

KARYA ILMIAH AKHIR NERS
ASUHAN KEPERAWATAN MANAJEMEN ENERGI PADA PASIEN
***CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RUANG ICCU**
RSUD dr. M. YUNUS BENGKULU TAHUN 2021



DISUSUN OLEH
ELDA DAMAYANTI
NIM P0 5120420 007

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI PROFESI NERS
TA 2020/2021

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS
ASUHAN KEPERAWATAN MANAJEMEN ENERGI PADA PASIEN
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG ICCU
RSUD dr. M. YUNUS BENGKULU TAHUN 2021**

**Proposal ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
untuk memperoleh Gelar Profesi Ners (Ns)**

**DISUSUN OLEH
ELDA DAMAYANTI
NIM P0 5120420 007**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI PROFESI NERS
TA 2020/2021**

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN MANAJEMEN ENERGI PADA PASIEN
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG ICCU
RSUD dr. M. YUNUS BENGKULU
TAHUN 2021**

Dipersiapkan dan Dipresentasikan Oleh:

ELDA DAMAYANTI
NIM. P05120420007

Karya Ilmiah Ini Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Dipertahankan Dihadapan
Tim Penguji Karya Ilmiah Akhir Ners Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada Tanggal 07 September 2021

Oleh
Pembimbing



Ns. Hendri Heriyanto S.Kep., M.Kep
NIP. 198205152002121004

**HALAMAN PENGESAHAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN MANAJEMEN ENERGI PADA PASIEN
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG ICCU
RSUD dr. M. YUNUS BENGKULU
TAHUN 2021**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh:

ELDA DAMAYANTI
NIM. P05120420007

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: 07 September 2021 dan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji

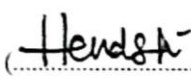
1. **Dr. Nur Ellv. S. Kp., M. Kes**
NIP.196311281986032001

()

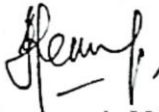
2. **Ns. Rahma Annisa. S.Kep. M.Kep**
NIP. 198503232010122002

()

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

()

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


Ns. Hermansyah, M.Kep
NIP. 197507161997031002

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Elda Damayanti
NIM : P05120420007
Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Manajemen Konstipasi
Ners Pada Pasien *Congestive Heart Failure (CHF)* di
ruang ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu
tahun 2021

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini adalah betul-betul hasil karya saya dan bukan hasil penjiplakan dari hasil karya orang lain.

Demikian pernyataan ini dan apabila kelak dikemudian hari terbukti dalam Karya Ilmiah Akhir Ners ada unsur penjiplakan maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Bengkulu, September 2021

Yang menyatakan



ELDA DAMAYANTI
NIM : P05120420007

BIODATA

Nama : Elda Damayanti
Tempat, Tanggal Lahir : Tanjung Lalang, 29 Mei 1998
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Berlian 1 Kelurahan Bumi Ayu
Kecamatan Selebar Kota Bengkulu
Riwayat Pendidikan : 1. SD Negeri 27 Tanjung Lalang
2. SMP Negeri 3 Tanjung Agung
3. SMA Negeri 1 Lawang Kidul
4. D4 Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Bengkulu

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur kepada ALLAH SWT atas nikmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Manajemen Energi Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2021”**.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak, proposal ini tidak dapat diselesaikan. Penulis banyak mendapatkan bantuan baik berupa informasi, data atau pun dalam bentuk lainnya. Untuk itu, ucapan banyak terima kasih dihaturkan 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 Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Bapak Ns. Hendri Heriyanto S. Kep., M.Kep, selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan fikiran untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran kepada penulis dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini.
5. Ibu Dr. Nur Elly, S. Kp, M.Kes sebagai ketua penguji yang telah meluangkan waktu dan masukan saran untuk perbaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini.
6. Ibu Ns. Rahma Anisa, M Kep, sebagai penguji satau yang telah memberikan waktu, masukan sumbangan saran kepada penulis untuk penyusun Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini.
7. Seluruh Dosen dan Staf Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu yang telah memberikan bimbingan.
8. Orang tua dan teman-teman yang telah banyak memberikan doa dan dukungan, baik dukungan moril maupun spiritual yang sangat berarti bagi penulis untuk keberhasilan dalam menyelesaikan KIAN ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan karya ilmiah akhir 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.

DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Studi Kasus.....	5
D. Manfaat Studi Kasus.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Anatomi Fisiologi Kardiovaskular	7
1. Anatomi.....	7
D. Konsep Askep Pemenhunan Kebutuhan Sirkulasi pada pasien CHF	33
1. Pengkajian Keperawatan.....	33
2. Diagnosa Keperawatan	37
Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik mengenai respon individu, kilie, masyarakat, tentang masalah kesehatan actual atau potensial sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat Herdeman & Kamisuru, 2015).....	37
b. Intervensi Keperawatan : Manajemen Energi	39
c. Implementasi	42
d. Evaluasi.....	42
BAB III METODE PENULISAN	43
A. Rancangan Studi Kasus	43
B. Subyek Studi Kasus.....	43
C. Definisi Operasional	44
D. Tempat dan Waktu	44
E. Pengumpulan Data.....	44
F. Penyajian Data	45
G. Etika Studi Kasus	45
BAB IV HASIL STUDI KASUS.....	47
A. Gambaran Pengkajian Keperawatan.....	47
B. Gambaran Diagnosa Keperawatan.....	48
C. Gambaran Perencanaan/Intervensi Keperawatan.....	49
D. Gambaran Implementasi.....	55
E. Gambaran Evaluasi.....	55

BAB V PEMBAHASAN.....	67
A. Pengkajian.....	67
B. Diagnosa Keperawatan.....	68
C. Intervensi/Perencanaan.....	69
D. Implementasi.....	70
E. Evaluasi.....	71
F. Keterbatasan Penelitian.....	73

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Jantung merupakan organ tubuh manusia yang mempunyai peran penting dalam kehidupan manusia dan pastinya sangat berbahaya jika jantung kita mempunyai masalah mengingat bahwa banyak kematian disebabkan oleh penyakit jantung (Nugroho, 2018). Gagal jantung *Congestive Heart Failure* (CHF) merupakan suatu keadaan dimana kelainan fungsi jantung yang menyebabkan kegagalan jantung dalam memompa darah untuk memenuhi kebutuhan jaringan dengan meningkatkan tekanan pengisian (Katimenta, Carolina & Kusuma, 2016).

Menurut Riset Kesehatan Dasar (2018) Penyebab kematian terbanyak yang sebelumnya ditempati oleh penyakit infeksi sekarang telah beralih menjadi ke penyakit kardiovaskular, degeneratif dan diperkirakan akan menjadi penyebab kematian 5 kali lebih banyak dibandingkan dengan penyakit infeksi (Kemenkes, 2018). Data *World Health Organization* (WHO) (2017), 17,3 juta orang meninggal akibat penyakit kardiovaskular pada tahun 2008, mewakili 30% dari semua kematian global. Dari kematian ini, diperkirakan 7,3 juta disebabkan oleh penyakit jantung. Lebih dari 80% kematian penyakit kardiovaskular terjadi di negara berpenghasilan rendah dan terjadi hampir sama pada pria dan wanita (Yancy, 2017). Diperkirakan bahwa 5,3 juta warga Amerika saat ini memiliki gagal jantung kronik dan ada 550.000 kasus gagal jantung baru didiagnosis setiap tahunnya. Pasien dengan gagal jantung akut kira-kira mencapai 20% dari seluruh kasus gagal jantung. Prevalensi gagal jantung meningkat seiring dengan usia, dan mempengaruhi 6-10% individu lebih dari 65 tahun (Yancy, 2017), bahkan, *The World Heart Federation* (WHF) memproyeksikan pada tahun 2030 angka kematian akibat penyakit jantung akan meningkat menjadi 23,6 juta (WHF, 2018). Berdasarkan data penderita CHF di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu pada tahun 2017 angka penderita adalah 450 orang, sedangkan pada tahun

