keperluan – keperluan tubuh (J. Charles Reeves et al dalam Wijaya & Putri, 2013)
3. Intoleransi aktivitas merupakan ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan (Herdman & Kamitsuru, 2015)

3.3. Partisipan

Subyek yang digunakan dalam penelitian ini adalah 2 klien yang mengalami gagal jantung dengan masalah intoleransi aktivitas di RSUD Bangil Pasuruan.

3.4. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang CVCU RSUD Bangil kabupaten Pasuruan.

2. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan 3 hari, yaitu dimulai pada tanggal 20 – 23 Februari 2017.

3.5. Pengumpulan data

Agar dapat diperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, sangatlah diperlukan teknik mengumpulkan data. Adapun teknik tersebut adalah:

1. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang – dahulu – keluarga, Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya)
2. Observasi dan Pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada sistem tubuh klien
3. Studi dokumentasi (hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan).

3.6. Uji Keabsahan data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data/informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi.

Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama), uji keabsahan data dilakukan dengan:

1. Memperpanjang waktu pengamatan / tindakan
2. Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu pasien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

3.7. Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah:

1. Pengumpulan data.

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan/implementasi, dan evaluasi

2. Mereduksi data.

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip. Data yang terkumpul kemudian dibuat koding yang dibuat oleh peneliti dan mempunyai arti tertentu sesuai dengan topik penelitian yang diterapkan. Data obyektif

dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal

3. Penyajian data.

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden.

4. Kesimpulan.

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi.

3.8. Etik Penelitian

Beberapa prinsip etik yang perlu diperhatikan dalam penelitian antara lain :

1. *Informed Consent* (persetujuan menjadi responden), dimana subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada *informed consent* juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.
2. *Anonimity* (tanpa nama), dimana subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden atau tanpa nama (*anonymity*)

3. Rahasia (confidentiality), kerahasiaan yang diberikan kepada responden dijamin oleh peneliti (Nursalam, 2014).



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penulis mengambil data penelitian di RSUD Bangil Pasuruan di ruang Cardiovascular Care Unit. Di ruang Kardiovaskuler Care Unit sendiri terdapat 4 tempat tidur yang dilengkapi bedside monitor.

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas klien

Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. M	Tn. K
Umur	71 Tahun	58 Tahun
Pendidikan	SD	SD
Pekerjaan	Tani	Tani
Status Perkawinan	Kawin	Kawin
Dx Medis	CHF	CHF
TGL MRS	18 Februari 2017	17 Februari 2017
TGL pengkajian	20 Februari 2017	20 Februari 2017

2. Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Klien mengatakan sesak saat beraktivitas	Klien mengatakan sesak dan nyeri dada saat aktivitas
Riwayat penyakit sekarang	Klien mengatakan mulai timbul sesak dan nyeri dada sebelah kiri sejak 5 tahun yang lalu, 1 tahun belakangan klien klien mengatakan rasa sesak dan nyeri dada semakin bertambah apalagi jika klien melakukan aktivitas fisik, klien dibawa ke RSUD Bangil Pasuruan karena mengalami keluhan sesak nafas, nyeri dada tembus ke punggung, kaki	Klien mengatakan sudah lama mengalami nyeri pada ulu hati, saat diperiksa dokter mengatakan klien mengalami sakit lambung. Hari jumat tanggal 17 Februari 2017 klien dibawa ke RSUD Bangil Pasuruan dengan keluhan sesak nafas saat beraktivitas, nyeri ulu hati tembus ke punggung, kaki kesemutan dan bengkak, pusing. Pada tanggal 18 februari 2017 klien dipindah ke ruang CVCU

	bengkak, pusing, mual, bingung	untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut
Riwayat penyakit dahulu	Klien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan diabetes melitus	Klien memiliki riwayat penyakit hipertensi
Riwayat penyakit keluarga	Keluarga klien tidak ada yang memiliki penyakit seperti yang diderita klien saat ini	Keluarga klien tidak ada yang memiliki penyakit seperti yang diderita klien saat ini

3. Perubahan pola kesehatan

No	Pola	Sebelum MRS		Sesudah MRS	
		Klien 1	Klien 2	Klien 1	Klien 2
1	Nutrisi dan Cairan	Makan 3x sehari nasi dan sayur serta lauk. Minum 800 cc/ hari, dulu suka minum kopi dan merokok	Makan 3x sehari nasi, sayur serta lauk, minum 800cc/ hari, suka minum kopi	makan diit kasar rendah garam 3x sehari, minum dibatasi karena klien edema	Makan diit lunak rendah garam 3x sehari, minum dibatasi karena edema
2	Istirahat dan tidur	Klien tidur malam 6 jam, tidur siang tidak menentu	Klien tidur malam 5 jam, tidur siang tidak menentu	Klien bedrest tidur siang dan malam tidak menentu	Klien tidur malam 3-4 jam tidur siang tidak menentu
3	Eliminasi	BAB 1x/ hari BAK sering sedikit-sedikit	BAB 1x/ hari BASK sering sedikit-sedikit	Saat pengkajian klien belum BAB Produksi urin 1800cc/24 jam	Saat pengkajian klien baru BAB 1x Produksi urine 1500cc/24 jam
4	Personal Hygiene	Mandi 2x/ hari Mengganti pakaian 2x/ hari Keramas 1x/ minggu Jarang sikat gigi	Mandi 2x/ hari Mengganti pakaian 2x/ hari Keramas 1x/ minggu Sikat gigi 2x / hari	Mandi diseka keluarga setiap pagi Mengganti pakaian 1x/ hari di pagi hari dibantu keluarga Keramas (-) Sikat gigi (-)	Mandi diseka keluarga setiap pagi Mengganti pakaian 1x hari sekali setiap pagi dibantu keluarga Keramas (-) Sikat gigi (-)
5	Aktivitas	Klien dirumah menghabiskan waktu di tempat tidur aktivitas cuma untuk makan dan ke kamar mandi	Saat dirumah klien hanya bisa tiduran atau duduk-duduk di halaman, aktivitas klien minimal	Klien hanya bedrest saja	Klien hanya bedrest saja

