

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PEMENUHAN INTOLERANSI
AKTIVITAS PADA PASIEN PENYAKIT *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF)
DIRUANG ICCU RSUD DR. M. YUNUS BENGKULU TAHUN 2021**



DISUSUN OLEH

DEPI SUSEN DEWI
NIM. P05120420005

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKES KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI PROFESI NERS
TAHUN 2021**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PEMENUHAN INTOLERANSI
AKTIVITAS PADA PASIEN PENYAKIT *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF)
DIRUANG ICCU RSUD DR. M. YUNUS BENGKULU TAHUN 2021**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Studi
Pendidikan Profesi Ners Program Profesi Jurusan Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Bengkulu

DEPI SUSEN DEWI
NIM. P05120420005

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI PROFESI NERS
TAHUN 2021**

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PEMENUHAN INTOLERANSI
AKTIVITAS PADA PASIEN PENYAKIT *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF)
DIRUANG KCU RSUD DR. MYUNUS BENGKULU TAHUN 2021**

Dipersiapkan dan Dipersentasikan oleh:

DEPI SUSEN DEWI
NIM. P0 5120420 005

Karya Ilmiah Ini Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Dipertahankan Dihadapan
Tim Penguji Karya Ilmiah Akhir Ners Program Studi Profesi Ners
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada Tanggal : 20 September 2021

oleh
Pembimbing



(Ns. Hendri Herivanto, S.Kep., M.Kep)
NIP. 198205152002121004

**HALAMAN PENGESAHAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Dengan Judul :

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PEMENUHAN INTOLERANSI
AKTIVITAS PADA PASIEN PENYAKIT *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF)
DIRUANG KCU RSUD DR. M. YUNUS BENGKULU TAHUN 2021**

Dipersiapkan dan Dipresentasikan oleh:

DEPI SUSEN DEWI
NIM. P0 5120420 005

Karya Ilmiah Akhir Ners Ini Telah Diuji dan Dinilai oleh Tim Penguji Pada
Sidang Karya Ilmiah Akhir Ners Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada tanggal 20 September 2021 dan Dinyatakan

LULUS

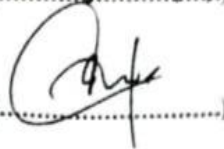
Tim Penguji,

1. Asmawati., S.Kp., M.Kep
NIP. 197502022001122002

(.....

.....)

2. Ns. Andra Saferi Wijaya., M.Kep
NIP. 198804272019021001


(.....

.....)

3. Ns. Hendri Herivanto., S.Kep., M.Kep
NIP. 198205152002121004

(.....

.....)

Mengetahui,
Ka. Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu


Ns. Hermansyah., S.Kep., M.Kep
NIP. 197507161997031002

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Depi Susen Dewi

NIM : P05120420005

Judul Karya Ilmiah : Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Toleransi Aktivitas Pada Pasien Penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2021.

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa karya ilmiah akhir ini adalah betul-betul hasil karya saya dan bukan hasil penjiplakan hasil karya orang lain.

Demikian pernyataan ini dan apabila kelak dikemudian hari terbukti dalam karya ilmiah dan unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Bengkulu, 05 September 2021

Yang menyatakan

Depi Susen Dewi

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas nikmat sehat, ilmu dan rahmat serta karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ners (KIAN) penelitian ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Toleransi Aktivitas Pada Pasien Penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang ICU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2021”. Penyusunan KIAN ini bertujuan untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar profesi ners (Ns) dalam Ilmu Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan, bimbingan dari dosen pembimbing dan dorongan dari berbagai pihak. Ucapan terima kasih yang sedalam-dalamnya disampaikan kepada :

1. Ibu Eliana, SKM., MPH, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Bengkulu.
2. Ibu Ns. Septiyanti, S.Kep.,M.Pd, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
3. Bapak Ns. Hermansyah, M.Kep, selaku Ketua Prodi Sarjana Terapan dan Profesi Ners Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Bapak Ns. Hendri Heriyanto, S.Kep.,M.Kep, selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran kepada penulis dalam penyusunan KIAN ini.
5. Seluruh tenaga pendidik dan kependidikan jurusan, yang telah sabar mendidik dan membimbingku selama satu tahun ini.
6. Kedua orang tua, keluarga dan semua pihak yang telah banyak membantu baik dari materi, semangat dan yang telah banyak memberikan bantuan dalam penyelesaian KIAN penelitian ini.
7. Semua pihak yang telah banyak memberikan bantuan dalam penyelesaian KIAN ini. Semoga bimbingan dan bantuan serta nasihat yang telah diberikan akan menjadi berguna untuk kedepannya.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan KIAN ini masih ada kekurangan baik dari segi penulisan maupun penyusunan dan metodologi, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi di masa yang akan datang.

Penulis berharap semoga KIAN yang telah penulis susun ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat membawa perubahan positif terutama bagi penulis sendiri dan mahasiswa prodi keperawatan Bengkulu lainnya.

Bengkulu, 05 September 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR BAGAN.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR TABEL	xii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Studi Kasus.....	8
D. Manfaat Studi Kasus.....	9

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Anatomi Fisiologi Sistem Pernapasan	10
a. Anatomi Sistem Pernafasan	10
b. Fisiologi Sistem Pernafasan.....	15
B. Konsep Penyakit <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF)	16
1. Definisi	16
2. Etiologi	17
3. Klasifikasi	18
4. Manifestasi Klinis.....	19
5. Patofisiologi.....	21
6. WOC CHF	23
7. Pemeriksaan Penunjang	24
8. Penatalaksanaan	25
9. Komplikasi.....	27
A. Penelitian Terkait Pemenuhan Toleransi Aktivitas pada Pasien Penyakit <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF)	28
C. Asuhan Keperawatan Pasien Penyakit <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF) dengan Intoleransi Aktivitas	40
1. Pengkajian.....	40
2. Diagnosa Keperawatan	43
3. Perencanaan Keperawatan	44
4. Implementasi Keperawatan.....	50
5. Evaluasi Keperawatan	50

BAB III METODELOGI PENULISAN

B. Rancangan Studi Kasus	52
C. Subjek Studi Kasus.....	52

D. Fokus Studi Kasus	53
E. Definisi Operasional	53
F. Tempat dan Waktu.....	53
G. Pengumpulan Data.....	54
H. Penyajian Data	54
I. Etika Studi Kasus	70

BAB IV HASIL DAN STUDI KASUS

A. Gambaran Pengkajian Gangguan Pemenuhan Intoleransi Aktivitas pada Pasien <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF)	
1. Identitas Pasien	56
2. Riwayat Kesehatan	57
3. Pengkajian Kebutuhan Aktivitas	59
4. Pemeriksaan Fisik	60
5. Pemeriksaan Diagnostik	61
6. Pemeriksaan Penunjang	62
7. Penatalaksanaan Kolaborasi Terapi Medis	63
B. Gambaran diagnosa keperawatan	64
1. Analisa Data.....	64
2. Diagnosa Keperawatan	64
3. Rencana Keperawatan.....	65
4. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan	70

BAB V PEMBAHASAN

A. Gambaran Pengkajian Gangguan Pemenuhan Intoleransi Aktivitas pada Pasien Penyakit CHF	86
B. Gambaran Diagnosa Gangguan Pemenuhan Intoleransi Aktivitas Keperawatan pada Pasien Penyakit CHF	89
C. Gambaran Perencanaan Gangguan Pemenuhan Intoleransi Aktivitas pada pasien CHF.....	91
D. Gambaran Implementasi Gangguan Pemenuhan Intoleransi Aktivitas pada Pasien CHF	93
E. Gambaran Evaluasi Gangguan Pemenuhan Intoleransi Aktivitas pada Pasien CHF	95
F. Keterbatasan Studi	96

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	97
B. Saran	98

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR BAGAN

No Bagan	Keterangan	Halaman
1	WOC	23

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Keterangan	Halaman
2.1	Struktur Anatomi Sistem Jantung	10
2.2	Struktur Kedudukan Jantung	11
2.3	Struktur Katup-Katup Jantung	12
2.4	Sirkulasi Darah	14

DAFTAR TABEL

No Tabel	Keterangan	Halaman
2.1	Klasifikasi Gagal Jantung	19
2.2	Penelitian Terkait Pemenuhan Toleransi Aktivitas pada Pasien Penyakit <i>Congestive Heart Failure</i> (CHF)	28
2.3	Tingkat Kemampuan Mobilitas	40
2.4	Kekuatan Otot dan Gangguan Koordinasi	41
2.5	Indeks Aktivitas Hidup Sehari-hari	41
2.6	Perencanaan Keperawatan	45
4.1	Identitas Pasien	56
4.2	Riwayat Kesehatan	57
4.3	Pengkajian Kebutuhan Aktivitas	59
4.4	Pemeriksaan Fisik	60
4.5	Pemeriksaan Diagnostik	61
4.6	Pemeriksaan Penunjang	62
4.7	Penatalaksanaan Kolaborasi Terapi Medis	63
4.8	Analisa Data	64
4.9	Rencana Keperawatan	65
4.10	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	70

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Penyakit kardiovaskuler merupakan salah satu jenis penyakit yang saat ini banyak diteliti dan dihubungkan dengan gaya hidup seseorang, penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab kematian nomor satu didunia (WHO, 2013). Gagal jantung kongestif adalah sekumpulan sindrom klinis yang disebabkan oleh adanya gangguan pada struktur ataupun fungsi dan menyebabkan gangguan pengisian darah pada ventrikel atau pemompaan jantung. Pada kondisi *Congestive Heart Failure* (CHF) adanya peningkatan tekanan vascular pulmonal akibat gagal jantung kiri menyebabkan overload tekanan serta gagal jantung kanan (Aaronson & Ward, 2014).

Masalah kesehatan dengan gangguan sistem kardiovaskuler atau *Congestive Heart Failure* (CHF) masih menduduki peringkat tertinggi. Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2019, tercatat sebanyak 17,9 juta orang di dunia meninggal karena penyakit kardiovaskuler, angka tersebut menyumbang 31% dari total kematian di dunia yaitu 85% diakibatkan oleh serangan jantung. (WHO, 2019).

Menurut *American Heart Association* (AHA) pada tahun 2019, dilaporkan bahwa angka kejadian gagal jantung selama beberapa tahun terakhir sebesar 46% (sekitar 2,5 juta) dan diprediksi akan terus meningkat pada tahun 2030 yang dapat mengakibatkan 8 juta orang dewasa di dunia menderita gagal jantung (AHA, 2019). Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Amerika Serikat menunjukkan bahwa resiko berkembangnya *Congestive Heart Failure* (CHF) adalah 20% untuk usia ≥ 40 tahun dengan kejadian > 650.000 kasus baru yang didiagnosis *Congestive Heart Failure*

(CHF). Kejadian *Congestive Heart Failure* (CHF) meningkat dengan bertambahnya umur, tingkat kematian untuk *Congestive Heart Failure* (CHF) sekitar 50% dalam kurun waktu lima tahun (Arini, 2015).

Menurut (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2014) Penderita gagal jantung atau CHF sekitar 4,3 juta penduduk Indonesia menderita gagal jantung dengan 500.000 kasus baru sekitar 25% dari semua kematian. Berdasarkan data dari Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita sebanyak 144.820 pasien dengan keluhan jantung dan pembuluh darah setiap tahunnya meningkat sekitar 5-15% dan menjalani rawat inap dengan memerlukan perawatan ulang di rumah sakit, walaupun pengobatan dengan rawat jalan telah diberikan secara optimal terutama pada penderita penyakit gagal jantung yang merupakan salah satu masalah khas pada beberapa negara maju dan berkembang seperti Indonesia (Austaryani, 2012).

Prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter Indonesia sebesar 1,5% atau diperkirakan sekitar 29.550 orang. Sedangkan prevalensi penyakit gagal jantung di Provinsi Bengkulu sebesar 1,3 % dan berdasarkan estimasi jumlah penderita penyakit gagal jantung di Provinsi Bengkulu yaitu sebanyak 1249 orang atau 0,10% (Riskesdas, 2018). Berdasarkan data medical record 4 tahun terakhir di RSUD Dr. M.Yunus Bengkulu jumlah penderita *Congestive Heart Failure* (CHF) pada tahun 2017 angka penderita adalah 456 orang. Sedangkan pada tahun 2018 angka penderita *Congestive Heart Failure* (CHF) yaitu sebanyak 332 orang, dan pada tahun 2019 angka penderita *Congestive Heart Failure* (CHF) yaitu sebanyak 446 orang (Medikal Record RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu, 2020).

Congestive Heart Failure (CHF) merupakan kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel – sel tubuh akan nutrisi dan oksigen secara adekuat. Sebagai akibatnya, ginjal sering merespon dengan menahan air dan garam yang dapat mengakibatkan bendungan cairan dalam beberapa organ tubuh seperti tangan, kaki, paru atau organ lainnya sehingga tubuh klien menjadi bengkak dengan ditandai beberapa tanda dan gejala (Udjianti, 2012).

Manifestasi klinis atau tanda dan gejala yang dapat ditemukan pada pasien dengan gagal jantung dapat berbeda-beda tergantung pada bagian jantung yang mengalami kerusakan dan level kerusakan yang dialami atau yang sudah terjadi. Pada penderita dengan gagal jantung gejala yang umum dirasakan pada penderita antara lain *dispnea*, *ortopnea*, mudah lelah, batuk, kegelisahan, cemas, edema ekstremitas, hepatomegali, anoreksia, mual, dan nokturia (Smeltzer & Bare, 2015). Merujuk dari berbagai manifestasi klinis yang muncul pada penderita gagal jantung terdapat salah satu gejala yang khas yaitu mudah kelelahan dalam beraktivitas. Tingkat kelelahan ketika menjalankan aktivitas dijadikan pedoman dalam pengklasifikasian tingkatan gagal jantung menurut *New York Heart Association* (NYHA) yang dikelompokkan menjadi empat tingkatan yang terjadi karena pengaruh dari sirkulasi ke jaringan yang tidak adekuat sehingga konsumsi O₂ ke jaringan tubuh juga mengalami penurunan (Black and Hawks, 2014).

Tubuh merespon dengan melakukan metabolisme anaerob yang menghasilkan zat sisa berupa asam laktat. Penumpukan asam laktat pada otot yang berlebih akan menyebabkan kelelahan sehingga muncul gejala penurunan toleransi aktivitas atau latihan, kondisi ini menyebabkan ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari, mengganggu atau membatasi aktivitas sehingga pasien kehilangan kemampuan fungsional (Scub and Caple, 2010).

Pasien CHF yang mengalami penurunan kemampuan fungsional biasanya mengeluh adanya keterbatasan dalam melakukan aktivitas fisik sehingga penderita CHF takut untuk melakukan aktivitas yang pada akhirnya memperberat kondisinya dan berakibat mengalami kekambuhan dan kembali di rawat di rumah sakit (Karyono, 2013).

Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya rawat inap ulang salah satunya dengan merubah gaya hidup dan melakukan aktivitas fisik atau rehabilitasi jantung yang diberlakukan pada peraturan pemerintah nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan (Arovah, 2016).

Program rehabilitasi jantung yang didalamnya terdiri dari proses edukasi, latihan, modifikasi faktor resiko dan menjadi konseling (Roveny, 2017). Kepatuhan pasien dalam menjalankan program rehabilitasi jantung masih tergolong rendah diperkirakan sebanyak 24-50% pasien menarik diri dan hanya 39% yang patuh terhadap latihan aktivitas fisik yang telah direkomendasikan (Scane 2012 dalam Adawi, 2013).

Penderita penyakit jantung yang menghindari aktivitas fisik dan tidak dapat mengendalikan emosinya dalam jangka panjang dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup yang akan berdampak pada meningkatnya kematian yang terjadi 1,49 dan 2,26 bagi pasien CHF dengan kesulitan aktivitas fisik sedang dan berat. Selain itu 17,7% pasien mealporkan kesulitan dalam kegiatan aktivitas fisik dan kesulitan terus-menerus semakin parah atau memburuk berada pada risiko tinggi kematian dan rawat inap (Dunlay, 2016).

Kesulitan aktivitas fisik tergantung pada tingkat keparahan *fatigue*, terkadang pasien tidak dapat menjalankan aktivitas fisik mereka seperti makan, minum, berpakaian, buang air kecil, berpindah (berjalan), kontinuitas, atau hanya bisa melakukan pada tingkat yang rendah sehingga terjadi penurunan produktivitas (Gift

& Pugh, 2010).

Menurut Hendrika et al (2011) dalam penelitiannya mengenai *level of activities associated with mobility during everyday life in patients with CHF as measured with an “activity monitor”*. Penelitian dilakukan pada lima pasien dengan CHF dengan rata-rata usia 64 tahun. Penelitian dilakukan selama tiga hari dengan meneliti aktivitas harian pasien yang dimonitor dengan signal dari *accelerometer*. Hasil penelitian diperoleh bahwa durasi rata-rata aktivitas harian pada pasien CHF cenderung menurun. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pasien gagal jantung cenderung mengalami penurunan terhadap toleransi aktivitasnya.

Intoleransi aktivitas pada pasien gagal jantung perlu untuk diajarkan melakukan aktivitas secara bertahap yang bertujuan toleransi aktivitas dapat meningkat dengan melihat respon seperti peningkatan nadi, sesak napas dan kelelahan. Aktivitas latihan fisik akan melatih kekuatan otot jantung sehingga gejala gagal jantung semakin minimal. Aktivitas ini akan dapat dilakukan secara informal dan lebih efektif apabila dirancang dalam program latihan fisik yang terstruktur (Nicholson, 2017). Latihan aktivitas fisik yang disesuaikan dengan toleransi atau kapasitas fungsional pasien gagal jantung menjadi salah satu intervensi yang dapat dilakukan yang bertujuan untuk meminimalkan demand oksigen tubuh sehingga metabolisme anaerob dapat dikurangi. Selain itu, latihan aktivitas bermanfaat untuk melatih jantung beradaptasi dengan kapasitas maksimal dalam menjalankan fungsinya.

Penelitian terkait dilakukan oleh Lestari (2020) yang meneliti mengenai *Home Based Exercise Training (HBET)* terhadap peningkatan kapasitas fungsional pasien gagal jantung di RSUD Bandung. Penelitian tersebut menggunakan teknik *purposive sampling pra experiment, one group pretest-postest* yang melibatkan 10 responden. Hasil penelitian diperoleh terdapat

pengaruh yang signifikan terkait HBET terhadap kapasitas fungsional pasien gagal jantung dengan $p=0,001$ ($\alpha=0,05$). Hasil penelitian menunjukkan kapasitas fungsional sebelum diberikan latihan adalah 245m dan setelah perlakuan sebesar 255m.

Menurut Toni (2015) pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) mengalami penurunan toleransi aktivitas, saat terjadi penurunan toleransi aktivitas pasien tidak bisa beraktivitas seperti biasa atau melakukan aktivitas secara mandiri dengan dapat ditingkatkan salah satunya dengan melakukan latihan fisik ringan dengan bangun dari tempat tidur ke duduk, duduk ke berdiri, berdiri sampai jalan secara pelatihan secara berbasis atau terprogram atau *Based Exercise Training* (BET) yang tujuannya meminimalkan gejala, meningkatkan toleransi aktivitas dan memberikan efek yang memuaskan bagi kesembuhan pasien dilakukan bersamaan dengan latihan pernapasan *Inspirasi Muscle Training* (IMT) yaitu salah satu program rehabilitasi sebagai manajemen aktivitas bagi pasien gagal jantung kongestif yang berguna untuk menstabilkan nadi, menurunkan dyspneu, meningkatkan saturasi oksigen, mengurangi kekambuhan dan meningkatkan kualitas hidup penderita., setelah keadaan gagal jantung stabil dan status hemodinamik baik dapat dilakukan dengan melakukan latihan fisik, disertai melalui pendidikan kesehatan untuk menurunkan angka kekambuhan pasien gagal jantung kongestif (Ades, Keteyian, Balady, Houston-Miller, Kitzman, Mancini & Rich, 2013).

Based Exercise Training (BET) merupakan salah satu tindakan keperawatan yang menguntungkan untuk menunjang kesembuhan pasien dengan CHF, namun dirumah sakit belum menerapkan teknik ini. Selain kurangnya tenaga perawat dan kurangnya waktu sehingga inovasi ini masih kurang untuk dilakukan kepada pasien CHF. Selama ini tindakan yang dilakukan hanya memberikan motivasi pada pasien CHF, melatih nafas dalam dan

meminta keluarga untuk memberikan dukungan dan bantuan untuk aktivitas pasien serta berfokus pada pemberian terapi pada pasien.

Menurut penelitian Susyanti, Tua Parlagutan, Yuda Pratama (2018) mengemukakan tentang pengalaman perawat melakukan latihan fisik pada pasien CHF belum optimal karena kurangnya pengetahuan perawat tentang latihan fisik serta kurangnya sumber daya manusia yang terlatih sehingga diperlukan seperti cara pelatihan, seminar, *worskop* tentang latihan fisik yang diberikan kepada pasien CHF dan mengingat peran perawat merupakan salah satu yang berpengaruh terhadap status kesehatan pasien selain dari profesi kesehatan lain seperti dokter, farmasi dan ahli gizi.

Menurut Perry & Potter (2015) disebutkan bahwa peran perawat selain sebagai pemberi asuhan keperawatan (*care provider*), adalah juga sebagai pendidik (*educator*), konselor (*conselor*), manajer (*manager*), advokasi (*adocator*), dan sebagai peneliti (*researcher*).

Berdasarkan hal tersebut, penulis tertarik untuk menyusun Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) lebih lanjut tentang “ Gambaran Asuhan Keperawatan Promosi Latihan Fisik pada pasien *Congestive Herat Failure* (CHF) dengan Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Di ruang ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu”.

A. Rumusan Masalah

Bagaimana “Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Intoleransi Aktivitas Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2021”?

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Digambarkan asuhan keperawatan gangguan pemenuhan intoleransi aktivitas pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).

2. Tujuan Khusus

- a. Diperoleh gambaran pengkajian pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan intoleransi aktivitas.
- b. Diperoleh gambaran masalah diagnosa keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan intoleransi aktivitas.
- c. Diperoleh gambaran rencana tindakan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan intoleransi aktivitas.
- d. Diperoleh gambaran implementasi rencana asuhan keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan intoleransi aktivitas.
- e. Diperoleh gambaran evaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan intoleransi aktivitas.

C. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Mahasiswa

Menambah ilmu pengetahuan dan wawasan serta pengalaman belajar dibidang ilmu keperawatan medikal bedah tentang kebutuhan aktivitas pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).

2. Bagi Pendidikan

Karya ilmiah akhir Ners diharapkan dapat menambah referensi, bahan bacaan, pembelajarn, dan pengetahuan bagi mahasiswa terkait kebutuhan pengembangan asuhan keperawatan latihan fisik khususnya pada pasien congestive heart failure (CHF) dengan intoleransi secara komprehensif dari pengkajian sampai evaluasi.

3. Bagi Rumah Sakit

Asuhan keperawatan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan khususnya pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan intoleransi aktivitas.

4. Bagi Pasien

Pasien dapat menerapkan latihan fisik atau aktivitas secara bertahap yang sesuai dengan kemampuan toleransi tubuh.

5. Bagi Peneliti

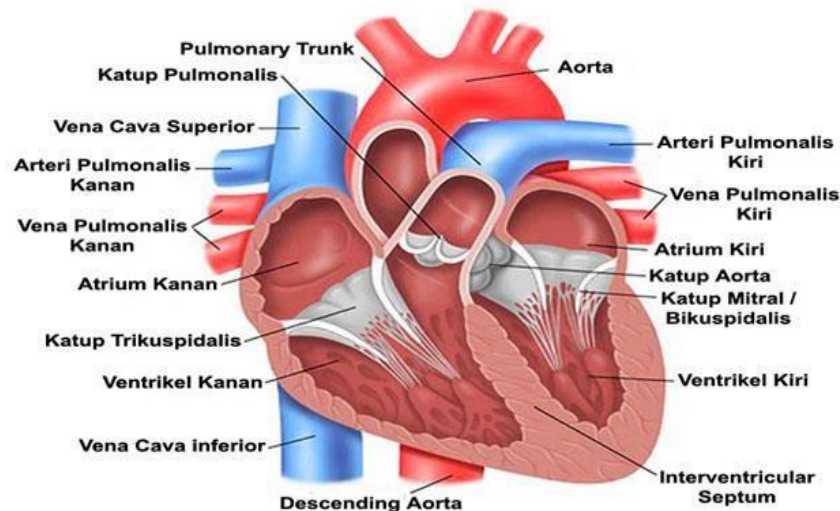
Melalui hasil pemaparan ini penulis dapat mengembangkan pengetahuan dalam bidang penelitian keperawatan khususnya terkait sistem kardiovaskuler dengan topik gangguan pemenuhan intoleransi aktivitas pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dikaitkan dengan konsep keperawatan masyarakat perkotaan.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Anatomi dan fisiologi jantung

1. Anatomi jantung



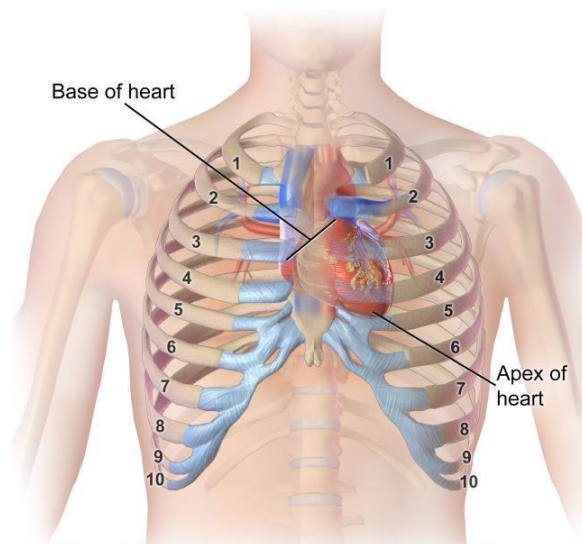
Gambar 2.1 : Anatomi jantung (Marrieb, 2015)

Sistem peredaran darah terdiri atas jantung dan pembuluh darah. Jantung merupakan struktur kompleks yang terdiri atas jaringan fibrosa, otot-otot jantung dan jaringan konduksi listrik. Jantung mempunyai fungsi utama untuk memompakan darah. Hal ini dapat dilakukan dengan baik bila kemampuan otot jantung untuk memompa cukup baik, sistem katup, serta irama pemompaan yang baik. Bila ditemukan ketidaknormalan pada salah satu di atas, maka akan mempengaruhi efisiensi pemompaan dan kemungkinan dapat menyebabkan kegagalan memompa. (Muttaqin, 2014).