2018 angka penderita CHF yaitu sebanyak 332 orang (Medikal Record RSUD dr. M. Yunus Bengkulu , 2018). Pada ruang rawat inap ICCU diperoleh data bahwa tahun 2017 sebanyak 205 pasien yang dirawat adalah penderita CHF. Bulan Januari 2018 penderita CHF yang dirawat sebanyak 172 orang. Sedangkan pada bulan Januari sampai Agustus 2019 sebanyak 412 penderita.

Faktor - faktor penyebab gagal jantung diantaranya adalah kebiasaan merokok, diabetes, hipertensi, kolestrol, kelebihan berat badan hingga stress. Ada tiga faktor lainnya yang tidak bisa dihindari oleh manusia yakni faktor keturunan dan latar belakang keluarga, faktor usia dan jenis kelamin yang banyak ditemui pada kasus kegagalan jantung. Selain hipertensi, penyebab gagal jantung adalah kelainan otot jantung, aterosklerosis dan peradangan pada miokardium. Mekanisme kompensasi yang terjadi pada gagal jantung ialah dilatasi ventrikel, hipertrofi ventrikel, kenaikan rangsang simpatis berupa takikardia, vasiokonstriksi perifer, peninggian kadar katekolamin plasma, retensi garam, cairan badan, dan peningkatan ekstraksi oksigen oleh jaringan. Apabila jantung bagian kanan dan kiri bersama-sama dalam keadaan gagal akibat gangguan aliran darah dan adanya bendungan, maka akan tampak tanda dan gejala gagal jantung pada sirkulasi sistemik dan sirkulasi paru. Keadaan ini disebut gagal jantung kongestif. Gejala yang muncul adalah nyeri, sesak nafas, dan intoleransi (Aspiani, 2017).

Manifestasi klinis pada pasien dengan gagal jantung kongestif adalah sesak nafas, nadi cepat, intoleransi aktivitas, retensi cairan, penurunan kadar oksigen, edema paru, edema perifer, dan ketidaknyamanan (Febrianti & Platini 2018). Selain itu muncul gejala non fisik seperti stress yang secara stimulus dapat memperburuk kondisi pasien gagal jantung berkaitan dengan respon neurohormonal pasca stress yang menimbulkan *fatigue* atau kelelahan (Febrianti & Platini 2018). *Fatigue* merupakan permasalahan fisik maupun psikologis yang ditemukan pada pasien gagal jantung yang terjadi akibat penurunan jumlah energi strategis tubuh sebagai konsekuensi dari penurunan sirkulasi di jaringan (Nugraha, Pebrianti & Platini, 2018). Dampak negatif *fatigue* pada pasien gagal jantung adalah penurunan kualitas hidup yang

disebabkan oleh penurunan produktifitas pasien. Pasien mengalami intoleransi aktivitas. (Nugraha, Fatimah & Kurniawan, 2017).

Penatalaksanaan untuk pasien dengan CHF bisa dilakukan dengan penatalaksanaan secara farmakologi dan nonfarmakologi, pengobatan Farmakologi dapat diberikan dengan golongan obat antara lain mengurangi penumpukan cairan (dengan pemberian diuretik), menurunkan resistensi perifer (pemberian vasodilator), memperkuat daya kontraksi miokard (pemberian inotropik) sedangkan untuk nonfarmakologi dapat dilakukan dengan cara membatasi aktivitas fisik, latihan/aktivitas akan meningkatkan beban jantung dan juga meningkatkan kebutuhan jaringan terhadap oksigen, membatasi masukan garam, menghilangkan penyebab atau faktor pemicu gagal jantung (Astuti, 2017).

