

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

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



**Disusun Oleh:
SELLA TRIA AMANDA
161210036**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2019**

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL JANTUNG
CONGESTIVE DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
INTOLERANSI AKTIVITAS DI RUANG CVCU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
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
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sella Tria Amanda

NIM : 161210036

Program Studi : D3 Keperawatan

Menyatakan KTI dengan judul Asuhan Keperawatan pada Klien *Gagal Jantung Congestive* dengan masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan secara keseluruhan benar-benar karya sendiri. Jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap di tindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, Juli 2019

Saya yang menyatakan



SELLA TRIA AMANDA

161210036

PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sella Tria Amanda

NIM : 161210036

Program Studi : D3 Keperawatan

Menyatakan KTI dengan judul Asuhan Keperawatan pada klien *Gagal Jantung Congestive* dengan masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan secara keseluruhan benar-benar karya saya sendiri. Jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap di tindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, Juli 2019

Saya yang menyatakan



SELLA TRIA AMANDA

161210036

SURAT PERYATAAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : SELLA TRIA AMANDA
NIM : 161210036
Tempat Tanggal Lahir : BOJONEGORO, 28 AGUSTUS 1997
Institusi : STIKES ICME JOMBANG
Judul Karya Tulis Ilmiah : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN
GAGAL JANTUNG CONGESTIVE DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN INTOLERANSI
AKTIVITAS

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tugas akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya tulis saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dalam bentuk kutipan yangtelah disebut sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Jombang, Juli 2019

Penulis



SELLA TRIA AMANDA

LEMBAR PERSETUJUAN

Proposal Karya Tulis Ilmiah Diajukan Oleh :

Nama Mahasiswa : Sella Tria Amanda

NIM : 161210036

Program Studi : DIII Keperawatan

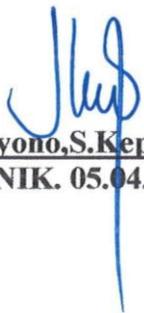
Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Gagal Jantung Congestive* Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan

Telah diperiksa dan disetujui oleh dewan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang

Menyetujui

Pembimbing Utama

Pembimbing Kedua


Dr. Hariyono, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIK. 05.04.053


Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIK. 04.05.053

Mengetahui

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Insan Cendekia Medika Jombang



H. Imam Fathoni, SKM.,MM
NIK. 03.04.022

Ketua Program Studi Diploma III
Keperawatan



Maharani Tri Puspitasari, S.Kep.,Ns.,MM
NIK. 03.04.028

LEMBAR PENGESAHAN

Proposal Karya Tulis Ilmiah ini telah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Sella Tria Amanda
NIM : 161210036
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul : “Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung
Congestive Dengan Masalah Intoleransi Aktivitas”

Telah disetujui oleh dewan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang

Komisi Dewan Penguji

Penguji Utama : H. Imam Fatoni, SKM.,MM ()
Penguji Anggota 1 : Dr. Haryono, S.Kep.Ns.,M.Kep ()
Penguji Anggota 2 : Inayatur Rosyidah, S.Kep.Ns.,M.Kep ()

Ditetapkan di : Jombang

Pada Tanggal : Agustus 2019

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Bojonegoro, 28 Agustus 1997 dari ayah yang bernama Anwar dan ibu yang bernama Murni Wati, penulis merupakan putri pertama dari dua bersaudara.

Tahun 2010 penulis lulus dari SDN Mojowangi 1, Tahun 2013 penulis lulus dari SMPN 1 Mojowarno, Tahun 2016 penulis lulus dari SMK Sultan Agung 2 Tebuireng. Dan padatahun 2016 penulis lulus seleksi masuk STIKES Insan Cendekia Medika Jombang. Penulis memilih Program Studi Diploma III Keperawatan dari lima program studi yang ada di STIKES ICME Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang,



SELLA TRIA AMANDA

MOTTO

Memulai dengan penuh keyakinan, menjalankan dengan penuh keikhlasan,
menyelesaikan dengan penuh kebahagiaan

PERSEMBAHAN

Yang Utama Dari Segalanya

Sujud syukur kepada tuhan yang maha agung, atas karunia dan rahmatmu yang telah memberikan kekuatan dan ketabahan untuk menjalani hidup ini atas rahmatmu jualah akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Kupersembahkan karya sederhana ini kepada orang – orang yang sangat kukasihi dan kusayangi.

IBUNDA DAN AYAHANDA TERCINTA

Terimakasih untuk ayahanda dan ibunda, disini anakmu memberikan sesuatu yang terbaik untukmu dan terimakasih untuk mama dan bapak yang sudah rela mengorbankan waktunya sejak aku masih kecil yang sudah mendidik, membimbingku hingga aku dewasa dan sudah membiayai sekolahku. Maafkan anakmu yang selalu merepotkanmu sampai sekarang, maafkan anakmu ini yang selalu membuatmu kesal, kecewa dan maafkan anakmu yang sampai saat ini anakmu masih belum bias menjadi kebanggaan untukmu, betapa diri ini ingin melihat kalian bangga kepadaku. Walaupun itu tidak mungkin membalas semua kasih sayang dan pengorbanan yang telah kalian berikan untukku, yang tanpa henti yang selalu mendoakan dan member dukungan setiap langkahku. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat ibu ayah, mama, bapak bahagia dan bangga karena kusadar, selama ini belum bias membuat yang berarti untukmu. Maafkan aku ibu, ayah, mama, bapak yang telah merepotkanmu, membuatmu marah,

membuatmu menangis. Aku berjanji akan menjadi anak yang berguna bagimu kelak. Terimakasih ibu.... Terimakasih ayah.... Terimakasih mama

ADIKKU TERSAYANG

Untukadekku Dani Alfaruqi, terimakasih atas segala dukungan dan doa yang telah kau berikan terimakasih atas canda tawa yang memberiku semangat disaat diriku lemah.

DOSEN-DOSENKU

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

TEMAN DAN SAHABATKU

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

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 Congestive* Dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Di Ruang CVCU 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 Proposal Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bimbingan dan arahan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada yang terhormat : Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, Kaprodi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, pembimbing utama yang telah banyak member pengarahan, motivasi dan masukan dalam penyusunan proposal ini, pembimbing Dua yang telah banyak memberi motivasi dan pengarahan dan ketelitian dalam penyusunan proposal 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, Juli 2019

Penulis

ABSTRAK

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

Oleh:

Sella Tria Amanda

Gagal jantung congestive adalah suatu ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan oleh jaringan sehingga tubuh mengalami kelemahan. Tujuan dari asuhan keperawatan ini adalah memberikan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gagal jantung congestive dengan masalah intoleransi aktivitas.

Metode yang digunakan adalah metode deskriptif dengan menggunakan studi kasus. Penelitian dilakukan di Ruang CVCU dengan menggunakan partisipan 2 orang dengan masalah keperawatan Intoleransi Aktivitas.

Hasil studi kasus pada klien mengatakan sesak nafas, nyeri dada, pusing, dan edema pada kaki dan tangan keluhan meningkat saat klien beraktivitas. Pada Tn.N masih bisa melakukan aktivitas minimal sedangkan pada Tn.S hanya bisa tiduran makan dan ke kamar mandi. Diagnosa keperawatan yang ditetapkan pada kedua klien adalah Intoleransi Aktivitas.

Kesimpulan dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn.S dan Tn.N dengan masalah intoleransi aktivitas yaitu terjadi perbedaan hasil pada Tn.N kondisinya lebih bagus dilihat dari berkurangnya keluhan dan tanda gejala sedangkan pada Tn.S kondisi klien sendiri sudah lemah sehingga perlu adanya tindakan lebih lanjut

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Gagal Jantung, Intoleransi Aktivitas

ABSTRAK

***NURSING CARE FOR CONGESTIVE HEART FAILURE CLIENT WITH
NURSING PROBLEM ON INTOLERANCE ACTIVITY PROBLEM***

(Case Study In CVCU Room Of RSUD Bangil Pasuruan)

BY :

SELLA TRIA AMANDA

Congestive heart failure is an heart inability for pumping blood in sufficient quantities to choke up of oxygen needs and nutrients that is needed by tissues. so that the weakness happen on the body. The purpose of this nursing care is to provide by doing best nursing care to clients who get congestive heart failure disease with the problem of intolerance activity.

This research method is descriptive method by using case study. This research has been done in CVCU RSUD bangil pasuruan by using 2 clients with the problem of intolerance activity.

The result of a case study on the clients, and the client's complaints are out of breath, chest pain, dizziness, and swollen in the legs and arms area. The clients will terrace when they are doing some activities. On Tn.N, he still do minimal activities. But while on Tn.S, he can sleeping down, eating and going to bathroom only. The diagnosis set on 2 clients are intolerance activities.

The conclusion of nursing care that have been done on Tn.N and Tn.S with intolerance activity problem, namely there was the differences result between both of the clients condition. On Tn.N he look better by seeing the signs and symptoms. Whereas on Tn.S he is already weak, so that he need further action to be continued.

Keywords : Nursing Care, Heart Failure, Intolerance Activity

DAFTAR ISI

Halaman Judul Luar	i
Halaman Judul Dalam	ii
Pernyataan Surat Keaslian.....	iii
Pernyataan bebas plagiasi	iv
Surat Pernyataan.....	v
Lembar Persetujuan.....	vi
Lembar Pengesahan	vii
Riwayat Hidup	viii
Motto.....	ix
Kata Pengantar	xi
Abstrac	xii
Abstract	xiii
Daftar Isi	xiv
Daftar Gambar.....	xvi
Daftar Tabel	xvii
Daftar Lampiran	xviii
Daftar Lambang Dan Singkatan.....	xix
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan Penelitian	4
1.3.1. Tujuan Umum	4
1.3.2. Tujuan Khusus	4
1.4. Manfaat Penelitian	4
1.4.1. Manfaat Teoritis.....	4
1.4.2. Manfaat Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Konsep Dasar Gagal Jantung Congestive.....	6
2.1.1. Definisi.....	6
2.1.2. Etiologi.....	6
2.1.3. Manifestasi Klinis.....	7
2.1.4. Patofisiologi	7
2.1.5. Pathway Gagal Jantung.....	10
2.1.6. Klasifikasi Gagal Jantung	11
2.1.7. Tanda dan Gejala	11
2.1.8. Komplikasi yang muncul	12
2.1.9. Penatalaksanaan	13
2.1.10. Pemeriksaan Penunjang	13
2.2. Konsep Intoleransi Aktivitas	15
2.2.1. Definisi Intoleransi Aktivitas.....	15
2.2.2. Batasan Karakteristik	15
2.2.3. Faktor yang berhubungan	15
2.3. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Gagal Jantung	15
2.3.1. Pengkajian.....	15
2.3.2. Diagnosa Keperawatan	20
2.3.3. Intervensi Keperawatan	20

2.3.4. Implementasi Keperawatan.....	22
2.3.5. Evaluasi Keperawatan.....	23
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1. Desain Penelitian	25
3.2. Batasan Istilah.....	25
3.3. Partisipan	26
3.4. Tempat dan Waktu Penelitian.....	26
3.5. Pengumpulan Data.....	26
3.6. Uji Keabsahan Data	27
3.7. Analisa Data.....	27
3.8. Etika Penelitian.....	28
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1. Hasil.....	29
4.1.1. Gambaran lokasi pengambilan data	29
4.1.2. Pengkajian.....	29
4.1.3. Analisa Data.....	33
4.1.4. Diagnosa Keperawatan	33
4.1.5. Intervensi Keperawatan	34
4.1.6. Implementasi Keperawatan.....	35
4.1.7. Evaluasi Keperawatan.....	37
4.2. Pembahasan	38
4.2.1. Pengkajian.....	38
4.2.2. Diagnosa Keperawatan	40
4.2.3. Intervensi Keperawatan	41
4.2.4. Implementasi Keperawatan.....	42
4.2.5. Evaluasi Keperawatan.....	43
5.1. Kesimpulan.....	45
5.2. Saran	47
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