4. Pemeriksaan fisik

Observasi	Klien 1	Klien 2
S	36 °C	36,2 °C
N	97 x/ menit	106 x/ menit
TD	103/67 mmHg	170/100 mmHg
RR	24 x/ menit	24 x/menit
SpO ₂	99%	99%
GCS	4-5-6	4-5-6
Pemeriksaan Fisik (6B) Breathing (B1)	Inspeksi: klien tampak sesak, retraksi dinding dada (+), pernafasan cuping hidung (-), bentuk dada simetris, irama nafas reguler Palpasi: tidak ada benjolan atau massa Perkusi : redup Auskultasi : suara nafas tambahan Ronchi	Inspeksi: klien tampak sesak, pernafasan cuping hidung (-), irama reguler, bentuk dada simetris Palpasi: tidak ada benjolan atau massa Perkusi: sonor Auskultasi: suara nafas vesikuler
Blood (B2)	Inspeksi: ada pembesaran jantung, CRT <2 detik, konjungtiva normal Palpasi: tidak ada benjolan atau massa Perkusi: batas jantung melebar Auskultasi: tidak terkaji	Inspeksi: ada pembesaran jantung, CRT <2 detik, konjungtiva normal Palpasi: tidak ada benjolan atau massa Perkusi: batas jantung melebar Auskultasi: tidak terkaji
Brain (B3)	Inspeksi: kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, nyeri dada	Inspeksi: kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, nyeri dada
Bladder (B4)	Inspeksi: PU 1800cc/24 jam warna kuning jernih Palpasi : nyeri tekan (-), distensi bladder(-)	Inspeksi : terpasang catheter, PU 1500cc/24 jam warna kuning jernih Palpasi : nyeri tekan (-), distensi bladder (-)
Bowl (B5)	Inspeksi: mukosa kering, asites (-) Palpasi: supel, nyeri tekan(-), tidak ada pembesaran hepar Perkusi:timpani Auskultasi: bising usus (+)	Inspeksi: mukosa kering, nyeri telan (-), asites (-) Palpasi: supel, nyeri tekan (-), tidak ada pembesaran hepar Perkusi:timpani Auskultasi: bising usus (+)
Bone (B6)	Inspeksi: pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan tulang, edema pada tangan dan kaki Kekuatan otot 5 5 5 5 Palpasi : akral hangat	Inspeksi: pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan tulang, edema pada kaki Kekuatan otot 5 5 5 5 Palpasi : akral hangat
Data Psikisocial	Klien sabar dan menerima penyakitnya, menyerahkan kesembuhannya kepada Tuhan	Klien sabar dan menerima penyakitnya, menyerahkan kesembuhannya kepada Tuhan

5. Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan		Klien 1	Klien 2	Nilai Normal
Lab:				
Pemeriksaan darah lengkap	Leukosit	4,16	22,2	3,70 – 10,1
	Eritrosit	3,650 $10^3/\mu\text{L}$	3,320 $10^3/\mu\text{L}$	4,2 – 11,0
	Hemoglobin	7,70 g/dL	8,57g/dL	12,0 – 16,0
	Hematokrit	28,20%	26,80 %	38 – 47
	MCV	77,40 μm^3	80,70 μm^3	81,1 – 96,0
	MCH	21,10 pg	25,80 pg	27,0 – 31,2
	MCHC	27,30 g/dL	32,00 g/dL	31,8 – 35,4
	RDW	20,60%	13,40 %	11,5 – 14,5
	PLT	154 $10^3/\mu\text{L}$	423 $10^3/\mu\text{L}$	155 – 366
Faal ginjal	BUN	14 mg/dL	17 mg/dL	7,8 – 20,23
	Kreatinin	0,617 mg/dL	2,145 mg/dL	0,6 – 1,0
	Uric-acid	4,77 mg/dL		3,6 – 8,2
Pemeriksaan patologi klinik	CK-MB	18,6 mg/dL	52 mg/dL	≤ 24
Jantung	Troponin I	$<0,02$ mg/L	0,20 mg/L	0,06
Thorax	Cor: membesar dengan CTR 70% Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam Tulang-tulang tampak baik Kesan: Cardiomegaly	Cor: membesar dengan CTR 71% Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam Tulang-tulang tampak baik Kesan: Cardiomegaly		

6. Terapi

Terapi	Klien 1	Klien 2
Infus	RL 500cc/24 jam	PZ 500cc/24 jam
Injeksi	Furosemide 1x20mg Omeprazole 2x40mg	Ceftriaxon 2x1g Furosemide 1x20mg
Oral	Digoxin 1x0,5 tab Spinorolaktone 1x25mg Asetosal 1x80mg	Digoxin 1x0,5 tab Clopidogrel 1x75mg Simvastatin 1x20mg Candesartan 1x4mg Captopril 2x6,25mg
Syringe pump	Dobutamin 5mg/kgBB/menit	
O ₂	Nasal kanule 4 LPM	Nasal kanule 4 LPM
Diit	Rendah garam	Rendah garam

4.1.3 Analisa data

Data	Etiologi	Masalah
<p>Klien 1</p> <p>DS:</p> <p>Klien mengatakan sering merasakan keluhan sesak nafas, jantung berdebar, nyeri dada sebelah kiri tembus ke punggung saat melakukan aktivitas bahkan 1 tahun terakhir klien hanya berdiam di kamar dan hanya melakukan aktivitas minimal seperti makan dan ke kamar mandi karena merasa tidak kuat, keluhan sedikit berkurang dengan istirahat</p> <p>DO:</p> <p>KU: lemah</p> <p>Klien tampak letih</p> <p>TD: 103/67 mmHg</p> <p>N: 97x/ menit</p> <p>RR: 24x/ menit</p> <p>SpO₂: 99%</p> <p>Edema pada tangan dan kaki</p> <p>Klien bedrest</p>	<p>Ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>
<p>Klien 2</p> <p>DS:</p> <p>Klien mengatakan cepat lelah saat aktivitas, sesak nafas dan jantung berdebar, nyeri pada ulu hati tembus ke punggung, kaki kesemutan dan benakak</p> <p>DO:</p> <p>KU: lemah</p> <p>Klien tampak letih</p> <p>Sesak</p> <p>Klien bedrest</p> <p>Edema pada kaki</p> <p>N: 106 x/ menit</p> <p>TD: 170/100 mmHg</p> <p>RR: 24 x/menit</p> <p>SpO₂: 99%</p>	<p>Ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>

4.1.4 Diagnosa keperawatan

Daftar Diagnosa		
Klien 1		Klien 2
Intoleransi Aktivitas Berhubungan Dengan Ketidakseimbangan Antara Suplai Oksigen Dengan Kebutuhan Tubuh	Intoleransi Aktivitas Berhubungan Dengan Ketidakseimbangan antara Suplai Oksigen Dengan Kebutuhan Tubuh	Intoleransi Aktivitas Berhubungan Dengan Ketidakseimbangan antara Suplai Oksigen Dengan Kebutuhan Tubuh