Penatalaksanaan yang dilakukan di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu berdasarkan hasil wawancara dengan perawat ruangan ICCU pasien menderita gagal jantung banyak mengalami kelelahan, dan sesak nafas, sebelumnya perawat tidak pernah melakukan *Evidence Based Nursing* (EBN), pasien hanya di batasi aktivitas untuk mengurangi beban kerja jantung dan pemberian obat-obatan berdasarkan anjuran dokter, berhubungan dengan hal ini peneliti akan melakukan beberapa EBN diantaranya melakukan pijat punggung, *Deep Breathing Exercise*, dan pemberian anktivitas secara bertahap.

Pijat punggung dapat menstimulasi reseptor parasimpatis di area punggung secara langsung sehingga pasien merasa rileks, selain itu dengan adanya relaksasi maka pembuluh darah diharapkan dapat dilatasi yang berimplikasi pada menurunnya resistensi perifer yang secara langsung akan menurunkan beban kerja jantung. Mekanisme lain pijat punggung dalam mengatasi kelelahan adalah dengan cara merelaksasikan beberapa kumpulan otot di area punggung yang akan merangsang sistem limbik di hipotalamus untuk mengeluarkan *corticotropin releasing factor (CRF)*. Substansi tersebut akan menstimulasi hipofisis untuk meningkatkan sekresi endorfin dan *pro opioid melano cortin (POMC)* yang akan meningkatkan produksi encefalin

oleh medula adrenal sehingga akan memengaruhi suasana hati dan memberikan perasaan rileks (Black & Hawks 2011).

Breathing exercise merupakan latihan untuk meningkatkan pernafasan dan kinerja fungsional, salah satu *breathing exercise* yang dapat dilakukan adalah aktivitas keperawatan yang berfungsi meningkatkan kemampuan otot-otot pernafasan untuk meningkatkan *compliance* paru dalam meningkatkan fungsi ventilasi dan memperbaiki oksigenasi (Cahalin, 20145).. Penelitian tentang *breathing exercise* pada pasien gagal jantung yang dilakukan oleh (Sepdianto, 2013) dilakukan selama 15 menit sebanyak 3 kali sehari dalam waktu 14 hari.

Latihan secara bertahap latihan fisik yang meliputi mobilisasi didasarkan pada tingkat kesadaran pasien dan kebutuhan individual. Latihan mobilisasi ringan seperti melakukan *ambulatory* yang diawasi dapat dilakukan sepanjang tidak terdapat ada kontraindikasi, manfaat latihan fisik ini dapat merangsang biogenesis, mencegah deplesi, meningkatkan kapasitas oksidatif, mengembalikan morfologi mitokondria, dan menghambat apoptosis secara patologis pada jaringan. Pada penderita (CHF), perawat mendorong pasien untuk melakukan aktivitas sesuai level kemampuannya, perawat juga harus mendorong kemandirian klien, namun memberikannya bantuan ketika pasien menunjukkan ketidakmampuan. Hal tersebut juga harus diajarkan kepada keluarga klien. Disisi lain perawat juga harus membantu pasien untuk menerima kondisi ketergantungannya, adapun tujuan yang diharapkan pada intervensi dari intoleransi aktivitas adalah meningkatnya toleransi terhadap aktivitas dan individu mampu menyelesaikan kebutuhan aktivitas sehari – harinya (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2013).

Untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan melalui tindakan mandiri dan kolaboratif memfasilitasi pasien untuk menyelesaikan masalah pasien gagal jantung.

Berdasarkan masalah tersebut, maka penulis tertarik untuk mengetahui dan mengangkat masalah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan

Manajemen Energi pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang ICCU RSUD Dr. M.yunus Bengkulu Tahun 2021 ”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran asuhan keperawatan manajemen energy pada pasien *congestive heart failure* (CHF) di ruang ICCU RSUD Dr. M Yunus Bengkulu?

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Diketahui gambaran penerapan asuhan keperawatan manajemen energi pada pasien (CHF).