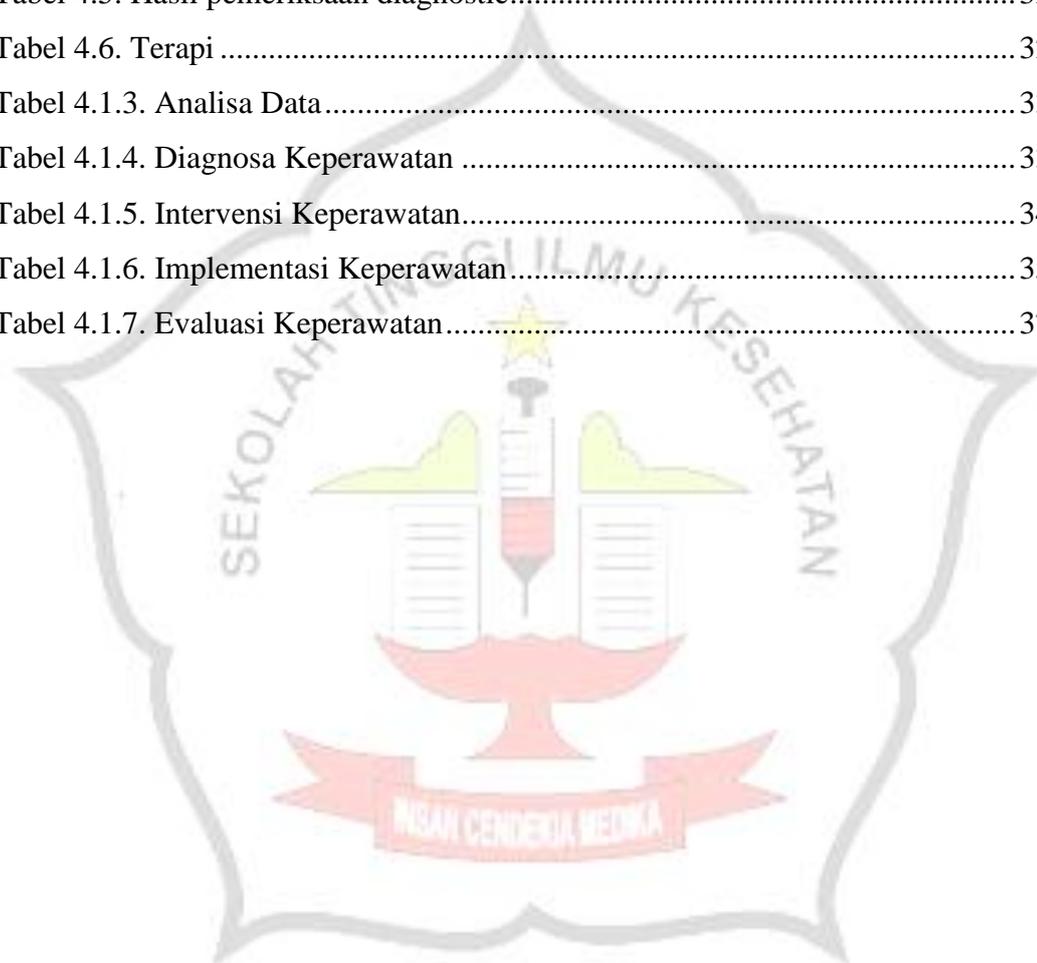
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.5. Pathway GagalJantung Congestive 10



DAFTAR TABEL

Tabel 2.3.3. IntervensiKeperawatanIntoleransiAktivitas.....	22
Tabel 4.1. Identitas Klien	29
Tabel 4.2. Riwayat Penyakit	29
Tabel 4.3. Perubahan pola kesehatan	30
Tabel 4.4. Pemeriksaan fisik	31
Tabel 4.5. Hasil pemeriksaan diagnostic.....	32
Tabel 4.6. Terapi	32
Tabel 4.1.3. Analisa Data.....	33
Tabel 4.1.4. Diagnosa Keperawatan	33
Tabel 4.1.5. Intervensi Keperawatan.....	34
Tabel 4.1.6. Implementasi Keperawatan.....	35
Tabel 4.1.7. Evaluasi Keperawatan.....	37



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2 Inform Consent

Lampiran 3 Form Pengkajian Keperawatan

Lampiran 4 Surat Pre Survei Data dari STIKES ICME Jombang

Lampiran 5 Surat Keterangan Pelaksanaan Penelitian dari RSUD Bangil

Lampiran 6 Surat Persetujuan Penelitian dari RSUD Bangil

Lampiran 7 Jadwal Kegiatan

Lampiran 8 Lembar Konsul Pembimbing 1

Lampiran 9 Lembar Konsul Pembimbing 2



DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN



ACEI	: Angiotensin Converting Enzym Inhibitor
AGD	: Analisa Gas Darah
ARB	: Angiotensin Reseptor Bloker
ASD	: Atria Septum Defect
BUN	: Blood Ureum Nitrogen
CHF	: Congestive Heart Failure
CT-Scan	: Computed Tomography Scanner
CVCU	: Cardiovasculer Care Unit
EKG	: Elektro Kardiogram
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association
NIC	: Nursing Interventions Classification
NOC	: Nursing Outcomes Classifications
PND	: Paroksimal Nokturnal Dispnea
Riskedes	: Riset Kesehatan Dasar
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
TTV	: Tanda-Tanda Vital
VCD	: Ventricular Septum Defect
WHO	: World Health Organization / Organisasi Kesehatan Dunia
WOD	: Wawancara, Observasi, dokumentasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Intoleransi aktivitas merupakan suatu keadaan dimana tubuh tidak memiliki kecukupan energi untuk mempertahankan atau menyelesaikan kegiatan sehari-hari (Herdman & Kamitsuru, 2015).Gagal jantung merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas di seluruh dunia (Goodman & Gilman, 2017). Gagal jantung dapat dialami oleh setiap orang dari berbagai usia, misalnya 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, 2017). Gagal jantung berkaitan langsung dengan penurunan intoleransi aktivitas sebagai akibat dari penurunan curah jantung oleh karena disfungsi ventrikel kiri, peningkatan neurohormonal, dan kongesti pembuluh darah vena sistemik dan pulmoner (Duncam, & pozehl, 2015). Hal ini terjadi sebagai respon fisiologis dan psikologis terhadap klien.

Data WHO (2017), 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, 2017). 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 gagaljantung meningkat seiring dengan usia, dan mempengaruhi 6-10% individu lebih dari 65 tahun (Yancy, 2017). Data Riskesdas tahun 2017 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 2018 mencapai 987 orang.

Proses perjalanan penyakit gagal jantung kanan dan kiri terjadi sebagai akibat kelanjutan dari gagal jantung kiri. Setelah terjadi hipertensi pulmonal terjadi penimbunan darah dalam ventrikel kanan, selanjutnya terjadi gagal jantung kanan. Setiap hambatan pada arah aliran (forward flow) dalam sirkulasi akan menimbulkan bendungan pada arah berlawanan dengan aliran (backward congestion). Hambatan pengaliran (forward failure) akan menimbulkan adanya gejala backward failure dalam sistem sirkulasi aliran darah. Mekanisme kompensasi jantung yang pada kegagalan jantung adalah upaya tubuh mempertahankan peredaran darah dalam memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan. Mekanisme kompensasi yang terjadi pada gagal jantung ialah dilatasi ventrikel, hipertrofi ventrikel, kenaikan rangsang simpatis berupa takikardia, vasiokonstriksi perifer,

peningkatan kadar katekolamin plasma, retensi garam, cairan badan, dan peningkatan ekstraksi oksigen oleh jaringan. Apabila jantung bagian kanan dan kiri bersama-sama dalam keadaan gagal akibat gangguan aliran darah dan adanya bendungan, maka akan tampak tanda dan gejala gagal jantung pada sirkulasi sistemik dan sirkulasi paru. Keadaan ini disebut gagal jantung kongestif. Gejala yang muncul adalah nyeri, sesak nafas, dan intoleransi (Aspiani, 2017).

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. Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada klien gagal jantung congestive dengan masalah intoleransi aktivitas di RSUD Bangil Pasuruan

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien gagal jantung congestive dengan masalah intoleransi aktivitas di ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien gagal jantung di ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan
2. Mampu menetapkan diagnosis keperawatan pada klien gagal jantung di ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan
3. Mampu menyusun perencanaan keperawatan pada klien gagal jantung di ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan
4. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada klien gagal jantung di ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada klien gagal jantung di ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan

1.4. Manfaat

1.4.1. Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis studi kasus ini adalah untuk pengembangan ilmu keperawatan terkait asuhan keperawatan pada klien gagal jantung dengan masalah intoleransi aktivitas

1.4.2. 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 Definisi Gagal Jantung

Gagal jantung, sering disebut juga gagal jantung kongestif, adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi. Istilah gagal jantung kongestif paling sering digunakan kalau terjadi gagal jantung jantung sisi kiri dan sisi kanan (Brunner & Syddarth, 2017).

Gagal jantung adalah suatu keadaan patofisiologis berupa kelainan fungsi jantung sehingga jantung tidak mampu memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan (Arif Mansjoer, 2016).

Gagal jantung kongestif adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan terhadap oksigen dan nutrien dikarenakan adanya kelainan fungsi jantung yang berakibat jantung gagal memompadarah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan (Smeltzer & Bare, 2016).

2.1.2 Etiologi

Etiologi gagal jantung kongestif (CHF) menurut Brunner & Suddarth, 2015 sebagai berikut:

1. Kelainan pada otot jantung
2. Aterosklerosis coroner
3. Hipertensi sistemik

4. Penyakit jantung lain

5. Faktor sistemik

2.1.3 Manifestasi Klinis

Gejala Congestive Heart Failure (CHF) menurut NHFA, 2016 sebagai berikut:

1. Sesak nafas saat beraktifitas muncul pada sebagian besar pasien, awalnya sesak dengan aktifitas berat, tetapi kemudian berkembang pada tingkat berjalan dan akhirnya saat istirahat
2. Ortopnea, pasien menopang diri dengan sejumlah bantal untuk tidur. Hal ini menunjukkan bahwa gejala lebih cenderung disebabkan oleh Congestive Heart Failure (CHF), tetapi terjadi pada tahap berikutnya
3. Paroksimal Nokturnal Dispnea (PND) juga menunjukkan bahwa gejala lebih cenderung disebabkan oleh Congestive Heart Failure (CHF), tetapi sebagian besar pasien dengan (CHF) tidak memiliki PND
4. Batuk kering dapat terjadi, terutama pada malam hari. Pasien mendapatkan kesalahan terapi untuk asma, bronkitis atau batuk yang diinduksi ACEi
5. Kelelahan dan kelemahan mungkin jelas terlihat, tetapi umum pada kondisi yang lain
6. Pusing atau palpitasi dapat menginduksi aritmia

2.1.4 Patofisiologi

Mekanisme yang mendasari gagal jantung meliputi gangguan kemampuan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari normal. Dapat dijelaskan dengan persamaan $Co = HR \times SV$ di

mana curah jantung (Co:Cardiac output) adalah fungsi frekuensi jantung (HR: Heart Rate) x Volume sekuncup (SV: Stroke Volume)

Frekuensi jantung adalah fungsi dari sistem saraf otonom. Bila curah jantung berkurang. Sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan perfusi jaringan yang memadai, maka volume sekuncup jantunglah yang harus menyesuaikan diri untuk mempertahankan curah jantung

Volume sekuncup adalah jumlah darah yang dipompa pada setiap kontraksi, yang tergantung pada 3 faktor, yaitu: (1) Preload (yaitu sinonim dengan hukum starling pada jantung yang menyatakan bahwa jumlah darah yang mengisi jantung berbanding langsung dengan tekanan yang ditimbulkan oleh panjangnya regangan serabut jantung), (2) Kontraktilita (mengacu pada perubahan kekuatan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel dan berhubungan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadar kalsium), (3) Afterload (mengacu pada besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan perbedaan tekanan yang ditimbulkan oleh tekanan arteriole)