4.1.5 Intervensi

Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
Klien 1 Intoleransi aktivitas	1. Konsevasi energi Kriteria hasil: 1. Menunjukkan keseimbangan antara aktivitas dan istirahat 2. Tanda-tanda vital dalam rentang normal 3. Nyeri dada dan sesak nafas berkurang 4. Dapat mempertahankan nutrisi yang adekuat	Menejemen energy 1. Tentukan pembatasan aktivitas fisik pada klien 2. Monitoring tanda-tanda vital 3. Monitor intake nutrisi yang adekuat sebagai sumber energy. 4. Monitor respon terapi oksigen klien. 5. Batasi stimuli lingkungan untuk relaksasi klien. 6. Batasi jumlah pengunjung. 7. Kolaborasi pemberian terapi farmakologi 8. Anjurkan klien dan keluarga untuk mengenali tanda dan gejala kelelahan saat aktivitas.
Klien 2 Intoleransi aktivitas	1. Konsevasi energi Kriteria hasil: 1. Menunjukkan keseimbangan antara aktivitas dan istirahat 2. Tanda-tanda vital dalam rentang normal 3. Nyeri dada dan sesak nafas berkurang 4. Dapat mempertahankan nutrisi yang adekuat	Menejemen energy 1. Tentukan pembatasan aktivitas fisik pada klien 2. Monitoring tanda-tanda vital 3. Monitor intake nutrisi yang adekuat sebagai sumber energy. 4. Monitor respon terapi oksigen klien. 5. Batasi stimuli lingkungan untuk relaksasi klien. 6. Batasi jumlah pengunjung. 7. Kolaborasi pemberian terapi farmakologi 8. Anjurkan klien dan keluarga untuk mengenali tanda dan gejala kelelahan saat aktivitas.

4.1.6 Implementasi

Diagnosa keperawatan	19 Februari 2017	20 Februari 2017	21 Februari 2017
	Implementasi	Implementasi	Implementasi
Klien 1 Intoleransi aktivitas	14.30 Memonitoring tanda-tanda vital klien S: 36 °C N: 97 x/ menit TD: 103/67 mmHg RR: 24 x/ menit SpO ₂ : 99%,	07.00 Memonitoring tanda-tanda vital klien S: 36,2°C N: 90x/ menit, TD: 110/ 65 mmHg RR: 22x/menit SpO ₂ : 98%	08.00 Memonitoring tanda-tanda vital klien S: 36,2°C N: 100x/ menit TD: 108/ 60 mmHg RR: 24x/menit SpO ₂ : 99%
	15.00 Menentukan pembatasan aktivitas fisik pada klien	08.00 Memonitor intake nutrisi yang adekuat sebagai sumber energy	09.00 Membatasi stimulus lingkungan dan jumlah pengunjung untuk relaksasi klien
	16.15 Memonitor intake nutrisi yang adekuat sebagai sumber energy.	10.00 Membatasi stimulus lingkungan dan jumlah pengunjung untuk relaksasi klien	10.00 Menganjurkan klien dan keluarga untuk mengenali tanda dan gejala kelelahan saat aktivitas.
	18.00 Memberikan injeksi : Furosemide 20mg	12.00 Memberikan obat injeksi : Omeprazole 40mg Oral: Digoxin 0,5 tab Spinorolaktone 25mg Asetosal 80mg	12.00 Memberikan obat injeksi: Omeprazole 40mg Oral: Digoxin 0,5 tab Spinorolaktone 25mg Asetosal 80mg

Klien 2 Intoleransi aktivitas	14.15	Memonitoring tanda-tanda vital klien TD :170/100 mmHg N : 106 x/menit RR : 26 x/menit SpO ₂ : 99 %,	07.15	Memonitoring tanda-tanda vital klien TD :160/90 mmHg N : 96 x/menit, RR : 22 x/menit SpO ₂ : 99 %,	07.00	Memonitoring tanda-tanda vital klien N: 90x/ menit TD: 150/ 90 mmHg RR: 22x/ menit SpO ₂ : 99%
	14.40	Menentukan pembatasan aktivitas fisik pada klien	08.15	Memonitor intake nutrisi yang adekuat sebagai sumber energy	09.15	Membatasi stimulus lingkungan dan jumlah pengunjung untuk relaksasi klien
	16.00	Memonitor intake nutrisi yang adekuat sebagai sumber energy.	09.00	Membatasi stimulus lingkungan dan jumlah pengunjung untuk relaksasi klien	11.00	Menganjurkan klien dan keluarga untuk mengenali tanda dan gejala kelelahan saat aktivitas.
	16.20	Memberikan injeksi : Furosemide 20mg	12.30	Memberikan obat injeksi: Ceftriaxon 1g Oral: Digoxin 0,5 tab Clopidogrel 75mg Simvastatin 20mg Candesartan 4mg Captopril 6,25mg	12.30	Memberikan obat injeksi: Ceftriaxon 1g Oral: Digoxin 0,5 tab Clopidogrel 75mg Simvastatin 20mg Candesartan 4mg Captopril 6,25mg

4.1.7 Evaluasi

Diagnosa	Kari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3
Klien 1 Intoleransi aktivitas	S: Klien mengatakan sesak, tidak bisa tidur, nyeri dada kiri O: Keadaan umum lemah, S: 36 °C, N: 97 x/ menit, TD: 103/67	S: Klien mengatakan sesak berkurang, klien mengatakan sudah bias tidur O: Keadaan umum lemah, S: 36,2°C, N: 90x/	S: Klien mengatakan sesak berkurang, klien mengatakan tidak nyeri dada O: Keadaan umum cukup, S: 36,2°C, N: 100x/ menit, TD: 108/

	mmHg, RR: 24 x/ menit, SpO ₂ : 99%, GCS: 4-5-6, klien tampak sesak, gelisah, edema pada tangan dan kaki, ronchi (+) A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	menit, TD: 110/65 mmHg, klien terpasang nasal kanule 4 LPM, RR: 22x/ menit, SpO ₂ : 98%, klien tampak rileks, edema pada tangan dan kaki A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	60 mmHg, klien terpasang nasal kanule 4 LPM, RR: 24x/ menit, SpO ₂ : 99%, klien tampak rileks, edema pada tangan dan kaki A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi
Klien 2 Intoleransi aktivitas	S: Klien mengatakan sesak, nyeri dada O: Keadaan umum lemah, GCS 4-5-6, kesadaran composmentis, pola napas cepat tapi teratur, klien memakai nassal kanule O ₂ 4 lpm, TD :170/100 mmHg, N : 106 x/menit, RR : 26 x/menit, SpO ₂ : 99 %, edema pada kaki A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	S: Klien mengatakan sesak berkurang, tidak nyeri dada O: Keadaan umum cukup, GCS 4-5-6, kesadaran composmentis, klien memakai nassal kanule O ₂ 4 lpm, TD :160/90 mmHg, N : 96 x/menit, RR : 22 x/menit, SpO ₂ : 99 %, klien nampak rileks, edema pada kaki A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	S: Klien mengatakan sesak berkurang, tidak nyeri dada O: Keadaan umum cukup, N: 90x/ menit, TD: 150/ 90 mmHg, klien terpasang nasal kanule 4 LPM, RR: 22x/ menit, SpO ₂ : 99%, klien tampak rileks, edema pada kaki A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi

4.2. Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis akan menjelaskan tentang kesenjangan yang terjadi antara teori dan praktek dalam pelaksanaan studi kasus di RSUD Bangil Pasuruan dengan teori yang ada. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil suatu pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi, sehingga dapat dijadikan sebagai tindak lanjut dalam dalam asuhan keperawatan.