Jantung adalah organ berbentuk kerucut, berongga, basisnya diatas, dan puncaknya dibawah. Apeksnya (puncaknya) miring kesebelah kiri. Berat jantung kira-kira 300 gram dengan panjang kira-kira 12 cm dan lebar 9 cm. (Syarifuddin, 2013).

Kedudukan jantung : jantung berada didalam toraks, antara kedua paru-paru dan dibelakang sternum, dan lebih menghadap ke kiri daripada ke kanan (Pearce, 2015).

(Lihat Gambar 2.2)



Heart Position Relative to the Rib Cage

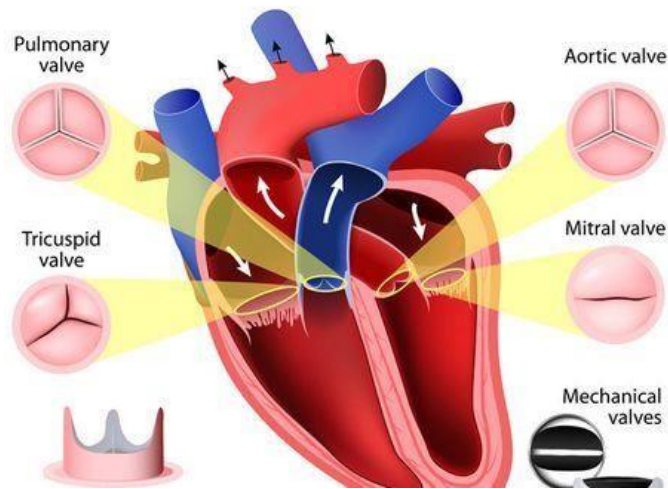
Gambar 2.2 Kedudukan jantung dalam perbandingan terhadap sternum, iga-iga, dan tulang rawan konstal.

(Price dan Wilson, 2016)

Lapisan Jantung terdiri atas 3 lapisan Menurut Aaronson & Ward (2014) yaitu :

1. Epikardium merupakan lapisan terluar, memiliki struktur yang sama dengan perikardium viseral.
2. Miokardium, merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukan kekuatan kontraksi.
3. Endokardium, merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan menutupi katung jantung.

Katup jantung : berfungsi untuk mempertahankan aliran darah searah melalui bilik jantung. ada dua jenis katup, yaitu katup atrioventrikular dan katup semilunar.



Gambar 2.3 Katup-katup jantung

(Price dan Wilson, 2016)

1. Katup atrioventrikular, memisahkan antara atrium dan ventrikel

Katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing – masing atrium ke ventrikel saat diastole ventrikel dan mencegah aliran balik ke atrium saat sistole ventrikel. Katup atrioventrikuler ada dua, yaitu katup triskupidalis dan katup biskupidalis. Katup triskupidalis memiliki 3 buah daun katup yang terletak antara atrium kanan dan ventrikel kanan. Katup biskupidalis atau katup mitral memiliki 2 buah daun katup dan terletak antara atrium kiri dan ventrikel kiri.

2. Katup semilunar, memisahkan antara arteri pulmonalis dan aorta dari ventrikel. Katup semilunar yang membatasi ventrikel kanan dan arteri pulmonaris disebut katup semilunar pulmonal. Katup yang membatasi ventrikel kiri dan aorta disebut katup semilunar aorta. Adanya katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing-masing ventrikel ke arteri pulmonalis atau aorta selama sistole ventrikel dan mencegah aliran balik ke ventrikel sewaktu

diastole ventrikel. (Pearce, 2015; Smeltzer & Bare, 2015).

Ruang jantung : jantung memiliki 4 ruang, yaitu atrium kanan, atrium kiri, ventrikel kiri, dan ventrikel kanan. Atrium terletak diatas ventrikel dan saling berdampingan. Atrium dan ventrikel dipisahkan oleh katup satu arah. Antara organ rongga kanan dan kiri dipisahkan oleh septum. (Asikin, 2018).

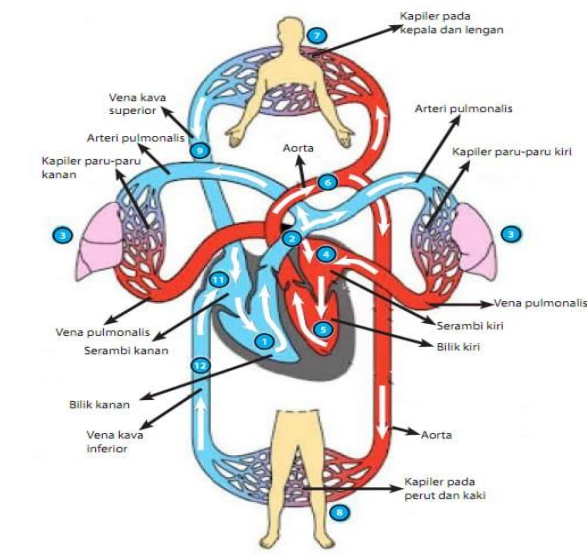
Pembuluh darah : sebuah saluran yang mengalirkan darah yang dipompa dari jantung keseluruh tubuh dan membawanya kembali ke jantung. Vena kava superior dan inferior menuangkan darahnya ke dalam atrium kanan. Lubang vena kava inferior dijaga katup semilunar Eustakhius. Arteri pulmonalis membawa darah keluar dari ventrikel kanan. Empat vena pulmonalis membawa darah dari paru-paru ke atrium kiri. Aorta membawa darah keluar dari ventrikel kiri. Lubang aorta dan arteri pulmonalis dijaga katup semilunar. Katup antara ventrikel kiri dan aorta disebut katup aortik, yang menghindarkan darah mengalir kembali dari aorta ke ventrikel kiri. Katup antara ventrikel kanan dan arteri pulmonalis disebut katup pulmonalis yang menghindarkan darah mengalir kembali ke dalam ventrikel kanan. (Pearce, 2015).

Sirkulasi peredaran darah : sirkulasi darah dibedakan menjadi dua yaitu sirkulasi pulmonal (kecil) dan sirkulasi sistemik (besar). Darah pertama masuk dari vena cava inferior dan superior yang kaya akan CO₂ masuk ke atrium (dextra). Dari atrium dextra darah mengalir masuk ke ventrikel dextra lalu dipompakan menuju arteri pulmonal yang melewati katup pulmonal. Arteri pulmonal ini membawa darah dari jantung menuju paru-paru dan kemudian mengalami proses difusi (pertukaran gas CO₂

dan O₂). Setelah mengalami proses difusi darah kemudian dibawa kembali menuju jantung oleh vena pulmonal yang kemudian masuk ke atrium sinistra.

Proses tadi merupakan siklus peredaran darah pulmonal. Dari atrium sinistra kemudian darah dibawa ke ventrikel sinistra melalui katup bicuspidalis. Setelah itu darah yang kaya oksigen tersebut dipompa dari ventrikel sinistra ke seluruh tubuh melewati aorta melalui katup aorta. Setelah melewati aorta darah akan terus didorong ke semua organ hingga sampai ke pembuluh darah yang terkecil yaitu kapiler. Di keapiler darah mengalami pertukaran. Setelah melewati kapiler darah yang mengandung CO₂ dan sisa hasil metabolisme masuk menuju pembuluh darah balik yang terkecil (venol). Dari venol darah akan terus mengalir hingga ke vena yang ter besar (vena cava superior dan inferior). Dari dua vena tersebut darah akan masuk ke jantung (atrium dextra). Proses tersebut merupakan siklus peredaran darah sistemik. (Price dan Wilson, 2016)

Gambar 2.4 Sirkulasi Peredaran Darah



(Sumber : Pearce, 2015)

2. Fisiologi jantung

Fisiologi atau fungsi dari sistem kardiovaskuler ada 3 Menurut Muttaqin (2014) yaitu sebagai berikut :

- a) Transportasi oksigen, nutrisi, hormon dan sisa hasil buangan.

Fungsi utama sistem kardiovaskuler adalah untuk melayani kebutuhan sistem kapiler dan mikro sirkulasi agar memenuhi keperluan yang sesuai pada jaringan. Komponen darah akan membawa oksigen, glukosa, asam amino, asam lemak, hormone, dan elektrolit menuju ke sel dan kemudian mengangkut kembali karbondioksida, urea, asam laktat, dan sisa-sisa lain hasil buangan dari metabolisme.

- b) Transportasi dan distribusi panas darah.

Sistem kardiovaskuler membantu meregulasi panas tubuh melalui serangkaian pengiriman panas komponen darah dari jaringan yang aktif, seperti jaringan otot menuju ke kulit dan disebarkan kelingkungan luar. Aliran darah dari jaringan aktif diregulasi oleh pengatur suhu tubuh di medulla spinalis setelah mendapat respon langsung dari pusat pengatur suhu di hipotalamus. Pusat kardiovaskuler menerima pesan dari hipotalamus yang kemudian meregulasi aliran darah ke jaringan perifer yang menyebabkan terjadinya vaso dilatasi dan vaso konstriksi pembuluh darah di kulit sehingga mengeluarkan panas tubuh.

- c) Pemeliharaan keseimbangan cairan dan elektrolit.

Sistem kardiovaskuler mempunyai fungsi sebagai media penyimpanan dan transportasi cairan tubuh dan elektrolit. Kedua substansi ini dikirim sel-sel tubuh melalui cairan interstisial yang dibentuk langsung secara filtrasi, difusi, dan reabsorpsi oleh komponen darah. Sebagai tambahan agar sel-sel memiliki cairan dan elektrolit yang mencukupi.

Sistem kardiovaskuler memiliki 1.700 liter darah menuju ke ginjal setiap harinya. Banyaknya cairan dan elektrolit akan disesuaikan dan dipelihara oleh mekanisme penyangga penting (buffer mechanism) dengan pH optimal sekitar 7,35-7,45 dimana hemoglobin dan protein plasma menjadi komponen kunci dari mekanisme penyangga ini. (Abdul Majid, 2018)

B. Konsep Dasar Gagal Jantung Kongestif

1. Definisi

Gagal jantung kongestif merupakan keadaan ketika jantung tidak mampu lagi untuk memompaikan darah yang cukup dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh untuk keperluan metabolisme jaringan tubuh. Penyebabnya adalah keadaan yang meningkatkan beban awal, beban akhir, atau yang menurunkan kontraktilitas miokardium (Aspiani, 2016). Gagal jantung kongestif merupakan suatu sindrom klinis kompleks, yang didasari oleh ketidakmampuan jantung untuk memompaikan darah keseluruh jaringan tubuh secara adekuat, akibat adanya gangguan struktural dan fungsional dari jantung (Setiani, 2014).

Gagal jantung adalah sindrom klinis (sekumpulan tanda dan gejala), yang ditandai dengan sesak nafas dan fatik saat istirahat maupun saat beraktivitas yang disebabkan karena adanya kelainan struktur atau fungsi jantung. Gagal jantung dapat disebabkan oleh gangguan yang mengakibatkan terjadinya pengurangan pengisian ventrikel atau kontraktilitas miokardial (Sudoyo Aru dkk, 2014).

2. Etiologi

Secara umum penyebab gagal jantung Menurut Aspiadi, (2016) dikelompokkan sebagai berikut :

- a. Disfungsi miokard
- b. Beban tekanan berlebihan-pembebanan sistolik (*sistolic overload*)
 - 1) Volume : defek septum atrial, defek septum ventrikel, duktus arteriosus paten
 - 2) Tekanan : stenosis aorta, stenosis pulmonal, koarktasi aorta
 - 3) Distrimia
- c. Bebab volume berlebihan-pembebanan diastolik (*diastolic overload*)
- d. Peningkatan kebutuhan metabolik (*demand overload*)

Menurut Kasron (2016), ada beberapa etiologi / penyebab dari gagal jantung kongestif yaitu :

- a. Kelainan otot jantung

Gagal jantung sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, disebabkan karena menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi inilah yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot mencakup aterisklerosis koroner, hipertensi atrial, dan penyakit degeneratif atau inflmasi.
- b. Aterosklerosis koroner

Aterosklerosis koroner megakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium (kematian sel jantung) biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif, berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi yang secara langsung merusak serabut jantung sehingga menyebabkan kontraktilitas menurun.

- c. Hipertensi sistemik atau pulmonal
Meningkatnya beban kerja jantung dan pada gilirannya akan mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung.
- d. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif
Hal ini sangat berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, sehingga menyebabkan kontraktilitas menurun.
- e. Faktor sistemik
Terdapat beberapa faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung. Meningkatnya laju metabolisme, hipoksia dan anemia memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik. Hipoksia dan anemia dapat menurunkan kontraktilitas jantung.
- f. Penyakit jantung lain
Gagal jantung bisa terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, secara langsung akan mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk ke jantung (stenosis katup semiluner), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (tamponade, perikardium, periokarditis konstruktif, atau stenosis AV), dan peningkatan mendadak *afterload* (Smeltzer & Bare, 2015).

3. Klasifikasi

Menurut Saiful (2015) gagal jantung berdasarkan derajat fungsional diklasifikasikan menjadi :

- a. Kelas I : Pada klasifikasi kelas 1 ini akan timbul gejala sesak apabila melakukan aktivitas fisik yang terlalu berat namun, aktivitas sehari-hari tidak terganggu.
- b. Kelas II : Pada klasifikasi kelas II akan timbul gejala sesak apabila melakukan aktivitas yang sedang dan mengakibatkan aktivitas sehari-hari sedikit terganggu.

- c. Kelas III : Pada klasifikasi III ini akan timbul gejala sesak jika digunakan untuk aktivitas yang ringan. Jadi, pada klasifikasi III ini sudah jelas akan mengganggu aktivitas sehari-hari.
- d. Kelas IV : Pada klasifikasi IV akan timbul gejala sesak pada aktivitas yang sangat ringan atau istirahat.

Tabel 2.1 Klasifikasi *Congestive Heart Failure* (CHF)

Menurut *New York Heart Association* (NYHA), sebagai berikut :

Kelas	Definisi	Istilah
I	Klien dengan kelainan jantung tetapi tanpa pembatasan pada aktivitas fisik.	Disfungsi ventrikel yang asimtomatik.
II	Klien dengan kelainan jantung menyebabkan sedikit pembatasan	Gagal jantung ringan
III	Klien dengan gagal jantung fisik	Gagal jantung sedang
IV	Klien dengan kelainan jantung yang dimanifestasikan dengan segala aktivitas fisik akan menyebabkan keluhan	Gagal jantung berat

Sumber : Aspiadi, (2016)

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis gagal jantung secara keseluruhan sangat bergantung pada etiologinya. Namun dapat digambarkan sebagai berikut :

- a. *Ortopnea*, yaitu sesak saat berbaring. *Ortopnea* disebabkan oleh perpindahan cairan dari sirkulasi *splanchnic* dan ekstermitas bawah menuju ke sirkulasi sentral ketika pasien berbaring. Peningkatan cairan disirkulasi sentral akan meningkatkan tekanan kapiler paru sehingga kongestif bertambah parah, dan keluhan *ortopnea* dapat berkurang jika pasien duduk (Lindenfeld & Albert, 2010).
- b. *Paroxymal Nocturnal Dyspnea* (PND), yaitu sesak nafas secara tiba-tiba disaat malam hari yang disertai dengan batuk. PND terjadi akibat peningkatan tekanan pada arteri bronkus, sehingga resistensi bronkus meningkat dan udara sulit masuk (Lindenfeld & Albert,

2010).

- c. *Dyspnea On Effert* (DOE), yaitu sesak apabila sedang beraktivitas.
- d. Ronkhi
- e. Berdebar-debar.
- f. Mudah lelah, hal ini disebabkan karena curah jantung yang kurang, sehingga menghambat jaringan dan sirkulasi normal dan oksigen serta mnurunnya pembuangan sisa hasil katabolisme. Hal ini juga bisa terjadi karena meningkatnya energi yang digunakan untuk bernafas, insomnia yang terjadi akibat distress pernafasan dan batuk.
- g. Batuk-batuk, terjadi akibat oleh gagal ventrikel yang bisa terjadi batuk kering dan batuk tidak produktif, tetapi yang sering terjadi yaitu batuk basah yang menghasilkan sputum berbusa dalam jumlah yang cukup banyak, yang terkadang disertai dengan bercak darah.
- h. Gelisah dan cemas, terjadi akibat gangguan oksigen jaringan, stress akibat kesakitan bernafas dan pengetahuan bahwa jantung sudah tidak berfungsi dengan baik.

Gambaran klinis gagal jantung kiri :

1. Sesak nafas *dyspnea on effert, paroxymal nocturnal dyspnea*.
2. Pernapasan chyene strokes.
3. Batuk-batuk.
4. Suara sesak.
5. Ronchi basah atau halus, tidak nyaring didaerah basal paru *hydrothorax*.
6. Kelainan jantung seperti pembesaran jantung, irama gallop, dan takikardia.
7. BMR mungkin naik.
8. Kelainan pada foto *rongthen*

Gambaran klinis gagal jantung kanan :

1. Edema pretibia, edema presakral, asites dan *hydrothorax*.
2. Tekanan vena jugularis meningkat (hepato jugular refluks).
3. Gangguan gastrointestinal, anorexia, mual muntah, dan rasa kembung diepigastrium.
4. Nyeri tekan mungkin didapati gangguan fungsi hati tetapi perbandingan albumin dan globulin tetap, splenomegali, dan hepatomegali.
5. Gangguan ginjal, albuminaria, silinder hialin, granular, kadar ureum meningkat (60-100%), oliguria dan nocturia.
6. Hiponatremia, hipokalemia, dan hipoklorimia.

(Saiful, 2015).

5. Patofisiologi

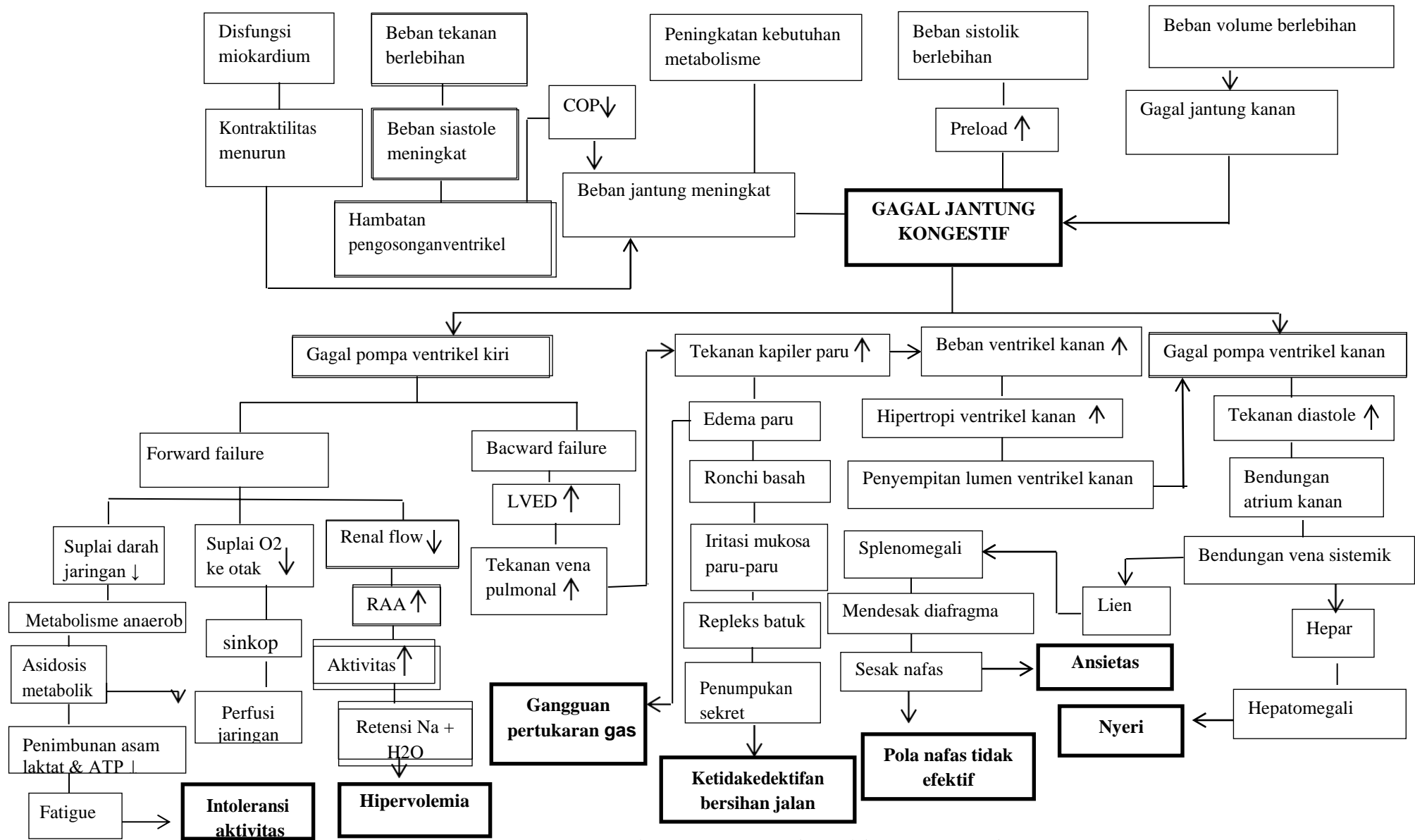
Mekanisme dasar dari gagal jantung adalah gangguan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal. Bila curah jantung berkurang, sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan curah jantung. Bila mekanisme ini gagal, maka volume sekuncup yang harus menyesuaikan. Volume sekuncup adalah jumlah darah yang dipompa pada setiap kontraksi, yang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu preload (jumlah darah yang mengisi jantung), kontraktilitas (perubahan kekuatan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel yang berhubungan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadar kalsium), dan afterload (besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan perbedaan tekanan yang ditimbulkan oleh tekanan arteriol). Apabila salah satu komponen itu terganggu maka curah jantung akan menurun. (Brunner & Suddarth, 2015).

Kelainan fungsi otot jantung disebabkan karena aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi. Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggu alirannya darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan afterload) meningkatkan beban kerja jantung pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Efek (hipertrofi miokard) dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung. (Kasron, 2016).

Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun. Ventrikel kanan dan kiri dapat mengalami kegagalan secara terpisah. Gagal ventrikel kiri paling sering mendahului gagal jantung ventrikel kanan. Gagal ventrikel kiri murni sinonim dengan edema paru akut. Karena curah ventrikel berpasangan atau sinkron, maka kegagalan salah satu ventrikel dapat mengakibatkan penurunan perfusi jaringan. (Oktavianus & Sari, 2014).

Intoleransi aktivitas pada penderita gagal jantung kongestif disebabkan karena jantung gagal dalam memompakan darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan terhadap nutrisi dan oksigen karena kerusakan sifat kontraktil dari jantung dan curah jantung dari normal hal di disebabkan karena meningkatnya beban kerja otot jantung, sehingga melemahkan kekuatan kontraksi otot jantung dan produksi energy menjadi berkurang. (Wartonah, 2015).