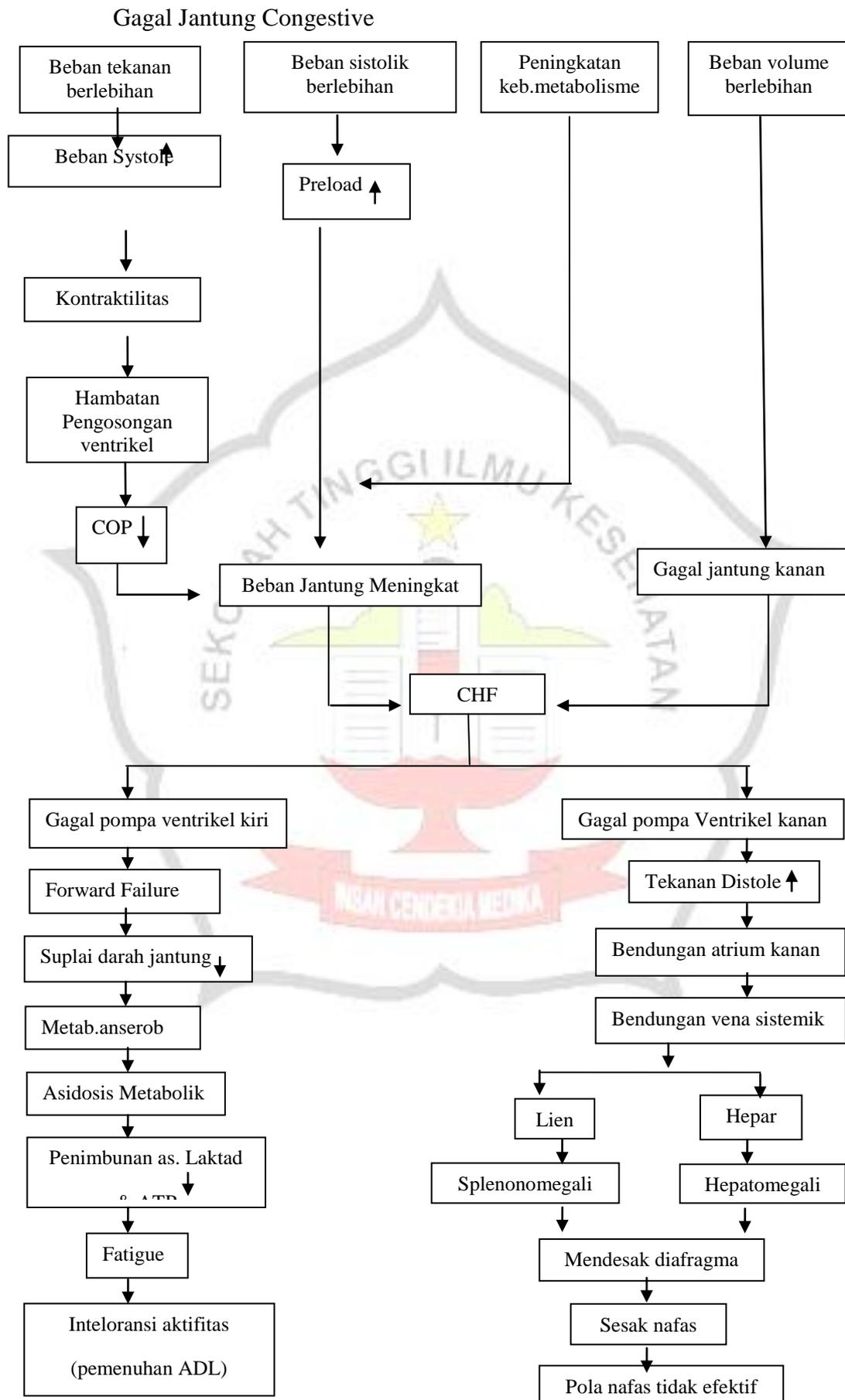
Jika terjadi gagal jantung, tubuh mengalami beberapa adaptasi yang terjadi baik pada jantung dan secara sistemik. Jika volume sekuncup kedua ventrikel berkurang akibat penekanan kontraktilitas atau afterload yang sangat meningkat, maka volume dan tekanan pada akhir diastolik di dalam kedua ruang jantung akan meningkat. Hal ini akan meningkatkan panjang serabut miokardium pada akhir diastolik dan menyebabkan waktu sistolik menjadi singkat. Jika kondisi ini berlangsung lama, maka akan terjadi

dilatasi ventrikel. Cardiac output pada saat istirahat masih bisa berfungsi dengan baik tapi peningkatan tekanan diastolik yang berlangsung lama (kronik) akan dijalarkan kedua atrium, sirkulasi pulmoner dan sirkulasi sistemik. Akhirnya tekanan kapiler akan meningkat yang akan menyebabkan transudasi cairan dan timbul edema paru atau edema sistemik

Penurunan cardiac output, terutama jika berkaitan dengan penurunan tekanan arterial atau penurunan perfusi ginjal, akan mengaktivasi beberapa sistem saraf dan humoral. Peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis akan memacu kontraksi miokardium, frekuensi denyut jantung dan vena yang meningkatkan volume darah sentral yang meningkatkan preload. Salah satu efek penting penurunan cardiac output adalah penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, yang akan menimbulkan retensi sodium dan cairan. Sistem rennin-angiotensin-aldosteron juga akan teraktivasi, menimbulkan peningkatan resistensi vaskulr perifer selanjutnya dan peningkatan afterload ventrikel kiri sebagaimana retensi sodium dan cairan

Gagal jantung berhubungan dengan peningkatan kadar arginin vasopresin dalam sirkulasi, dan juga bersifat vasokonstriktor dan penghambat ekskresi cairan. Pada gagal jantung terjadi peningkatan paptida natriuretik atrial akibat peningkatan tekanan atrium, yang menunjukkan bahwa disini terjadi resistensi terhadap efek natriuretik dan vasodilator

2.1.5. Pathway



2.1.6 Klasifikasi Gagal Jantung.

1. Kelas I : Bila pasien dapat melakukan aktifitas berat tanpa keluhan
2. Kelas II : Bila pasien tidak dapat melakukan aktifitas lebih berat
3. Kelas III : Bila pasien tidak dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa keluhan
4. Kelas IV : Bila pasien sama sekali tidak dapat melakukan aktifitas apapun dan harus tirah baring

2.1.7 Tanda Dan Gejala

1. Peningkatan volume vaskuler
2. Kongesti jaringan akibat tekanan arteri dan vena yang meningkat akibat turunnya curah jantung
3. Edema pulmonal akibat peningkatan tekanan vena pulmonalis yang menyebabkan cairan mengalir dari kapiler paru ke alveoli
4. Edema perifer umum dan penambahan berat badan akibat peningkatan tekanan vena sistemik
5. Pusing, kekacauan mental (confision), keletihan, intoleransi jantung terhadap latihan latihan dan suhu panas, ekstremitas dingin, dan oliguria akibat perfusi darah dari jantung ke jaringan dan organ yang rendah

Gambaran klinis jantung sering dipisahkan menjadi efek ke depan (forward) atau efek kebelakang (backward)

1. Efek ke depan gagal jantung kiri
 - a. Penurunan tekanan darah sistemik
 - b. Kelelahan

- c. Peningkatan kecepatan denyut jantung
 - d. Penurunan pengeluaran urin
 - e. Ekspansi volume plasma
2. Efek ke belakang gagal jantung kiri
 - a. Peningkatan kongesti paru, terutama sewaktu berbaring
 - b. Dispnea (sesak nafas)
 - c. Apabila keadaan memburuk terjadi gagal jantung kanan
 3. Efek ke depan gagal jantung kanan
 - a. Penurunan aliran darah ke paru
 - b. Penurunan oksigenasi darah
 - c. Kelelahan
 - d. Penurunan tekanan darah sistemik
 4. Efek ke belakang gagal jantung kanan
 - a. Peningkatan penimbunan darah dalam vena, edema pergelangan kaki dan tangan
 - b. Distensi vena jugularis
 - c. Hepatomegali dan splenomegali
 - d. Asites : pengumpulan cairan dalam rongga abdomen dapat mengakibatkan tekanan pada diafragma dan distress pernafasan

2.1.8 Komplikasi yang muncul

1. Stroke
2. Penyakit katup jantung
3. Infark miokard
4. Emboli pulmonal

5. Hipertensi

2.1.9 Penatalaksanaan

Dasar penatalaksanaan pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) adalah:

1. Dukung istirahat untuk mengurangi beban kerja jantung
2. Meningkatkan kekuatan dan efisiensi kontraksi jantung dengan bahan-bahan farmakologis
3. Menghilangkan penimbunan cairan tubuh berlebihan dengan terapi diuretik diet dan istirahat (Mansjoer & Triyanti, 2017).

Penatalaksanaan gagal jantung menurut Amin & Hardi, 2016 dibagi atas:

1. Terapi non farmakologi
2. Terapi farmakologi

Terapi farmakologi yang dapat diberikan antara lain golongan diuretik, ACEI, beta bloker, ARB, glikosida jantung, vasodilator, agonis beta, serta biperidin

2.1.10. Pemeriksaan Penunjang

Pada pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) dapat dilakukan pemeriksaan penunjang antara lain:

1. Eletro kardiogram (EKG)
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 hipertropi bilik, atau perubahan dalam pembuluh darah abnormal

5. Elektrolit

Mungkin berubah karena perpindahan cairan atau penurunan fungsi ginjal, terapi deuretik

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

2.2. Konsep Intoleransi Aktivitas

2.2.1. Definisi Intoleransi Aktivitas

Intoleransi aktivitas merupakan suatu keadaan dimana tubuh tidak memiliki kecukupan energi untuk mempertahankan atau menyelesaikan kegiatan sehari-hari (Herdman & Kamitsuru, 2015).

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. 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. Nama
 - b. Umur
 - c. Jenis kelamin
 - d. Suku / bangsa
 - e. Alamat

2. Keluhan utama dan riwayat penyakit sekarang
 - a. Sesak nafas (dypsnea) karena adanya akumulasi cairan dalam paru-paru oleh karena ventrikel kiri tidak efektif sehingga timbul sesak
 - b. Paroximal nokturnal dypsnea (bangun tengah malam hari karena kesulitan bernafas) yang disebabkan oleh reabsorpsi cairan dalam paru
 - c. Fatigue (kelelahan)
 - d. Jumlah urine menurun
 - e. Edema pada kaki dan tangan
 - f. Serangan timbul mendadak/ sering kambuh
3. Riwayat penyakit dahulu
 - a. Kerusakan katub jantung bawaan
 - b. Hipertensi
 - c. Diabetes militus
 - d. Bedah jantung
 - e. Infark miokard 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

b. Nutrisi

1. Gejala

a. Nafsu makan menurun

b. Mual dan muntah

c. BB bertambah drastis

d. Diit rendah garam, cairan, alkohol, gula, lemak, kafein

e. Penggunaan diuretik

2. Tanda

a. Distensi abdomen

b. Edema

c. Eliminasi

1. Gejala

a. Penurunan berkemih

b. Urin berwarna keruh

c. Nocturia

d. Diare / konstipasi

d. Hygine

1. Gejala

- a. Kelelahan, kelelahan dalam melakukan aktivitas perawatan diri

6. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

1. Kesadaran(Composmetis sampai dengan koma).
2. Lemah

b. Tanda-tanda vital

1. Tensi : Meningkat
2. Nadi : Meningkat
3. Suhu : Normal / meningkat
4. Pernafasan : Meningkat dan tidak teratur
5. Nyeri : Nyeri dada akut, nyeri abdomen atas

c. Berat badan : Meningkat drastis apabila terjadi edema

d. Pemeriksaanfisik

1. Kepala dan leher

- a. Konjungtiva 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 / menurun
 - 2. Takikardi, sianosis perifer
 - 3. Nyeri dada saat aktivitas
- 3. Pemeriksaan abdomen
 - a. Ascites
 - b. Nyeri tekan
 - c. Hepatomegali
- 4. Pemeriksaan ekstermitas dan abdomen
 - a. Sianosis perifer
 - b. Pucat
 - c. Akral dingin
 - d. Edema tungkai (pitting edema)
- 5. Pemeriksaan genetalia, anus
 - a. Kemungkinan ada edema pada genetalia
 - b. Keluhan berkemih
 - c. Diare, konstipasi

2.3.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada penderita gagal jantung menurut Nurarif dan Kusuma, 2017 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
6. Kerusakan integritas kulit
7. Defisit perawatan diri
7. Ansietas berhubungan dengan kesulitan nafas dan kegelisahan akibat oksigenasi yang tidak adekuat