4.2.1. Pengkajian

a. Data Subyektif

Dari hasil pengkajian yang dilakukan terhadap 2 klien didapat data keluhan utama yang sama yaitu adanya keluhan sesak nafas, nyeri dada, jantung berdebar, mudah lelah saat klien melakukan aktivitas. Akan tetapi keluhan aktivitas pada pada klien 1 lebih parah dari klien2, dimana pada klien 1 mengatakan hanya berdiam diri dikamar dan beraktivitas hanya untuk makan dan ke kamar mandi. Pada klien 2, klien mengatakan sehari-hari masih bias jalan-jalan dihalaman tetapi tidak bisa melakukan aktivitas yang berat.

Menurut Wijaya & Putri (2013), salah satu manifestasi klinis dari penderita gagal jantung adalah terjadinya edema perifer yang disebabkan oleh kegagalan pengosongan jantung sehingga darah/cairan dari pembuluh darah vena tidak dapat masuk ke dalam jantung dan akan terakumulasi ke bagian-bagian perifer tubuh terutama kaki.

Menurut peneliti pada pengkajian studi kasus ini menemukan perbedaan pada keluhan yang dialami kedua klien disebabkan karena klien 1 mengalami edema paru dan edema perifer yang dialami klien sehingga memperburuk keadaan klien.

b. Data Obyektif

Data obyektif dari obsevasi tanda-tanda vital didapatkan perbedaan antara klien 1 dan klien 2. Tekanan darah pada klien 1 adalah 103/67 mmHg, sementara pada klien 2 adalah 170/100 mmHg.

Padila (2012), telah menjelaskan bahwa kegagalan jantung dapat dinyatakan sebagai kegagalan pemompaan jantung yang dimanifestasikan dengan penurunan tekanan darah, terjadinya edema perifer, dll.

Menurut peneliti penurunan tekanan darah yang dialami klien 1 disebabkan oleh berkurangnya kemampuan jantung untuk memompa darah sehingga tekanan yang dihasilkanpun berkurang. Penurunan tekanan darah ini menyebabkan berkurangnya aliran darah khususnya ke jaringan perifer sehingga mengurangi pasokan nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan sel untuk metabolisme.

4.2.2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dari hasil anamnesa, observasi dan pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan diagnostik yang didapatkan menunjukkan masalah yang dialami kedua klien adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh

Menurut Herdman & Kamitsuru (2015), intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh dengan data subyektif klien mengeluh sesak nafas, jantung berdebar, mudah lelah saat beraktivitas, ketidaknyamanan setelah beraktivitas. Data obyektif, adanya abnormalitas dalam pemeriksaan EKG, peningkatan denyut nadi, dan perubahan respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas.

Menurut peneliti intoleransi aktivitas disebabkan karena kegagalan jantung dalam memompa darah ke seluruh tubuh menyebabkan asupan oksigen yang diterima sel akan berkurang. Apabila tubuh melakukan aktivitas, kebutuhan oksigen akan meningkat sedangkan pasokan oksigen yang terbatas, hal ini mengakibatkan tubuh melakukan kompensasi yang dapat dilihat sebagai gejala seperti denyut jantung meningkat dan dispnea. Diagnose keperawatan yang diambil untuk klien 1 dan klien 2 didasarkan kepada batasan karakteristik dan tanda gejala yang dialami kedua klien

4.2.3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan untuk klien 1 dan klien 2 menggunakan NIC: terapi aktivitas dan manajemen energi, perbedaannya adalah pada klien 1 monitoring terhadap tanda-tanda vital ditekankan kepada resiko terjadinya penurunan tekanan darah, sedangkan pada klien 2 monitoring terhadap hipertensi.

Menurut Bulechek (2013), Intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh adalah menggunakan NIC: terapi aktivitas dan manajemen energi.

Menurut peneliti intervensi yang dilakukan terhadap kedua klien untuk mempertahankan kestabilan tekanan darah sehingga resiko kerusakan jantung yang lebih parah dapat dicegah.

4.2.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada klien 1 dan klien 2 sudah sesuai dengan intervensi keperawatan. Namun untuk monitoring tanda-tanda vital khususnya tekanan darah terjadi perbedaan antara klien 1 dan klien 2. Pada klien 1 monitoring akan resiko penurunan tekanan darah sedangkan pada klien 2, monitoring terhadap hipertensi. Tekanan darah pada klien 1 adalah 103/63 mmhg, pada klien 2 menunjukkan tekanan darah 170/100 mmHg.

Implementasi merupakan suatu pelaksanaan rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam implementasi dapat meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengamati respon klien selama dan sesudah tindakan, dan menilai data-data yang baru (Rohmah, 2012).

Menurut peneliti implementasi yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 sudah sesuai dengan intervensi. Akan tetapi pada implementasi ini terdapat perbedaan pada monitoring tekanan darah, hal ini dikarenakan klien 1 memiliki kondisi tubuh yang lebih buruk dan cenderung mengalami penurunan tekanan darah, sementara klien 2 mempunyai riwayat hipertensi.

4.2.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada klien 1 dan klien 2 dilakukan selama 3 hari. Pada hari pertama klien 1 merasa sesak, susah tidur dan nyeri dada sebelah kiri dengan N: 97 x/ menit, TD: 103/67 mmHg, RR: 24 x/ menit, SpO₂: 99%.

Pada hari kedua sesak berkurang dan klien sudah bisa tidur dengan N: 90x/ menit, TD: 110/ 65 mmHg, RR: 22x/ menit, SpO₂: 98%. Pada hari ketiga klien mengatakan sesak berkurang tetapi pada observasi ditemukan N: 100x/ menit, TD: 108/ 60 mmHg, RR: 24x/ menit, SpO₂: 99%. Sedangkan pada hari pertama klien 2 merasa sesak dan nyeri dada dengan TD :170/100 mmHg, N : 106 x/menit, RR : 26 x/menit, SpO₂ : 99 %. Pada hari kedua klien mengatakan sesak berkurang dan sudah tidak nyeri dada dengan TD :160/90 mmHg, N : 96 x/menit, RR : 22 x/menit, SpO₂ : 99 %. Pada hari ketiga klien mengatakan sesak berkurang dan tidak ada nyeri dada, dengan hasil observasi N: 90x/ menit, TD: 150/ 90 mmHg, RR: 22x/ menit, SpO₂: 99%,.