WOC CHF



Sumber : PPNI (2018); Price, Sylvia (2012); Muttaqin (2014)

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Saiful (2015) dan Kasron (2016) pemeriksaan penunjang gagal jantung kongestif meliputi :

a. EKG

Hipertrofi atrial atau ventricular, penyimpangan aksis, iskemia dan kerusakan pola mungkin terlihat. Terjadi dysritmia misalnya takikardia, fibrilasi atrial, sering terdapat KVP, segmen ST/T mengalami kenaikan persisten 6 minggu atau lebih setelah infark miokard menunjukkan adanya aneurisme ventrikular (dapat menyebabkan gagal / disfungsi jantung).

b. Sonogram Echokardiography

Menunjukkan dimensi pembesaran bilik, perubahan dalam fungsi/struktural katup, atau area penurunan kontraktilitas ventrikular.

c. Scan jantung

Tindakan penyuntikan fraksi dan memperkirakan gerakan dinding.

d. Katerisasi jantung

Tekanan abnormal merupakan indikasi dan membantu untuk membedakan gagal jantung sisi kanan dengan gagal jantung sisi kiri dan stenosis katup atau infusensi juga mengkaji potensi arteri koroner. Zat kontras disuntikkan ke dalam ventrikel menunjukkan ukuran abnormal dan perubahan kontraktilitas.

e. Oksimetri nadi

Saturasi oksigen akan rendah.

f. Rongthen dada

Menunjukkan pembesaran jantung

g. Tes laboratorium

- 1) Enzym hepar : meningkat dalam gagal jantung kongestif atau kongesti hepar.
- 2) Elektrolit : terdapat kemungkinan elektrolit akan berubah dikarenakan adanya perpindahan cairan atau penurunan fungsi ginjal.
- 3) AGD (Analisa Gas Darah) : gagal ventrikel kiri ditandai dengan adanya alkolasis respiratorik ringan atau hipoksemia yang ditandai dengan meningkatnya PCO₂ akhir.
- 4) Albumin : menurun karena terjadinya penurunan protein yang masuk atau penurunan sintesis dalam hepar yang mengalami kongesti.
- 5) HSD : bisa terjadi anemia, polysitemia atau perubahan kepekatan yang ditandai oleh peningkatan retensi air, dan menunjukka infark akut

7. Penatalaksanaan

Menurut Kasron, 2016; Oktavianus & Sartika Febrian, 2014 penatalaksanaan gagal jantung kongestif meliputi :

a. Non Farmakologi

- 1) CHF kronik
 - a) Diet pembatasan natrium (<4gr/hari) untuk menurunkan edema.
 - b) Meningkatkan oksigenasi dengan memberikan oksigen dan menurunkan konsumsi oksigen melalui istirahat atau pembatasan aktivitas.
 - c) Pembatasan cairan (\pm 1200-1500 cc/hari).
 - d) Menghentikan obat-obatan yang mempengaruhi NSAID karena efek prostaglandin pada ginjal karena dapat menyebabkan retensi air dan natrium.
 - e) Olahraga secara teratur.

2) CHF akut

- a) Oksigenasi (ventilasi mekanik).
- b) Pembatasan cairan (1,5 liter/hari).
- c) Terapi Farmakologi

Tujuan : untuk mengurangi *afterload* dan *preload*

3) *Frist line drugs, diuretic*

bertujuan untuk mengurangi *afterload* pada disfungsi sistolik dan mengurangi kongesti pulmonal pada disfungsi sistolik. Obatnya meliputi thiazide, diuretics untuk CHF sedang, *loop diuretic*, metolazon (kombinasi dari *loop diuretic* untuk meningkatkan pengeluaran cairan), kalium-sparing diuretik.

4) *Secone line drugs, ACE inhibitor*

bertujuan untuk membantu meningkatkan COP dan menurunkan kerja jantung. Obatnya meliputi :

- a) *Digoxin*, obat ini digunakan untuk meningkatkan kontraktilitas, obat ini tidak digunakan untuk kegagalan diastolik yang mana dibutuhkan pengembangan ventrikel untuk relaksasi.
- b) *Hidralazin*, obat ini untuk menurunkan *afterload* pada disfungsi sistolik.
- c) *Isobarbide dinitrat*, mengurangi *preload* dan *afterload* untuk disfungsi sistolik, hindari vasodilator pada disfungsi sistolik.
- d) *Calcium channel blocker*, untuk kegagalan diastolik dan meningkatkan relaksasi dan pengisian ventrikel (jangan dipakai pada CHF kronik).
- e) *Beta blocker*, sering dikontraindikasikan karena menekan respon miokard. Digunakan pada disfungsi diastolik untuk mengurangi HR (*Heart Rate*), mencegah iskemi miokard, menurunkan TD, dan hipertrofi ventrikel kiri.

b. Pendidikan kesehatan

- 1) Informasikan kepada pasien, keluarga, dan pemberi perawatan tentang penyakitnya.
- 2) Monitoring difokuskan pada : monitoring BB setiap hari dan intake natrium.
- 3) Diet yang tidak sesuai untuk lansia CHF : pemberian makanan tambahan yang banyak mengandung kalium seperti ; pisang, jeruk, dan lain-lain.
- 4) Teknik konservasi energi dan latihan aktivitas yang dapat ditoleransi dengan bantuan terapis.

8. Komplikasi

Menurut Wijaya & Putri (2013), komplikasi yang dapat muncul pada penderita gagal jantung meliputi :

a. Edema paru akut akibat gagal jantung kiri.

b. Syok kardiogenik

Stadium dari gagal jantung kiri, kongestif akibat penurunan curah jantung dan perfusi jaringan yang tidak adekuat ke organ vital (jantung dan otak).

c. Episode trombolitik

Trombus terbentuk karena mobilitas pasien dan gangguan sirkulasi dengan aktivitas trombus dapat menyumbat pembuluh darah.

d. Efusi perikardial dan temponade jantung

Masuknya cairan ke kantung perikardium. Cairan yang masuk dapat meregangkan perikardium sampai ukuran maksimal. *Cardiac Output* menurun dan aliran balik vena ke jantung sehingga menyebabkan temponade jantung.

A. Penelitian Terkait Pemenuhan Toleransi Aktivitas pada Gagal Jantung atau *Congestif Heart Failure* (CHF)

Tabel 2.2 Penelitian Terkait

No	Penulis & Judul	Jurnal & Tahun Terbit	Sample Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	Ni Kadek Yuni Lestari <i>Home Based Exercise Training (HBET) Dapat Meningkatkan Kapasitas Fungsional Pasien Gagal Jantung</i>	Sport and Fitness Journal E-ISSN: 2654-9182 Volume 8, No.2, Mei 2020 : 57-62	10 Responden	Design yang digunakan dalam penelitian ini adalah <i>Desain pra eksperimen One Group Pretest-Posttest</i> . Populasinya adalah seluruh pasien gagal jantung Pemilihan sampel dengan non <i>probability</i> yaitu <i>purposive sampling</i> . Adapun sampel yang dipilih sesuai dengan kriteria inklusi yaitu pasien gagal jantung dengan klasifikasi kelas I dan II stabil yang ditandai dengan tidak ada nyeri dada, tidak sesak napas saat istirahat, denyut nadi istirahat 60-100 x/mnt dan reguler, tekanan darah sistolik 100-150 mmHg dan diastolik 60-90 mmHg.	Hasil analisis dilakukan dengan menggunakan uji <i>paired t test</i> diperoleh nilai $p = 0,001$ ($\alpha=0,05$). Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan kapasitas fungsional sebelum diberikan latihan adalah 245m dan setelah perlakuan sebesar 255 m. Diskusi: latihan fisik secara bertahap menyebabkan peningkatan daya pompa ventrikel sehingga terjadi peningkatan kapasitas fungsional. HBET dapat digunakan sebagai terapi modalitas keperawatan untuk meningkatkan kapasitas fungsional pasien gagal jantung setelah perawatan di rumah sakit.
2	Hesti Platini, Endah Panca Lydia, Nurlaeci <i>Inspirasi Muscle</i>	Jurnal Kesehatan Holistik (The Journal of Holistic Healthcare), Volume	30 responden	Desain penelitian ini adalah quasi eksperiment dengan <i>pre-post test</i> . Sampel dalam penelitian ini yaitu 30 responden pasien gagal	Hasil analisis menunjukkan Nilai rata-rata sebelum latihan yaitu 94,34 % dan setelah diberikan intervensi 96,36%. Sehingga disimpulkan

	<i>Training (IMT) Terhadap Nilai Saturasi Oksigen (Spo2) Pada Klien Dengan Gagal Jantung Kongestif</i>	12, No.1, Januari 2018: 34-37		jantung kongestif di RSUD dr Slamet Garut. Metode pengambilan sampel yaitu <i>concecutive sampling</i> , yaitu pengambilan sampel sesuai kriteria yang ditentukan. Alat ukur yang digunakan yaitu digital <i>pulse oxymeter</i> untuk mengetahui nilai saturasi oksigen. Jumlah sampel yaitu 15 orang kelompok intervensi dan 15 orang kelompok kontrol. Analisa data dengan menggunakan uji <i>Parired Sampele Test</i>	adanya pengaruh yang signifikan setelah dilakukan intervensi latihan otot diafragma ($p=0,000$) dengan kelompok kontrol ($p=0,614$). <i>Inspiration Muscle Training</i> dapat meningkatkan nilai saturasi oksigen (SpO2) pada pasien gagal jantung kongestif dan merupakan latihan pernapasan yang efektif untuk membantu menstabilkan sirkulasi oksigen.
3	Maulidta Kurnianingtyas W Pengaruh <i>Home Based Exercise Training (HBET)</i> Terhadap <i>Self Efficacy</i> Pasien Gagal Jantung	J. Ilmu dan Tek Kesehatan Vol 5 No 2 Juli 2014 ISSN 2086-8510	30 responden	Penelitian dilakukan menggunakan penelitian eksperimen semu (<i>quasy experiment</i>) dengan <i>pre-post test without control group design</i> . Sampel diambil dengan teknik consecutive sampling, dimana sampel dipilih berdasarkan kriteria inklusi yaitu Pasien gagal jantung NYHA I-III stabil, ditandai dengan : tidak nyeri dada, tidak sesak napas saat istirahat, denyut nadi istirahat 50-90x/menit dan teratur,	Hasil analisis dengan menggunakan uji t yang hasilnya didapatkan bahwa terdapat pengaruh bermakna <i>Home Based Exercise Training (HBET)</i> terhadap self efficacy ($p=0,00$). Hasil analisis dengan uji t didapatkan bahwa rerata perbedaan skor <i>self efficacy</i> responden sebelum dan setelah intervensi HBET pada perempuan lebih tinggi yaitu 3,82 dibandingkan dengan laki-laki sebesar 3,68. Hasil analisis juga didapatkan nilai $p = 0,82$, yang berarti bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara rerata perbedaan

				tekanan darah sistolik 100-150 mmHg, tekanan darah diastolik 60-90 mmHg dan eklusi, sedangkan kriteria eksklusinya yaitu Pasien gagal jantung NYHA IV dengan arithmia pada saat istirahat dan aktivitas.	skor <i>self efficacy</i> responden sebelum dan setelah intervensi HBET antara laki-laki dengan perempuan. Uji ANOVA didapatkan nilai $p = 0,48$ yang berarti bahwa tidak ada pengaruh umur secara bermakna terhadap perbedaan skor <i>self efficacy</i> responden sebelum dan setelah intervensi HBET dan didapatkan nilai $p = 0,00$ yang berarti bahwa ada perbedaan bermakna terhadap perbedaan skor <i>self efficacy</i> responden sebelum dan setelah intervensi HBET.
4	Tony Suharsono Dampak <i>Home Based Exercise Training</i> Terhadap Kapasitas Fungsional Pasien Gagal Jantung	Jurnal Keperawatan, Issn 2086-3071 Volume 4, Nomor 1 Tahun 2015	23 Responden	Penelitian ini menggunakan desain <i>quasi eksperimen</i> , dengan menggunakan <i>pre-post with control group</i> . Teknik sampling yang digunakan adalah teknik non <i>probability sampling</i> yaitu <i>consecutive sampling</i> . Intervensi yang dilakukan berupa <i>home based exercise training</i> berupa jalan kaki selama 30 menit, 3 kali dalam seminggu selama 4 minggu dengan intensitas 40-60% <i>heart rate reserve</i> . Pengumpulan data Kapasitas fungsional dilakukan dengan	Hasil uji statistik juga menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara kapasitas fungsional sebelum dan setelah perlakuan dengan HBET. Sebelum perlakuan rerata kapasitas fungsional dengan 6MWT kelompok kontrol 259.9 (62.8) dan kelompok intervensi 285.3 (38.3) meter. Sedangkan rerata kualitas hidup kelompok kontrol 48.3(15.5) dan kelompok intervensi 40.3(9.8). Setelah mendapatkan perlakuan dengan HBET selama 4 minggu kapasitas fungsional kelompok kontrol dan kelompok intervensi mengalami peningkatan, yaitu

				<i>Six Minute Walk Test</i> (6MWT).	290.2(70.9) dan 315.8(41.5). Hasil uji statistik perbandingan kapasitas fungsional setelah perlakuan antara kelompok kontrol dan intervensi menunjukkan p value 0.311 ($\alpha=0.05$). ini berarti tidak terdapat perbedaan yang bermakna kapasitas fungsional antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi setelah perlakuan, walaupun kelompok intervensi mempunyai rerata kapasitas fungsional yang lebih baik.
5	Yanti Anggraini Aritonang Efektifitas <i>Home Heart Walk</i> Terhadap Derajat Kelelahan Pada Penderita Gagal Jantung Di Jakarta (The Effectiveness Of Home Heart Walk Towards Fatigue's Degree In Heart Failure's Patients In Jakarta)	AKPER YUKI 12 Prosiding ISBN : 978-979-9146-71-2. Tahun 2018	50 Responden	Penelitian ini menggunakan design <i>Pra Eksperimen One Group Pretest- Posttest Design</i> , Populasi penelitian sebanyak 1174 penderita gagal jantung dan sampel yang diambil sebanyak 50 responden dengan menggunakan purposive sampling. Kriteria Inklusi: laki-laki dan perempuan yang berusia lebih dari 20 tahun, menderita gagal jantung <i>functional class II</i> dan III berdasarkan kriteria NYHA, menandatangani <i>inform consent</i> , berkunjung ke poli jantung, responden rawat inap	Sebelum intervensi HHW, mayoritas tekanan darah sistolik & diastolik berada pada kategori prehipertensi masing-masing (36% dan 40%), denyut nadi normal (90%), respiratory rate tachypnea (80%), derajat kelelahan pada skala 5 (52%) dan nilai rata-rata jarak tempuh 202,44 meter. Sesudah intervensi HHW, mayoritas tekanan darah sistolik & diastolik menjadi normal masing-masing (48%), denyut nadi menjadi normal (100%), respiratory rate menurun menjadi kategori normal (88%), derajat kelelahan menurun pada skala 3 (50%) & nilai rata-rata jarak tempuh meningkat menjadi 254,76 meter. Hasil uji

				yang akan rencana pulang dan diizinkan oleh dokter untuk melakukan <i>Home Heart Walk</i> , tidak mengalami mengalami pembatasan dalam berjalan dan terjangkau oleh peneliti dan transport angkutan umum dengan jarak kurang dari 30 Km.	menunjukkan terdapat perbedaan bermakna derajat kelelahan sebelum & sesudah intervensi HHW ($p=0.000$), terdapat hubungan respiratory rate terhadap derajat kelelahan dengan ($p=0.043$) & terdapat pengaruh HHW terhadap derajat kelelahan dengan ($p=0.000$).
6	Halimudin Pengaruh model aktivitas dan latihan intensitas ringan klien gagal jantung terhadap tekanan darah.	Vol.3, Nomor 3 Tahun 2013	24 Responden	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif <i>Quasy Experiment</i> tanpa kontrol grup (<i>without control group</i>) dengan variabel bebas (<i>variable independent</i>) dan Variabel tergantung (<i>variable dependent</i>). Setiap responden diberikan model aktivitas dan latihan selama 6 hari dirumah sakit. Intensitas latihan diukur dengan skala Borg.	Hasil uji statistik didapatkan ada perbedaan tekanan darah sistole sebelum intervensi aktivitas dan latihan ($p=0.000$) dengan kekuatan hubungan positif / kuat sempurna. Pada tekanan darah diastole mengalami peningkatan rata-rata setelah dilakukan intervensi model aktivitas dan latihan selama 6 hari sebesar 2.25 mmHg. Hasil uji statistik didapatkan adanya perbedaan tekanan darah diastole sebelum dan sesudah intervensi aktivitas dan latihan ($p=0.001$) dengan kekuatan hubungan positif / kuat sempurna. Tekanan darah rata-rata mengalami peningkatan rata-rata setelah dilakukan intervensi kodel aktivitas dan latihan selama 6 hari sebesar 2.19 mmHg. Hasil uji statistik

					didapatkan ada perbedaan tekanan darah rata-rata sebelum dan sesudah intervensi aktivitas dan latihan ($\rho= 0.000$) dengan kekuatan hubungan positif/kuat sempurna.
7	Nurwahida Puspitasari, Kuswardani, Akhmad Alfajri A Pengaruh Terapi Latihan terhadap <i>Congestive Heart Failure</i> NYHA III- IV e.c Mitral Regurgitation, Trikuspidal Regurgitation, Pulmonal Hipertensi	Jurnal Fisioterapi dan Rehabilitasi (JFR) Vol. 1, No. 1, Tahun 2017 ISSN 2548-8716	8 Responden	Pengumpulan data didapat dari pemeriksaan ekspansi sangkar <i>thorax</i> dengan <i>midline</i> . Ada tidaknya hambatan diketahui dari mengembangnya dada, perlu dilakukan pengukuran sangkar <i>thorax</i> dengan <i>midline</i> . Pengukuran sangkar <i>thorax</i> saat inspirasi maksimal dan ekspirasi maksimal menggunakan meteran dengan satuan centimeter (cm), prosedur dilakukan pada tiga tempat, pertama pada daerah ketiak (<i>axilaris</i>), daerah ICS (<i>intercosta space</i>) ke5, yang ketiga daerah <i>cyphoideus</i> . Selain itu, data berupa kualitatif dilihat dari adanya peningkatan atau penurunan potensial tirah baring lama. Analisa data berupa deskriptif kuantitatif, yaitu menjelaskan data kualitatif dan data	Hasil uji t menunjukkan Sig. = 0,000 (<0,05), maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini berarti sesak sebelum dan sesudah tindakan terapi latihan (<i>breathing exercise</i> , mobilisasi sangkar <i>thorax</i> , gerak aktif anggota gerak atas dan bawah). Berdasarkan hasil analisis data dan pembahasan maka dapat disimpulkan bahwa : Terapi latihan dapat mengurangi derajat sesak napas, spasme otot pernapasan dan meningkatkan ekspansi sangkar <i>thorax</i> pada penderita <i>Congestive Heart Failure</i> NYHA III-IV e.c Mitral Regurgitation (MR), Trikuspidal Regurgitation (TR) dan Pulmonal Hipertensi (PH).

				kuantitatif yang menggunakan uji t untuk membuktikan adanya pengaruh tiap-tiap variabel. Variabel terikat berupa terapi latihan (breathing exercise, mobilisasi sangkar thorax, gerak aktif anggota gerak atas dan bawah), sedangkan variabel bebas berupa sangkar thorax dan potensial tirah baring lama	
8	Aditya Tiara Putri, Henny Purwandari, Erni Tri Indarti Latihan Fisik Rehabilitatif <i>Out Patient</i> Terhadap <i>Respiratory Rate</i> Dan <i>Heart Rate</i> Pada Penderita Gagal Jantung	Jurnal Sabhanga Vol. 1 No. 1 Januari 2019 : 26-37 e-journal.stikessatriabhakti.ac.id	10 Responden	Penelitian ini menggunakan desain penelitian <i>Pra Eksperimen</i> dengan pendekatan <i>One Group Pre-Post Test Design</i> , populasi 13 orang. Populasi penelitian ini adalah Semua penderita Gagal Jantung yang sedang rawat jalan. Teknik sampling purposive sampling sampel 10 responden. Variabel <i>Respiratory Rate</i> , <i>Heart Rate</i> , Latihan fisik rehabilitatif <i>Out Patient</i> . Pengumpulan data menggunakan Modul Pengawasan Latihan yang berisi 9 gerakan latihan <i>Out Patient</i> , SOP, lembar observasi. Uji statistik	Diketahui dari 10 responden sebelum diberikan Latihan Fisik Rehabilitatif <i>Out Patient</i> hampir setengahnya yaitu 4 responden (40%) memiliki <i>Respiratory Rate</i> 24 x/menit dan rata – rata <i>Respiratory Rate</i> sebesar 27x/menit. Selanjutnya dapat diketahui bahwa dari 10 responden sesudah diberikan Latihan Fisik Rehabilitatif <i>Out Patient</i> sebagian besar yaitu 6 responden (60%) memiliki <i>Respiratory Rate</i> 24 x/menit dan rata – rata <i>Respiratory Rate</i> sebesar 24 x/menit Berdasarkan Tabel 1 Uji Wilcoxon pada <i>Respiratory Rate</i> didapatkan p value = $0,010 \leq \alpha = 0,05$ maka H_1 diterima H_0 ditolak, sehingga ada Pengaruh Latihan Fisik Rehabilitatif <i>Out</i>

				menggunakan Wilcoxon Sign Rank Test melalui SPSS.	<i>Patient</i> terhadap <i>Respiratory Rate</i> pada pasien Gagal Jantung. Sedangkan pada <i>Heart Rate</i> sebelum diberikan Latihan Fisik Rehabilitatif <i>Out Patient</i> . Setengahnya yaitu 5 responden (50%) memiliki <i>Heart Rate</i> 8.6 x/menit dan rata – rata <i>Heart Rate</i> sebesar 85,2 x/menit. Selanjutnya dapat diketahui bahwa dari 10 responden sesudah diberikan Latihan Fisik Rehabilitatif <i>Out Patient</i> sebagian besar yaitu 7 responden (70%) memiliki <i>Heart Rate</i> 80 x/menit dan rata – rata <i>Heart Rate</i> sebesar 80,8 x/menit. Berdasarkan Tabel 2 Uji Wilcoxon pada <i>Heart Rate</i> didapatkan p value = $0,005 \leq \alpha = 0,05$) maka H_1 diterima H_0 ditolak, sehingga ada Pengaruh Latihan Fisik Rehabilitatif <i>Out Patient</i> terhadap <i>Heart Rate</i> pada pasien Gagal Jantung
9	Hsiu-Chin Teng, Mei-Ling Yeh and Mei-Hua Wang Walking with controlled breathing improves exercise tolerance, anxiety,	European Journal of Cardiovascular Nursing 2018, Vol. 17(8) 717–727	90 responden	Desain penelitian dan peserta Uji coba terkontrol secara acak ini terdiri dari empat pengulangan titik waktu pengukuran (dasar, Minggu 2, Minggu 4, dan Minggu 12). Peserta dalam kelompok intervensi diberi	Hasil persamaan menunjukkan jarak jalan kaki 6 menit pada jalan kaki dengan kelompok pernapasan berbeda secara signifikan dengan ($p < 0,001$) dibandingkan dengan kelompok kontrol. Saturasi oksigen oleh oksimetri nadi dengan ($p = 0,04$) dan Penilaian Multidimensi

	<p>and quality of life in heart failure patients: A randomized controlled trial</p>		<p>perlakuan pemanasan selama 5 menit berisi <i>stretching</i> kepala dan leher, mengerakan bahu, kedua tangan dan kaki. Selanjutnya melakukan menarik nafas dengan rasio 1 : 2 untuk inhalasi dan ekshalasi. Berjalan selama 15 menit dengan mengatur napas. Pada tahap akhir, pasien melakukan <i>cool down</i> se- lama 5 menit dengan cara ber- jalan pelan atau berhenti dan mengatur napas kembali. Selain itu, kelompok intervensi mendapatkan perawatan standar rumah sakit. Sedangkan kelompok kontrol mendapatkan perawatan standar rumah sakit yang berisi medikasi selama perawatan, pedoman tentang diet, aktivitas sehari-hari, mengontrol berat badan dan pengaturan pemasukan cairan. Partisipan yang termasuk dalam penelitian ini berusia 20 tahun, didiagnosis mengalami gagal jantung berdasarkan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yaitu</p>	<p>Kesadaran Interoseptif dengan skala ($p=0,001$) berkorelasi signifikan dan positif dengan hasil jarak jalan kaki 6 menit. Ada yang signifikan perbedaan antara kelompok pada Minggu 12 dalam kecemasan ($p=0,03$) dan kualitas hidup ($p=0,02$) tetapi bukan depresi ($p=0,06$). Latihan berjalan dengan mengatur napas dapat meningkatkan toleransi aktifitas bagi pasien <i>heart failure</i>, menurunkan kecemasan dan meningkatkan kualitas hidup pasien <i>heart failure</i></p>
--	---	--	--	--

				penggunaan jangka panjang dari oksigen atau alat pernapasan, dialisis teratur, gangguan gerakan anggota badan, dan kondisi serius seperti penempatan pompa balon aorta dan aritmia berat, yang semuanya dikonfirmasi oleh ahli jantung.	
10	Nadiyah Nur Isnaeni, Emilia Puspitasari Pemberian Aktivitas Bertahap Untuk Mengatasi Masalah Intoleransi Aktivitas Pada Pasien Chf	Akademi Keperawatan Widya Husada Semarang, Tahun 2018	2 Responden	Jenis penelitian ini adalah deskriptif. Subyek penelitian ini 2 orang pasien dengan kriteria inklusi adalah Pasien CHF dengan Intoleransi Aktivitas, laki-laki dan perempuan yang mengalami CHF dengan Intoleransi Aktivitas, kesadaran komposmentis, pasien yang menjalani rawat inap, dan bersedia menjadi responden penelitian.	Hasil penelitian pada pasien 1 setelah dilatih aktivitas pasien mampu berjalan dengan jarak 20 meter, pasien ke 2 mampu berjalan dengan jarak 30 meter. Ada pengaruh latihan aktivitas secara bertahap untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas pada pasien CHF, sehingga dengan adanya hasil penelitian ini diharapkan tenaga kesehatan khususnya perawat dapat mengaplikasikan latihan aktivitas secara bertahap untuk meningkatkan toleransi pasien CHF.
11	Deni Susyanti, Mompang Tua Parlagutan, Muchti Yuda Pratama	Jurnal Riset Hesti Medan, Vol. 3, No. 1 Januari-Juni 2018	6 Responden	Penelitian menggunakan studi kualitatif dengan desain fenomenologi deskriptif. Desain ini dipilih agar pengalaman responden dapat	Hasil penelitian ditemukan empat tema, yaitu: pelaksanaan latihan aktifitas fisik pasien <i>congestive heart failure</i> belum optimal, peningkatan pengetahuan perawat dan pasien,

	Pengalaman Perawat Melakukan Latihan Aktifitas Fisik Pada Pasien <i>Congestive Heart Failure</i>			dieksplorasi menjadi lebih terungkap sehingga gambaran pengalaman perawat melakukan latihan aktifitas fisik dapat tergambar secara nyata. Selain itu, penelitian ini melakukan eksplorasi, analisis dan deskripsi secara langsung fenomena pengalaman perawat dalam melakukan latihan aktifitas fisik. Teknik ini menggunakan <i>purposive sampling</i> . Pengumpulan data dilakukan wawancara mendalam (<i>in-depth interview</i>), dan catatan lapangan (<i>field note</i>) kemudian dibuat dalam bentuk kata demi kata dan dianalisis dengan menggunakan pendekatan <i>Colaizzi's</i> .	perlunya dukungan dari pihak rumah sakit, dan harapan terhadap pelaksanaan latihan aktifitas fisik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hal-hal yang dapat mempengaruhi latihan aktifitas fisik pada pasien <i>congestive heart failure</i> adalah adanya standar operasional prosedur, pengetahuan perawat, adanya dukungan dari pihak rumah sakit, dan harapan terhadap pelaksanaan latihan aktifitas fisik.
12	Sulastini, Devi Ratnasari, Andri Nugraha, Hasbi Taobah Ramdani Peningkatan Kapasitas Keluarga Dalam Perawatan Aktifitas Sehari-Hari	Jurnal Pengabdian Masyarakat Kasih Stikes Dirgahayu Samarinda Vol. 1, No. 2, (2020) Eissn: 2715-2707	35 Responden	Metode yang digunakan dalam kegiatan ini adalah 1. Penyuluhan kesehatan dengan menggunakan slide dengan materi pola aktifitas pasien gagal jantung serta pentingnya dukungan keluarga dalam perawatan pola aktifitas	Hasil dari program penyuluhan ini adalah membantu keluarga memiliki informasi yang memadai tentang pentingnya dukungan keluarga dalam proses perawatan aktifitas sehari-hari pasien gagal jantung sehingga akan membantu proses pemulihan serta peningkatan kualitas hidup.