2.3.3. Intervensi Keperawatan

Intoleransi keperawatan pada diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh antara lain :

Tabel 2.3.3.intervensi intoleransi aktivitas

DIAGNOSA	NOC	NIC
Intoleransi Aktivitas. Definisi : ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam klien dapat menunjukkan toleransi terhadap aktivitas dengan kriteria hasil: 1. konservasi energi a. menyeimbangkan aktivitas dan istirahat b. menggunakan tidur siang untuk memulihkan c. menyadari keterbatasan energi d. menggunakan teknik konservasi energi	1. erapi aktivitas a. onitor status emosional, fisik dan sosial serta spiritual klien terhadap latihan / aktivitas b. onitor hasil pemeriksaan EKG klien saat istirahat dan aktivitas (bila memungkinkan dengan tes toleransi latihan) c. antu klien memilih aktivitas yang sesuai dengan kondisi d. antu klien memilih aktivitas yang sesuai dengan kondisi e.
Batasan karakteristik 1. ipsnea setelah beraktivitas 2. eletihan 3. etidaknyamanan setelah beraktivitas 4. erubahan EKG 5.		

	espon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas	e.	engatur aktivitas untuk konservasi energi	antu klien untuk melakukan aktivitas / latihan fisik secara teratur
6.	espon frekwensi jantung abnormal terhadap aktivitas	f.	enyesuaikan gaya hidup dengan tingkat energi	f.
		g.	empertahankan intake nutrisi yang cukup	olaborasi dengan tim medis untuk merencanakan, memonitoring program aktivitas klien
Faktor yang berhubungan				
1.	etidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	2.	oleransi aktivitas	g.
2.	mobilitas	a.	aturasi oksigen ketika beraktivitas	olaborasi pemberian obat antihipertensi, obat-obatan digitalis, diuretic, dan vasodilator
3.	aya hidup kurang gerak	b.	rekuensi nadi ketika beraktivitas	2.
4.	irah baring atau imobilisasi	c.	rekuensi pernafasan ketika beraktifitas	enejemen energi
		d.	emudahan bernafas ketika beraktifitas	a.
		e.	ekanan darah sistolik dan diastolik ketika beraktivitas	entukan pembatasan aktivitas fisik pada klien
		f.	ambaran EKG	b.
		g.	arna kulit	entukan persepsi klien dan perawat mengenai kelelahan
		h.	ecepatan berjalan	c.
		i.	arak berjalan	entukan penyebab kelelahan (perawatan nyeri, pngobatan)
		j.	oleransi dalam menaiki tangga	d.
		k.	ekuatan tubuh bagian atas dan bawah	onitor efek dari pengobatan klien
		l.	emudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari	e.
		m.	emampuan berbicara dengan aktivitas fisik	onitor intake nutrisi yang adekuat sebagai sumber energi
				f.
				njurkan klien dan keluarga untuk mengenali tanda dan gejala kelelahan saat aktivitas
				g.
				njurkan klien untuk membatasi aktivitas yang cukup berat seperti berjalan jauh, berlari, mengangkat beban berat, dll
		3.		h.

erawatan diri :	onitor respon terapi
Aktivitas sehari-hari	oksigen klien
a. akan	i. antu stimuli
b. erpakaian	lingkungan untuk
c. andi	relaksasi klien
d. oileting	j. atasi jumlah
e. erhias	pengunjung
f. ebersihan	
g. eberihan mulut	
h. erjalan	
i. obilitas dengan	
kursi roda	
j. emosisikan diri	
k. erpindah	

2.3.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengolahan dan perwujudan dari rencan keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Jenis tindakan pada implementasi ini terjadi dari tindakan rujukan atau ketergantungan. Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencan tindakan keperawatan.

Hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Yang biasa adalah rencana tidak tertulis yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan, itu yang dilaksanakan. Hal ini sangat membahayakan klien dan perawat jika berakibat fatal, dan juga tidak memenuhi aspek legal. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan

dibutuhkan klien sesuai dengan kondisi saat ini. Perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, teknik sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan (Effendy, 2016).

2.3.5. Evaluasi Keperawatan

Alfaro-LeFevre, 2016. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan, dan perbaikan. Evaluasi dibagi menjadi 2 jenis yaitu :

1. Evaluasi formatif : Observasi perawat terhadap respon segera pada saat dan setelah dilakukan tindakan keperawatan
2. Evaluasi sumatif : Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi sesuai waktu pada tujuan ditulis pada catatan perkembangan. Hasil yang diharapkan untuk pasien dengan gagal jantung menurut Brunner dan Suddarth, 2016:291
 - a. Menunjukkan toleransi terhadap peningkatan aktivitas
 - b. Mempertahankan keseimbangan cairan
 - c. Kecemasan berkurang
 - d. Membuat keputusan yang bijaksana terkait perawatan dan pengobatan
 - e. Mematuhi regimen perawatan diri

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. 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,2015). Dalam studi kasus ini peneliti menggunakan dua klien yang akan dikaji sesuai keluhan dan diberi asuhan keperawatan

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

3.2. Batasan Istilah

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 pelaksanaanya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti praktik keperawatan (Ali, 2016).

2. Gagal jantung

Adalah dimana fungsi jantung sebagai pompa untuk mengantarkan oksigen yang kaya akan oksigen keseluruh tubuh tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh sehingga tubuh mengalami kelemahan atau intoleransi dalam aktivitas (Wijaya & Putri, 2017).

3. Intoleransi aktivitas

Adalah suatu keadaan dimana tubuh tidak memiliki kecukupan energy untuk mempertahankan atau menyelesaikan kegiatan sehari-hari (Herman & Kamitsuru, 2015).

3.3. Partisipan

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

3.4. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan. Penelitian dilakukan 3 hari bulan April 2019

3.5. Pengumpulan data

Agar dapat diperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, diperlukan teknik pengumpulan data sebagai berikut :

1. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit 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 diagnosis dan data lain yang relevan)

3.6. Uji Keabsahan data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau 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 atau tindakan
2. Sumber informasi tambahan menggunakan member checking dengan cara mendapatkan informasi dari pasien dan keluarga

3.7. Analisis Data

Analisa data dilakukan sejak peneliti dilapangan, waktu 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 data yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dan penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis data 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, dokumentasi)

Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan atau implementasi, evaluasi

2. Mereduksi data

Data yang terkumpul dari hasil wawancara kemudian dibuat koding yang dibuat oleh peneliti dan mempunyai arti tertentu sesuai dengan topic penelitian yang diterapkan. Data obyektif dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal

3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan table, 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. Informend consent (persetujuan menjadi responden), dimana subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang penelitian yang

akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas untuk berpartisipasi atau menolak menjadi responden

2. Anonimity (tanpa nama), dimana subyek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan
3. Rahasia (confidentiality), kerahasiaan yang diberikan kepada responden dijamin oleh peneliti (Nursalam, 2016).



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

4.1.1. Gambaran lokasi pengambilan data

Penulis mengambil data di RSUD Bangil Pasuruan di ruang Cardiovascular Care Unit. Di Ruang CVCU ini terdapat 5 tempat tidur yang dilengkapi dengan bedside monitor

4.1.2. Pengkajian

1. Identitas Klien

Tabel 4.1. Identitas klien pada Asuhan Keperawatan Gagal Jantung Congestive dengan masalah Intoleransi Aktivitas di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan, April 2019

Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. S	Tn. N
Umur	61 tahun	52 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SD
Pekerjaan	Swasta	Tani
Alamat	Rowo Gempol, Pasuruan	Slambit, Kraton, Pasuruan
Diagnose medis	Gagal Jantung Congestive (CHF)	Gagal Jantung Congestive (CHF)
Tanggal MRS	25 April 2019	25 April 2019
Tanggal pengkajian	26 April 2019	26 April 2019
No. RM	213xxx	393xxx

2. Riwayat Penyakit

Tabel 4.2. Riwayat penyakit pada Asuhan Keperawatan Gagal Jantung Congestive dengan masalah Intoleransi Aktivitas di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan, April 2019

Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Klien mengatakan sesak saat melakukan aktivitas berat	Klien mengatakan sesak nafas dan nyeri dada saat beraktivitas berat
Riwayat penyakit sekarang	Klien mengatakan mulai timbul sesak dan nyeri dada sejak 2 bulan yang	Klien mengatakan sesak sejak 2 hari yang lalu dan nyeri dada, pusing kemudian pada

		<p>lalu, kemudian sesak semakin bertambah pada saat melakukan aktivitas kemudian klien dibawa oleh keluarga ke RSUD Bangil pasuruan pada tanggal 25 April 2019 dengan keluhan sesak nafas saat melakukan aktivitas, tangan dan kaki bengkak, nyeri dada, tidak bisa tidur, dan pusing kemudian klien di rawat di ruang CVCU untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut</p>	<p>tanggal 25 April 2019 klien dibawa oleh keluarga ke RSUD Bangil Pasuruan dengan keluhan sesak nafas saat beraktivitas, pusing, nyeri dada, kaki kanan bengkak kemudian klien di rawat di ruang CVCU untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut</p>
Riwayat penyakit dahulu	penyakit	Klien memiliki riwayat penyakit hipertensi	Klien memiliki riwayat penyakit hipertensi
Riwayat penyakit keluarga	penyakit	Keluarga klien tidak ada yang memiliki penyakit seperti yang diderita klien	Keluarga klien tidak ada yang memiliki penyakit seperti yang diderita klien

3. Perubahan pola kesehatan

Tabel 4.3. Perubahan pola kesehatan pada Asuhan Keperawatan Gagal Jantung Congestive dengan masalah Intoleransi Aktivitas di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan, April 2019

NO	Pola	Sebelum MRS		Sesudah MRS	
		Klien 1	Klien 2	Klien 1	Klien 2
1.	Nutrisi dan Cairan	Makan 3x sehari nasi sayur dan lauk. Minum 800cc/hari.	Makan 3x sehari nasi, sayur dan lauk. Minum 900cc/hari, suka minum kopi	Makan diit kasar rendah garam sehari. Minum dibatasi karena klien edema	Makan diit halus rendah garam 3x sehari. Minum dibatasi karena klien edema
2.	Istirahat dan tidur	Klien tidur malam selama 7 jam, tidur siang tidak menentu	Klien tidur malam selama 6 jam, tidur siang tidak menentu	Klien bedrest tidur siang dan terbangun saat malam hari	Klien tidur siang tidak menentu dan hanya 3-4 jam
3.	Eliminasi	BAB 1x/hari, BAK sering sedikit-sedikit	BAB 1x/hari, BAK sering sedikit-sedikit	Saat pengkajian klien belum bias BAB Produksi urine 1500cc/24 jam	Saat pengkajian klien belum bias BAB Produksi urine 1600cc/24 jam
4.	Personal hygiene	Mandi 2x/hari, Mengganti pakaian 2x/hari, Keramas 2x/minggu, Sikat gigi 2x/hari	Mandi 2x/hari, Mengganti pakaian 2x/hari, Keramas 2x/minggu, Sikat gigi 2x/hari	Mandi diseka keluarga setiap pagi Mengganti pakaian 1x/hari di pagi hari dibantu oleh kluarga Keramas (-)	Mandi diseka keluarga setiap pagi Mengganti pakaian 1x/hari di pagi hari dibantu oleh keluarga Keramas (-)

				Sikat gigi (-)	Sikat gigi (-)
5.	Aktivitas	Klien dirumah hanya bisa tiduran dan melakukan aktivitas ringan saja cuma makan dan kamar mandi	Klien dirumah hanya bisa tiduran atau duduk-duduk di halaman, aktivitas klien minimal	Klien hanya bedrest saja di tempat tidur	Klien hanya bendrest saja di tempat tidur

4. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4. Pemeriksaan fisik pada Asuhan Keperawatan Gagal Jantung Congestive dengan masalah Intoleransi Aktivitas di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan, April 2019