Evaluasi merupakan sesuatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan klien. Dengan mengukur perkembangan klien dalam mencapai suatu tujuan maka perawat dapat menentukan efektivitas asuhan keperawatan (Nursalam, 2014).

Menurut peneliti terjadi perubahan evaluasi antara klien 1 dan klien 2 berbeda dikarenakan kondisi tubuh klien itu sendiri. Evaluasi keperawatan mengalami perubahan pada kedua klien dikarenakan intervensi yang diberikan sesuai dengan kondisi klien, tetapi untuk klien 2 lebih cepat karena dari keadaan umum klien juga sudah cukup baik dilihat dari perubahan keluhan dan tanda gejala yang ada. Pada klien 1 mengalami perlambatan perubahan keadaan klien karena ada komplikasi yang menyerta dan kondisi klien sendiri sudah lemah sehingga perlu adanya tindakan yang lebih lanjut.

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan apa yang telah penulis dapatkan dalam laporan kasus dan pembahasan pada asuhan keperawatan dengan masalah intoleransi aktivitas pada klien 1 dan klien 2 dengan kasus gagal jantung di ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis mengambil kesimpulan:

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan yang dilakukan kepada klien 1 dan klien 2 terdapat perbedaan dimana klien satu mengeluh keletihan yang sangat sehingga membuat klien hanya berbaring di tempat tidur, sementara klien 2 mengatakan masih mampu untuk berjalan-jalan dihalaman. Pada klien 1 ditemukan edema pada kedua kaki dan tangan juga ditemukan suara nafas tambahan ronchi sebagai indikator adanya edema paru sedangkan klien 2 hanya mengalami edema pada kaki.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang diambil oleh peneliti untuk klien 1 dan klien 2 adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh. Diagnosa ini diambil berdasarkan kepada batasan karakteristik dan tanda gejala yang muncul pada kedua klien.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan oleh peneliti sesuai dengan yang ada pada NANDA, NOC dan NIC yaitu terapi aktivitas dan manajemen energi. Terapi aktivitas meliputi monitoring TTV, membantu klien melakukan latihan. Sedangkan manajemen energi meliputi pembatasan aktivitas, monitoring intake nutrisi, dan batasi stimulasi lingkungan.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada klien 1 dan klien dua mengacu kepada intervensi yang bersumber dari NOC dan NIC: terapi aktivitas dan manajemen energi. Ada perbedaan implementasi terhadap klien 1 dan klien 2 yaitu mengenai monitoring tanda-tanda vital, pada klien 1 monitoring terhadap resiko penurunan tekanan darah sementara pada klien 2 monitoring terhadap hipertensi.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi pada klien 1 dan klien 2 dilakukan selama 3 hari. Pada hari pertama klien 1 merasa sesak, susah tidur dan nyeri dada sebelah kiri dengan N: 97 x/ menit, TD: 103/67 mmHg, RR: 24 x/ menit, SpO₂: 99%. Pada hari kedua sesak berkurang dan klien sudah bisa tidur dengan N: 90x/ menit, TD: 110/ 65 mmHg, RR: 22x/ menit, SpO₂: 98%. Pada hari ketiga klien mengatakan sesak berkurang tetapi pada observasi ditemukan N: 100x/ menit, TD: 108/ 60 mmHg, RR: 24x/

menit, SpO₂: 99%. Sedangkan pada hari pertama klien 2 merasa sesak dan nyeri dada dengan TD :170/100 mmHg, N : 106 x/menit, RR : 26 x/menit, SpO₂ : 99 %. Pada hari kedua klien mengatakan sesak berkurang dan sudah tidak nyeri dada dengan TD :160/90 mmHg, N : 96 x/menit, RR : 22 x/menit, SpO₂ : 99 %. Pada hari ketiga klien mengatakan sesak berkurang dan tidak ada nyeri dada, dengan hasil observasi N: 90x/ menit, TD: 150/ 90 mmHg, RR: 22x/ menit, SpO₂: 99%.

Dengan demikian intervensi dan implementasi keperawatan yang telah dilakukan kepada klien 1 dan klien 2 selama tiga hari dapat disimpulkan bahwa evaluasi keperawatan dengan masalah intoleransi aktivitas masih dalam tahap masalah belum teratasi.

5.2. Saran

1. Bagi perawat

Dapat dijadikan sebagai masukan bagi perawat dirumah sakit dalam melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan yang lebih baik khususnya pada klien gagal jantung dengan masalah intoleransi aktivitas.

2. Bagi dosen (institusi pendidikan)

Dapat digunakan sebagai bahan acuan atau referensi dalam memberikan pendidikan kepada mahasiswa mengenai asuhan keperawatan pada klien gagal jantung dengan masalah intoleransi aktivitas

3. Bagi pasien dan keluarga

Dapat menambah pengetahuan tentang penyakit gagal jantung



DAFTAR PUSTAKA

- Bakri, A. 2011. Pengertian Penyakit Jantung Edisi 23 Februari 2011. http://id.wikipedia.org/wiki/penyakit_jantung
- Brunner dan Suddart. 2002. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Volume 2 Edisi 8. Jakarta: EGC
- Bulechek, Gloria M, dkk. 2013. Nursing Intervention Classification (NIC). Missouri: ELSEVIER
- Carpenito, L. J & Moyet. 2008. Buku Saku Diagnosa Keperawatan Edisi 10. Jakarta: EGC
- Herdman & Kamitsuru. 2015. DIAGNOSA KEPERAWATAN Definisi & Klasifikasi 2015-2017 edisi 10. Jakarta: EGC
- Kasron. 2012. Buku Ajar Gangguan Sistem Kardiovaskuler. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kasron. 2012. Kelainan & Penyakit Jantung Pencegahan dan Pengobatannya. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Moorhead, Sue, dkk. 2013. Nursing Outcomes Classification (NOC) measurement of Health Outcomes. Missouri: ELSEVIER
- Muttaqin, Arif. 2009. Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan System Kardiovaskuler Dan Hematologi. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo,S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurarif, Amin Huda & Kusuma, Hardhi (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc. Edisi Revisi Jilid 2. Yogyakarta : Mediaction.
- Nursalam. 2009. Proses dan Dokumentasi Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. 2014. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Padila. 2012. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Yogyakarta: Nuha Medika
- Tri, Maharani, dkk. 2016. Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah : Studi Kasus Program Studi Diploma III Keperawatan. Jombang : STIKES ICME.
- Wijaya, A & Putri, Y. 2013. KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa). Yogyakarta: Nuha Medika.