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui pengkajian manajemen energi pada pasien (CHF).
- b. Digambarkan diagnosis keperawatan manajemen energi pada pasien (CHF).
- c. Digambarkan perencanaan manajemen energi pada pasien (CHF).
- d. Digambarkan implementasi manajemen energi pada pasien (CHF).
- e. Digambarkan evaluasi manajemen energi pada pasien (CHF)

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Penulis

Menambah ilmu pengetahuan penulis tentang Asuhan Keperawatan pada pasien CHF khususnya yang mengalami masalah Intoleransi Aktivitas.

2. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Diharapkan dapat menjadi dasar pengetahuan bagi akademisi ilmu keperawatan dan menjadi salah satu sumber informasi bagi pelaksanaan penelitian bidang keperawatan pada masa yang akan datang khususnya mahasiswa Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Benngkulu .

3. Bagi Pelayan Kesehatan / RSUD dr. M. Yunus Bengkulu

Karya Tulis Ilmiah Akhir ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat dalam meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya asuhan keperawatan pada pasien CHF.

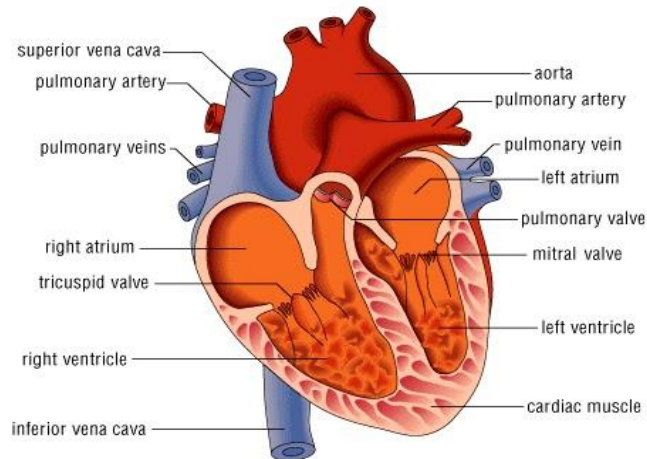
4. Bagi Pasien dan Keluarga.

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi untuk memahami keadaan sehingga membantu pasien gagal jantung kongestif dalam melakukan pengelolaan intoleransi aktivitas dengan cara untuk meningkatkan pemenuhan aktivitas sehari – hari.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi Fisiologi Kardiovaskular

1. Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi Kardiovaskular

(Tortora, 2014)

Jantung berbentuk seperti pir atau kerucut seperti piramida terbalik dengan apeks (superior-posterior:C-II) berada di bawah dan basis (anterior-inferior ICS – V) berada di atas. Pada basis jantung terdapat aorta, batang nadi paru, pembuluh balik atas dan bawah dan pembuluh balik. Jantung sebagai pusat sistem kardiovaskuler terletak di sebelah rongga dada (cavum thoraks) sebelah kiri yang terlindung oleh costae tepatnya pada mediastinum. Untuk mengetahui denyutan jantung, kita dapat memeriksa dibawah papilla mammae 2 jari setelahnya. Berat 3 pada orang dewasa sekitar 250-350 gram (Tortora, 2014)

Hubungan jantung dengan organ sekitarnya yaitu dinding depan berhubungan dengan sternum dan kartilago kostalis setinggi kosta III-I, samping berhubungan dengan paru dan fasies mediastilais, atas setinggi torakal IV dan servikal II berhubungan dengan aorta pulmonalis, bronkus dekstra dan bronkus sinistra, belakang alat-alat mediastinum posterior,

esophagus, aorta desendes, vena azigos, dan columna vetebrata torakalis dan bagian bawah berhubungan dengan diafragma (Tortora, 2014).

2. Fisiologi

Jantung dapat dianggap sebagai 2 bagian pompa yang terpisah terkait fungsinya sebagai pompa darah. Masing-masing terdiri dari satu atrium-ventrikel kiri dan kanan. Berdasarkan sirkulasi dari kedua bagian pompa jantung tersebut, pompa kanan berfungsi untuk sirkulasi paru sedangkan bagian pompa jantung yang kiri berperan dalam sirkulasi sistemik untuk seluruh tubuh. Kedua jenis sirkulasi yang dilakukan oleh jantung ini adalah suatu proses yang berkesinambungan dan berkaitan sangat erat untuk asupan oksigen manusia demi kelangsungan hidupnya.