Observasi	Klien 1	Klien 2
TD	108/91mmHg	140/97mmHg
N	100 x/menit	106 x/menit
S	36,2 ⁰ C	36,7 ⁰ C
RR	25x/menit	25x/menit
SpO ₂	99%	99%
GCS	4-5-6	4-5-6
Pemeriksaan Fisik (6B)		
Breathing (B1)	Inspeksi: klien tampak sesak, pernafasan cuping hidung (-), pergerakan dada kanan dan kiri simetris, irama regular Palpasi: tidak ada benjolan Perkusi: redup Auskultasi: suara tambahan Ronchi	Inspeksi: klien tampak sesak, pernafasan cuping hidung (-), pergerakan dada kanan dan kiri simetris, irama regular Palpasi: tidak ada benjolan Perkusi: sonor Auskultasi: suara tambahan vasikuler
Blood (B2)	Inspeksi: ada pembesaran jantung, CRT <2 detik, konjungtiva normal Palpasi: tidak ada benjolan Perkusi: batas jantung melebar	Inspeksi: ada pembesaran jantung, CRT <2 detik, konjungtiva normal Palpasi: tidak ada benjolan Perkusi: batas jantung melebar
Brain (B3)	Inspeksi: kesadaran composmetis, GCS 4-5-6, nyeri dada	Inspeksi: kesadaran composmetis, GCS 4-5-6, nyeri dada
Bladder (B4)	Inspeksi: terpasang cateter, PU 1500 cc/24 jam, warna kuning jernih Palpasi: nyeri tekan (-), distensi bladder (-)	Inspeksi: terpasang cateter, PU 1600 cc/24 jam, warna kuning jernih Palpasi: nyeri tekan (-), distensi bladder (-)
Bowl (B5)	Inspeksi: mukosa kering, asites (-) Palpasi: nyeri tekan (-), tidak ada pembesaran hepar Perkusi: timpani Auskultasi: bising usus 16 x/menit	Inspeksi: mukosa kering, nyeri telan, asites (-) Palpasi: nyeri tekan (-), tidak ada pembesaran hepar Perkusi: timpani Auskultasi: bising usus 16 x/menit
Bone (B6)	Inspeksi: pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan	Inspeksi: pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan

	tulang, edema pada tangan dan kaki	tulang, edema pada kaki kanan
	Kekuatan otot	Kekuatan otot
	$\frac{5}{5} \mid \frac{5}{5}$	$\frac{5}{5} \mid \frac{5}{5}$
	Palpasi: akril dingin	Palpasi: akril dingin
Data Psikososial	Klien sabar dan menerima penyakitnya, menyerahkan kesembuhannya kepada Tuhan	Klien sabar dan menerima penyakitnya, menyerahkan kesembuhannya kepada Tuhan

5. Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Table 4.5. Hasil pemeriksaan diagnostik pada Asuhan Keperawatan Gagal Jantung Congestive dengan masalah Intoleransi Aktivitas di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan, April 2019

Pemeriksaan		Klien 1	Klien 2	Nilai Normal
		Tanggal 25 April 2019	Tanggal 25 April 2019	
Lab :				
Pemeriksaan Darah Lengkap	Leukosit	4,20	3,407	3,70 – 10,1
	Eritrosit	3,320 10^3 /uL	4,904 10^3 /uL	4,2 – 11,0
	Hemoglobin	8,94 g/dL	15,31 g/Dl	12,0 – 16,0
	Hematokrit	27,57%	46,64%	38 – 47
	MCV	83,05 μm^3	95,11 μm^3	81,1 – 96,0
	MCH	26,92 pg	31,22 pg	27,0 – 31,2
	MCHC	32,41 g/dL	32,82 g/dL	31,8 – 35,4
	RDW	19,15%	16,45%	11,5 – 14,5
	PLT	231 10^3 /uL	117 10^3 /uL	155 – 366
Faal Ginjal	BUN	76 mg/Dl	17 mg/dL	7,8 – 20, 23
	Kreatinin	2,146 mg/dL	2,145 mg/dL	0,6 – 1,0
	Uric – acid	16,0 mg/dL		3,6 – 8,2
Pemeriksaan Patologi Klinik	CK-MB	51,0 mg/dL	52 mg/dL	<= 24
Jantung	Troponin 1	0,010 mg/dL	0,20 mg/dL	0,06
Thorax		Cor: membesar dengan CRT 70% sinus phenicocostalis kanan kiri tajam tulang tampak baik Kesan: Cardiomegaly	Cor: membesar dengan CRT 70% sinus phenicocostalis kanan kiri tajam tulang tampak baik Kesan: Cardiomegaly	

6. Terapi

Tabel 4.6. Terapi pada Asuhan Keperawatan Gagal Jantung Congestive dengan masalah Intoleransi Aktivitas di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan, April 2019

Terapi	Klien 1	Klien 2
Infus	NS 500 cc/jam	NS 500 cc/jam
Injeksi	Tapazole 1x40 mg Furosemide 1x20 mg	Furosemide 1x20 mg Ceftriaxon 2x1 g
Oral	Digoxin 1x 0,25 tab	Digoxin 1x0,5 tab

	Aminefron 1x1 mg	Clopidogrel 1x75 mg
	Neurosanbe 1x1 mg	Simvastatin 1x20 mg
	Asam folat 1x1mg	Candesartan 1x4 mg
	Allopurinol 0-0 30 mg	Captopril 2x6,25 mg
	Laxadin 0-0 10 mg	
Syringe pump	Dobutamin 5mg/kgBB/menit	
O ₂	Nasal Kanul 4 Lpm	Nasal Kanul 4 Lpm
Diit	Rendah garam	Rendah garam

4.1.3. Analisa Data

Tabel 4.1.3. Analisa data pada Asuhan Keperawatan Gagal Jantung Congestive dengan masalah Intoleransi Aktivitas di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan, April 2019

Data	Etiologi	Masalah
<p>Klien 1</p> <p>DS: Klien mengatakan sesak nafas saat melakukan aktivitas berat dan susah tidur</p> <p>DO:</p> <p>KU: Lemah</p> <p>Klien tampak letih</p> <p>Edema pada tangan dan kaki, klien bedrest di tempat tidur</p> <p>TD: 108/91 mmHg</p> <p>N:100 x/menit</p> <p>S:36,2^oC</p> <p>RR: 25 x/menit</p> <p>SpO₂: 99%</p>	<p>Ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>
<p>Klien 2</p> <p>DS: Klien mengatakan sesak dan nyeri dada saat melakukan aktivitas berat</p> <p>DO:</p> <p>KU: Lemah</p> <p>Klien tampak letih, klien bedrest ditempat tidur, edema pada kaki kanan</p> <p>TD: 140/97 mmHg</p> <p>N: 106 x/menit</p> <p>S: 36,7^oC</p> <p>RR: 25 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

Tabel 4.1.4. Diagnosa keperawatan pada Asuhan Keperawatan Gagal Jantung Congestive dengan masalah Intoleransi Aktivitas di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan, April 2019

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

 Tubuh

4.1.5. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.1.5. Intervensi Keperawatan pada Asuhan Keperawatan Gagal Jantung Congestive dengan masalah Intoleransi Aktivitas di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan, April 2019

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Klien 1 Intoleransi Aktivitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien dapat menunjukkan toleransi terhadap aktivitas dengan kriteria hasil: 1. Konservasi energi a. Menunjukkan keseimbangan antara aktivitas dan istirahat (3) b. Tanda-tanda vital dalam rentang normal (3) c. Dapat mempertahankan nutrisi yang cukup (3) d. Nyeri dada dan sesak nafas berkurang (3)	1. Management energi a. Tentukan pembatasan aktivitas fisik pada klien b. Memonitoring tanda-tanda vital c. Memonitoring intake nutrisi yang adekuat sebagai sumber energi d. Kolaborasi pemberian terapi farmakologi e. Anjurkan klien dan keluarga untuk mengenali tanda dan gejala kelelahan saat aktivitas f. Mengobservasi respon terapi oksigen klien g. Batasi jumlah pengunjung h. Batasi stimuli lingkungan untuk relaksasi klien
Klien 2 Intoleransi Aktivitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien dapat menunjukkan toleransi terhadap aktivitas dengan kriteria hasil: 1. Konservasi energi a. Menunjukkan keseimbangan antara aktivitas dan istirahat (3) b. Tanda-tanda vital dalam rentang normal (3) c. Dapat mempertahankan nutrisi yang cukup (3) d. Nyeri dada dan sesak nafas berkurang (3)	1. Management energi a. Tentukan pembatasan aktivitas fisik pada klien b. Memonitoring tanda-tanda vital c. Memonitoring intake nutrisi yang adekuat sebagai sumber energi d. Kolaborasi pemberian terapi farmakologi e. Anjurkan klien dan keluarga untuk mengenali tanda dan gejala kelelahan saat aktivitas f. Mengobservasi respon terapi oksigen klien g. Batasi jumlah pengunjung h. Batasi stimuli lingkungan relaksasi klien

4.1.6. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.1.6. Implementasi keperawatan pada Asuhan Keperawatan Gagal Jantung Congestive dengan masalah Intoleransi Aktivitas di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan, April 2019

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi
Jum'at, 26 April 2019	Klien 1 Intoleransi Aktivitas	14.30	1. Membatasi stimulus lingkungan dan jumlah pengunjung untuk relaksasi klien
		15.00	2. Memonitoring tanda-tanda vital klien TD: 108/91 mmHg, S: 36,2°C, N: 100 x/menit, RR: 25 x/menit, SpO ₂ : 99%
		15.15	3. Menentukan batasan aktivitas fisik pada klien dengan membatasi aktivitas klien
		15.30	4. Menganjurkan klien dan keluarga untuk mengenali gejala kelelahan saat aktivitas seperti hentikan aktivitas saat sesak
		16.15	5. Memonitoring intake nutrisi yang adekuat sebagai sumber energi dengan diit rendah garam
		18.00	6. Berkolaborasi dalam pemberian terapi obat Memberikan injeksi: Furosemide 20 mg
Sabtu, 27 April 2019		14.30	1. Membatasi stimulus lingkungan dan jumlah pengunjung untuk relaksasi klien
		15.00	2. Memonitoring tanda-tanda vital klien TD: 100/80 mmHg, S: 36°C, N: 98 x/menit, RR: 24 x/menit, SpO ₂ : 98%
		15.15	3. Menentukan batasan aktivitas fisik pada klien dengan membatasi aktivitas klien
		15.30	4. Menganjurkan klien dan keluarga untuk mengenali gejala kelelahan saat aktivitas seperti hentikan aktivitas saat sesak
		16.15	5. Memonitoring intake nutrisi yang adekuat sebagai sumber energi dengan diit rendah garam
		18.00	6. Berkolaborasi dalam pemberian terapi obat Memberikan injeksi: Furosemide 20 mg Tapazole 40 mg digoxin 0,25 tab aminefron 1 mg neurosanbe 1 mg asam folat 1 mg
Minggu, 28 April 2019		07.30	1. Membatasi stimulus lingkungan dan jumlah pengunjung untuk relaksasi klien
		08.00	2. Memonitoring tanda-tanda vital

			klien TD: 110/70 mmHg, S: 36 ⁰ C, N: 97 x/menit, RR: 23 x/menit, SpO ₂ : 99%
		08.30	3. Menentukan batasan aktivitas fisik pada klien dengan membatasi aktivitas klien
		09.30	4. Menganjurkan klien dan keluarga untuk mengenali gejala kelelahan saat aktivitas seperti hentikan aktivitas saat sesak
		11.30	5. Memonitoring intake nutrisi yang adekuat sebagai sumber energi dengan diit rendah garam
		12.00	6. Berkolaborasi dalam pemberian terapi obat
			Memberikan injeksi: Furosemide 20 mg Tapazole 40 mg digoxin 0,25 tab aminefron 1 mg neurosanbe 1 mg asam folat 1 mg
		12.30	
Jum'at, 26 April 2019	Klien 2 Intoleransi Aktivitas	14.30	1. Membatasi stimulus lingkungan dan jumlah pengunjung untuk relaksasi klien
		15.00	2. Memonitor tanda-tanda vital klien TD: 140/97 mmHg, S: 36,7 ⁰ C, N: 106 x/menit, RR: 25x/menit, SpO ₂ : 99%
		15.15	3. Menganjurkan klien dan keluarga untuk mengenali gejala kelelahan saat aktivitas seperti hentikan aktivitas saat sesak
		15.30	4. Menentukan batasan aktivitas fisik pada klien dengan membatasi aktivitas klien
		16.15	5. Memonitoring intake nutrisi yang adekuat sebagai sumber energi dengan diit rendah garam
		18.00	6. Berkolaborasi dalam pemberian terapi obat
			Memberikan injeksi: Furosemide 20 mg Ceftriaxon 2x1 g
Sabtu, 27 April 2019		14.30	1. Membatasi stimulus lingkungan dan jumlah pengunjung untuk relaksasi klien
		15.00	2. Memonitoring tanda-tanda vital klien TD: 138/92 mmHg, S: 36,5 ⁰ C, N: 100 x/menit, RR: 24 x/menit, SpO ₂ : 98%
		15.15	3. Menentukan batasan aktivitas fisik pada klien dengan membatasi aktivitas klien
		15.30	4. Menganjurkan klien dan keluarga unuk mengenali gejala kelelahan saat aktivitas seperti hentikan aktivitas saat sesak