JADWAL PELAKSANAAN LAPORAN KASUS

No	Kegiatan-Kegiatan	November				Desember				Januari				Februari				Ma	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1	Persamaan persepsi																		
2	Pengumuman Pembimbing																		
3	Informasi Penyelenggaraan KTI Konfirmasi Judul ke pembimbing																		
4	Studi Pendahuluan dan Studi Pustaka																		
5	Bimbingan Proposal																		
6	Seminar Proposal																		
7	Revisi Prposal																		
8	Pengurusan ijin dan Pengumpulan data																		
9	Pengumpulan data dan analisis data																		
10	Ujian/ sidang KTI																		
11	Revisi KTI																		
12	Pengumpulan dan penggandaan KTI																		



LAMPIRAN 2

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama Mahasiswa : Soni Purnama Wijaya
NIM : 141210036
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung
Dengan Masalah Intoleransi Aktivitas di RSUD Bangil
Pasuruan


Bahwa saya meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berperan serta dalam pembuatan laporan kasus sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan klien berhak mengundurkan diri

Demikian permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan, klien dapat menanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan

Jombang, 21 Januari 2017

Peneliti


(Soni Purnama Wijaya)

LAMPIRAN 3

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. Maria.
Umur : 35 th
Alamat : Jl. Lotmana. Martadikarta, 3B No. 22.

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya akan berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian

Jombang, Januari 2017

Responden

Maria

(Maria)

LAMPIRAN 3

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Siti amina
Umur : 35
Alamat : Sumberarjo


Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya akan berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian

Jombang, 21 Januari 2017

Responden


(Siti amina)

Lampiran 4



**PRAKTEK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
STIKES ICMe JOMBANG**

PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Pengkajian tgl. : Jam :
MRS tanggal : No. RM :
Diagnosa Masuk :

A. IDENTITAS PASIEN

Nama : Penanggung jawab biaya :
Usia : Nama :
Jenis kelamin: Alamat :
Suku : Hub. Keluarga :
Agama : Telepon :
Pendidikan :
Alamat :

B. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

1. Keluhan Utama :
2. Riwayat Penyakit Sekarang :

C. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

1. Riwayat Penyakit Kronik dan Menular ya, jenis : tidak
2. Riwayat Penyakit Alergi ya, jenis : tidak
3. Riwayat Operasi ya, jenis : tidak

D. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

ya : tidak
jelaskan :

E. POLA KEGIATAN SEHARI – HARI

POLA KEGIATAN	DI RUMAH	DI RUMAH SAKIT
Makanan Frekuensix/hr		

Jenis..... Diit Pantangan Alergi makanan yang disukai Minum Frekuensi..... x/hari Jenis..... Alergi		
Eliminasi BAB Frekuensix/hari warna konsistensi BAK FrekuensiX/Hari Warna Alat bantu		
Kebersihan Diri Mandi.....X/hari Keramasx/hari Sikat GigiX/Hari Memotong Kuku..... Ganti Pakaian Toileting		
Istirahat/Tidur Tidur siang.....jam Tidur Malamjam Kebiasaan Merokok/Jamu		

F. OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

Masalah Keperawatan:

1. Tanda-tanda vital

S : °C N : x/mnt TD : mmHg
 RR : x/mnt

2. Sistem Pernafasan (B₁)

Masalah Keperawatan:

a. Hidung:

Pernafasan cuping hidung ada tidak
 Septum nasi simetris tidak simetris
 Lain-lain

b. Bentuk dada simetris asimetris barrel chest

- c. Keluhan Funnel chest Pigeons chest
 s ak batuk nyeri waktu napas
- d. Irama napas teratur tidak teratur
- e. Suara napas v iculer ronchi D/S wheezing D/S rales
D/S

Lain-lain:

3. Sistem Kardiovakuler (B₂)

- a. Keluhan nyeri dada ya tidak
- b. Irama jantung teratur tidak teratur
- c. CRT < 3 det > 3 detik
- d. Konjungtiva pucat ya tidak
- e. JVP normal meningkat menurun

Masalah Keperawatan :

Lain-lain :

4. Sistem Persarafan (B₃)

- a. Kesadaran composmentis apatis somnolen sopor koma
- b. Keluhan pusing ya tidak
- c. Pupil isokor anisokor
- d. Nyeri tidak ya, skala nyeri

Masalah Keperawatan :

lokasi :

Lain-lain :

5. Sistem Perkemihan (B₄)

- a. Keluhan : kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria poliuri
 oliguri anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) ya tidak
- c. Kandung kencing : membesar ya tidak
nyeri tekan ya tidak

Masalah Keperawatan :

d. Produksi urine :..... ml/hari warna :
bau :.....

e. Intake cairan : oral :.....cc/hr parenteral :cc/hr

Lain-lain :

6. Sistem Pencernaan (B₅)

a. TB : cm BB : kg

b. Mukosa mulut : lembab kering merah stomatitis

c. Tenggorokan nyeri telan sulit menelan

d. Abdomen supel tegang nyeri tekan,
lokasi :

Luka operasi jejas, lokasi :
Pembesaran hepar ya tidak
Pembesaran lien ya tidak
Ascites ya tidak
Mual ya tidak
Muntah ya tidak
Terpasang NGT ya tidak
Bising usus :.....x/mnt

e. BAB :.....x/hr, konsistensi lunak cair lendir/darah

f. Diet konstipasi inkontinensia kolostomi
 padat lunak cair

Frekuensi :.....x/hari jumlah:..... jenis :

Masalah Keperawatan

7. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (B₆)

a. Pergerakan sendi bebas terbatas

b. Kelainan ekstremitas ya tidak

c. Kelainan tl. belakang ya tidak

d. Fraktur ya tidak

e. Traksi/spalk/gips ya tidak

f. Kompartemen sindrom ya tidak

g. Kulit ikterik sianosis kemerahan hiperpigmentasi

h. Akral hangat panas dingin kering basah

i. Turgor baik kurang jelek

Masalah Keperawatan :

j. Luka : jenis : luas : bersih kotor

Lain-lain :

8. Sistem Endokrin

- a. Pembesaran kelenjar tyroid ya
- b. Pembesaran kelenjar getah bening ya

Masalah Keperawatan :

tidak

Lain-lain :

G. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

1. Persepsi klien terhadap penyakitnya

- cobaan Tuhan hukuman lainnya

Masalah Keperawatan :

2. Ekspresi klien terhadap penyakitnya

- murung gelisah tegang marah/menangis

3. Reaksi saat interaksi kooperatif tak kooperatif curiga

4. Gangguan konsep diri ya tidak

Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

H. PENGKAJIAN SPIRITUAL

Kebiasaan beribadah sering kadang-kadang tidak pernah

Lain-lain :

I. PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, radiologi, EKG, USG)

J. TERAPI

.....,
Mahasiswa,

(.....)