	Pasien Jantung. Gagal			<p>sehari-hari pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Simulasi kegiatan sehari-hari pasien gagal jantung yang harus dibantu keluarga seperti mempersiapkan makanan, pergi ke toilet, melakukan kegiatan ibadah, serta mendekatkan barang-barang pribadi yang biasa digunakan dalam kegiatan sehari hari 3. Tanya jawab dengan memberikan kesempatan kepada peserta bertanya jika belum jelas & mengevaluasi pemahaman peserta terkait materi yang disampaikan 	
--	--------------------------	--	--	---	--

B. Asuhan Keperawatan pasien Penyakit Gagal Jantung Kongestif (CHF) dengan Intoleransi Aktivitas.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses perawatan yang menyangkut data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar (Wartonah, 2015).

Pengkajian ini menyangkut perawat mengkaji adanya intoleransi aktivitas berdasarkan data mayor dan minor. Data mayor intoleransi aktivitas yaitu mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat. Data minor intoleransi aktivitas yaitu dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah, tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat atau setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Pengkajian khusus tentang aktivitas meliputi :

a) Kemampuan mobilitas

Pengkajian kemampuan mobilitas dilakukan dengan tujuan untuk menilai kemampuan gerak ke posisi miring, duduk, berdiri, bangun, dan berpindah tanpa bantuan.

Tabel 2.3 Tingkat Kemampuan Mobilitas (Hidayat, 2014)

Tingkat Aktivitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh.
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat.
Tingkat 2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain dan peralatan.
Tingkat 3	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain dan peralatan.
Tingkat 4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan.

b) Kekuatan Otot dan dan Gangguan Koordinasi

Tabel 2.4 Kekuatan Otot dan Gangguan Koordinasi (Hidayat, 2014)

Skala	Presentase Kekuatan Normal	Karakteristik
0	0	Paralisis sempurna.
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat dipalpasi atau dilihat
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan.
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi.
4	75	Gerakan yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal.
5	100	Kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan menahan tahanan penuh.

c) Indeks Aktivitas Hidup Sehari-hari dari Barthel

Tabel 2.5 Indeks Aktivitas Hidup Sehari-hari (Saryono, 2013)

No.	Aktivitas	Score	Elemen Penilaian
1.	Status buang air besar	0	Inkontinensia
		1	Kadang-kadang (sekali seminggu)
		2	Terkontrol penuh
2.	Status buang air kecil	0	Tidak bisa mengontrol
		1	Kadang-kadang (sekali/24 jam)
		2	Terkontrol penuh
3.	Merawat diri (mencuci muka, menyisir, menggosok gigi)	0	Perlu bantuan
		1	Mandiri
4.	Penggunaan toilet	0	Tergantung orang lain
		1	Perlu bantuan tetapi dapat melakukansesuatu sendiri
		2	Mandiri
5.	Makan	0	Tidak dapat
		1	Perlu bantuan
		2	Mandiri

6.	Berpindah (tidur ke duduk)	0 1 2 3	Tidak dapat Banyak dibantu Dapat duduk dengan sedikit bantuan Mandiri
7.	Mobilisasi	0 1 2 3	Tidak bergerak/tidak mampu Mandiri dengan kursi roda Berjalan dengan bantuan Mandiri
8.	Berpakaian	0 1 2	Tergantung Sebagian dibantu/perlu bantuan Mandiri
9.	Naik turun tangga	0 1 2	Tidak mampu Perlu bantuan Mandiri
10.	Mandi	0 1	Tergantung orang lain Mandiri
	Barthel Score		

Keterangan :

Tingkat kemandirian	Skor	Kategori
Mandiri	20	1
Ketergantungan ringan	12-19	2
Ketergantungan sedang	9-11	3
Ketergantungan berat	5-8	4
Ketergantungan total	0-4	5

Sumber : (Saryono, 2013)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau padaproses kehidupan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan ditegakkan dengan pola PES, yaitu problem sebagai inti dari respon klien, Etiologi sebagai penyebab dari suatu masalah yang muncul, *Sign and symptom* sebagai tanda dan gejala dari suatu masalah. Diagnosa yang dapat ditegakkan adalah intoleransi aktivitas. Penyebab intoleransi aktivitas adalah ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, dan gaya hidup monoton (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Tanda dan gejala intoleransi aktivitas meliputi data mayor dan data minor yang terdiri dari data subyektif dan data obyektif menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), tanda dan gejala untuk masalah keperawatan intoleransi aktivitas yaitu :

a. Mayor :

1) Subyektif : Mengeluh lelah

2) Obyektif : Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat.

b. Minor :

1) Subyektif : Dispnea saat atau setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah

2) Obyektif : Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, dan sianosis.

Diagnosa yang ditegakkan pada CHF yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan data mayor subyektif : mengeluh lelah, data mayor obyektif : frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, data minor obyektif : dispnea saat atau setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah, dan data minor subyektif :

sianosis

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan terdiri atas luaran dan intervensi. Luaran (outcome) merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan Indonesia memiliki tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi dan kriteria hasil. Label merupakan nama sari luaran keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk memperoleh informasi terkait luaran keperawatan. Ekspektasi merupakan penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai, sedangkan kriteria hasil merupakan karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan (PPNI, 2019).

Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan		Rasional
		Tujuan/Kriteria Hasil (SLKI)	Rencana Tindakan (SIKI)	
1	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan ...x..... jam, maka Toleransi Aktivitas Meningkat</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Frekuensi nadi membaik <input type="checkbox"/> Saturasi oksigen meningkat <input type="checkbox"/> Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat <input type="checkbox"/> Kekuatan tubuh bagian atas meningkat <input type="checkbox"/> Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat <input type="checkbox"/> Keluhan lelah menurun <input type="checkbox"/> Dispnea saat aktivitas menurun <input type="checkbox"/> Dispnea setelah aktivitas menurun <input type="checkbox"/> Perasaan lemah menurun <input type="checkbox"/> Tekanan darah membaik <input type="checkbox"/> Frekuensi nafas membaik 	<p>SIKI : Promosi Latihan Fisik</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keyakinan kesehatan tentang latihan fisik 2. Identifikasi pengalaman olahraga sebelumnya 3. Identifikasi motivasi individu untuk memulai atau melanjutkan program olahraga 4. Identifikasi hambatan untuk olahraga 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepercayaan diri dan keyakinan bahwa latihan ini akan meningkatkan kinerja latihan dan mencegah atau meminimalisir cedera yang kemungkinan timbul 2. Olahraga yang biasa dilakukan dan sudah dilakukan 3. Keinginan berolahraga secara rutin dapat memperlancar penyaluran nutrisi dan oksigen ke berbagai jaringan tubuh dan membantu sistem kardiovaskuler bekerja lebih efektif 4. Mengetahui penyebab tidak ingin berolahraga misal tidak ada waktu, malas, tidak ada motivasi, tidak pede, takut

			<p>5. Monitor kepatuhan menjalankan program latihan</p> <p>6. Monitor respons terhadap program latihan</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>7. Fasilitasi dalam mengidentifikasi model peran positif untuk mempertahankan program latihan</p> <p>8. Fasilitasi dalam mengembangkan program latihan yang sesuai untuk kebutuhan</p> <p>9. Fasilitasi dalam menetapkan tujuan jangka pendek dan panjang program latihan</p> <p>10. Fasilitasi dalam menjadwalkan periode</p>	<p>cedera</p> <p>5. Kedisiplinan diri dalam menjalankan program latihan fisik akan mempercepat proses kesembuhan</p> <p>6. Memantau adanya perubahan tanda-tanda hemodinamik selama proses program latihan fisik</p> <p>7. <i>Reinforcement</i> yang positif dapat mendorong pada suatu perilaku tertentu agar kemungkinan terulang kembali sesuai yang diinginkan</p> <p>8. Program latihan fisik yang disesuaikan dengan toleransi tubuh dalam kondisi sehat dan bugar sehingga mencegah resiko munculnya serangkaian penyakit</p> <p>9. Rencana program latihan harus mempertimbangkan beberapa faktor seperti umur</p> <p>10. Latihan fisik yang terjadwal dan semakin sering melakukan</p>
--	--	--	---	---

			<p>reguler latihan rutin mingguan</p> <p>11. Fasilitasi dalam mempertahankan kemajuan program latihan</p> <p>12. Lakukan aktivitas latihan fisik bersama pasien</p> <p>13. Libatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program latihan</p> <p>14. Berikan umpan balik positif terhadap setiap upaya yang dijalankan</p>	<p>aktivitas fisik maka semakin banyak pula kalori dalam tubuh yang bisa terbakar, mengontrol berat badan</p> <p>11.Menjaga kesehatan tubuh stabil dan terhindar dari penyakit, meningkatkan stamina tubuh</p> <p>12.Program latihan <i>Home Based Exercise Training (HBET)</i> dapat meningkatkan kapasitas fungsional, meningkatkan adaptasi fisiologis dari otot-otot yang dilatih, menstimulasi pengeluaran enzim <i>aerobic</i> serta <i>nitrit oxide</i></p> <p>13.Perasaan mendapat dukungan dari orang-orang di sekitarnya, meningkatkan kualitas hidup baik dari segi fungsi fisik, sosial, maupun emosional. Dukungan dari keluarga akan menambah semangat klien yang akan mempercepat proses penyembuhan</p> <p>14.Membuat pasien merasa dihargai dan memberi motivasi untuk terus memberikan kinerja yang</p>
--	--	--	---	---

			pasien	terbaik
			<p><i>Edukasi</i></p> <p>15. Jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis olahraga</p> <p>16. Jelaskan jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan</p> <p>17. Jelaskan frekuensi, durasi, dan intensitas program latihan yang diinginkan</p> <p>18. Ajarkan latihan pemanasan dan pendinginan dengan tepat</p>	<p>15. Membuat tubuh menjadi lebih sehat, menguatkan tubuh, mengatur pernafasan, serta membantu meningkatkan kekebalan tubuh</p> <p>16. Kemampuan toleransi tubuh akan memberikan lebih banyak energi dalam melakukan aktivitas pekerjaan sehari-hari yang akan mempaiki sistem kerja jantung dan paru-paru menjadi lebih baik</p> <p>17. Jenis latihan yang aman dilakukan pada pasien gagal jantung stabil yaitu latihan seperti <i>Home Based Exercise Training</i> (HBET) selama 20-30 menit yang dilakukan tiga kali seminggu dengan intensitas latihan 40-60% dari denyut jantung maksimal</p> <p>18. Untuk membiasakan sistem kerja kardiovaskuler atau jantung dan pembuluh darah</p>

			<p>19. Ajarkan teknik pernafasan yang tepat untuk memaksimalkan penyerapan oksigen selama latihan fisik</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>20. Kolaborasi dengan rehabilitasi medis atau ahli fisiologi olahraga, jika perlu</p>	<p>sebelum dan sesudah melakukan aktivitas olahraga, mencegah cedera ketika latihan.</p> <p>19. Teknik pernafasan dalam adalah salah satu latihan yang baik untuk memperbanyak asupan oksigen dalam tubuh, mengatasi sesak, stress, cemas, mengurangi rasa sakit, dan bahkan darah tinggi</p> <p>20. Memberikan kualitas pelayanan kesehatan dan membantu mengembalikan fungsi tubuh klien</p>
--	--	--	---	--

4. Implementasi Keperawatan

Menurut Wartonah (2015), implementasi merupakan tahap ketika perawat melakukan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Implementasi yang dikategorikan serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi bersama pasien, keluarga dan anggota tim kesehatan lain untuk membantu mengatasi masalah kesehatan pasien sesuai perencanaan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan. Seorang perawat melakukan hubungan interpersonal dengan pendekatan terapeutik kepada pasien guna untuk mempercepat kesembuhan pasien. Menurut Debora (2013), aktivitas yang dilakukan pada tahap implementasi dimulai dari pengkajian lanjutan, membuat prioritas, menghitung alokasi tenaga, memulai intervensi keperawatan, dan mendokumentasikan tindakandan respon klien terhadap tindakan yang telah dilakukan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, tahap penilaian atau perbandingan yang sistematis, dan terencana tentang kesehatan pasien, dengan tujuan yang telah ditetapkan yang dilakukan secara berkesinambungan (Debora, 2013). Pada tahap evaluasi perawat membandingkan status kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan. Menurut Alimul & Hidayat, (2012), evaluasi terdiri dari dua kegiatan yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan selama proses perawatan berlangsung atau menilai respon pasien, sedangkan evaluasi hasil dilakukan atas target tujuan yang diharapkan.

Format yang digunakan dalam tahap evaluasi menurut Alimul & Hidayat (2012) yaitu format SOAP yang terdiri dari :

- a. *Subjective*, yaitu informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan yang diberikan. Pada pasien CHF dengan intoleransi aktivitas diharapkan pasien bertoleransi terhadap aktivitas dengan hasil sebagai berikut :

- 1) Keluhan lelah menurun
 - 2) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari hari meningkat
 - 3) Dispnea saat aktivitas menurun
 - 4) Dispnea setelah aktivitas menurun
 - 5) Perasaan lemah menurun
- b. *Objective*, yaitu informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. Pada pasien intoleransi aktivitas dengan indikator evaluasi hasil yaitu :
- 1) Frekuensi nadi meningkat (60-100x/menit)
 - 2) Tekanan darah membaik (Sistole : 100-150 mmHg, diastole : 60-90 mmHg)
 - 3) Aritmia saat aktivitas menurun
 - 4) Aritmia setelah aktivitas menurun
 - 5) EKG iskemia menurun
 - 6) Saturasi oksigen meningkat
 - 7) Warna kulit membaik atau tidak ada sianosis
 - 8) Frekuensi napas membaik (16-24x/menit)
- c. *Assesment*, yaitu membandingkan antara informasi *subjective* dan *objective* dengan tujuan dan kriteria hasil. Kemudian ditarik kesimpulan dari dua kemungkinan simpulan yaitu :
- 1) Tujuan tercapai, yaitu respon pasien yang menunjukkan perubahan dan kemajuan yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan.
 - 2) Tujuan tidak tercapai, yaitu respon pasien tidak menunjukkan adanya perubahan ke arah kemajuan.
- d. *Planning*, yaitu rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis

BAB III

METODELOGI PENULISAN

A. Rancangan Studi Kasus

Desain penulisan karya ilmiah ini yaitu studi kasus deskriptif. Untuk membuat gambaran, atau lukisan secara sistematis, aktual dan akurat mengenai gambaran asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan toleransi aktivitas pada pasien gagal jantung atau *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. Pendekatan yang digunakan yaitu proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek penelitian yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah dua orang pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu yang memiliki masalah dalam pemenuhan kebutuhan intoleransi aktivitas, dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

1) Kriteria Inklusi

- a. Pasien berjenis kelamin laki-laki dan perempuan
- b. Pasien yang mempunyai penyakit gagal jantung atau *Congestive Heart Failure* (CHF)
- c. Pasien yang mempunyai masalah toleransi aktivitas
- d. Pasien yang bersedia menjadi responden penelitian.
- e. Pasien yang sedang tidak dalam keadaan sesak berat
- f. Pasien yang sedang tidak nyeri dada
- g. Pasien dengan denyut nadi istirahat 60-100xmenit
- h. Pasien dengan tekanan darah sistolik 100-150 mmHg dan tekanan darah diastolik 60-90 mmHg

- 2) Kriteria Ekklusi
 - a. Pasien pulang Atas Permintaan Sendiri (APS) atau dirujuk
 - b. Pasien meninggal dunia saat dirawat inap
 - c. Pasien dengan penggunaan jangka panjang dari oksigen atau alat bantu pernapasan
 - d. Pasien dengan gangguan gerakan anggota badan
 - e. Pasien dengan kondisi serius seperti aritmia berat, sesak nafas berat.

C. Fokus Studi Kasus

Studi kasus dalam karya ilmiah ini difokuskan pada pemenuhan kebutuhan intoleransi aktivitas pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang ICCU RSUD Dr. M.Yunus Bengkulu tahun 2021.

D. Definisi Operasional

- 1) Asuhan keperawatan menurut penulis adalah suatu proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan
- 2) Intoleransi aktivitas adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitasnya.
- 3) Promosi latihan fisik adalah memfasilitasi aktivitas fisik reguler untuk mempertahankan atau meningkatkan ke tingkat kebugaran dan kesehatan yang tinggi
- 4) Penyakit gagal jantung atau *Congestive Heart Failure* (CHF) adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan terhadap oksigen dan nutrien dalam tubuh.

E. Tempat dan Waktu

1. Tempat

Studi kasus dilakukan di ruang ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu.

2. Waktu

Studi kasus dilakukan pada stase Keperawatan Elektif pada bulan Juli tahun 2021 dan menyelesaikan laporan pada bulan Juli s.d September

2021. Studi kasus pada pasien kesatu dilakukan pada tanggal 25 Agustus sampai 27 Agustus 2021 dan pada pasien kedua juga sama dilakukan pada tanggal 25 Agustus sampai 27 Agustus 2021.

F. Pengumpulan Data

- 1) Anamnesa yaitu data di dapatkan melalui wawancara dengan hasil anamnesis yang berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang – dahulu , keluarga, riwayat psikologi. Sumber data bisa dari klien, keluarga, dan perawat ruangan.
- 2) Observasi dan pemeriksaan fisik yang meliputi keadaan umum, pemeriksaan ADL (*Activity Daily Living*), pemeriksaan fungsi kardiovaskular, fungsi respiratory, fungsi gastrointestinal, fungsi integumen, serebral, tingkat kesadaran pada sistem tubuh pasien.
- 3) Studi dokumentasi dan instrument dilakukan menggunakan yaitu *study literature* yaitu peneliti melakukan akses pencarian menggunakan *google Scholar, Pubmad*, dan situs web perpustakaan nasional yang dapat mengunduh jurnal dan data yang berkaitan dengan masalah dan tujuan penelitian yang diunduh secara gratis tanpa membayar. Teknik ini bertujuan untuk mengungkapkan berbagai teori-teori yang relevan dengan permasalahan yang dihadapi atau teliti sebagai bahan rujukan.

G. Penyajian Data

Penyajian data pada studi kasus disajikan secara tekstual dengan data-data proses asuhan keperawatan yang kemudian disajikan secara terstruktur atau narasi yang digunakan untuk menjelaskan hal-hal terkait dengan permasalahan gangguan kebutuhan toleransi aktivitas yang dialami pasien.

H. Etika Studi Kasus

Peneliti akan mempertimbangkan etik dan legal penelitian untuk melindungi hasil agar terhindar dari segala bahaya serta ketidaknyamanan fisik dan psikologis. *Ethical clearence* mempertimbangkan hal-hal dibawah ini :

- 1) *Self determinan*

Pada studi kasus ini, responden diberi kebebasan untuk

berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini tanpa ada paksaan.

2) Tanpa nama (*anonymity*)

Peneliti menjaga kerahasiaan responden dengan cara tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, peneliti hanya akan member inisial sebagai pengganti identitas responden.

3) Kerahasiaan (*confidentially*)

Semua informasi yang didapat dari responden tidak akan disebarluaskan ke orang lain dan hanya peneliti yang mengetahuinya dan 3 bulan setelah hasil penelitian di presentasikan, data yang diolah akan dimusnahkan demi kerahasiaan responden.

4) Keadilan (*justice*)

Peneliti akan memperlakukan semua responden secara adil selama pengumpulan data tanpa adanya diskriminasi, baik yang bersedia mengikuti penelitian maupun yang menolak untuk menjadi responden penelitian.

5) Asas kemanfaatan (*beneficiency*)

Asas kemanfaatan harus memiliki tiga prinsip yaitu bebas penderitaan, bebas eksploitasi dan beban resiko. Bebas penderitaan yaitu peneliti menjamin responden tidak akan mengalami cedera, mengurangi rasa sakit, dan tidak akan memberikan penderitaan pada responden. Bebas eksploitasi dimana pemberian informasi dari responden akan digunakan sebaik mungkin dan tidak akan digunakan secara sewenang-wenang demi keuntungan peneliti. Bebas risiko yaitu responden terhindar dari risiko bahaya kedepannya. Tujuan dari penelitian adalah untuk menambah pengetahuan, menerapkan perawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) serta berperan dalam mengurangi hari lama rawat.

6) *Maleficience*

Peneliti menjamin tidak akan menyakiti, membahayakan, atau memberikan ketidaknyamanan baik secara fisik maupun psikologi.

BAB IV HASIL STUDI KASUS

Pada bab ini penulis memaparkan tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pemenuhan Toleransi Aktivitas pada pasien Penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang ICC RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. Asuhan keperawatan yang dilakukan meliputi pengkajian dan analisis data diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Pengkajian ini dilakukan dengan allo anamnesa (wawancara dengan keluarga atau orang terdekat), tenaga kesehatan lain (perawat ruangan), pengamatan, observasi, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan keperawatan sebagai berikut :

A. Gambaran Pengkajian Pemenuhan Kebutuhan Toleransi Aktivitas pada pasien Penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF)

1. Identitas Pasien

Tabel 4.1 Identitas Pasien

Identitas Pasien Ny. S	Identitas Pasien Ny. N
Seorang pasien perempuan Ny.S berusia 44 tahun lahir tanggal 04 September 1977 dengan status menikah, beragama islam dan dengan pekerjaan sebagai pegawai swasta di pabrik roti surya Bengkulu, tinggal di alamat Jl. Rini Balus RT 6 RW 2 Kelurahan Kebun Tebeng, No. MR : 824066	Seorang pasien perempuan Ny.N berusia 61 tahun lahir tanggal 18 April 1960 dengan status menikah, beragama islam dan dengan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga (IRT), tinggal di alamat Kelurahan Kebun Tebeng RT 10 RW 03 Bengkulu, No. MR : 839661

(Sumber : Medical record RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu, 2021)

2. Riwayat Kesehatan

Pada pengkajian riwayat kesehatan ini perawat melakukan pengkajian keperawatan meliputi keluhan utama, keluhan sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan dignostik dan penatalaksanaan kolaborasi, untuk menegakan diagnosa keperawatan dan juga perencanaan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dalam penelitian.

Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan

No	Riwayat Kesehatan	Pasien Ny. S	Pasien Ny. N
1.	Keluhan Utama MRS	Pasien Ny. S merupakan pasien rujukan dari RS Kota Bengkulu. Pasien datang ke IGD RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu pada hari selasa tanggal 24/08/2021 pukul 23.23 WIB dengan keluhan sesak nafas sejak \pm 1 mg yang lalu, menyesak dari ulu hati, disertai nyeri dada tembus ke punggung sejak 2 hari yang lalu dan kedua kaki bengkak, merasa lemas	Pasien Ny. N merupakan pasien rujukan dari RS Ummi Kota Bengkulu. Pasien datang dari poli jantung RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu pada hari selasa tanggal 24/08/2021 pukul 08.45 WIB dengan keluhan nyeri dada kadang-kadang, sesak jika beraktivitas berlebihan.
2.	Keluhan Sekarang	Pada saat dikaji hari rabu tanggal 25/08/2021 pukul 09.10 WIB di ruang ICCU RSUD DR. M. Yunus Bengkulu, pasien mengeluh merasa mudah lelah, badan terasa lemas, pasien juga mengatakan merasa tidak nyaman setelah	Pada saat dikaji hari rabu tanggal 25/08/2021 pukul 09.40 WIB di ruang ICCU RSUD DR. M. Yunus Bengkulu, pasien mengeluh merasa lemas, pasien juga mengatakan badan terasa lemah. Keadaan umum pasien lemah, kesadaran compos

		beraktivitas berlebihan, Keadaan umum pasien lemah, kesadaran compos mentis, tekanan darah 105/61 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi nafas 24x/menit, suhu tubuh 36,3 °C dan GCS 15 (E4V5M6).	mentis, tekanan darah 129/81 mmHg, frekuensi nadi 84x/menit, frekuensi nafas 22x/menit, suhu tubuh 36,1 °C dan GCS 15 (E4V5M6).
3.	Riwayat Kesehatan Dahulu	Pasien mengatakan ia mempunyai riwayat penyakit hipertensi, dan jantung. Pasien mengatakan pernah dirawat di RS Kota ± 1 minggu yang lalu dengan keluhan yang sama. Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat operasi, riwayat merokok, riwayat narkoba dan alkohol, dan pasien mengatakan ada mempunyai riwayat alergi makanan seperti udang	Pasien mengatakan ia mempunyai riwayat penyakit hipertensi ± 7 tahun, diabetes mellitus ± 5 tahun dan penyakit jantung. Pasien mengatakan pernah dirawat di RS Ummi ± 3 hari yang lalu dengan keluhan yang sama. Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat operasi, riwayat merokok, riwayat narkoba dan alkohol, dan pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi makanan maupun obat
4.	Riwayat Kesehatan Keluarga	Pasien mengatakan di anggota keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit jantung tetapi mempunyai riwayat penyakit hipertensi yaitu ibu pasien. Ny. S juga mengatakan tidak ada di anggota keluarga yang memiliki penyakit DM dan penyakit menular seperti TBC.	Pasien mengatakan di anggota keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit jantung dan tidak mempunyai riwayat penyakit hipertensi, diabetes melitus serta penyakit menular seperti TBC.

3. Pengkajian Kebutuhan Aktivitas

Tabel 4.3 Pengkajian Kebutuhan Aktivitas

No.	Pola Kebutuhan Dasar Manusia	Pasien Ny. S	Pasien Ny. N
1.	Kebutuhan oksigenasi	Pasien mengatakan dirinya sebelum dibawa ke rumah sakit tidak ada mengeluh batuk, ada nyeri dada tembus ke punggung, tidak ada kesulitan saat bernafas, dan tidak ada keluhan pemenuhan kebutuhan oksigenasi. Saat Di RS Keluhan batuk (-) kemampuan bernafas pasien tidak terganggu, nyeri dada tembus ke punggung (-), tidak ada kesulitan bernafas, pasien tampak sesak (-), terpasang O ₂ Nasal kanul 3 liter/menit kadang-kadang..	Pasien mengatakan dirinya sebelum dibawa ke rumah sakit tidak ada mengeluh batuk, ada nyeri dada, tidak ada kesulitan saat bernafas, dan tidak ada keluhan pemenuhan kebutuhan oksigenasi. Saat Di RS Keluhan batuk (-) kemampuan bernafas pasien tidak terganggu, terdapat nyeri dada kadang-kadang, tidak ada kesulitan bernafas, pasien tampak sesak (-) dan tidak menggunakan oksigen.
2.	Kebutuhan aktivitas/ mobilisasi	Pada saat dilakukan pengkajian kebutuhan aktivitas/mobilisasi pasien mengatakan badannya lemas, terdapat keterbatasan pergerakan, pemenuhan kebutuhan aktivitas seperti personal hygiene, kemampuan berjalan, pemenuhan makan dan minum serta pemenuhan eliminasi saat di RS dibantu oleh keluarga. Pasien juga mengatakan setelah beraktivitas berlebihan ia merasa mudah lelah, merasa tidak nyaman.	Pada saat dilakukan pengkajian kebutuhan aktivitas/mobilisasi pasien mengatakan badannya lemas, terdapat keterbatasan pergerakan, pemenuhan kebutuhan aktivitas seperti personal hygiene, kemampuan berjalan, pemenuhan makan dan minum serta pemenuhan eliminasi saat di RS dibantu oleh keluarga. Pasien mengatakan setelah beraktivitas berlebihan ia merasa lemas, lemah.

4. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

Jenis Pemeriksaan	Pasien Ny. S	Pasien Ny. N
Keadaan Umum	Lemah, tampak sakit sedang, kesadaran pasien compos mentis, Berat Badan pasien 52 kg, Tinggi Badan 150 cm dan mempunyai : IMT : 23,1 Kesadaran : CM E4V5M6 TD : 105/62 mmHg, HR : 88x/m, RR : 24x/m, Suhu : 36,3 ^o C	Lemah, tampak sakit sedang, kesadaran pasien compos mentis, Berat Badan pasien 60 kg, Tinggi Badan 150 cm dan mempunyai : IMT : 26,6 Kesadaran : CM E4V5M6 TD : 129/81 mmHg, HR : 84x/m, RR : 22x/m, Suhu : 36,1 ^o C
Sistem Pernafasan	Jalan nafas paten, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, tidak ada retraksi dinding dada, Frekuensi nafas 24x/menit, suara nafas vesikuler terpasang O2 nasal kanul 3L/menit, SPO ₂ 97%, Hasil R.O thoraks kesan: Cardiomegaly	Jalan nafas paten, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, tidak ada retraksi dinding dada, Frekuensi nafas 22x/menit, suara nafas vesikuler tidak terpasang O2, posisi semi fowler, SPO ₂ 98%, Hasil R.O thoraks kesan: Cardiomegaly
Sistem kardiovaskuler	Frekuensi nadi 88x/menit, irama teratur, kekuatan kuat, TD: 105/62 mmHg, distensi vena jugulars tidak ada, temperature kulit 36,3 ^o C, warna kulit sawo matang, tidak ada edema, kapilary refill <3 detik, terdapat bunyi jantung tambahan <i>gallop</i> , irama teratur, sakit dada tidak ada, Hasil pemeriksaan EKG : <i>sinus rhythm</i> , dan Hasil pemeriksaan <i>Echocardiography Ejection Fraction 55%</i> Hasil pemeriksaan	Frekuensi nadi 84x/menit, irama teratur, kekuatan kuat, TD: 129/81 mmHg, distensi vena jugulars tidak ada, temperature kulit 36,1 ^o C, warna kulit sawo matang, tidak terdapat edema, kapilary refill <3 detik, terdapat bunyi jantung tambahan <i>gallop</i> , irama teratur, sakit dada tidak ada, Hasil pemeriksaan EKG : <i>sinus rhythm</i> , dan hasil pemeriksaan <i>Echocardiography Ejection Fraction 58%</i>

	laboratorium Hs Troponin 45,6 mg/dl	
Sistem muskuloskeletal Inspeksi	Aktivitas pasien di bantu keluarga, ada kesulitan dalam bergerak, lemas, lelah, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas berlebihan	Aktivitas pasien di bantu keluarga, ada kesulitan dalam bergerak, lemas, badan terasa lemah
Palpasi	Tidak ada fraktur, tidak terdapat edema, keadaan tonus otot normal, kekuatan tubuh bagian atas 4 Kekuatan tubuh bagian bawah 4	Tidak ada fraktur, tidak terdapat edema, keadaan tonus otot normal, kekuatan tubuh bagian atas 4 Kekuatan tubuh bagian bawah 4

5. Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.5 Pemeriksaan Diagnostik Laboratorium

Pasien Ny. S (Tanggal periksa: 24/08/2021)				
No.	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
1.	Hematokrit	46	Pr : 35-47	%
2.	Hemoglobin	15,1	Pr : 12.0-16.0	g/dl
3.	Leukosit	8.400	4.000-11.000	/ul
4.	Trombosit	235.000	150.000-450.000	/ul
5.	Cholesterol total	188	150-250	Mg/dl
6.	LDL Cholestrol	113	<150	Mg/dl
7.	HDL Cholestrol	27	34-88	Mg/dl
8.	Trigliserida	175	<150	Mg/dl
9.	GDS	98	<160	g/dl
10.	Ureum	38	20-40	Mg/dl
11.	Cratinin	0,8	0,5-1,2	Mg/dl
12.	Hs Troponin	45,6	<19 (normal) 20-100 (intermediate) >100 (MCI/AMI)	Mg/dl

Pasien Ny. N (Tanggal periksa: 24/08/2021)				
No.	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
1.	Hematokrit	33	Pr : 35-47	%
2.	Hemoglobin	12,9	Pr : 12.0-16.0	g/dl
3.	Leukosit	7.800	4.000-11.000	/ul
4.	Trombosit	238.000	150.000-450.000	/ul
5.	LDL Cholestrol	125	<150	Mg/dl
6.	GDS	271	<160	g/dl
7.	Ureum	40	20-40	Mg/dl
8.	Cratinin	1,6	0,5-1,2	Mg/dl

Tanggal periksa: 25/08/2021)

No.	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
1.	Cholestrol total	207	150-250	Mg/dl
2.	LDL Cholestrol	115	<150	Mg/dl
3.	HDL Cholestrol	33	38-92	Mg/dl
4.	Trigliserida	317	<150	Mg/dl
5.	GDS	192	<160	g/dl
6.	Ureum	24	20-40	Mg/dl
7.	Cratinin	1,0	0,5-1,2	Mg/dl

6. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.6 Pemeriksaan Penunjang

Pasien Ny. S		
Tgl Periksa	Jenis Pemeriksaan	Hasil
26-08-2021	R.O thoraks	Kesan : - Cardiomegaly
26-08-2021	EKG (elektrokardiogram)	Sinus rhythm
26-08-2021	Echocardiography	<i>Ejection Fraction : 55%</i>

(Sumber : Medical record RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu, 2021)

Pasien Ny. N		
Tgl Periksa	Jenis Pemeriksaan	Hasil
26-08-2021	R.O thoraks	Kesan : - Cardiomegaly
25-08-2021	EKG (elektrokardiogram)	Sinus rhythm
26-08-2021	Echocardiography	<i>Ejection Fraction</i> : 58%

(Sumber : Medical record RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu, 2021)

7. Penatalaksanaan Kolaborasi Terapi Medis

Tabel 4.7 Penatalaksanaan Kolaborasi Terapi Medis

Nama pasien : Ny. S				
No.	Obat	Farmakologi	Cara pemberian	Dosis
1.	INFD BD Conecta	-	IV	-
2.	Furosemide	10 mg 1 amp	IV	3 x 1
3.	Digoxin	40 mg	P.O	1 x 1
4.	Ramipril	5 mg	P.O	1 x 5
5.	Spironolactone	25 mg	P.O	1 x 25
6.	Aspilet	80 mg	P.O	1x 80
7.	Omeprazole	20 mg	IV	1x1
8.	Terapi O2	-	Nasal kanul	3L/menit

Nama pasien : Ny. N				
No.	Obat	Farmakologi	Cara pemberian	Dosis
1.	INFD BD Conecta	-	IV	-
2.	Furosemide	10 mg 1 amp	IV	2 x 1
3.	Digoxin	40 mg	P.O	1 x 1
4.	Ramipril	5 mg	P.O	1 x 5
5.	Spironolactone	25 mg	P.O	1 x 25
6.	Aspilet	80 mg	P.O	1x 80
7.	ISDN	10 mg	P.O	1x1

8.	Metformin	500 mg	P.O	2 x 500
9.	Bisoprolol	1,5 mg	P.O	1 x 1,5
10.	CPG	75 mg	P.O	1 x 1
11.	Herbaser CD	100 mg	P.O	1 x 1
12.	Glimeperide	2 mg	P.O	1 x 1
13.	Diviti	2,5 mg	Injk	1 x 2,5

B. Gambaran Diagnosa Keperawatan

1. Analisa Data

Tabel 4.8 Analisa Data

No.	Pasien Ny. S	Pasien Ny. N
1.	<p>Aktivitas</p> <p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan merasa mudah lelah, badan terasa lemas 2. Pasien mengatakan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas berlebihan <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aktivitas pasien seperti personal hygiene, makan, minum, eliminasi, dan kemampuan berjalan di bantu keluarga 2. Gerakan pasien tampak terbatas 3. Tekanan darah 105/62 mmHg 4. Nadi 88 x/menit 5. Pernafasan 24 x/menit 6. Suhu 36,3°C 7. Hasil pemeriksaan EKG sinus rhythm 8. Hasil pemeriksaan R.O Thoraks Cardiomegaly 9. Hasil pemeriksaan Echokardiography <i>Ejections Fracnison</i> 55% 	<p>Aktivitas</p> <p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan merasa lemas 2. Pasien mengatakan badan terasa lemah <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum pasien tampak lemah 2. Pasien tampak dibantu oleh keluarga saat makan, minum, membersihkan diri, dan eliminasi. 3. Pernapasan 22 x/menit 4. Tekanan darah 129/81 mmHg 5. Nadi 84x/menit 6. Suhu 36,1 °C 7. Hasil pemeriksaan EKG sinus ryhytm 8. Hasil pemeriksaan R.O Thoraks Cardiomegaly 9. Hasil pemeriksaan Echogardiography <i>Ejections Fracnison</i> 58 %

2. Diagnosa Keperawatan

Pada kedua pasien, berdasarkan data subjektif dan data objektif ditegakkan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

B. Gambaran Rencana Keperawatan

Tabel 4.9 Gambaran Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan		Rasional
		Tujuan/Kriteria Hasil (SLKI)	Rencana Tindakan (SIKI)	
1	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.	Setelah diberikan intervensi keperawatan ... x jam, maka Toleransi Aktivitas Meningkat Dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Frekuensi nadi membaik <input type="checkbox"/> Saturasi oksigen meningkat <input type="checkbox"/> Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat <input type="checkbox"/> Kekuatan tubuh bagian atas meningkat <input type="checkbox"/> Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat <input type="checkbox"/> Keluhan lelah menurun <input type="checkbox"/> Dispnea saat aktivitas menurun <input type="checkbox"/> Dispnea setelah aktivitas menurun <input type="checkbox"/> Perasaan lemah menurun <input type="checkbox"/> Tekanan darah membaik <input type="checkbox"/> Frekuensi nafas membaik 	SIKI. (05138) : Promosi Latihan Fisik <i>Observasi</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keyakinan kesehatan tentang latihan fisik 2. Identifikasi pengalaman olahraga sebelumnya 3. Identifikasi motivasi individu untuk memulai atau melanjutkan program olahraga 4. Identifikasi hambatan untuk olahraga 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepercayaan diri dan keyakinan bahwa latihan ini akan meningkatkan kinerja latihan dan mencegah atau meminimalisir cedera yang kemungkinan timbul 2. Olahraga yang biasa dilakukan dan sudah dilakukan 3. Keinginan berolahraga secara rutin dapat memperlancar penyaluran nutrisi dan oksigen ke berbagai jaringan tubuh dan membantu sistem kardiovaskuler bekerja lebih efektif 4. Mengetahui penyebab tidak ingin berolahraga misal tidak ada waktu, malas, tidak ada motivasi, tidak pede, takut cedera

			<p>5. Monitor kepatuhan menjalankan program latihan</p> <p>6. Monitor respons terhadap program latihan</p> <p><i>Teraupeutik</i></p> <p>7. Fasilitasi dalam mengidentifikasi model peran positif untuk mempertahankan program latihan</p> <p>8. Fasilitasi dalam mengembangkan program latihan yang sesuai untuk kebutuhan</p> <p>9. Fasilitasi dalam menetapkan tujuan jangka pendek dan panjang program latihan</p> <p>10. Fasilitasi dalam menjadwalkan periode</p>	<p>5. Kedisiplinan diri dalam menjalankan program latihan fisik akan mempercepat proses kesembuhan</p> <p>6. Memantau adanya perubahan tanda-tanda hemodinamik selama proses program latihan fisik</p> <p>7. <i>Reinforcement</i> yang positif dapat mendorong pada suatu perilaku tertentu agar kemungkinan terulang kembali sesuai yang diinginkan</p> <p>8. Program latihan fisik yang disesuaikan dengan toleransi tubuh dalam kondisi sehat dan bugar sehingga mencegah resiko munculnya serangkaian penyakit</p> <p>9. Rencana program latihan harus mempertimbangkan beberapa faktor seperti usia</p> <p>10. Latihan fisik yang terjadwal dan semakin sering melakukan</p>
--	--	--	--	---

			<p>reguler latihan rutin mingguan</p> <p>11.Fasilitasi dalam mempertahankan kemajuan program latihan</p> <p>12.Lakukan aktivitas latihan fisik bersama pasien mulai dari duduk, berdiri, berjalan dan latihan menggerakkan siku, lengan, lengan gerak melingkar, jalan di tempat, menekuk pinggang, memutar pinggang, menyentuh lutut, dan menekuk lutut</p> <p>13.Libatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program latihan</p>	<p>aktivitas fisik maka semakin banyak pula kalori dalam tubuh yang bisa terbakar, mengontrol berat badan</p> <p>11. Menjaga kesehatan tubuh stabil dan terhindar dari penyakit, meningkatkan stamina tubuh</p> <p>12. Program latihan <i>Home Based Exercise Training</i> (HBET) dapat meningkatkan kapasitas fungsional, meningkatkan adaptasi fisiologis dari otot-otot yang dilatih, menstimulasi pengeluaran enzim <i>aerobic</i> serta <i>nitrit oxide</i></p> <p>13. Perasaan mendapat dukungan dari orang-orang di sekitarnya, meningkatkan kualitas hidup baik dari segi fungsi fisik, sosial, maupun emosional. Dukungan dari keluarga akan menambah semangat klien yang akan mempercepat proses penyembuhan</p>
--	--	--	--	--

			<p><i>Edukasi</i></p> <p>14. Jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis olahraga</p> <p>15. Jelaskan jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan</p> <p>16. Jelaskan frekuensi, durasi, dan intensitas program latihan yang diinginkan</p> <p>17. Ajarkan latihan pemanasan dan pendinginan dengan tepat</p>	<p>14. Membuat tubuh menjadi lebih sehat, menguatkan tubuh, mengatur pernafasan, serta membantu meningkatkan kekebalan tubuh</p> <p>15. Kemampuan toleransi tubuh akan memberikan lebih banyak energi dalam melakukan aktivitas pekerjaan sehari-hari yang akan mempaiki sistem kerja jantung dan paru-paru menjadi lebih baik</p> <p>16. Jenis latihan yang aman dilakukan pada pasien gagal jantung stabil yaitu latihan seperti <i>Home Based Exercise Training</i> (HBET) selama 20-30 menit yang dilakukan tiga kali seminggu dengan intensitas latihan 40-60% dari denyut jantung maksimal</p> <p>17. Untuk membiasakan sistem kerja kardiovaskuler atau jantung dan pembuluh darah sebelum dan sesudah melakukan aktivitas olahraga, mencegah cedera ketika</p>
--	--	--	---	--

			<p>18. Ajarkan teknik pernafasan <i>Inspirasi Muscle Training</i> (IMT)</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>19. Kolaborasi dengan rehabilitasi medis atau ahli fisiologi olahraga, jika perlu</p>	<p>latihan.</p> <p>18. Latihan <i>Inspirasi Muscle Training</i> (IMT) dapat membuat relaksasi otot pernapasan, meningkatkan aliran darah ekstremitas, meningkatkan saturasi oksigen sehingga mengurangi kecemasan, adanya peningkatan kualitas hidup.</p> <p>19. Memberikan kualitas pelayanan kesehatan dan membantu mengembalikan fungsi tubuh klien</p>
--	--	--	---	--

C. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.10 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny.S

HARI PERTAMA				
Nama Pasien : Ny.S	Diagnosa Keperawatan : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan			
Ruangan : ICCU				
Hari/Tanggal : I / 25-08-2021				
PENGAJIAN-DIAGNOSA-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)	Paraf
Pukul : 09:10 WIB	Pukul : 10 : 00 WIB	Pukul : 10 : 45 WIB	Pukul : 13 : 00 WIB	
<p>S : Pasien mengatakan merasa mudah lelah, badan terasa lemas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas berlebihan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skor aktivitas 9 (tingkat kemandirian sedang) - Pasien tampak lemas - Pasien terlihat kurang bersemangat - Aktivitas pasien saat makan, minum dan membersihkan diri, pemenuhan eliminasi, berpakaian tampak 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tentang latihan fisik 2. Menanyakan pengalaman olaraga sebelumnya 3. Menanyakan motivasi pasien untuk memulai atau melanjutkan program olaraga 4. Menanyakan hambatan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan latihan fisik dapat membantu meningkatkan kesehatan, menguatkan otot, mendapatkan lebih banyak energy untuk melakukan aktivitas sehari-hari 2. Pasien mengatakan pernah berolaraga ikut senam 1x seminggu tiap hari minggu. 3. Pasien mengatakan masih ingin berolaraga seperti biasa 4. Pasien mengatakan jika 	<p>S : Pasien mengatakan masih terasa lemas, lelah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skor aktivitas 9 (tingkat kemandirian sedang) - Pasien tampak lemas - Pasien terlihat kurang bersemangat - Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga saat makan, minum, eliminasi, membersihkan diri dan menggunakan baju - Pasien tampak duduk disisi tempat tidur - Kekuatan tubuh bagian atas 5 - Kekuatan otot bagian 	

<p>dibantu keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak hanya berbaring ditempat tidur - Pasien tampak BAK menggunakan pispot - Kekuatan tubuh bagian atas 4 - Kekuatan tubuh bagian bawah 4 - TD 105/61 mmHg - HR 88 x/m - RR 24 x/m - Suhu 36,3 °C - SPO2 97% <p>A : Toleransi Aktivitas belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan SIKI: Intervensi Promosi Latihan Fisik</p>	<p>untuk olaraga</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Memonitor kepatuhan menjalankan program latihan 6. Memonitor respons terhadap program latihan 7. Memfasilitasi dalam mengidentifikasi model peran positif untuk mempertahankan program latihan 8. Memfasilitasi dalam mengembangkan program latihan yang sesuai untuk kebutuhan 9. Memfasilitasi dalam menetapkan tujuan jangka pendek dan panjang program latihan 10. Memfasiltasi dalam menjadwalkan periode 	<p>beraktivitas/olaraga berlebihan takut kelelahan, lemas</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Pasien mengatakan akan disiplin menjalankan program latihan secara bertahap 6. Pasien tampak kooperatif saat diajarkan program latihan fisik 7. Keluarga tampak memberikan <i>reinforcement</i> positif atas pencapaian latihan fisik yang dilakukan pasien 8. Pasien dan keluarga tampak memahami batasan latihan fisik tidak boleh terlalu berat 9. Pasien mengatakan belum memahami untuk program latihan yang dapat dilakukan setelah pulang dari rumah sakit 10. Pasien tampak memahami jadwal periode latihan yang 	<p>bawah 5</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD 111/82 mmHg - HR 90 x/m - RR 23 x/m - Suhu 36,6 °C - SPO2 98% <p>A : Toleransi aktivitas belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan SIKI: Intervensi Promosi Latihan Fisik, aktivitas keperawatan no 5, 6, 10, 12, 13, 17, 18</p>	
--	---	--	---	--

	<p>reguler latihan rutin mingguan sebanyak 3x dalam seminggu</p> <p>11. Memfasilitasi dalam mempertahankan kemajuan program latihan</p> <p>12. Melakukan aktivitas latihan fisik <i>Home Based Exercise Training</i> (HBET) bersama pasien mulai dari duduk diatas tempat tidur, berdiri, berjalan sekitar tempat tidur, latihan menggerakkan siku, lengan, menekuk pinggang, memutar pinggang, menyentuh lutut, menekuk lutut, jalan di tempat diulangi sampai 10x selama 25 menit</p> <p>13. Melibatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program latihan</p> <p>14. Menjelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis olahraga</p>	<p>akan direncanakan setelah pulang dari rumah sakit</p> <p>11. Pasien tampak kooperatif saat diajak melakukan latihan fisik</p> <p>12. Pasien tampak pelan saat mencoba latihan fisik</p> <p>13. Keluarga tampak berada disisi pasien saat proses latihan fisik</p> <p>14. Pasien dan keluarga tampak mengerti saat diberi penjelasan</p>		
--	--	--	--	--