Minggu, 28 April 2019	16.15	5. Memonitoring intake nutrisi yang adekuat sebagai sumber energi dengan diit rendah garam
	18.00	6. Berkolaborasi dalam pemberian terapi obat Memberikan injeksi: Furosemide 20 mg Ceftriaxon 2x1 g
	18.30	digoxin 0,5 tab clopidogrel 75 mg simvastatin 20 mg candesartan 4 mg captropil 2x6,25 mg
	07.30	1. Menentukan batasan aktivitas fisik pada klien dengan membatasi aktivitas klien
	08.00	2. Memonitoring tanda-tanda vital klien TD: 130/90 mmHg, S: 36,5 ⁰ C, N: 100 x/menit, RR: 23 x/menit, SpO ₂ : 99%
	08.30	3. Membatasi stimulus lingkungan dan jumlah pengunjung untuk relaksasi klien
	09.30	4. Menganjurkan klien dan keluarga untuk mengenali gejala kelelahan saat aktivitas seperti hentikan aktivitas saat sesak
	11.30	5. Memonitoring intake nutrisi yang adekuat sebagai sumber energi dengan diit rendah garam
	12.00	6. Berkolaborasi dalam pemberian terapi obat Memberikan injeksi: Ceftriaxon 2x1 g
	12.30	digoxin 0,5 tab clopidogrel 75 mg simvastatin 20 mg candesartan 4 mg captropil 2x6,25 mg

4.1.7. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.1.7. Evaluasi keperawatan pada Asuhan Keperawatan Gagal Jantung Congestive dengan masalah Intoleransi Aktivitas di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan, April 2019

Diagnosa	Hari Ke-1	Hari Ke-2	Hari Ke-3
Klien 1 Intoleransi Aktivitas	S: Klien mengatakan sesak nafas saat beraktivitas, dan susah O: Keadaan umum lemah TD: 108/91 mmHg S: 36,2 ⁰ C N: 100 x/menit RR: 25 x/menit	S: Klien mengatakan sesak mulai berkurang dan susah tidur O: Keadaan umum cukup TD: 100/80 mmHg S: 36 ⁰ C N: 98 x/menit RR: 24 x/menit	S: Klien mengatakan sesak berkurang dan klien sudah bisa tidur O: Keadaan umum cukup TD: 110/70 mmHg S: 36 ⁰ C N: 97 x/menit RR: 23 x/menit

	<p>SpO₂: 99% GCS: 4-5-6 Kesadaran composmetis, klien tampak sesak, lemah, gelisah, edema pada tangan dan kaki</p> <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,6)</p>	<p>SpO₂: 98% GCS: 4-5-6 Kesadaran composmetis, klien terpasang nasal kanul 4 Lpm, klien terpasang cateter, edema pada tangan dan kaki</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi di lanjutkan (2,3,5,6)</p>	<p>SpO₂: 99% GCS:4-5-6 Kesadaran composmetis, klien terpasang nasal kanul 4 Lpm, klien tampak rileks, edema pada tangan dan kaki</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan (2,4,5,6)</p>
<p>Klien 2 Intoleransi Aktivitas</p>	<p>S:Klien mengatakan sesak nafas dan nyeri dada saat beraktivitas O: Keadaan umum lemah GCS: 4-5-6 Kesadaran composmetis, TD: 140/97 mmHg, S: 36,7⁰C N: 106 x/menit RR: 25 x/menit SpO₂: 99% Edema pada kaki, klien terpasang nasal kanul 4 Lpm, terpasang Cateter</p> <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,6)</p>	<p>S: Klien mengatakan sesak dan tidak nyeri dada O: Keadaan umum cukup Kesadaran composmetis, GCS:4-5-6 TD: 138/92 mmHg S: 36,5⁰C N: 100 x/menit RR: 24 x/menit SpO₂: 98% Edema pada Kaki, klien terpasang cateter dan nasal kanul 4 Lpm,</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan (2,3,5,6)</p>	<p>S: Klien mengatakan tidak nyeri dada dan sesak berkurang O: Keadaan umum cukup Kesadaran composmetis, GCS: 4-5-6 TD: 130/90 mmHg S: 36,5⁰C N: 100 x/menit RR: 23 x/menit SpO₂: 99% Klien terpasang nasal kanul 4 Lpm, edema pada kaki, dan klien tampak rileks</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan (2,4,5,6)</p>

4.2. Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis akan membahas tentang kesenjangan yang terjadi antara teori dan praktek dalam pelaksanaan studi kasus di RSUD Bangil Pasuruan dengan teori yang ada. Pembahasan ini diambil agar dapat diambil dalam memecahkan suatu masalah yang dilaksanakan selama 3 hari sehingga dapat dijadikan sebagai tindak lanjut dalam asuhan keperawatan

4.2.1. Pengkajian

Pengkajian yang telah dilakukan terhadap 2 klien didapat data keluhan utama yang sama yaitu dengan keluhan sesak nafas, nyeri dada, dan mudah lelah saat melakukan aktivitas. Pada klien 1 keluhan aktivitas yang dialami lebih parah dari pada klien 2, dimana pada klien 1 mengatakan hanya bisa tiduran dan beraktivitas hanya untuk makan dan ke kamar mandi, pada klien 2 mengatakan dalam melakukan kegiatan sehari-hari masih bisa jalan-jalan di halaman rumah dan melakukan aktivitas minimal

Manifestasi klinis dari penderita gagal jantung adalah terjadinya edema perifer yang disebabkan oleh pengosongan jantung sehingga darah atau cairan dari pembuluh darah vena yang masuk ke dalam jantung dan akan terakumulasi ke bagian-bagian perifer terutama kaki (Wijaya & Putri, 2016)

Pengkajian studi kasus ini peneliti menemukan data subyektif yang dialami klien 1 dan klien 2 perbedaan pada keluhan yang dialami kedua klien disebabkan karena klien 1 mengalami edema paru dan edema perifer sehingga memperburuk keadaan klien

Pengkajian yang dilakukan terhadap 2 klien didapat data obyektif dari observasi tanda-tanda vital didapatkan perbedaan antara klien 1 dan klien 2 Pada klien 1 TD: 108/91 mmHg, S: 36,2⁰C, RR: 25 x/menit, N: 100 x/menit, SpO₂: 99%. Sedangkan pada klien 2 TD: 140/97 mmHg, S: 36,7⁰C, N: 106 x/menit, RR: 25 x/menit, SpO₂: 99%

Pengkajian adalah proses keperawatan dengan pengumpulan data dari klien yang akurat sehingga akan diketahui masalah yang ada pada klien sehingga dijelaskan bahwa kegagalan jantung dapat dinyatakan sebagai kegagalan memompa jantung yang dimanifestasikan dengan penurunan tekanan darah, terjadinya edema perifer, dll (Hidayah, 2016)

Data yang didapat menurut peneliti menemukan penurunan tekanan darah yang dialami klien 1 disebabkan oleh berkurangnya kemampuan jantung untuk memompa darah sehingga tekanan yang dihasilkan berkurang. Penurunan tekanan darah ini menyebabkan berkurangnya aliran darah sehingga mengurangi pasokan nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan oleh tubuh

4.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada klien 1 dan klien 2 dari hasil anamnesa, observasi, 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

Diagnosa keperawatan adalah suatu bagian dari proses keperawatan yang diperoleh dari tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosa keperawatan yang terdiri dari data subyektif dan obyektif (ANA, 2015). Data subyektif klien mengeluh sesak nafas, nyeri dada, 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

Data yang di dapat dari diagnosa menurut peneliti intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh yang disebabkan karena kegagalan jantung dalam memompa darah keseluruh tubuh menyebabkan asupan oksigen yang diterima oleh sel tubuh akan berkurang. Apabila tubuh melakukan aktivitas kebutuhan oksigen dalam tubuh akan meningkat sedangkan pasokan oksigen yang terbatas hal ini mengakibatkan tubuh melakukan kompensasi yang dapat dilihat sebagai gejala denyut nadi meningkat dan dispnea

4.2.3. Intervensi Keperawatan

Pada tahap intervensi ditetapkan tujuan dan kriteria hasil yang akan dicapai selama melakukan asuhan keperawatan. Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 1 dan klien 2 menggunakan NIC: terapi aktivitas dan manajemen energi, perbedaan dari klien 1 memonitoring tanda-tanda vital terhadap resiko terjadinya penurunan tekanan darah, sedangkan pada klien 2 memonitoring terhadap hipertensi

Intervensi keperawatan adalah tindakan yang dilakukan pada klien untuk mendapatkan tujuan yang diharapkan dan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dari hasil pengkajian yang dilakukan (Gordon, 2015)

Intervensi yang di dapat menurut peneliti yang dilakukan terhadap klien 1 dan klien 2 untuk mempertahankan kestabilan tekanan darah sehingga kerusakan jantung yang lebih parah dapat dicegah

4.2.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah disusun dengan menggambarkan pencapaian tujuan dan tindakan yang telah dilaksanakan sesuai dengan intervensi keperawatan. Pada klien 1 dan klien 2 sudah sesuai dengan intervensi keperawatan, namun untuk memonitoring tanda-tanda vital khususnya tekanan darah terjadi perbedaan antara klien 1 dan klien 2. Tekanan darah pada klien 1 adalah 108/91 mmHg, pada klien 2 tekanan darah sekitar 140/97 mmHg

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan Kegiatan yang dilakukan meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah tindakan, dan menilai data-data yang baru (Setiadi, 2016)

Implementasi yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 sudah sesuai dengan intervensi akan tetapi implementasi ini terdapat perbedaan pada memonitoring tanda-tanda vital hal ini dikarenakan kondisi tubuh pada klien 1 lebih buruk dan cenderung mengalami

penurunan tekanan darah, sementara pada klien 2 mengalami riwayat penyakit hipertensi