ANALISA DATA

Nama :

No.RM:

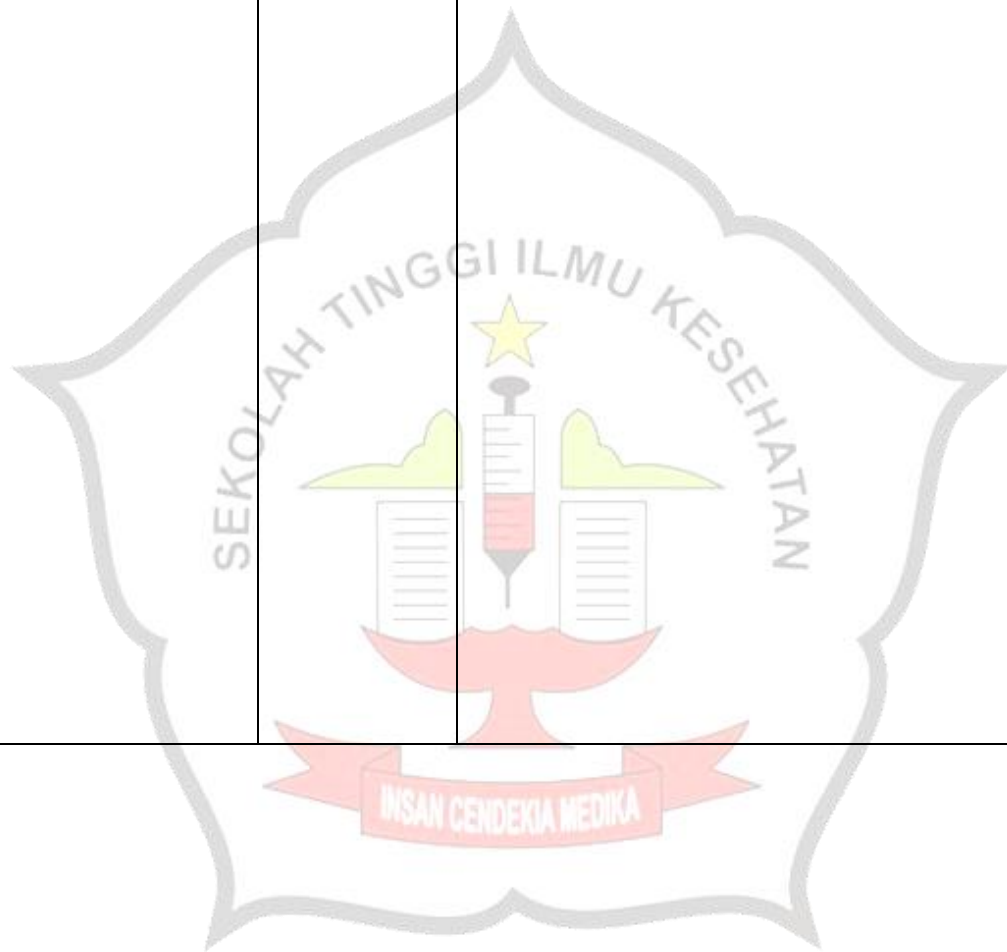
Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Data subyektif : Data Obyektif :		
		SESUAI DENGAN NANDA

Diagnosa Keperawatan yang muncul

1.
2.
3.
4.
5.

Intervensi Keperawatan

Tanggal	No. diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Waktu	Rencana tindakan	Rasional



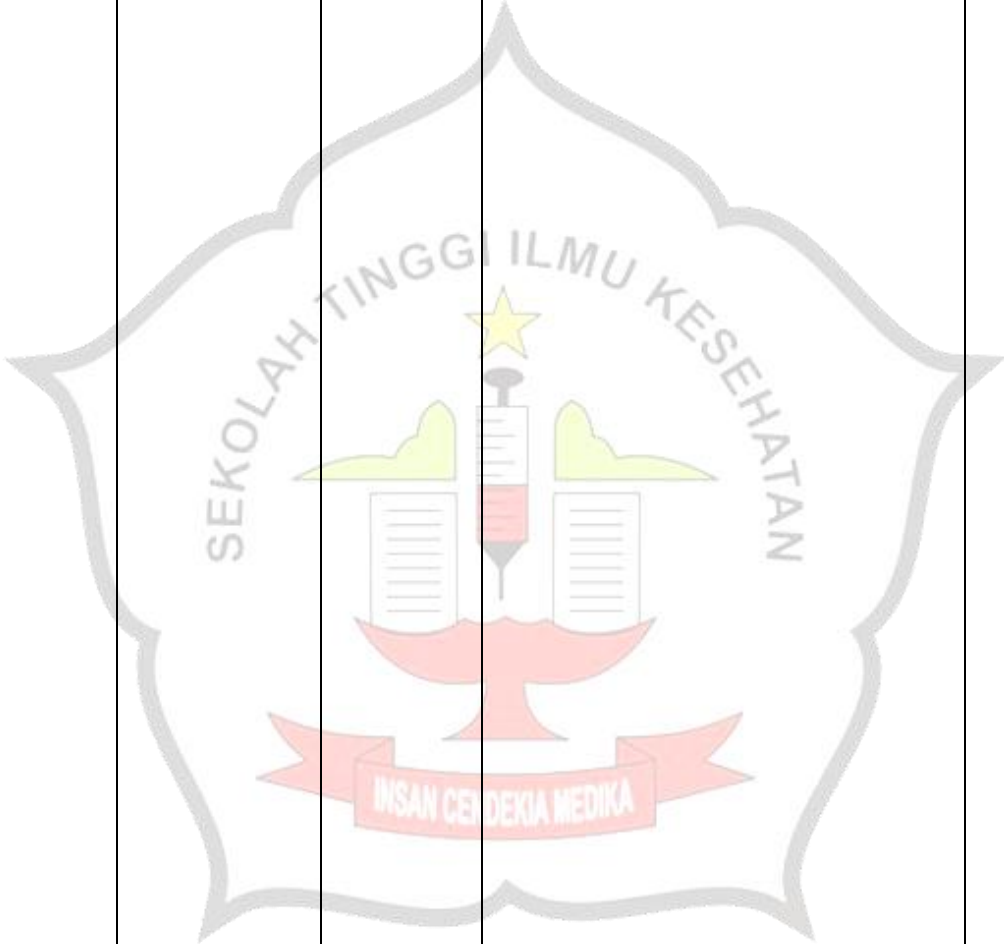
Implementasi Keperawatan

Nama :.....

No.RM

:

.....

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Implementasi keperawatan	Paraf
				

Evaluasi Keperawatan

Nama :.....

No.RM

:

.....