	<p>15. Menjelaskan jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan</p> <p>16. Menjelaskan frekuensi, durasi, dan intensitas program latihan yang diinginkan</p> <p>17. Mengajarkan latihan pemanasan dan pendinginan dengan tepat</p> <p>18. Mengajarkan teknik pernafasan <i>Inspirasi Muscle Training</i> (IMT) selama latihan</p>	<p>15. Pasien mengatakan belum memahami jenis latihan fisik yang dapat dilakukan yang sesuai toleransi tubuh</p> <p>16. Pasien mengatakan akan melakukan dan menerapkannya sesuai program latihan yang dianjurkan</p> <p>17. Pasien terlihat memperhatikan latihan pemanasan dan pendingin yang diajarkan</p> <p>18. Pasien tampak mampu mempraktekkan dengan tepat sebanyak 3x</p>		
--	---	---	--	--

HARI KEDUA				
Nama Pasien : Ny.S		Diagnosa Keperawatan : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan		
Raungan : ICCU				
Hari/Tanggal : II / 26-08-2021				
PENGAJIAN-DIAGNOSA-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)	Paraf
Pukul : 09 : 20 WIB	Pukul : 10 : 15 WIB	Pukul : 10 : 55 WIB	Pukul : 13 : 00 WIB	
<p>S : Pasien mengatakan badannya lemas, lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skor aktivitas 9 (tingkat kemandirian sedang) - Pasien terlihat kurang bersemangat - Pasien tampak lemas - Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga saat makan, minum, membersihkan diri, eliminasi, dan menggunakan baju - Kekuatan tubuh bagian atas 5 - Kekuatan otot tubuh bagian bawah 5 - TD 110/74 mmHg - HR 85 x/m - RR 22 x/m - Suhu 36,5°C 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kepatuhan menjalankan program latihan 2. Memonitor respons terhadap program latihan 3. Memfasilitasi dalam menjadwalkan periode reguler latihan rutin mingguan sebanyak 3x dalam seminggu 4. Melakukan aktivitas latihan fisik <i>Home Based Exercise Training (HBET)</i> mulai dari duduk diatas tempat tidur, berdiri, berjalan sekitar tempat tidur, latihan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah belajar latihan fisik dari berbaring, duduk dan berdiri dengan bantuan minimal 2. Pasien terlihat kooperatif dan mampu saat diajarkan latihan fisik 3. Pasien mengatakan akan mencoba menerapkan latihan saat pulang dari rumah sakit 4. Pasien tampak bersemangat saat latihan fisik mampu mempergakan gerakan secara bertahap 	<p>S : Pasien mengatakan lemas, perasaan lemah sedikit berkurang,</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skor aktivitas 12 (tingkat kemandirian ringan) - Pasien terlihat bersemangat - Pasien tampak bersekih - Pasien sudah mampu memulai latihan dari berbaring menuju ke duduk dan kemudian berdiri dengan sedikit bantuan - Aktivitas pasien saat makan, minum, eliminasi, mengganti baju di bantu minimal keluarga - Kekuatan tubuh bagian atas 5 - Kekuatan tubuh bagian bawah 5 - TD 124/95mmHg 	

<p>- SPO2 97%</p> <p>A : Toleransi Aktivitas belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan SIKI: Intervensi Promosi Latihan Fisik</p>	<p>menggerakkan siku, lengan, menekuk pinggang, memutar pinggang, menyentuh lutut, menekuk lutut, jalan di tempat diulangi sampai 10x selama 25 menit</p> <p>5. Melibatkan keluarga selama program latihan fisik</p> <p>6. Mengajarkan latihan pemanasan dan pendinginan dengan tepat</p> <p>7. Melakukan teknik pernafasan <i>Inspirasi Muscle Training</i> (IMT) selama latihan fisik</p>	<p>5. Keluarga tampak membantu, memberi dukungan positif atas pencapaian latihan fisik yang dilakukan pasien</p> <p>6. Pasien tampak rileks dan bersemangat</p> <p>7. Pasien mampu memperagakan pengaturan nafas yang baik sebanyak 3x selama latihan fisik</p>	<ul style="list-style-type: none"> - HR 87x/m - RR 22 x/m - Suhu 36,7 °C - SPO2 98% <p>A : Toleransi Aktivitas cukup meningkat</p> <p>P : Lanjutkan SIKI: Intervensi Promosi Latihan Fisik, aktivitas keperawatan no 5, 6, 10, 12, 13, 17, 18</p>	
--	---	---	---	--

HARI KETIGA				
Nama Pasien : Ny.S		Diagnosa Keperawatan : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan		
Ruangan : ICCU				
Hari/Tanggal : III / 27-08-2021				
PENGKAJIAN-DIAGNOSA-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)	Paraf
Pukul : 09 : 10	Pukul : 10 : 00	Pukul : 10 : 45	Pukul : 13 : 00	
<p>S : Pasien mengatakan masih merasa lemas kadang-kadang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skor aktivitas 14 (tingkat kemandirian ringan) - Pasien tampak lemas - Aktivitas pasien tampak dibantu minimal keluarga tetapi dapat melakukan sesuatu sendiri - Kekutan tubuh bagian atas 5 - Kekuatan tubuh bagian bawah 5 - TD 110/79 mmHg - HR 81 x/m - RR 22 x/m - Suhu 36,6 °C - SPO2 97% 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau kepatuhan dalam menjalankan program latihan 2. Menanyakan ada/tidak kelelahan fisik yang tampak pada pasien dan menanyakan apa yang pasien rasakan saat ini 3. Membuat jadwal periode reguler latihan rutin mingguan sebanyak 3x dalam seminggu 4. Melakukan aktivitas latihan fisik <i>Home Based Exercise Training</i> (HBET) mulai dari duduk diatas tempat tidur, berdiri, berjalan sekitar tempat tidur, latihan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mengatakan pasien sudah mampu mandiri duduk dan berdiri 2. Pasien mengatakan tampak lebih baik dari sebelumnya, mersa lebih nyaman 3. Pasien mengatakan akan melakukan tiap 2x sehari selama seminggu 4. Pasien sudah mampu melakukan latihan fisik duduk, berdiri secara mandiri ± 15 menit, mampu berjalan perlahan di sekitar tempat tidur, mampu memperagakan gerakan 	<p>S : Pasien mengatakan lemas, lelah sudah berkurang, sesak saat atau setelah beraktivitas berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skor aktivitas 19 (tingkat kemandirian ringan) - Pasien tampak rileks - Pasien tampak mampu melakukan latihan aktivitas fisik secara mandiri - Kekuatan tubuh bagian atas 5 - Kekuatan tubuh bagian bawah 5 - TD 123/82 mmHg - HR 84 x/m - RR 21 x/m - Suhu 36,4 °C - SPO2 98% 	

<p>A : Toleransi Aktivitas cukup meningkat</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi Promosi Latihan Fisik</p> <p>SIKI:</p>	<p>menggerakkan siku, lengan, menekuk pinggang, memutar pinggang, menyentuh lutut, menekuk lutut, jalan di tempat diulangi sampai 10x selama 25 menit</p> <p>5. Menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup setelah melakukan latihan aktivitas fisik</p> <p>6. Melibatkan keluarga dalam aktivitas latihan fisik pasien</p> <p>7. Melakukan latihan pernapasan <i>Inspirasi Muscle Training</i> (IMT) secara rutin selama latihan fisik</p>	<p>latihan fisik secara mandiri</p> <p>5. Pasien mengatakan selalu diselingi dengan istirahat saat melakukan peralihan aktivitas</p> <p>6. Keluarga terlihat selalu mendampingi dan memberi motivasi kepada pasien ketika beraktivitas fisik</p> <p>7. Pasien tampak menerapkan latihan pernapasan otot inspirasi secara mandiri.</p>	<p>A : Toleransi Aktivitas meningkat</p> <p>P : Intervensi dihentikan (pasien boleh pulang)</p>	
---	---	---	---	--

Tabel 4.10 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny.N

HARI PERTAMA					
Nama Pasien : Ny.N		Diagnosa Keperawatan : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan			Paraf
Ruangan : ICCU					
Hari/Tanggal : I / 25-08-2021					
PENGAJIAN-DIAGNOSA-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)		
Pukul : 09:40 WIB	Pukul : 11: 10 WIB	Pukul : 12:10 WIB	Pukul : 13:50 WIB		
<p>S : Pasien mengatakan badannya lemas, merasa lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skor aktivitas 11 (tingkat kemandirian sedang) - Pasien tampak lemas - Pasien terlihat kurang bersemangat - Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga saat makan, minum, membersihkan diri, eliminasi, dan mengenakan pakaian - Pasien tampak hanya berbaring ditempat tidur - Kekuatan tubuh bagian atas 4 - Kekuatan tubuh bagian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi keyakinan kesehatan tentang latihan fisik 2. Mengidentifikasi pengalaman olahraga sebelumnya 3. Mengidentifikasi motivasi individu untuk memulai atau melanjutkan program olahraga 4. Mengidentifikasi hambatan untuk olahraga 5. Memonitor kepatuhan menjalankan program 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan latihan fisik dapat meningkatkan kesehatan dan kebugaran tubuh 2. Pasien mengatakan jarang berolahraga 3. Pasien mengatakan sudah malas bergerak, beraktivitas terlalu berat dan berlebihan 4. Pasien mengatakan jika beraktivitas/berolahraga berlebihan, terlalu lama takut capek, takut ceera 5. Pasien mengatakan akan 	<p>S : Pasien mengatakan masih lemas, badan masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skor aktivitas 11 (tingkat kemandirian sedang) - Pasien tampak lemas - Pasien terlihat kurang bersemangat - Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga saat makan, minum dan eliminasi menggunakan alat bantu pispot - Pasien tampak duduk disisi tempat tidur - Kekuatan tubuh bagian atas 5 - Kekuatan tubuh bagian bawah 5 - TD 110/78 mmHg 		

<p>bawah 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD 129/81 mmHg - HR 84 x/m - RR 22 x/m - Suhu 36,1 °C - SPO2 97% <p>A : Toleransi Aktivitas belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan SIKI: Intervensi Promosi Latihan Fisik</p>	<p>latihan</p> <p>6. Memonitor respons terhadap program latihan</p> <p>7. Memfasilitasi dalam mengidentifikasi model peran positif untuk mempertahankan program latihan</p> <p>8. Memfasilitasi dalam mengembangkan program latihan yang sesuai untuk kebutuhan</p> <p>9. Memfasilitasi dalam menetapkan tujuan jangka pendek dan panjang program latihan</p> <p>10. Memfasilitasi dalam menjadwalkan periode reguler latihan rutin mingguan</p> <p>11. Memfasilitasi dalam mempertahankan</p>	<p>melaksanakan program latihan sesuai dengan toleransi tubuh</p> <p>6. Pasien tampak kooperatif saat diajak menerapkan program latihan fisik</p> <p>7. Keluarga tampak memberikan <i>reward</i> positif kepada pasien selama latihan fisik</p> <p>8. Pasien mengerti latihan fisik yang boleh dan tidak boleh dilakukan sesuai kondisinya</p> <p>9. Pasien mengatakan di usianya saat ini sudah kurang bersemangat jika beraktivitas terlalu berat</p> <p>10. Pasien tampak belum memahami jadwal periode latihan fisik karena jarang berolahraga</p> <p>11. Pasien terlihat kooperatif</p>	<ul style="list-style-type: none"> - HR 87 x/m - RR 21 x/m - Suhu 36,3 °C - SPO2 98% <p>A : Toleransi Aktivitas belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan SIKI: Intervensi Promosi Latihan Fisik, aktivitas keperawatan no 5, 6, 10, 12, 13, 17, 18</p>	
--	--	--	--	--

	program latihan	dan berkeinginan melakukan program latihan		
	12. Melakukan aktivitas latihan fisik <i>Home Based Exercise Training</i> (HBET) bersama pasien mulai dari duduk diatas tempat tidur, berdiri, berjalan sekitar tempat tidur, latihan menggerakkan siku, lengan, menekuk pinggang, memutar pinggang, menyentuh lutut, menekuk lutut, jalan di tempat diulangi sampai 10x selama 25 menit	12. Pasien tampak kurang bersemangat, kurang bertenaga ketika latihan fisik		
	13. Melibatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program latihan	13. Keluarga terlihat memperhatikan dan paham masalah program latihan fisik pada pasien jantung		
	14. Menjelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis olahraga	14. Pasien dan keluarga tampak mengerti dengan penjelasan yang diberikan perawat		
	15. Menjelaskan jenis latihan	15. Pasien mengatakan belum		

	<p>yang sesuai dengan kondisi kesehatan</p> <p>16. Menjelaskan frekuensi, durasi, dan intensitas program latihan yang diinginkan</p> <p>17. Mengajarkan latihan pemanasan dan pendinginan dengan tepat</p> <p>18. Mengajarkan teknik pernafasan <i>Inspirasi Muscle Training</i> (IMT) selama latihan</p>	<p>mengetahui jenis latihan fisik yang dapat dilakukan yang sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>16. Pasien tampak memahami program latihan fisik yang akan dijalankan dan sudah pernah menonton latihan fisik untuk pasien dengan sakit jantung</p> <p>17. Pasien terlihat kurang bersemangat saat perawat mengajarkan latihan pemanasan dan pendingin dengan baik</p> <p>18. Pasien tampak mencoba teknik pernafasan dengan benar berulang sebanyak 3 x</p>		
--	---	--	--	--

HARI KEDUA					
Nama Pasien : Ny.N		Diagnosa Keperawatan : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan			Paraf
Ruangan : ICCU					
Hari/Tanggal : II / 26-08-2021					
PENGAJIAN-DIAGNOSA INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)		
Pukul : 09 : 55	Pukul : 11: 10	Pukul : 12: 00	Pukul : 13 : 45		
<p>S : Pasien mengatakan badan lemas, lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skor aktivitas 11 (tingkat kemandirian sedang) - Pasien terlihat kurang bersemangat - Pasien tampak lemas - Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga saat makan, minum, membersihkan diri, mengenakan baju, dan eliminasi - Kekuatan tubuh bagian atas 5 - Kekuatan tubuh bagian bawah 5 - TD 134/84 mmHg - HR 89 x/m - RR 22 x/m - Suhu 36,7 °C 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kepatuhan menjalankan program latihan 2. Memonitor respons terhadap program latihan 3. Memfasilitasi dalam menjadwalkan periode latihan minggu rutin di rumah 4. Melakukan aktivitas latihan fisik <i>Home Based Exercise Training</i> (HBET) mulai dari duduk diatas tempat tidur, berdiri, berjalan sekitar tempat tidur, latihan menggerakkan siku, lengan, menekuk pinggang, memutar pinggang, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat merubah posisi dari berbaring ke posisi duduk secara mandiri 2. Pasien tampak kooperatif saat diajarkan latihan fisik 3. Keluarga mengatakan akan mencoba mengajak pasien untuk latihan fisik/ olahraga 3 kali dalam seminggu 4. Pasien tampak bersemangat saat diajak latihan fisik mencoba duduk, berdiri dan berjalan di sekitar tempat tidur secara mandiri, mampu mengikuti gerakan latihan fisik secara bertahap 	<p>S : Pasien mengatakan badan lemas, terasa lemah sedikit berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skor aktivitas 16 (tingkat kemandirian ringan) - Pasien terlihat lemas - Pasien tampak bersemangat - Aktivitas pasien makan, minum, eliminasi, tampak di bantu minimal keluarga - Kekuatan tubuh bagian atas 5 - Kekuatan tubuh bagian bawah 5 - TD 120/85 mmHg - HR 93 x/m - RR 21 x/m - Suhu 36,4 °C - SPO2 98% 		

<p>- SPO2 98%</p> <p>A : Toleransi Aktivitas belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan SIKI: Intervensi Promosi Latihan Fisik</p>	<p>menyentuh lutut, menekuk lutut, jalan di tempat diulangi sampai 10x selama 25 menit</p> <p>5. Melibatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program latihan fisik</p> <p>6. Mengajarkan latihan pemanasan dan pendinginan dengan tepat</p> <p>7. Melakukan teknik pernafasan <i>Inspirasi Muscle Training</i> (IMT) selama latihan fisik</p>	<p>5. Keluarga terlihat memberi dukungan positif dan semangat saat melakukan latihan fisik</p> <p>6. Pasien terlihat mampu melakukan dan menerapkan</p> <p>7. Pasien bisa melakukan latihan pengaturan nafas dengan baik dan optimal selama latihan fisik dijalankan</p>	<p>A : Toleransi Aktivitas cukup meningkat</p> <p>P : Lanjutkan SIKI: Intervensi Promosi Latihan Fisik, aktivitas keperawatan no 5, 6, 10, 12, 13, 17, 18</p>	
--	---	--	---	--

HARI KETIGA				
Nama Pasien : Ny. N		Diagnosa Keperawatan : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan		
Ruangan : ICCU				
Hari/Tanggal : III / 27-08-2021				
PENGAJIAN-DIAGNOSA INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)	Paraf
Pukul : 10 : 15	Pukul : 11 : 10	Pukul : 12 : 00	Pukul : 13 : 50	
<p>S : Pasien mengatakan lemas, lelah sedikit berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skor aktivitas 17 (tingkat kemandirian ringan) - Pasien tampak lemas - Aktivitas pasien tampak dibantu minimal keluarga, pasien mampu melakukan sesuatu sendiri - Kekuatan tubuh bagian atas 5 - Kekuatan tubuh bagian bawah 5 - TD 120/85 mmHg - HR 86 x/m - RR 22 x/m - Suhu 36,6 °C - SPO2 98% - 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau kepatuhan dalam menjalankan program latihan 2. Menanyakan ada/tidak kelelahan fisik yang tampak pada pasien dan menanyakan apa yang pasien rasakan saat ini 3. Membuat jadwal periode reguler latihan rutin mingguan sebanyak 3x dalam seminggu 4. Melakukan aktivitas latihan fisik Melakukan aktivitas latihan fisik <i>Home Based Exercise Training</i> (HBET) mulai dari duduk diatas tempat tidur, berdiri, berjalan sekitar tempat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mengatakan pasien sudah mampu mandiri melakukan latihan fisik 2. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan lebih baik dari sebelumnya 3. Pasien mengatakan akan menerapkan latihan tiap 2x sehari dalam 1 minggu 4. Pasien mampu melakukan aktivitas latihan fisik duduk, berdiri, dan berjalan ke sekitar tempat tidur secara mandiri, mampu mencoba melakukan gerakan latihan fisik pada siku, lengan, lutut, 	<p>S : Pasien mengatakan badan lemas, lelah sudah berkurang., sesak saat atau setelah beraktivitas berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skor aktivitas 20 (tingkat kemandirian mandiri) - Pasien tampak rileks - Pasien tampak ceria - Pasien mampu beraktivitas secara mandiri - Kekuatan tubuh bagian atas 5 - Kekuatan tubuh bagian bawah 5 - TD 110/82 mmHg - HR 89 x/m - RR 20 x/m - Suhu 36,5 °C - SPO2 99% 	

<p>A : Toleransi Aktivitas cukup meningkat</p> <p>P : Lanjutkan SIKI: Intervensi Promosi Latihan Fisik</p>	<p>tidur, latihan menggerakkan siku, lengan, menekuk pinggang, memutar pinggang, menyentuh lutut, menekuk lutut, jalan di tempat diulangi sampai 10x selama 25 menit</p> <p>5. Menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup setelah melakukan aktivitas fisik</p> <p>6. Mengajak keluarga terlibat dalam aktivitas latihan fisik pasien</p> <p>7. Melakukan latihan pernapasan <i>Inspirasi Muscle Training</i> (IMT) secara rutin selama latihan fisik</p>	<p>pinggang, serta jalan di tempat secara mandiri.</p> <p>5. Pasien mengatakan selalu mengimbangi dengan istirahat yang cukup</p> <p>6. Keluarga tampak memberi perhatian, mendampingi memotivasi untuk proses kesembuhan pasien terutama saat pemulihan latihan fisik</p> <p>7. Pasien tampak mandiri melakukan latihan pernafasan otot inspirasi secara teratur</p>	<p>A : Toleransi Aktivitas meningkat</p> <p>P : Intervensi dihentikan (pasien boleh pulang)</p>	
--	---	---	---	--

BAB V

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara konsep teori dan tindakan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan *Kongestive Heart Failure* (CHF) yang dilakukan di ruang ICCU RSUD DR. M Yunus Kota Bengkulu. Penerapan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan untuk klien merupakan salah satu wujud tanggung gugat perawatan yang terdiri dari tahap pengkajian keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Potter & Perry, 2015).

A. Gambaran Pengkajian Promosi Latihan Fisik pada Pasien Penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF)

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang merupakan proses pengumpulan data yang sistematis dan berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2011). Sumber data didapatkan dari klien, keluarga, anggota tim keperawatan kesehatan, catatan kesehatan, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan diagnostik dan laboratorium (Potter & Perry 2015).

Penulis melakukan pengkajian pada kedua pasien Ny.S dan Ny.N. Pengkajian pada tanggal 25 Agustus 2021 didapatkan data Ny.S mengeluh badannya terasa lemas, mudah lelah. Ny.S juga mengatakan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas berlebihan. Aktivitas pemenuhan makan, minum, eliminasi, dan kebersihan diri dibantu keluarga, pasien tampak hanya terbaring diatas tempat tidur. Keadaan umum Ny.S lemah, kesadaran compos mentis, tekanan darah 105/61 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, frekuensi nafas 24 x/menit, suhu tubuh 36,3⁰C, SPO2 97% dan GCS 15 (E4V5M6). Hasil pengkajian selanjutnya pada Ny. N tanggal 25 Agustus 2021 didapatkan data Ny.N mengeluh badan lemas, pasien juga mengatakan badan terasa lemah. Aktivitas pemenuhan makan, minum, eliminasi, dan kebersihan diri dibantu keluarga. Keadaan umum Ny.N lemah, kesadaran compos mentis, tekanan darah 129/81 mmHg, frekuensi nadi 84 x/menit, frekuensi nafas 22 x/menit,

suhu tubuh $36,1^{\circ}\text{C}$, SP02 98% dan GCS 15 (E4V5M6).

Kedua responden pada penelitian ini menunjukan tanda dan gejala seperti kelelahan, lemah, tidak bisa menjalani aktivitas fisik yang berat. Hal ini sesuai teori yang dikemukakan oleh Black and Hawk, (2014) yang menyatakan bahwa pasien gagal jantung sering mengalami manifestasi klinis seperti penurunan toleransi aktivitas, cepat lelah, tidak bisa menjalani aktivitas fisik yang berlebihan, sesak nafas. Hal tersebut menyebabkan ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari, mengganggu atau membatasi pekerjaan atau aktivitas yang disukai. Akibatnya berdampak pada pasien kehilangan kemampuan fungsional, pada pasien gagal jantung kapasitas fungsional sangat berkaitan erat dengan kualitas hidup pasien, peningkatan kapasitas fungsional memberikan kemampuan pada pasien untuk melakukan aktivitas secara mandiri dan bermakna secara sosial (Scub and Caple, 2010). Teori lain yang juga dikemukakan oleh Herdman (2015) yang menyatakan sindrom klinis yang timbul akibat gagal jantung diantaranya adalah perfusi jaringan, penurunan intoleransi aktivitas sehari-hari.

Hasil pengkajian menunjukkan adanya kelelahan, pada umumnya pasien yang menderita CHF mengalami kelelahan. Kelelahan pada penderita CHF diakibatkan karena kurangnya kebutuhan oksigen dan nutrisi untuk jaringan, serta karbondioksida yang dibentuk secara berlebihan sehingga terjadi metabolisme otot anaerob dan peningkatan produksi asam laktat yang menghasilkan kelelahan berlebihan. Gambaran tersebut menunjukkan salah satu permasalahan orang gagal jantung yaitu intoleransi aktivitas. Intoleransi aktivitas menurut Herdman (2015) adalah ketidakcukupan energi psikologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan.

Pemeriksaan fisik pada kedua pasien didapatkan data Ny.S dengan keadaan umum tampak lemah, tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, berat badan 52 kg, tinggi badan 150 cm, Indeks Masa Tubuh (IMT) 23,11, TD: 105/61 mmHg, N: 88 x/menit, RR: 24 x/menit, S: $36,3^{\circ}\text{C}$, SPO_2 : 97%, jalan nafas paten, tidak ada sesak nafas, tidak ada penggunaan otot

bantu pernafasan, tidak ada retraksi dinding dada, aktivitas pasien tampak dibantu keluarga, pasien tampak hanya berbaring diatas tempat tidur. Sedangkan pada pemeriksaan fisik Ny. N didapatkan keadaan umum tampak lemah, tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, berat badan 60 kg, tinggi badan 150 cm, Indeks Masa Tubuh (IMT) 26,6, TD: 129/81 mmHg, N: 84 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 36,1⁰C, SPO₂: 98%, jalan nafas paten, tidak ada sesak, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, tidak ada retraksi dinding dada, terdapat kelemahan otot, aktivitas tampak dibantu keluarga, pasien tampak duduk berpegangan disisi tempat tidur.