Ada 5 pembuluh darah mayor yang mengalirkan darah dari dan ke jantung. Vena cava inferior dan vena cava superior mengumpulkan darah dari sirkulasi vena (disebut darah biru) dan mengalirkan darah biru tersebut ke jantung sebelah kanan. Darah masuk ke atrium kanan, dan melalui katup trikuspid menuju ventrikel kanan, kemudian ke paru-paru melalui katup pulmona (Tortora, 2014)

Darah yang biru tersebut melepaskan karbondioksida, mengalami oksigenasi di paru-paru, selanjutnya darah ini menjadi berwarna merah. Darah merah ini kemudian menuju atrium kiri melalui keempat vena pulmonalis. Dari atrium kiri, darah mengalir ke ventrikel kiri melalui katup mitral dan selanjutnya dipompakan ke aorta.

Tekanan arteri yang dihasilkan dari kontraksi ventrikel kiri, dinamakan tekanan darah sistolik. Setelah ventrikel kiri berkontraksi maksimal, ventrikel ini mulai mengalami relaksasi dan darah dari atrium kiri akan mengalir ke ventrikel ini. Tekanan dalam arteri akan segera turun saat ventrikel terisi darah. Tekanan ini selanjutnya dinamakan tekanan darah diastolik. Kedua atrium berkontraksi secara bersamaan, begitu pula dengan kedua ventrikel (Tortora, 2014).

B. Konsep Dasar Congestive Heart Failure

1. Definisi

Congestive Heart Failure (CHF) dapat didefinisikan sebagai abnormalitas dari fungsi struktural jantung atau sebagai kegagalan jantung dalam mendistribusikan oksigen sesuai dengan yang dibutuhkan pada metabolisme jaringan, meskipun tekanan pengisian normal atau adanya peningkatan tekanan pengisian (Mc Murray et al., 2012).

Gagal jantung kongestif adalah sindrom klinis progresif yang disebabkan oleh ketidakmampuan jantung dalam memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (Dipiro et al., 2015).

2. Etiologi

Mekanisme fisiologis yang menjadi penyebab gagal jantung dapat berupa :

- a. Meningkatnya beban awal karena regurgitasi aorta dan adanya cacat septum ventrikel
- b. Meningkatnya beban akhir karena stenosis aorta serta hipertensi sistemik.
- c. Penurunan kontraktibilitas miokardium karena infark miokard, ataupun kardiomiopati.

3. Patofisiologi

Patofisiologi dari gagal jantung dibagi menjadi beberapa bagian yaitu :

a. Gagal jantung kiri (Left-Sided Heart Failure)

Bagian ventrikel kiri jantung kiri tidak dapat memompa dengan baik sehingga keadaan tersebut dapat menurunkan aliran dari jantung sebelah kiri keseluruh tubuh. Akibatnya, darah akan mengalir balik ke dalam vaskulator pulmonal (Berkowitz, 2013).

Pada saat terjadinya aliran balik darah kembali menuju ventrikular pulmonaris, tekanan kapiler paru akan meningkat (>10 mmHg) melebihi tekanan kapiler osmotik (>25 mmHg). Keadaan ini akan

menyebabkan perpindahan cairan intravaskular ke dalam interstitium paru dan menginisiasi edema (Porth, 2007)

b. Gagal jantung kanan (Right-Sided Heart Failure)

Disfungsi ventrikel kanan dapat dikatakan saling berkaitan dengan disfungsi ventrikel kiri pada gagal jantung apabila dilihat dari kerusakan yang diderita oleh kedua sisi jantung, misalnya setelah terjadinya infark miokard atau tertundanya komplikasi yang ditimbulkan akibat adanya progresifitas pada bagian jantung sebelah kiri. Pada gagal 9 jantung kanan dapat terjadi penumpukan cairan di hati dan seluruh tubuh terutama di ekstermitas bawah (Acton, 2013).