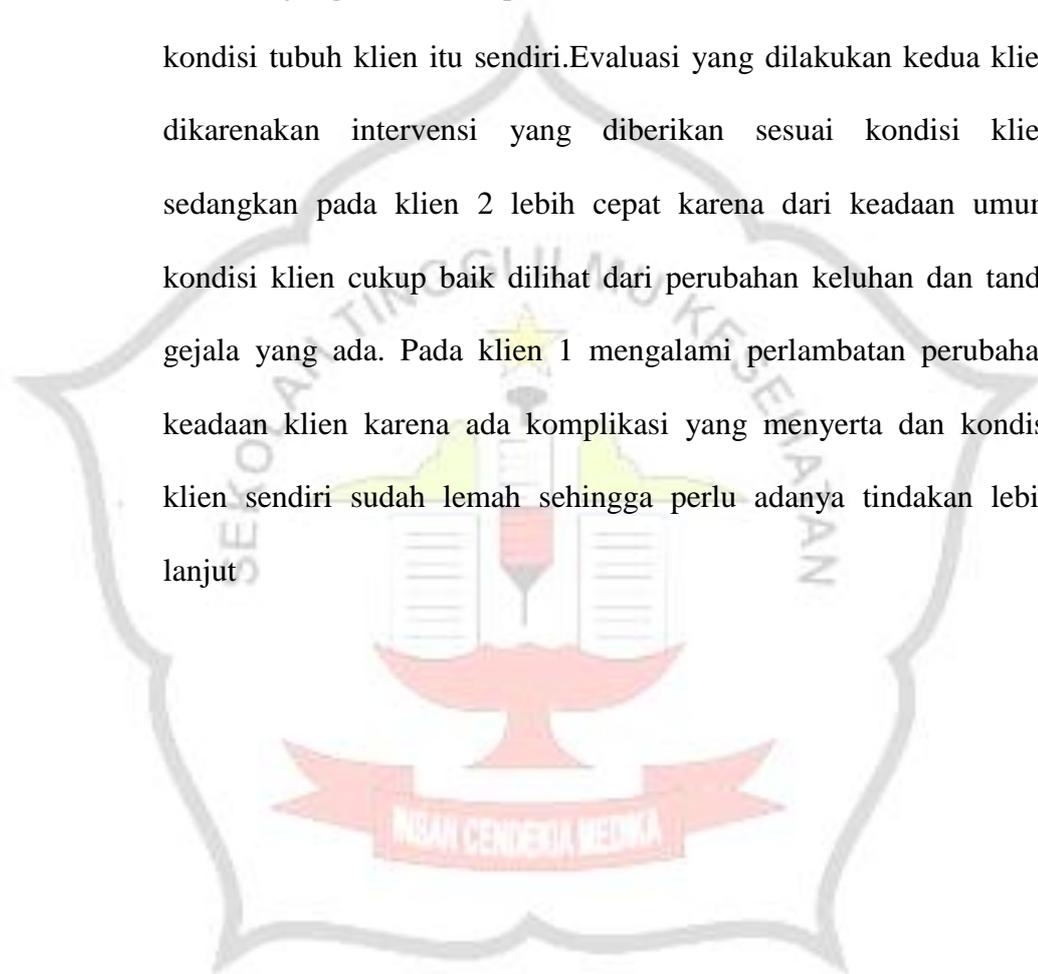
4.2.5. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi pada klien 1 dan klien 2 dilakukan pengkajian selama 3 hari. Pada hari pertama klien merasa sesak nafas saat beraktivitas, tidak bisa tidur dan nyeri dada dengan TD:108/91 mmHg, N: 100 x/menit, RR: 25 x/menit, S: 36,2⁰C, SpO₂: 99%, kesadaran composmetis dengan GCS: 4-5-6. Pada hari kedua klien merasa sesak berkurang dan susah tidur dengan TD: 100/80 mmHg, N: 98 x/menit, RR: 24 x/menit, S: 36⁰C, SpO₂: 98%, kesadaran composmetis dengan GCS: 4-5-6. Pada hari ketiga klien merasa sesak berkurang, klien sudah bisa tidur dengan TD: 110/70 mmHg, N: 97 x/menit, RR: 23 x/menit, S: 36⁰C, SpO₂: 99%, kesadaran composmetis dengan GCS: 4-5-6

Evaluasi yang dilakukan pada klien 2 pada hari pertama klien merasa sesak nafas saat beraktivitas, pusing dan nyeri dada dengan TD: 140/97 mmHg, N: 106 x/menit, RR: 25 x/menit, S: 36,7⁰C, SpO₂: 99%, kesadaran composmetis dengan GCS: 4-5-6. Pada hari kedua klien merasa sesak berkurang dan pusing dengan TD: 138/92 mmHg, N: 100 x/menit, RR: 24 x/menit, S: 36,5⁰C, SpO₂: 98%, kesadaran composmetis dengan GCS: 4-5-6. Sedangkan pada hari ketiga klien merasa sesak berkurang dan tidak pusing dengan TD: 130/90 mmHg, N: 100 x/menit, RR: 23 x/menit, S: 36,5⁰C, SpO₂: 99%, kesadaran composmetis dengan GCS: 4-5-6

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak (Hidayat A. Aziz Alimul, 2016)

Evaluasi yang di dapat menurut peneliti terjadi perubahan evaluasi yang dilakukan pada klien 1 dan 2 berbeda dikarenakan kondisi tubuh klien itu sendiri. Evaluasi yang dilakukan kedua klien dikarenakan intervensi yang diberikan sesuai kondisi klien sedangkan pada klien 2 lebih cepat karena dari keadaan umum kondisi klien 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 lebih lanjut



BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Hasil dari pembahasan pada asuhan keperawatan dengan masalah intoleransi aktivitas pada klien 1 dan klien 2 dengan kasus gagal jantung congestive di ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan, yang dijabarkan kesenjangan maupun kesamaan dari tinjauan pustaka dengan pengalaman kasus maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 terdapat perbedaan dimana pada klien 1 mengalami kelelahan yang sangat sehingga klien hanya bisa berbaring di tempat tidur, sedangkan pada klien 2 mengatakan masih mampu berjalan dihalama dan melakukan aktivitas minimal. Dari data obyektif yang didapatkan oleh peneliti Pada klien 1 ditemukan edema pada kedua kaki dan tangan, ditemukan adanya suara nafas tambahan ronchi sebagai indikator adanya edema paru, terlihat berbaring di tempat tidur sedangkan pada klien 2 adanya edema pada kaki, dan tidak ada suara nafas tambahan

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang diambil pada klien 1 dan klien 2 adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan yang ada pada NANDA, NOC, dan NIC yaitu terapi aktivitas dan manajemen energi meliputi pembatasan aktivitas, monitoring intake nutrisi, dan batasi stimulasi lingkungan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 mengacu kepada intervensi keperawatan yang ada pada NOC dan NIC yaitu terapi aktivitas dan manajemen energi. Perbedaan terhadap klien 1 dan klien 2 yaitu mengenai monitoring tanda-tanda vital, kepada klien 1 monitoring terhadap resiko penurunan tekanan darah dan pada klien 2 monitoring terhadap hipertensi

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan selama 3 hari pada klien 1 dan klien 2. Pada hari pertama klien 1 merasa sesak nafas saat beraktivitas, tidak bisa tidur dan nyeri dada dengan TD: 108/91 mmHg, N: 100 x/menit, RR: 25 x/menit, S: 36,2⁰C, SpO₂: 99%, kesadaran komposmetis dengan GCS: 4-5-6. Pada hari kedua klien merasa sesak berkurang dan susah tidur dengan TD: 100/80 mmHg, N: 98 x/menit, RR: 24 x/menit, S: 36⁰C, SpO₂: 98%, kesadaran komposmetis dengan GCS: 4-5-6. Pada hari ketiga klien merasa sesak berkurang, klien sudah bisa tidur dengan TD: 110/70 mmHg, N: 97 x/menit, RR: 23 x/menit, S: 36⁰C, SpO₂: 99%, kesadaran komposmetis dengan GCS: 4-5-6

Evaluasi yang dilakukan Pada klien 2 pada hari pertama klien merasa sesak nafas saat beraktivitas, pusing, dan nyeri dada dengan TD: 140/97 mmHg, N: 106 x/menit, RR: 25 x/menit, S: 36,7⁰C, SpO₂: 99%, kesadaran composmetis dengan GCS: 4-5-6. Pada hari kedua klien merasa sesak berkurang dan pusing dengan TD: 138/92 mmHg, N: 100 x/menit, RR: 24 x/menit, S: 36,5⁰C, SpO₂: 98%, kesadaran composmetis dengan GCS: 4-5-6. Sedangkan pada hari ketiga klien merasa sesak berkurang dan tidak pusing dengan TD: 130/90 mmHg, N: 100 x/menit, RR: 23 x/ menit, S: 36,5⁰C, SpO₂: 99%, Kesadaran composmetis dengan GCS: 4-5-6

Dengan demikian intervensi dan implementasi keperawatan yang telah dilakukan selama 3 hari pada klien 1 dan klien 2 dapat disimpulkan bahwa evaluasi keperawatan dengan masalah intoleransi aktivitas masih dalam tahap masalah belum teratasi

5.2. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Diupayakan dapat memberikan pelayanan lebih baik di rumah sakit dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang baik khususnya klien gagal jantung congestive dengan masalah intoleransi aktifitas

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai bahan acuan antau referensi kepada mahasiswa mengenai asuhan keperawatan pada klien gagal jantung congestive dengan masalah intoleransi aktivitas

3. Bagi Klien dan Keluarga

Dapat menambah pengetahuan tentang penyakit gagal jantung dalam memberikan pertolongan pada klien gagal jantung dengan hentikan aktivitas saat klien merasa sesak sebelum dibawa ke RS

4. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan mampu melakukan asuhan keperawatan secara bertahap dan berkelanjutan pada klien gagal jantung



DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddart. 2002. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Volume 2. Edisi 8. Jakarta : EGC
- Gordon. 2015. Konsep & Penulisan Asuhan Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- Herdman & Kamitsuru. 2015. Diagnosa Keperawatan Defisi & Klasifikasi 2015-2017 edisi 10. Jakarta :EGC
- Herman & Kamitsuru. 2015. Metodologi penelitian ilmu keperawatan. Jakarta: Salemba salekta
- Hidayah. 2016. Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- Hidayat A. Aziz Alimun. 2016. Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- Mansjoer, A., et al. 2016. Kapita Selekta Kedokteran. Jilid 1 Edisi 3. Jakarta : Media Aesculapius
- Notoatmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta
- Nurarif, Amin Huda & Kusuma, Hardhi (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda Nic-Noc. Edisi Revisi Jilid 2. Yogyakarta : Mediacion
- Nursalam. 2015. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam. 2009. Proses dan Dokumentasi Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika
- Setiadi. 2016. Konsep & Penulisan Asuhan Keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Smeltzer, S.C & Bare, B.G. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* Brunner & Suddarth Edisi 8 Vol.1. Jakarta : EGC
- Wijaya, A & Putri, Y. 2013. KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa). Yogyakarta : NuhaMedika

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Mahasiswa : Sella Tria Amanda

NIM : 161210036

Adalah mahasiswa Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang yang akan melakukan karya tulis ilmiah dalam bentuk studi kasus tentang “Gagal Jantung Congestive dengan masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan” sebagai upaya dalam pemberian asuhan keperawatan secara kimprensif. Tugas akhir ini bermanfaat untuk meningkatkan mutu pelayanan dan perawatan pada klien Gagal Jantung Congestive dengan masalah keperawatan Intoleransi Aktivitas. Maka dari itu saya mohon Bapak/Ibu menjadi responden dalam karya tulis ilmiah ini. Semua data yang telah dikumpulkan akan dirahasiakan. Data responden disajikan untuk keperluan karya tulis ilmiah ini. Apabila dalam penelitian ini responden merasa tidak nyaman dengan kegiatan yang dilakukan maka responden dapat mengundurkan diri.

Apabila Bapak/Ibu bersedia menjadi responden, silahkan menandatangani pada lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terimakasih.

Hormat Saya,



SELLA TRIA AMANDA

INFORMED CONSENT
(PERYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Tn. S
Umur : 61 tahun
Jenis Kelamin : Laki - Laki
Pekerjaan :
Alamat : Rows Gempol - Pasuruan

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Judul karya tulis ilmiah "Asuhan Keperawatan Pada Klien *Gagal Jantung Congestive* dengan masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan"
2. Tujuan karya tulis ilmiah melaksanakan asuhan keperawatan pada klien *Gagal Jantung Congestive* dengan masalah keperawatan Intoleransi Aktivitas.
3. Manfaat yang akan diperoleh hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pengetahuan dan manfaat kepada klien dan keluarga untuk dapat mengetahui cara perawatan diri yang benar pada klien *Gagal Jantung Congestive* dengan masalah keperawatan Intoleransi Aktivitas.

Responden mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Jombang, April 2019

Peneliti


(.....)

Responden


(.....)

Saksi pertama

(.....)

INFORMED CONSENT
(PERYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Tn. N
Umur : 52 tahun
Jenis Kelamin : Laki - Laki
Pekerjaan :
Alamat : Pasuruan

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Judul karya tulis ilmiah "Asuhan Keperawatan Pada Klien *Gagal Jantung Congestive* dengan masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan"
2. Tujuan karya tulis ilmiah melaksanakan asuhan keperawatan pada klien *Gagal Jantung Congestive* dengan masalah keperawatan Intoleransi Aktivitas.
3. Manfaat yang akan diperoleh hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pengetahuan dan manfaat kepada klien dan keluarga untuk dapat mengetahui cara perawatan diri yang benar pada klien *Gagal Jantung Congestive* dengan masalah keperawatan Intoleransi Aktivitas.