Riwayat kesehatan terdahulu pada pasien Ny.S berusia 44 tahun mengatakan ia mempunyai riwayat penyakit hipertensi, dan jantung. Pasien juga mengatakan pernah menderita penyakit jantung sebelumnya, dan pernah dirawat di RS Kota Bengkulu ± 1 minggu yang lalu dengan penyakit dan keluhan yang sama, dan pasien mengatakan mempunyai riwayat alergi makanan udang dengan gejala gatal-gatal. Sedangkan pada kasus Ny. N berusia 61 tahun mengatakan ia mempunyai riwayat penyakit hipertensi ± 7 tahun dan diabetes mellitus ± 5 tahun, Ny.N mengatakan sudah sering dirawat di RS tidak ada riwayat operasi, dan tidak mempunyai riwayat alergi.

Menurut teori, penyebab munculnya CHF yaitu faktor dari hipertensi yang mana terjadi peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik dengan konsisten di atas 140/90 mmHg. Angka yang lebih tinggi di peroleh pada saat jantung berkontraksi (sistolik) angka yang rendah di peroleh pada saat jantung berelaksasi (diastolic). Hipertensi memaksa jantung bekerja lebih keras untuk mensirkulasikan darah keseluruh tubuh, sehingga mengakibatkan otot jantung kiri membesar sehingga pemompaan darah di jantung menjadi tidak maksimal. (Risa et al 2014 dalam Suherwin 2018). Sedangkan dari faktor penyakit diabetes melitus atau hiperglikemia yang tidak terkontrol akan mengakibatkan viskositas darah pasien meningkat pada setiap aliran darahnya. Peningkatan viskositas darah pada DM akan berakibat terjadinya peningkatan beban jantung untuk memompa darah ke seluruh tubuh. (McPhee & Ganong, 2010). Menurut dari usia pasien, dengan meningkatnya usia, jantung dan pembuluh

darah mengalami perubahan baik struktural maupun fungsional, dengan bertambahnya usia juga, sistem aorta dan arteri menjadi kaku dan tidak lurus perubahan ini akibat hilangnya serat elastis dalam lapisan medial arteri. Proses perubahan yang berhubungan dengan penuaan ini meningkatkan kekakuan dan ketebalan yang disebut arteriosklerosis yaitu salah satu penyebab gagal jantung. (Stanley & Beare, 2012). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Purbianto & Agustanti, 2015) yang mengungkapkan bahwa responden terbanyak berusia diatas 40 tahun sebanyak 83 (85,6%). Hal ini juga sesuai dengan pernyataan Menurut Ghani, Susilawati, Novriani (2016) jika usia sudah diatas 40 tahun semua faktor resiko akan meningkat apabila tidak menerapkan pola hidup sehat. Semakin tua usia, maka semakin besar timbulnya plak yang menempel di dinding pembuluh darah dan menyebabkan gangguan aliran darah yang melewatinya.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada Ny.S dan Ny.N berupa pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan rongent, pemeriksaan *Echokardiography*, dan pemeriksaan EKG. Pemeriksaan ini sama dengan tinjauan teoritis prinsip penatalaksanaan keperawatan antara teoritis dan kasus untuk menegakan diagnose medis. Pemeriksaan diagnostik lain yang seharusnya dilakukan untuk pasien CHF yaitu pemeriksaan scan jantung dan kateterisasi jantung (Kasron, 2016).

B. Gambaran Diagnosa Keperawatan pada Penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF)

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

Berdasarkan hasil pengkajian pada dua pasien ditemukan keluhan utama mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat. Pasien mengatakan lemas, mengatakan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas berlebihan, merasa lemah, aktivitas pemenuhan makan, minum, kebersihan diri tampak dibantu keluarga, pasien juga tampak BAK

menggunakan alat bantu berupa pispot. Sehingga Penulis mengangkat diagnosa kasus Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Sehingga pada penelitian ini tidak ada kesenjangan antara laporan kasus dan teori.

Diagnosa keperawatan dengan gangguan intoleransi aktifitas, yaitu, ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari (SDKI, 2016). Dengan gejala mayor data subjektif mengeluh lelah dan data objektif frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat. Gejala minor subjektif merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat. Kriteria tersebut memenuhi syarat dalam menegakkan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Penulis memprioritaskan diagnosa Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Masalah Pasien yang mengalami kelelahan perlu ditangani secara optimal sehingga kondisi ini tidak berlangsung terus menerus yang akan mempengaruhi kualitas hidup individu. Intoleransi aktivitas menyebabkan ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari, mengganggu atau membatasi pekerjaan atau aktiviats yang disukai, akibatnya pasien kehilangan kemampuan fungsional. Upaya untuk meningkatkan kapasitas fungsional adalah dengan latihan fisik. Latihan fisik yang dimaksud berpedoman pada tipe latihan, intensitas atau seberapa sering latihan fisik tersebut dilakukan, lamanya latihan, dan frekuensi latihan yang sesuai dengan kondisi pasien. Latihan fisik yang aman pada pasien gagal jantung stabil dapat dilakukan selama 20-30 menit sebanyak tiga kali dalam seminggu dengan intensitas latihan sebesar 40-50% dari denyut jantung maksimal (Nicholson, 2017). Manfaat yang didapatkan setelah melakukan latihan fisik adalah dapat meningkatkan toleransi latihan serta mempercepat proses kesembuhan bagi pasien. Pelatihan dapat dicapai dengan melakukan *Home Based Exercise Training* (HBET) yang dapat menstabilkan berat badan, meningkatkan kapasitas oksidasi otot skeletal, memperbaiki kontrol syaraf otonom dan pembuluh darah (McKelvie, 2010 dalam Lestari, 2020).

C. Gambaran Perencanaan Promosi Latihan Fisik pada Pasien Penyakit *Kongestive Heart Failure* (CHF)

Berdasarkan tahap perencanaan penulis mengacu pada perencanaan yang terdapat di landasan teoritis di mana perencanaan di bagi menjadi 3 tahap yaitu menentukan prioritas masalah, menentukan tujuan, menentukan kriteria hasil dan merencanakan tindakan keperawatan. Dalam pembuatan rencana penulis bekerja sama dengan keluarga klien dan perawat ruangan sehingga ada kesempatan dalam memecahkan masalah yang dialami klien sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) prinsip secara umum rencana keperawatan yang penulis lakukan pada Ny.S dan Ny.N.

Pada kasus Ny.S dan Ny.N penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Penulis berencana mengatasi masalah intoleransi aktivitas pada pasien dengan tujuan yang diharapkan yaitu dengan nilai 1 (memburuk/menurun), 2 (cukup memburuk/cukup menurun), 3 (sedang), 4 (cukup membaik/cukup meningkat), 5 (meningkat), dengan kriteria hasil promosi latihan fisik level 5, keluhan sesak (1), keluhan lelah (5), Perasaan lemah otot (5), Aritmia (5), Keterbatasan (5), Tekanan darah (5), Denyut nadi (5) Frekuensi napas (5).

Intervensi pada kasus ini sesuai dengan intervensi pada teoritis dan rencana dapat dilaksanakan berdasarkan intervensi dari diagnosa pada tinjauan kasus. dengan standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI) promosi latihan fisik dengan aktivitas keperawatan yang dilakukan yaitu identifikasi keyakinan kesehatan tentang latihan fisik, identifikasi pengalaman olahraga sebelumnya, identifikasi motivasi individu untuk memulai atau melanjutkan program olahraga, identifikasi hambatan untuk olahraga, monitor kepatuhan menjalankan program latihan, monitor respons terhadap program latihan, fasilitasi dalam mengembangkan program latihan yang sesuai untuk kebutuhan, fasilitasi dalam menetapkan tujuan jangka pendek dan panjang

program latihan, fasilitasi dalam menjadwalkan periode reguler latihan rutin mingguan, lakukan aktivitas olahraga bersama pasien, jika perlu, libatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program latihan, jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis olahraga, jelaskan jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan, jelaskan frekuensi, durasi, dan intensitas program latihan yang diinginkan, ajarkan latihan pemanasan dan pendinginan dengan tepat, ajarkan teknik pernafasan yang tepat untuk memaksimalkan penyerapan oksigen selama latihan fisik.

Intervensi tambahan dari beberapa *Evidence Based Nursing* terbaru yang dapat dijadikan intervensi untuk mengatasi masalah keperawatan telah disesuaikan untuk dapat dilaksanakan dengan tujuan pemenuhan kebutuhan aktivitas pada pasien. Diantarnya adalah memberikan tindakan latihan *Home Based Exercise Training* (HBET) dan terapi latihan pernafasan *Inspirasi Muscle Training* (IMT) Bentuk tindakan dan latihan fisik ini dilakukan di rumah sakit yaitu *Inspirasi Muscle Training* guna meningkatkan otot pernafasan dan meningkatkan ventilasi oksigen pada pasien gagal jantung. *Inspirasi Muscle Training* adalah salah satu program rehabilitasi sebagai manajemen aktivitas yang digunakan untuk mengurangi kekambuhan karena mengalami penurunan fungsi tubuh terutama sistem kardiovaskuler dan dapat meningkatkan kualitas hidup lebih baik. Latihan pernafasan ini berupa pernafasan diafragma dapat membuat relaksasi otot pernafasan sehingga hemodinamik menjadi stabil, menurunkan dyspneu, meningkatkan saturasi oksigen, hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Chiappa, Roseguini, Vieira, Alves, Tavares, Winkelman, & Ribeiro, 2008 dalam Platini, Panca Lydia, Nurlaeci, 2018) yang mengemukakan latihan singkat *Inspirasi Muscle Training* atau IMT selama 4 minggu (selama 30 menit dan 7kali/minggu) signifikan dapat melatih otot inspirasi pernafasan dan meningkatkan aliran darah.

Evidence based selanjutnya adalah memberikan terapi latihan fisik *Home Based Exercise Training* (HBET) merupakan jenis pelatihan untuk meningkatkan kapasitas fungsional pada pasien gagal jantung yang dengan mudah bisa dilakukan oleh pasien setelah perawatan di rumah sakit, latihan HBET yang dilakukan secara bertahap dapat meningkatkan ventrikel jantung untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan oksigen jaringan sehingga terjadi peningkatan kapasitas fungsional (Kusmana, 2015).

D. Gambaran Implementasi Promosi Latihan Fisik pada Pasien Penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF)

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat di terima sebagai upaya untuk memecahkan masalah. Implementasi yang di lakukan penulis berlangsung selama 3 hari pada Ny.S dan Ny.N. Implementasi pada kedua pasien dapat dilakukan penulis sesuai dengan rencana tindakan keperawatan, penulis tidak mengalami kesulitan karena kedua pasien kooperatif, tidak ada rencana keperawatan yang dilakukan penulis di luar rencana tindakan keperawatan yang ada diteori, penulis melakukan implementasi dengan rencana yang telah direncanakan sebelumnya untuk memenuhi kriteria hasil. Penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari. Pada saat pelaksanaan implementasi pada kasus, penulis memberikan *Evidence Based Nursing* pada kedua kasus dalam proses pelaksanaan implementasi promosi latihan fisik. Pada Ny.S dan Ny.N penulis memberikan tindakan latihan fisik berupa *Home Based Exercise Training* (HBET) yang dilakukan dengan terapi latihan pernafasan *Inspirasi Muscle Training* (IMT).

Pada *evidence based* nursing pertama yang diberikan kepada Ny.S dan Ny. N, peneliti memberikan terapi *Home Based Exercise Training* dilakukan dengan terapi latihan pernafasan *Inspirasi Muscle Training* yang merupakan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Lestari (2020) dan Platini,

Panca Lydia, Nurlaeci, (2018). Penerapan *Home Based Exercise Training* tidak lepas dari teori *self efficacy* dalam asuhan keperawatan penderita CHF berguna sebagai mediasi terkuat yang mempengaruhi tingkat aktivitas fisik, atau dapat dikatakan pula sebagai tenaga selama aktivitas, *self efficacy* juga merupakan penentu salah satunya dalam melaksanakan aktivitas (Wise, 2010). Selain itu setiap pasien memiliki kemampuan untuk meningkatkan perawatan diri secara mandiri dukungan keluarga dan teman dekat sangat diperlukan untuk membangun kepercayaan diri yang positif dan meningkatkan kemampuan *self care* pasien, yang dapat dilakukan juga pada penderita CHF yaitu dengan latihan pernapasan *Inspirasi Muscle Training* adalah salah satu program rehabilitasi sebagai manajemen aktivitas bagi pasien gagal jantung kongestif berguna untuk menstabilkan nadi, menurunkan dyspneu, dan meningkatkan saturasi oksigen. Teknik ini adalah juga untuk mengurangi kekambuhan dan meningkatkan kualitas hidup penderita. Rehabilitasi jantung setelah keadaan gagal jantung stabil dan status hemodinamik baik dapat dilakukan dengan melakukan latihan fisik, serta melalui pendidikan kesehatan untuk meningkatkan status kesehatan yang sangat berpengaruh terhadap angka penurunan kekambuhan gagal jantung kongestif (Ades, Keteyian, Balady, Houston-Miller, Kitzman, Mancini & Rich, 2013).

Selanjutnya pada pemberian *Evidence Based Nursing* kedua yang diberikan kepada Ny.S dan Ny.N, peneliti memberikan terapi latihan fisik berupa *Home Based Exercise Training* (HBET). Latihan HBET merupakan latihan fisik yang terprogram dengan mudah yang bisa dilakukan oleh pasien setelah perawatan di rumah sakit. Program latihan yang terintegrasi yang dimulai saat pasien stabil dan masih di rawat di rumah sakit, dilanjutkan dengan latihan fisik terfokus di rumah sakit setelah pasien pulang dan dilanjutkan secara mandiri dengan HBET. Latihan fisik yang dilakukan peneliti berupa latihan siku, lengan, menekuk pinggang, memutar pinggang, menyentuh lutut, menekuk lutut, jalan di tempat latihan dilakukan dengan pengulangan sebanyak 10 kali dan dilakukan dua kali sehari. Pada tiap latihan dilakukan pengaturan nafas yang baik karena apabila dilakukan penahanan

nafas dapat terjadi peningkatan tekanan darah dan meningkatkan beban kerja jantung.

Dalam melakukan *Evidence Based Nursing* (EBN) Ny.S dan Ny.N penulis tidak mengalami kesulitan yang sangat berarti dikarenakan pasien kooperatif saat di berikan tindakan *Home Based Exercise Training* (HBET) yang dilakukan dengan terapi latihan pernafasan *Inspirasi Muscle Training* (IMT).

E. Gambaran Evaluasi Promosi Latihan Fisik pada Pasien Penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF)

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang mengadakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan (Potter, 2005). Evaluasi yang digunakan berbentuk S (*subyektif*), O (*obyektif*), A (analisa), P (perencanaan) terhadap analisis. Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali setelah diberika intervensi pada jam akhir dinas.

Evaluasi keperawatan pada pasien dengan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan adalah menunjukkan perbaikan dan peningkatan kesehatan pasien, pada hari ketiga pada pasien Ny.S dan Ny.N setelah diberikan intervensi keperawatan dengan SIKI : promosi latihan fisik : ditingkatkan pada level 4 dengan ditunjukan tanda-tanda dengan tidak ada keluhan lelah, dispnea saat aktivitas tidak ada, tidak ada dispnea setelah aktivitas, perasaan lemah tidak ada. Pada kedua klien tampak dengan kondisi membaik dan terlihat lebih nyaman, tanda-tanda vital dalam rentan normal. Pada kedua kasus CHF pada Ny. S dan Ny. N sama-sama menunjukkan perbaikan. Bila pasien menunjukkan tanda-tanda perbaikan maka pasien diperbolehkan pulang dengan tetap diberikan pengobatan oral. (Juliani, 2014).

F. Keterbatasan Studi

Dalam penelitian ini, tidak juga terlepas dari keterbatasan-keterbatasan yang terjadi, yaitu:

1. Studi difokuskan hanya pada kebutuhan toleransi aktifitas saja, tidak memberikan gambaran lebih luas tentang masalah keperawatan pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) secara keseluruhan.
2. Studi kasus ini hanya diaplikasikan pada dua kasus asuhan keperawatan sehingga hasil yang diperoleh belum dapat digeneralisasikan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) lainnya yang mengalami kelelahan dan kelemahan fisik.
3. Intervensi untuk promosi latihan fisik diberikan hanya 3 hari saat melakukan asuhan keperawatan sehingga efektifitas peningkatan latihan fisik belum terlalu optimal.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari uraian bab pembahasan, maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

- 1 Pengkajian yang dilakukan pada pasien didapatkan data subyektif dan obyektif. Berdasarkan hasil pengkajian pada dua pasien ditemukan adanya keluhan lelah, badan terasa lemas, merasa lemah, ditandai dengan pasien tampak membutuhkan bantuan dalam beraktivitas.
- 2 Berdasarkan pengkajian penulis mengangkat diagnosa aktual yang terjadi pada kasus adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Intoleransi aktivitas merupakan diagnosa yang umum terjadi pada keluhan dengan CHF (*Congestive Heart Failure*).
- 3 Perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dengan tujuan kriteria hasil keluhan lelah, dispnea saat aktivitas, dispnea setelah aktivitas, perasaan lemah, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, kekuatan otot bagian atas dan bawah, tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas yang ditingkatkan pada level 5 dan dipertahankan pada level 4.
- 4 Implementasi diberikan pada kedua pasien selama 3 hari, *Evidence Based Nursing* (EBN) yang di berikan latihan fisik *Home Based Exercise Training* (HBET) dan latihan pernafasan *Inspirasi Muscle Training* (IMT).
- 5 Setelah diberikan intervensi selama 3 hari, evaluasi menunjukkan adanya perubahan pada toleransi aktivitas kedua pasien, di tandai dengan level toleransi di pertahankan di level 4 dan di tingkatkan di ke level 5 dengan ditunjukkan tanda-tanda tidak ada keluhan lelah, dispnea saat aktivitas tidak ada, tidak ada dispnea setelah aktivitas, perasaan lemah tidak ada. Pada kedua klien tampak dengan kondisi membaik, terlihat lebih nyaman, dan rileks.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hendaknya intervensi inovasi ini sebagai tindakan mandiri dan mengadakan lebih banyak diskusi mengenai penerapan intervensi ini bagi klien yang menderita CHF (*Congestive Heart Failure*) yang mengalami kelelahan sehingga mahasiswa mampu meningkatkan cara berpikir kritis.

2. Bagi Perawat RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu

Perawat dapat meningkatkan pelayanan keperawatan pada pasien CHF (*Congestive Heart Failure*) dengan menerapkan program rehabilitasi sebagai manajemen aktivitas *out-patient* (segera setelah kepulangan pasien dari rumah sakit) berdasarkan literatur terkini seperti tindakan latihan fisik *Home Based Exercise Training* (HBET) dan latihan pernafasan *Inspirasi Muscle Training* (IMT) yang sesuai dengan kriteria tidak nyeri dada, tidak sesak nafas berat, denyut nadi istirahat 60-100 x/menit, tekanan darah sistolik 100-150 mmHg, tekanan darah diastolik 60-90 x/menit.

3. Bagi Pasien dan Keluarga.

Pasien dan keluarga dapat melakukan terapi latihan fisik *Home Based Exercise Training* dan latihan pernafasan *Inspirasi Muscle Training* untuk meningkatkan kapasitas fungsional dengan memberikan kemampuan pada pasien dalam melakukan aktivitas secara mandiri dan bermakna secara sosial.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian terkait tindakan latihan fisik pada pasien CHF dan faktor- faktor yang mempengaruhi penurunan kapasitas fungsional pada pasien CHF.

DAFTAR PUSTAKA

- Aaronson, I. Philip and Ward, P.T. Jeremy, (2014). *At a Glance Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta : EGC.
- Adawi, K. I. T., Oldridge, N. B., Tarima, S. S., Stason, W. B., & Shepard, D. S. (2013). *Cardiac Rehabilitation Patient and Organizational Factors: What Keeps Patient in Programs*. The journal of the american heart association, 2 (418).
- Ades, P.A., Keteyian, S.J., Balady, G. J., Houston-Miller, N., Kitzman, D. W., Mancini, D. M., & Rich, M. W. (2013). *Cardiac rehabilitation exercise and self-care for chronic heart failure*. JACC: Heart failure, 1(6), 540-547.
- AHA (American Heart Association), (2019). *Cardiovascular Disiase : A Costly Burner For American Projections Through 2035*. The American Heart Association Office of Federal Advocacy : Washington DC.
- Alimul, A., & Hidayat. (2012). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. (D.Sjbana, Ed.) (Ist ed.). Jakarta Salemba Medika.
- Arini. (2015). *Studi Penggunaan Obat Pada Pasien Gagal Jantung Yang Rawat Inap di RSUD. DR Soetomo. Surabaya*. Online: <http://repository.wima.ac.id>.
- Arovah N,I. (2016). *Program latihan fisik rehabilitatif pada penderita jantung*. Jurnal Medikora.5, (1):11-22.
- Aru W, Sudoyo. (2014). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Jilid II, Edisi V*. Jakarta : Interna Publishing.
- Asikin, Muhammmad. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah : Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta : Erlangga
- Aspaiani, RY. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada pasien Gangguan Kardiovaskuler : aplikasi nic&noc*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Austaryani, (2012). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. J Dengan Congestive Heart Failure Di Ruang Intensive Cardio Vaskluer Care Unit Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta*. Surakarta.
- Black, M. J. & Hawks, H. J (2014). *Medical Surgical Nursing: clinical*

management for continuity of care , 8 th ed. Philadephia: W. B. Sounder Company.

Brunner & Suddarth. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah. Texbook of Medical Surgical Nursing* (Edisi 8 : Vol 2). Jakarta : EGC

Chiappa, G.R., Roseguini, B. T, Vieira, P. J., Alves C. N., Tavares, A., Winkelmann, E. R., & Ribeiro, J. P. (2008). *Inspiratory muscle training improves blood flow to resting and exercising limbs in patients with chronic heart failure*. *Journal of the American Collage of Cardiology*, 51 (17), 1663-1671.

Debora, O. (2013). *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. Jakarta : Salemba Medika.

Depkes RI, (2014). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI Geneva. Cited July 15th 2014. Available from.

Dunlay. (2016). *Activities of Daily Living and Outcomes in Heart Failure*. *Journal of The American Heart Association Fiquerora*.

Ghani L, Susilawati MD, Novriani H. (2016). *Faktor Resiko Dominan Penyakit Jantung Coroner di Indonesia*. *Bul Penelit Kesehat [internet]*. 44 (3) 153-64. Available from: <http://pdfs.semanticscholar.org/98cc/59f6a3929ef42f8dc30e6d8d957f6321b56a.pdf>.

Gift A and Pugh L .(2010). *Dyspnea and fatgue*. *Nurs. Clin. N. Am*;28 378-384.

Hendrika van, d, B., Bussmann, J., Balk, A., Keijizer-Oster, D., & Stam, H. (2011). *Level of activities associated with mobility during everyday life in patients with chronic congestive heart failure as measured with an "activity monitor"*. *Physical Therapy*, 81(9), 1502-11. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/223115463?accountid=17242>.

Herdman, (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi*. Edisi 10. Jakarta : EGC.

Hidayat, A.A. (2014). *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknis Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika.

Isnaeni NN, Puspitasari E. (2018). *Pemberian Aktivitas Bertahap Untuk Mengatasi Masalah Intoleransi Aktivitas Pada Pasien CHF*. *J Manaj Asuhan Kperawatan*;2(1):1-6.

- Journal, I. N., Keilmuan, B., Medikal, K., Ilmu, P., Fakultas, K., Universitas, K., Kuala, S., & Aceh, B. (2013). *Pengaruh Model Aktivitas dan Latihan Intensitas Ringan Klien Gagal Jantung Terhadap Tekanan Darah*. *Idea Nursing Journal*, 4(3), 93–104.
- Kadek, N., Lestari, Y., & Fungsional, P. K. (2020). *Home Based Exercise Training (Hbet) Dapat Meningkatkan Home Based Exercise Training Can Increase Functional Capacity Of Patient With Heart Failure In RSUD Bandung*. 8(2), 57–62.
- Karyono. (2013). *Perilaku manusia*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Kasron. (2016). *Kelainan dan Penyakit Jantung Pencegahan Serta Pengobatannya*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Kasron. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta : TIM.
- Kemenkes RI. (2018). *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Kusmana, D. (2015). *Olaraga untuk orang sehat dan penderita penyakit jantung*. Edisi kedua. BP FKUI. Jakarta.
- Lindenfeald, J., & Albert, N. (2010). *HFSA 2010 Comprehensive Heart Failure Practice Guideline*. J Card Fall.
- Majid, Abdul. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Maulidta Kurnianingtyas W. (2014). *Pengaruh Home Based Exercise Training (HBET) Terhadap Self Efficacy Pasien Gagal Jantung*. *J. Ilmu dan Tek Kesehatan*. Vol 5 No 2 Juli 2014 ISSN 2086-8510.
- Marieb EN, Hoehn K. (2015). *Human anatomy & physiology*. Edisi kesepuluh. Boston : Pearson Education, Inc.
- McKelvie RS. (2010). *Exercise Training in Patient With Herat Failure: clinical outcome, safety, and indication*. *Heart Fail Rev*. 13:3-11.
- McPhee, S. & Ganong, F.W. (2010). *Pathophysiology of Disiase: An Introduction to Clinical Medicine*. (Alih bahasa: Brahm U Pedit). Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Muttaqin, (2014). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah . Jakarta : Salemba Medika*.