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Perkembangan	Paraf
			S : O : A : P	

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"**



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : '05/KTI-D3KEP/K31/073127/XII/2016
Lamp. : -
Perihal : Pre survey data, Studi Pendahuluan

Jombang, 19 Desember 2016

Kepada :

Yth. Direktur RSUD Bangil
di
Pasuruan

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Pre survey data, Studi Pendahuluan kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **SONI PURNAMA WIJAYA**
No. Pokok Mahasiswa / NIM : 14 121 0036
Judul Penelitian : *Asuhan Keperawatan pada Klien Heart Failure dengan Masalah Intoleransi Aktivitas*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut diatas.

Demikian permohonan ini dibuat. Atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,


H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH
NIK: 01.06.054

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : '069/KTI-D3KEP/K31/073127/1/2017
Lamp. : -
Perihal : Penelitian

Jombang, 26 Januari 2017

Kepada :

Yth. Direktur RSUD Bangil
di
Pasuruan

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **SONI PURNAMA WIJAYA**
No. Pokok Mahasiswa / NIM : 14 121 0036
Judul Penelitian : *Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Jantung dengan Masalah Intoleransi Aktivitas*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut diatas.

Demikian permohonan ini dibuat. Atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,

H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH
NIK: 01.06.054



PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL
Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 1 Februari 2017

Nomor : 445.1 / 283 / 424.202/2017
Lampiran : -
Hal : Persetujuan Study
Pendahuluan

Kepada
Yth. Ketua Stikes Insan Cendekia Medika
Jl. K.H Hasyim Asyari 171
Mojosongo
JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 05/KTI-D3KEP/K31/073127/XII/2016 tanggal 19 Desember 2016 perihal Permohonan Ijin Studi Pendahuluan atas nama :

Nama : Soni Purnama Wijaya
NIM : 14 121 0036
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Klien Heart Failure dengan Masalah Intoleransi Aktivitas

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk melakukan Survei Pendahuluan di RSUD Bangil selama 1 (satu) minggu terhitung mulai tanggal 1 – 7 Februari 2017 dengan ketentuan :

1. Menaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Melaporkan diri kepada petugas di lokasi pengambilan data.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN

Kepala Bidang Penunjang

u.b

Kas. Diklat



DIDIK MARIYONO, SKM.

Penata Tingkat I

NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Inst. Rekam Medik RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci – Bangil Pasuruan Kode Pos 67153
Telp. (0343) 744900; 747789. Faks. (0343) 744940,747789



Pasuruan, 6 Februari 2017

Nomor : 445.1/ 334 /424.202/2017
Lampiran : -
Hal : Persetujuan Penelitian

Kepada
Yth. Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Insan Cendekia Medika
Jl. Kemuning No. 57
JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 069/KTI-D3KEP/K31/073127/II/2017 tanggal 26 Januari 2017 perihal Penelitian serta Surat Rekomendasi Penelitian/Survey Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Nomor : 072/51/424.104/SUR/RES/2017 tanggal 2 Februari 2017 atas nama:

Nama : SONI PURNAMA WIJAYA
NIM : 14 121 0036
Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Jantung dengan Masalah Intoleransi Aktifitas di RSUD Bangil Pasuruan.

maka pada prinsipnya kami **MENYETUJUI** yang bersangkutan untuk melakukan Penelitian di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung tanggal 13 Februari – 12 Maret 2017.

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n. DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Plt. Kepala Bidang Penunjang

Kasi Diklat



DIDIK MARIYONO, SKM
Penata Tingkat I

NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruang Observasi Jantung di RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan.



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 23 Maret 2017

Nomor : 445.1 / 924 /424.079/2016 Kepada
Lampiran : - Yth. Ketua Stikes Insan Cendekia Medika
Hal : Keterangan Selesai Jl. K.H Hasyim Asyari 171
Penelitian Mojosoongo
JOMBANG

Menyambung surat kami Nomor : 445.1/334/424202/2017 tanggal
6 Februari 2017 perihal Persetujuan Penelitian atas nama :

Nama : Soni Purnama Wijaya
NIM : 14 121 0036
Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien Jantung dengan
Masalah Intoleransi Aktifitas di RSUD Bangil Pasuruan

Maka dapat kami informasikan bahwa mahasiswa tersebut di atas telah menyelesaikan pengambilan data penelitiannya di RSUD Bangil pada tanggal 13 Februari – 12 Maret 2017.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN

Kepala Bidang Penunjang

u.b

Kasi Diklat



DIDIK MARIYONO, SKM.

Penata Tingkat I

NIP. 19680525 199203 1 012

LEMBAR KONSULTASI
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN

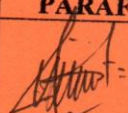
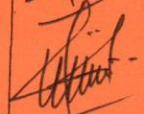
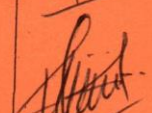

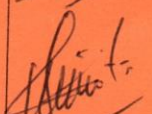
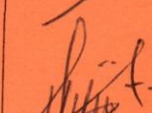

NAMA : SONI PURNAMA WIJAYA
NIM : 141210036
JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PIEN GAGAL JANTUNG
 DENGAN MASALAH INTOLERANSI AKTIVITAS
PEMBIMBING I : IMAM FATONI, SKM., MM

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1	6/6 /12	Konsul judul	
2	8/6 /12	Revisi judul - Guci latar belakang masalah (RMS)	
3	17/6 /12	- perbaiki bab I sesuai arahan (tabel d. proposal)	
4	20/6 /12	- Revisi bab I lanjut bab II	
5	23/6 /12	- Revisi bab III	
6	28/6 /12	- perbaiki bab III	
7	03/7 /12	- Revisi bab III	
8	05/7 /12	- Guci paragraf paragraf - sign ufa	

LEMBAR KONSULTASI

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

NAMA : SONI PURNAMA WIJAYA
NIM : 141210036
JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA ELIEN SAGAL
 JANTUNG DENGAN MASALAH INTOLERANSI AKTIVITAS
PEMBIMBING II : DWI HARYANTO, S.Kep., Ns.

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1.	2/6 /12	- Konfir judul - Konfir sampel	
2.	9/6 /12	Revisi penulisan BAB I	
3.	5/6 /12	- ACC BAB I - penyempurnaan BAB I	
4.	21/6 /12	- Revisi bab II, III	
5.	23/6 /12	ACC bab I, Revisi bab III (akhir)	
6.	29/6 /12	- ACC bab II - sempurnaan bab II	
7.	10/6 /12	- penyempurnaan bab 4+5 - ACC bab 4+5 - sempurnaan bab II	

PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : SONI PURNAMA WIJAYA

NIM : 141210036

Jenjang : Diploma

Program Studi : Keperawatan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap ditindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, 14 Juli 2017

Saya yang menyatakan,



SONI PURNAMA WIJAYA
NIM : 141210036

INSAN CENDEKIA MEDIKA