Responden mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Jombang, April 2019

Peneliti


(.....)

Responden


(.....)

Saksi pertama

(.....)



PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
STIKES ICME JOMBANG

2019

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 : tida
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		

d. Nyeri tidak ya, skala nyeri : lokasi :
Lain-lain :

5. Sistem Perkemihan (B₄)

a. Keluhan : kencing menetes inkontinensia retensi
gross hematuria disuria poliuria
oliguria anuria

b. Alat bantu (kateter, dll) ya tidak

c. Kandung kencing : membesar ya tidak
nyeri tekan ya tidak

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

e. Intake cairan : oral : cc/hr parenteral : cc/hr
Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

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

Masalah Keperawatan :

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

f. Diet padat lunak cair
Frekuensi : x/hari jumlah : jenis :

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

j. Luka : jenis : luas : bersih kotor
Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

8. Sistem Endokrin

a. Pembesaran kelenjar tyroid ya tidak

b. Pembesaran kelenjar getah bening ya tidak
Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

G. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

1. Persepsi klien terhadap penyakitnya
 cobaan Tuhan hukuman lainnya

2. Ekspresi klien terhadap penyakitnya

Masalah Keperawatan :

- 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:

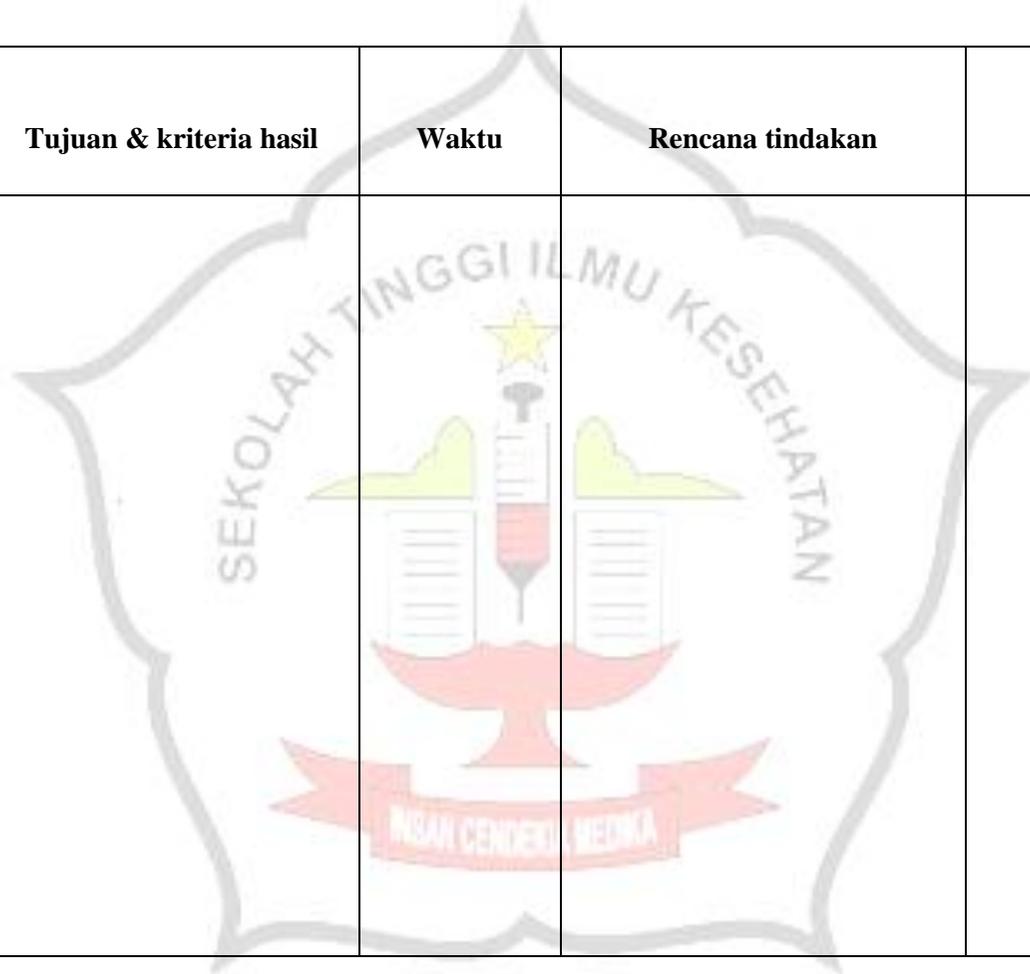
Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Data subyektif : Data Obyektif :		
		 <p>SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN</p> <p>SESUAI DENGAN NANDA 2014</p>

Diagnosa Keperawatan yang muncul (Tipe PES minimal 3)

1.
2.

INTERVENSI KEPERAWATAN

Hari/tanggal	No. diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Waktu	Rencana tindakan	Rasional



Implementasi Keperawatan

Nama :.....

No.RM :

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Implementasi keper	Paraf
				

Evaluasi Keperawatan

Nama :.....

No.RM :

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Perkembangan	Paraf
			<p>S :</p> <p>O :</p> <p>A :</p> <p>P :</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. : 114/KTI/BAAK/K31/073127/III/2019
Lamp. : -
Perihal : Pre Survei, Study Pendahuluan, Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Direktur RSUD Bangil
di
Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan Studi di Program Studi **D-III Keperawatan** Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan Pre Survei, Study Pendahuluan, Ijin Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : Sella Tria Amanda
NIM : 16 121 0036
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Jantung dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas di Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut di atas.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Jombang, 26 Maret 2019
Ketua

H. Imam Fatoni, SKM., MM
NIK: 03.04.022

Jl. Halmahera 33 Jombang
Jl. Kemuning 57 Jombang
Telp. 0321 8494886, Fax. 0321 8494335



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



**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
PELAKSANAAN PENELITIAN**

ETHICAL CLEARANCE

NO : 445.1/1085.20/424.202/2019

TIM ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD BANGIL KAB. PASURUAN, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

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

PENELITI UTAMA : SELLA TRIA AMANDA

TEMPAT PENELITIAN : RSUD BANGIL KAB. PASURUAN

DINYATAKAN LAIK ETIK

PASURUAN, 28 MARET 2019

A.n KETUA TIM ETIK PENELITIAN
SEKRETARIS

SHAFaat PRANATA, S.Kep.Ns.



**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 April 2019

Nomor : 445.1/1124.20/424.202/2019
Lampiran : -
Hal : Persetujuan Penelitian

Kepada
Yth. Ketua Stikes Insan Cendekia Medika
Jl. Kemuning 57
JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor :
114/KTI/BAAK/K31/073127/III/2019 tanggal 26 Maret 2019 perihal
Permohonan Ijin Penelitian atas nama :

Nama : SELLA TRIA AMANDA
NIM : 161210036
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung
dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas di
Ruang CVCU RSUD Bangil Pasuruan

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk
melakukan Penelitian di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung
mulai tanggal 1 – 30 April 2019,

Dengan ketentuan :

1. Menaati 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
Pit. Kepala Bidang Penunjang

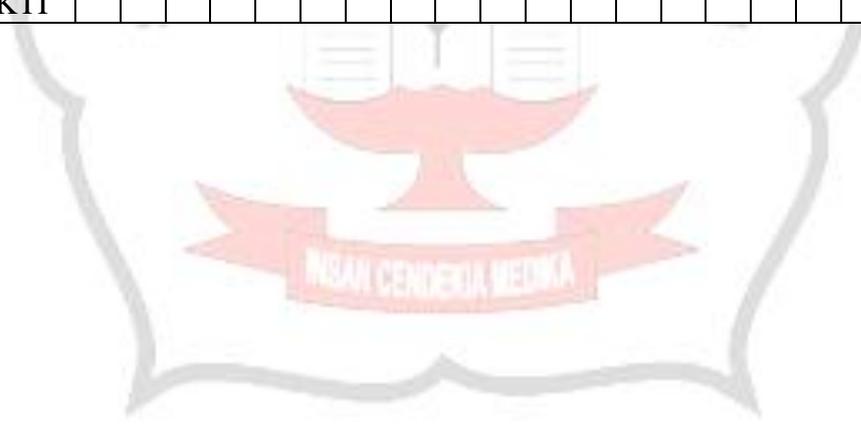

Drg. DYAH RETNO LESTARI, M.Kes
Pembina
NIP. 19710404 200604 2 019

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruangan CVCU RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan

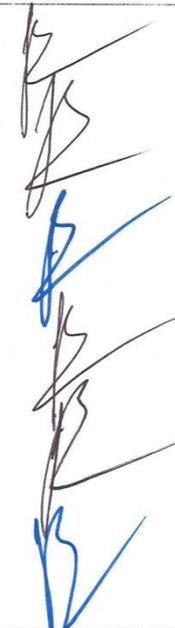
JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN Th. 2019

No	Kegiatan	Bulan																							
		Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pengumuman pembimbing																								
2	Bimbingan proposal dan konfirmasi judul ke pembimbing																								
3	Bimbingan proposal dan studi pendahuluan																								
4	Seminar proposal																								
5	Revisi seminar proposal																								
6	Pengambilan dan pengumpulan data																								
7	Bimbingan hasil																								
8	Ujian hasil																								
9	Revisi KTI seminar hasil																								
10	Pengumpulan data dan pengandaan KTI																								



LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : SELVA TRIA AMANDA
 NIM : 161210036
 Program Studi : D III Keperawatan
 Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA FIEM GAGAL JANTUNG CONGESTIVE DENGAN MASALAH KEPERAWATAN INTOLERANSI AKTIVITAS DI RUANG CUCU RSUD BANGIL PASURUAN
 Pembimbing I : Dr. Haryono, S.Kep.NS., M.Kep.

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
13/02/2019	Konsultasi bab 1 dan judul	
11-03-2019	Konsultasi BAB I	
19 maret 2019	ACC BAB I lanjut Bab 2	
23 maret 2019	Konsultasi Bab 2	
4 April 2019	Konsultasi BAB 2	
8 April 2019	Konsultasi BAB 2 suruh benarin - lanjut bab 3	
11 April 2019	Revisi bab 2 dan 3 ACC Bab I dan III	

Pembimbing I



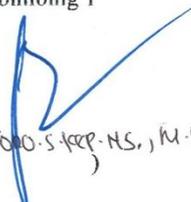
Dr. Haryono, S.Kep.NS., M.Kep

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : SELLA TRIA AMANDA
 NIM : 161210036
 Program Studi : D3 Keperawatan
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada klien gagal jantung congestive dengan masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Di Ruang Cweu RSUD Bangil Pasuruan.
 Pembimbing I : Dr. Haryono, S.Kep.NS., M.Kep

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
16 April 2019	Konsultasi hasil Prognosis	
11 Juli 2019	Konsultasi Bab III Revisi Bab III Lanjut Bab IV	
13 Juli 2019	ACC Bab III dan V Siapkan Bortas sidang dan kelengkapannya.	

Pembimbing I


 Dr. Haryono, S.Kep.NS., M.Kep

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : SELA TRIA AMANDA
 NIM : 161210036
 Program Studi : D III Keperawatan
 Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA ELUEN GAGAL SANTUNG CONGESTIVE DENGAN MASALAH KEPERAWATAN INTOLERANSI AKTIVITAS DI RUANG CUCU RSUD BANTUL PASURUAN
 Pembimbing II : Inayatur Rosyidah, S. Kep. Ns., N. Kep

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
14-02-2019	kesulitan Teori	
22-02-2019	Revisi bab I,	
4-03-2019	Revisi bab 2, layout bab 1	
13-03-2019	Revisi bab 3, layout bab 1	
22-03-2019	Revisi bab 1 & II	
27-04-2019	Revisi bab 1 & II	
19-04-2019	Revisi bab 4	
11/ Mei	Revisi penulisan bab 4, layout bab 5	

Pembimbing II


 Inayatur Rosyidah, S. Kep. Ns., N. Kep
 ()