- Nilcholson C. (2017). *Heart Failure, A Clinical Nursing Handbook*. John Wiley & Sons.Ltd.
- Nuha Medika Kemenkes (2014). *Situasi Kelainan Jantung* : Jakarta.
- Nurhidayat Saiful. (2015). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Ponorogo : UMPO Press.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional*, Edisi 4. Jakarta : Salemba Medika.
- Oktavianus & Sartika Febriana. (2014). *Asuhan Keperawatan Pada Sistem Kardiovaskuler Dewasa*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Pasien, A. S., & Jantung, G. (n.d.). *Kata Kunci : Dukungan keluarga, Aktifitas sehari-hari, Gagal Jantung*. 52–56.
- Peerce, E.,. (2015). *Anatomi dan fisiologi untuk paramedis*. Jakarta : PT Gramedia.
- Platini, H., Lydia, E. P., Keperawatan, F., Studi, P., Keperawatan, I., Kedokteran, F., & Malang, U. B. (2018). *Inspirasi muscle training (imt) terhadap nilai saturasi oksigen (spo 2) pada klien dengan gagal jantung kongestif*. 12(1), 34–37.
- Potter & Perry. (2015). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI. Jakarta Selatan.
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI. Jakarta Selatan.
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI. Jakarta Selatan.
- Price, S. A., & Wilson, L. M., (2016). *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta : EGC Edisi 6 Volume 1.
- Purbianto, Dwi Agustanti. (2015). *Analisis Faktor Resiko Gagal Jantung di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung*. Jurnal keperawatan, volume XI, No 2.
- Puspitasari N, Kuswardani K, Amin AA. (2017). *Pengaruh Terapi Latihan*

Terhadap Congestive Heart Failure NYHA III-IV e.c Mitral Regurgitation, Trikuspidal Regurgitation, Pumonal Hipertensi. J Fisioter dan Rehabil;(1):72-81.

- Putri Aditya Tiara, Henny Purwandari, E. T. I. (2019). *Latihan Fisik Rehabilitatif Out Patient Terhadap Respiratory Rate Dan Heart Rate Pada Penderita Gagal Jantung.* Jurnal Sabhanga, 1(1), 26–37. <http://ejournal.stikessatriabhakti.ac.id/index.php/sbn1/article/view/21/21>.
- Roveny. (2017). *Rehabiltasi Jantung Setelah Infark Miokard.* RSUD Kembangan. Jakarta: Indonesia. Jurnal: CDK-256/ Vol.44 no. 9.
- Saryono. (2013). *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif Dalam Bidang Kesehatan.* Yogyakarta : Nuha Medika.
- Schub E & Caple. (2010). *Heart Failure: Systolic disfuncion. Clinical Information System.*
- SDKI PPNI (2018). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia.* EGC. Jakarta.
- Setiani. (2014). *Asuhan keperawatan gagal jantung.* Karya Tulis Ilmiah <http://docplaver.info/31581020-Karva-tulis-ilmiah-asuhan-keperawatan-gagal-jantung-pada-tn-j-di-ruang-sekar-jagad-rsud-bendan-kota-pekalongan-html>.
- Smeltzer, & Bare. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah.* Brunner & Suddarth (8 ed). Jakarta : EGC.
- Smelzer, S. & Bare (2013). *Brunner and Suddart Texbook of Medical Surgical Nursing.* Philadelia: Lippin cott.
- Stanley dan Beare. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik.* Bandung CV Alfabeta.
- Stillwell, (2011). *Pedoman Keperawatan Kritis Edisi 3.* Jakarta : EGC.
- Suherwin. (2018). *Hubungan Usia, Jenis Kelamin dan Riwayat Penyakit dengan Kejadian Penyakit Jantung Koroner di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tk.Ii Dr. Ak. Gani Palembang.* Junal Aisyiyah Medika. Palembang.
- Susyanti, D., Parlagutan, M. T., & Pratama, M. Y. (2018). *Pengalaman Perawat Melakukan Latihan Aktifitas Fisik Pada Pasien Congestive Heart Failure.* Jurnal Riset Hesti Medan Kesdam I/BB Medan,

Akper 3(1), 50. <https://doi.org/10.34008/jurhesti.v3i1.22>.

Syaifuddin. (2013). *Anatomi Fisiologi : Kurikulum Berbasis Kompetensi Untuk Keperawatan*. Jakarta : penerbit Buku Kedokteran EGC.

Tarwoto, Wartonah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia Dan Proses Keperawatan Edisi 5*. Jakarta Selatan: Penerbit Salemba Medika.

Teng, H. C., Yeh, M. L., & Wang, M. H. (2018). Walking with controlled breathing improves exercise tolerance, anxiety, and quality of life in heart failure patients: A randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(8), 717–727. <https://doi.org/10.1177/1474515118778453>.

Tony Harsono, (2015). *Dampak Home Based Exercise Training Terhadap Kapasitas Fungsional Pasien Gagal Jantung*. Jurnal Keperawatan, Issn 2086-3071 Volume 4 Nomor 1.

Wartonah, Tarwoto. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi 5*. Jakarta Selatan : Penerbit Salemba Medika.

WHO, (2013). *About Cardiovasculer Diseases*. Geneva: World Helath Organization.

WHO, (2019). *Prevention of Cardiovascular Disiase*. Geneva: World Helath Organization.

Wijaya, A.S dan Putri, Y.M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Wise, M.F. (2010). *Coronary heart disease the benefits of exercise*. Australian Family Physician volume 39 no 3 : 129-133.

Yanti Anggraini Aritonang. (2018). *Efektifitas Home Heart Walk Terhadap Derajat Kelelahan Pada Penderita Gagal Jantung di Jakarta*. AKPER YUKI 12 Prosiding ISBN : 978-979-9146-71-2.

Lampiran 1

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR <i>INSPIRASI MUSCLE TRAINING (IMT)</i>	
PENGERTIAN	Teknik yang digunakan untuk meningkatkan fungsi paru, menurunkan tingkat dispnea, meningkatkan kekuatan inspirasi otot, daya tahan, aliran darah tungkai, enam menit berjalan kaki, toleransi terhadap latihan, serta meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu mengurangi stress 2. Mengurangi ketegangan otot pernapasan 3. Membantu membuang racun-racun dengan meningkatkan oksigenisasi dan proses pertukaran oksigen dan karbon dioksida 4. Meningkatkan keseimbangan fungsional 5. Mengurangi dyspnea 6. Menurunkan depresi pada pasien dengan gagal jantung 7. Meningkatkan ventilasi yang merupakan efek latihan 8. Meningkatkan pemulihan uptakekinetik oksigen 9. Kualitas hidup pasien dengan gagal jantung 10. Meningkatkan kelemahan inspirasi otot
MANFAAT	Latihan pernafasan <i>Inspiratory Muscle Training</i> bermanfaat untuk meningkatkan kapasitas fungsional, pernafasan, kekuatan otot perifer, meningkatkan keseimbangan fungsional, mengurangi dyspnea, menurunkan depresi pada pasien dengan gagal jantung, meningkatkan ventilasi yang merupakan efek latihan, meningkatkan pemulihan uptakekinetik oksigen, kualitas hidup pasien dengan gagal jantung serta meningkatkan kelemahan inspirasi otot

INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sesak nafas pada saat istirahat 2. Kelemahan <i>Inspiratory Muscle Training</i> 3. Tekanan pulmo meningkat
KONTRAINDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elevasi ventrikel kiri 2. Memburuknyatanda dan gejala setelah latihan <i>Inspiratory Muscle Training</i> 3. Desaturasi dengan inspirasi otot pernafasan 4. Pola pernafasan paradok,memburuknya kinerja otot inspirasi 5. Ketidaknyamanan otot diafragma/ perut/ dada/ otot inspirasi
PROSEDUR KERJA	<ol style="list-style-type: none"> A. Tahap Pra Interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Melihat data klien sebelumnya 2. Melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan oleh Perawat 3. Mengkaji terapi yang diberikan dokter 4. Mencuci tangan B. Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam teraupetik 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan 4. Menjelaskan prosedur dan mengontrak klien 5. Menanyakan kesiapan klien dan keluarga C. Tahap Kerja <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi yang nyaman yaitu posisi tegak dan posisi kepala agak menunduk 2. Letakkan tangan kanan pada perut di atas perut (abdomen)/pusat (umbilikus) dan tangan kiri pada dada (toraks) untuk mengenali gerakan pada iga yangmembatasi pernapasan diafragma

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Tarik nafas sekuat-kuatnya melalui hidung, tahan selama 3–5 detik atau hitung 1234 sesuai dengan kemampuan pasien 4. Keluarkan napas perlahan pada hitungan 4 dengan menghembuskan melalui mulut yang akan mendorong perut ke dalam dan ke atas 5. Gerakan tangan menunjukkan pasien telah melakukan latihan dengan benar atau tidak yaitu apabila tangan di atas perut (abdomen) bergerak selama inspirasi, pasien sudah melakukan benar, dan apabila tangan pada dada (toraks) bergerak, artinya pasien menggunakan otot dada (toraks) 6. Latih untuk melakukan ekspirasi panjang tanpa kehilangan kontrol agar inspirasi yang berikutnya tidak terengah-engah (gaspings)/gerakan dada atas 7. Latihan dapat dihentikan jika terasa pusing dan sesak 8. Latihan dilakukan setiap hari di rumah 2 x sehari, setiap latihan melakukan 30 x pernafasan dan dilakukan kurang lebih 4 menit dalam waktu 7 hari per minggu <p>D. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Melakukan evaluasi kenyamanan dan respon klien 3. Melakukan kontrak pertemuan selanjutnya 4. Melakukan dokumentasi tindakan dan hasil pemberian terapi <i>Inspiratory Muscle Training</i> 5. Mencuci tangan 6. Akhiri dengan salam
--	--

Sumber : Hariagustin (2017), Platini, Panca Lydia, Nurlaeci (2018).

Lampiran 2

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR <i>HOME BASED EXERCISE TRAINING (HBET)</i>	
PENGERTIAN	Sebuah program pelatihan fisik yang dengan mudah bisa dilakukan oleh pasien setelah perawatan di rumah sakit.
TUJUAN	Untuk meningkatkan kapasitas fungsional pada pasien gagal jantung. Kapasitas fungsional adalah kemampuan individu dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari.
MANFAAT	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengurangi efek samping fisiologis dan psikologis tirah baring di rumah sakit. 2) Dapat dimanfaatkan untuk memonitor kondisi fisiologis penderita 3) Mempercepat proses pemulihan dan kemampuan untuk kembali pada level aktivitas sebelum serangan jantung
KONTRAINDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1) Angina tidak stabil 2) Tekanan darah sistolik istirahat > 200 mm Hg atau diastolik istirahat >100 mmHg 3) Hipotensi orthostatik sebesar ≥ 20 mmHg 4) Stenosis aorta sedang sampai berat 5) Gangguan sistemik akut atau demam 6) Disritmia ventrikel atau atrium tidak terkontrol 7) Sinus takikardia (>120 denyut/menit) 8) Gangguan jantung kongestif tidak terkontrol 9) Blok Atrio Ventrikular 10) Myocarditis dan pericarditis aktif 11) Embolisme 12) Tromboplebitis 13) Perubahan gelombang ST (>3mm) 14) Diabetes tidak terkontrol 15) Problem ortopedis yang mengganggu istirahat

PROSEDUR KERJA	<ul style="list-style-type: none"> • Fase I : <i>Inpatient</i> (di dalam rumah sakit) • Fase II : <i>Out-Patient</i> (pulang dari rumah sakit sampai dengan 12 minggu merupakan program dengan pengawasan) • Fase III : Pemeliharaan <p style="text-align: center;">Contoh Aktivitas Pada Fase <i>Inpatient</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Kelas Gerakan</th> <th style="text-align: center;">Contoh Aktivitas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Kelas I</td> <td>Duduk di tempat tidur dengan bantuan Duduk di kursi 15-30 menit, 2-3 kali sehari</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Kelas II</td> <td>Duduk di tempat tidur tanpa bantuan Berjalan di dalam ruangan</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Kelas III</td> <td>Duduk dan berdiri secara mandiri Berjalan dengan jarak 15-30 meter dengan bantuan 3 x sehari</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Kelas IV</td> <td>Melakukan perawatan diri secara mandiri Berjalan dengan jarak 50-70 meter dengan bantuan 3-4 x sehari</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Kelas V</td> <td>Berjalan dengan jarak 80-150 meter mandiri 3-4 x sehari</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Contoh Aktivitas Pada Fase <i>Out-Patient</i></p> <p>Latihan I (Latihan Siku)</p> <p>Cara :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berdiri dengan siku menekuk dan dikatupkan pada dada • Luruskan siku ke arah depan. • Tekuk kembali siku. 	Kelas Gerakan	Contoh Aktivitas	Kelas I	Duduk di tempat tidur dengan bantuan Duduk di kursi 15-30 menit, 2-3 kali sehari	Kelas II	Duduk di tempat tidur tanpa bantuan Berjalan di dalam ruangan	Kelas III	Duduk dan berdiri secara mandiri Berjalan dengan jarak 15-30 meter dengan bantuan 3 x sehari	Kelas IV	Melakukan perawatan diri secara mandiri Berjalan dengan jarak 50-70 meter dengan bantuan 3-4 x sehari	Kelas V	Berjalan dengan jarak 80-150 meter mandiri 3-4 x sehari
Kelas Gerakan	Contoh Aktivitas												
Kelas I	Duduk di tempat tidur dengan bantuan Duduk di kursi 15-30 menit, 2-3 kali sehari												
Kelas II	Duduk di tempat tidur tanpa bantuan Berjalan di dalam ruangan												
Kelas III	Duduk dan berdiri secara mandiri Berjalan dengan jarak 15-30 meter dengan bantuan 3 x sehari												
Kelas IV	Melakukan perawatan diri secara mandiri Berjalan dengan jarak 50-70 meter dengan bantuan 3-4 x sehari												
Kelas V	Berjalan dengan jarak 80-150 meter mandiri 3-4 x sehari												

- Ulangi sampai dengan 10 kali.

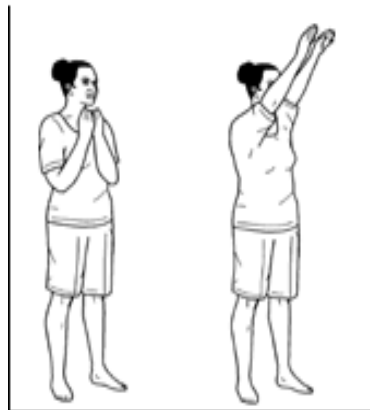


Gambar 1. Latihan Siku

Latihan 2 (Elevasi Lengan)

Cara :

- Berdiri dengan siku menekuk di dada.
- Luruskan siku dan lengan ke arah atas
- Tekuk kembali ke posisi semula.
- Ulangi sampai dengan 10 kali

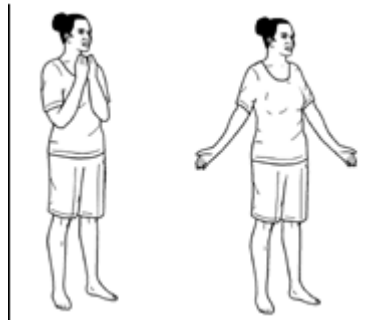


Gambar 2. Latihan lengan

Latihan 3 (Ekstensi lengan)

Cara :

- Berdiri dengan siku menekuk ke arah dada.
- Lengan direntangkan ke arah disamping pinggang.
- Katupkan kembali lengan pada dada
- Ulangi sampai dengan 10 kali.



Gambar 3. Latihan Ektensi Lengan

Latihan 4 (Elevasi Lengan II)

Cara :

- Berdiri dengan kaki membuka selebar bahu dan lengan disamping badan.
- Dengan tetap meluruskan siku angkat lengan keatas kepala.
- Turunkan lengan kembali ke samping badan.
- Ulangi sampai dengan 10 kali



Gambar 4. Latihan Elevasi Lengan II

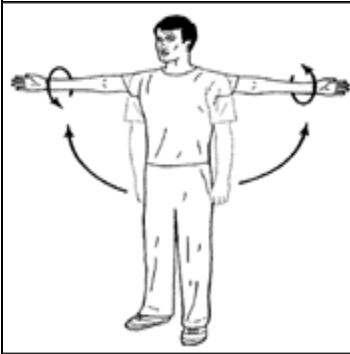
Latihan 5 (Lengan Gerak Melingkar)

Cara :

- Berdiri dengan kaki membuka selebar bahu dan lengan disamping badan.
- Rentangkan tangan setinggi bahu.
- Gerakakan secara melingkar tangan dan lengan

dengan arah depan dengan tetap meluruskan siku.

- Ulangi sampai dengan 10 kali.
- Lakukan gerakan memutar kebelakang sampai dengan 10 kali



Gambar 5. Latihan Lengan Gerak Melingkar

Latihan 6 (Jalan Di Tempat)

Cara :

- Berdiri dengan kaki membuka selebar bahu dengan lengan ditekuk ke depan
- Angkat satu kaki dengan menekuk lutut seperti saat berbaris.
- Ayunkan lengan untuk membantu menjaga keseimbangan
- Ulangi sampai dengan 10 kali.



Gambar 6. Latihan jalan di tempat

Latihan 7 (Menekuk Pinggang)**Cara :**

- Berdiri dengan kaki membuka selebar bahu
- Tekuk lengan sehingga tangan menyentuh pinggang kanan
- Pertahankan kaki dan punggung tetap lurus.
- Ulangi sampai dengan 10 kali.
- Tekuk lengan sehingga tangan menyentuh pinggang kiri.
- Ulangi sampai dengan 10 kali.

**Gambar 7. Latihan Menekuk Pinggang****Latihan 8 (Memutar Pinggang)****Cara :**

- Berdiri dengan kaki membuka selebar bahu, tekuk lengan dan tempatkan tangan di pinggang
- Putar tubuh ke kanan dan kemudian kembali.
- Putar tubuh ke kiri dan kemudian kembali
- Ulangi sampai dengan 10 kali



Gambar 8. Latihan Memutar Pinggang

Latihan 9 (Menyentuh Lutut)

Cara :

- Berdiri dengan kaki membuka selebar bahu, lengan diangkat diatas kepala.
- Tekuk punggung sampai tangan menyentuh lutut.
- Angkat kembali lengan keatas kepala
- Putar tubuh ke kiri dan kemudian kembali
- Ulangi sampai dengan 10 kali.



Gambar 9. Latihan Menyentuh Lutut

Latihan 10 (Menekuk Lutut)

Cara :

- Berdiri dengan kaki membuka selebar bahu, tangan menyentuh pinggang.

- Tekuk punggung ke depan dengan lutut juga menekuk.
- Kembali luruskan punggung
- Ulangi sampai dengan 10 kali.



**Gambar 10. Latihan Menekuk Lutut
Fase Pemeliharaan :**

Program latihan pada fase pemeliharaan pada dasarnya sama dengan individu normal dengan penekanan pada latihan jenis aerobik. Pada pasien dengan kapasitas fungsional diatas 5 METS, pemrograman latihan dengan menggunakan frekuensi denyut jantung dan RPE (*rating of perceived exertion*) dapat dilakukan. Frekuensi latihan sebaiknya berkisar 3 sampai 4 kali dalam seminggu. Durasi latihan dapat dimulai dari 10 menit an kemudian dapat ditingkatkan secara bertahap sampai dengan mencapai 60 menit. Pada saat terjadi peningkatan kapasitas fungsional dan status klinis.

Sumber : Ni Kadek Yuni L estari (2020), Ades (2001), Williams (2001), Jolliffe *et al.*, (2001), Oldridge (1988), Lavie *et al.*, (1993)



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
 Telepon. (0736) 341212 Faximile (0736) 21514. 25343
 website: www.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



Bengkulu, 06 Agustus 2021

Nomor : DM.01.04/399/J6/2021
 Lampiran : -
 Perihal : Surat Pengantar Pengambilan Kasus Seminar Mata Kuliah

Kepada Yth,
 Direktur RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu

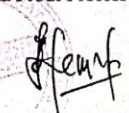
Di

Tempat

Sehubungan dengan adanya seminar Asuhan Keperawatan pada Mata kuliah Praktik Profesi Ners (PPN) Keperawatan Elektif, maka bersama ini kami sampaikan permohonan pengambilan kasus seminar mata kuliah di maksud sesuai dengan ketersediaan kasus seminar tersebut. Adapun mahasiswa yang akan mengambil Asuhan Keperawatan tersebut :

Nama : Depi Susen Dewi
 NIM : P05120420005
 Judul Asuhan Keperawatan : Asuhan Keperawatan Promosi Latihan Fisik Pada Pasien Penyakit Congestive Failure (CHF)
 Ruang Pengambilan Kasus : Ruang ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu

Demikian, atas perhatian dan perkenan Bapak diucapkan terimakasih.

Ketua Prodi Profesi Ners

 Ns. Hermansyah, S.Kep., M. Kep.
 NIP. 197507161997031002



**PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD Dr. M. YUNUS**

Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007
BENGKULU 38229



SURAT KETERANGAN

Nomor : 243 /KOMKORDIK-RSMY/VIII/2021

Yang bertandatangan dibawah ini :

- a. Nama : MARIANI, S.ST., S.KM
b. Jabatan : Wakil Direktur Penunjang Medik dan Kependidikan

dengan ini menerangkan bahwa :

- a. Nama : **DEPI SUSEN DEWI**
b. NIM : P05120420005
c. Institusi : Profesi Ners / Poltekkes Kemenkes Bengkulu
d. Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Promosi Latihan Fisik pada Pasien Penyakit Congestive Failure (CHF).
e. Ruang Penelitian : ICCU dan Melati
f. Maksud : Telah Selesai Melaksanakan Penelitian Mulai Tanggal 16 s.d 25 Agustus 2021

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Bengkulu, 30 Agustus 2021
Wakil Direktur, Penunjang Medik dan Kependidikan






MARIANI, S.ST., S.KM
NIP. 19650323 198803 2 006

LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH AKHIR NERS
PRODI PROFESI NERS JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU
TA. 2020/2021

NAMA : Depi susen Dewi
 NIM : 10120420 005
 JUDUL SKRIPSI : Asuhan Keperawatan Promosi latihan Fisik pada pasien Penyakit Congestive Heart Failure (CHF) diruangan ICU RSUD Dr. N. Yunus Bengkulu tahun 2021
 PEMBIMBING : Ns. Hendri Heriyanto. S.Kep., M.Kep

NO	TANGGAL	MATERI KONSULTASI	MASUKAN PEMBIMBING	PARAF
1	04 Mei 2021	Pengajuan Judul KIAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencari Judul yang pasien mudah ditemui di RS dan sesuai dengan minat yang dipilih 2. Mencari Jurnal yang berhubungan dengan judul yang akan diambil minimal 10 Jurnal 	<i>[Signature]</i>
2	10 Mei 2021	Acc Judul KIAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lanjutkan BAB 1-3 2. Perbaiki Rumusan masalah 3. Perbaiki tujuan sesuai dengan buku panduan KIAN 	<i>[Signature]</i>
3	16 Juni 2021	BAB 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki Penulisan BAB 1 2. Perbaiki kata sambung sesuai dengan kaidah penulisan 3. Tambahkan Jurnal pendukung 	<i>[Signature]</i>

			4. Perbaiki BAB1 jangan terlewat banyak	
4	21 Juni 2021	BAB 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. perbaiki Halaman sesuaikan dengan kaidah panduan 2. sumber harus yang terbaru 3. cara penulisan diperbaiki sesuaikan kaidah penulisan yang benar 	M/S
5	24 Juni 2021	Konsul BAB1	1. Lanjutkan BAB 3	M/S
6	28 Juni 2021	Konsul BAB 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki defisi operasional 2. Perbaiki kriteria inklusi dan eksklusi pada paragraf 3. Perbaiki tempat dan waktu sesuaikan dengan penelitian 	M/S

7	30 Juni 2021	Konsul BAB 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lanjutkan perbaikan Pengumpulan data Penelitian 2. Perbaiki Jarak Penulisan Jangan enter terlalu banyak 	
8	12 Juli 2021	Konsul Revisi BAB 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acc proposal 2. Lanjutkan Penelitian Kasus di rumah sakit 	
9	27 Agustus 2021	Konsul BAB 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki cara penulisan yang benar 2. tambahkan pemeriksaan kardiovaskuler 3. Tambahan kekuatan otot 4. Perbaiki implementasi sesuai dg kriteria hasil 	

10	30 Agustus 2021	Konvulsi BAB 4 dan 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki Analisa data sesuaikan dibuku 2. Perbaiki dx keperawatan sesuaikan dg kondisi pasien dan buku SDRI 3. perbaiki cara penulisan di dalam tabel perencanaan rapikan 4. tambahkan Jurnal Pendukung dan penitikan sebelumnya 	9/8
11	01 September 2021	Konvulsi BAB 4, 5, dan 6	<ol style="list-style-type: none"> 1. tambahkan keterbacaan penitikan 2. perbaiki kesimpulan dan saran 3. tambahkan SOP 4. tambahkan referensi Jurnal di daftar pustaka 5. Perbaiki penulisan dapus 	9/8
12	03 September 2021	Revisi BAB 4-6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acc Ujian KIAN 	9/8

DOKUMENTASI