4. Klasifikasi

Berdasarkan American Heart Association (Yancy et al., 2013), klasifikasi dari gagal jantung kongestif yaitu sebagai berikut :

a. Stage A

Stage A merupakan klasifikasi dimana pasien mempunyai resiko tinggi, tetapi belum ditemukannya kerusakan struktural pada jantung serta tanpa adanya tanda dan gejala (symptom) dari gagal jantung tersebut. Pasien yang didiagnosa gagal jantung stage A umumnya terjadi pada pasien dengan hipertensi, penyakit jantung koroner, diabetes melitus, atau pasien yang mengalami keracunan pada jantungnya (cardiotoxins).

b. Stage B

Pasien dikatakan mengalami gagal jantung stage B apabila ditemukan adanya kerusakan struktural pada jantung tetapi tanpa menunjukkan tanda dan gejala dari gagal jantung tersebut. Stage B pada umumnya ditemukan pada pasien dengan infark miokard, disfungsi sistolik pada ventrikel kiri ataupun penyakit valvular asimtomatik.

c. Stage C

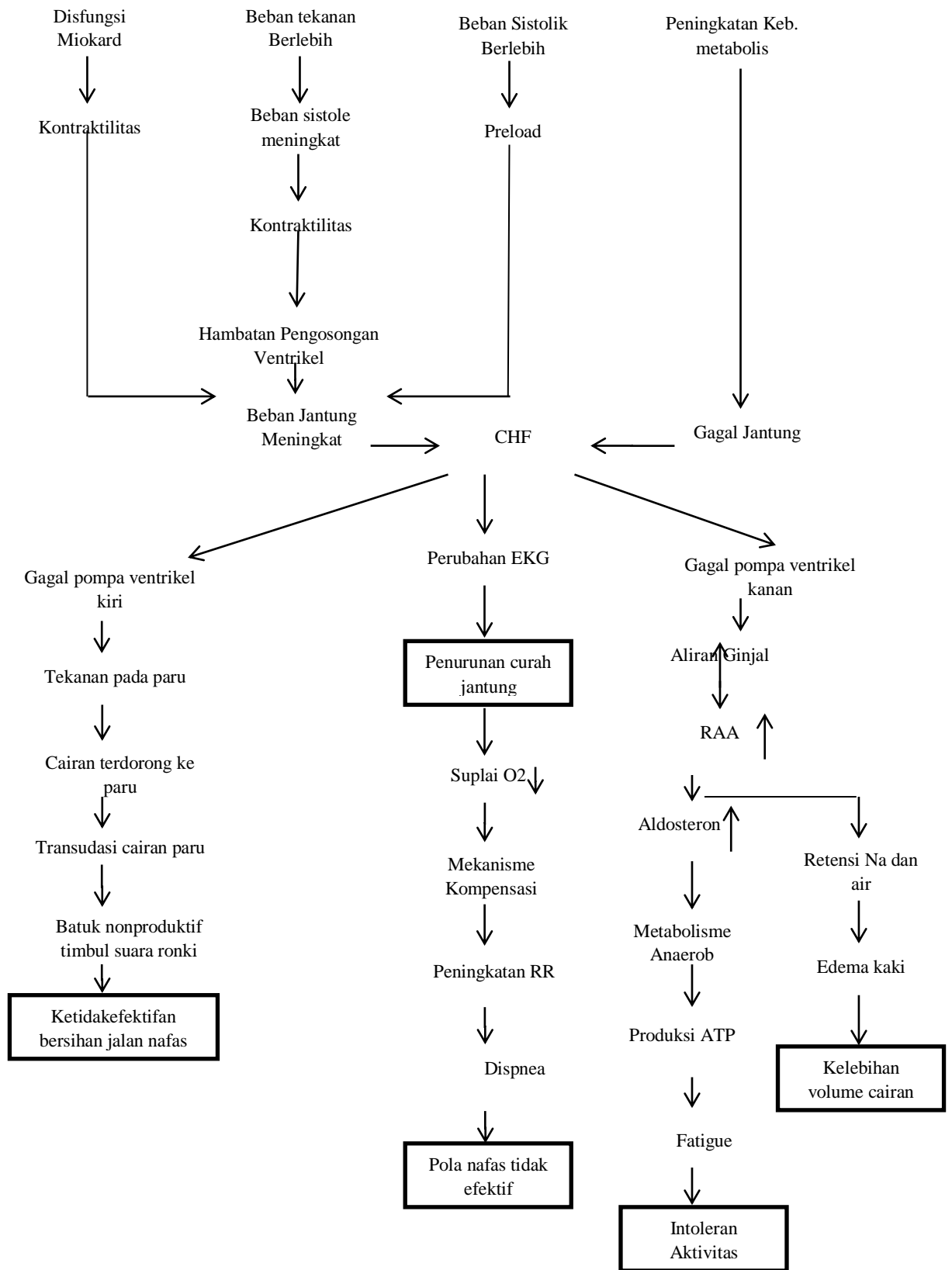
Stage C menunjukkan bahwa telah terjadi kerusakan struktural pada jantung bersamaan dengan munculnya gejala sesaat ataupun

setelah terjadi kerusakan. Gejala yang timbul 12 dapat berupa nafas pendek, lemah, tidak dapat melakukan aktivitas berat.

d. Stage D

Pasien dengan stage D adalah pasien yang membutuhkan penanganan ataupun intervensi khusus dan gejala dapat timbul bahkan pada saat keadaan istirahat, serta pasien yang perlu dimonitoring secara ketat

5. Pathway Intoleransi Aktivitas pada pasien CHF



Sumber : Nurarif & Kusuma (2016)

5. Manifestasi klinis

Menurut Muttaqin, Arif (2014) manifestasi klinis dari penurunan curah jantung yaitu :

a. Perubahan irama jantung

Pasien mengeluh mengalami palpitasi (jantung berdebar), bradikardia/takikardia dan terlihat gambaran aritmia pada pemeriksaan EKG

b. Perubahan preload

Pasien mengeluh lelah, terdapat edema, distensi vena jugularis dan pembesaran organ hati

c. Perubahan afterload

Pasien mengalami dyspnea (sesak nafas), tekanan darah menurun, capillary refill time > 3 detik, produksi urine berkurang (oliguria) dan sianosis

d. Perubahan kontraktilitas

Pasien mengalami paroxysmal nocturnal dyspnea (PND), kesulitan bernafas dalam posisi telentang (ortopnea), batuk, terdengar suara jantung (S3 dan S4) dan fraksi ejeksi menurun

6. Komplikasi

Gagal jantung kongestif dapat menyebabkan beberapa komplikasi. Damayanti (2013) komplikasi utama dari gagal jantung kongestif meliputi efusi pleura, aritmia, pembentukan trombus pada ventrikel kiri, dan pembesaran hati (hepatomegali).

a. Efusi Pleura

Efusi pleura merupakan hasil dari peningkatan tekanan pada pembuluh kapiler pleura. Peningkatan tekanan menyebabkan cairan transudate pada pembuluh kapiler pleura berpindah ke dalam pleura. Efusi pleura menyebabkan pengembangan paru-paru tidak optimal sehingga oksigen yang diperoleh tidak optimal.

b. Aritmia

Pasien dengan gagal jantung kongestif kronik memiliki kemungkinan besar mengalami aritmia. Hal tersebut dikarenakan adanya pembesaran ruangan jantung (peregangan jaringan atrium dan ventrikel) menyebabkan gangguan kelistrikan jantung. Gangguan kelistrikan yang sering terjadi adalah fibrilasi atrium. Pada keadaan tersebut, depolarisasi otor jantung timbul secara cepat dan tidakterorganisir sehingga jantung tidak mampu berkontraksi secara normal. Hal tersebut menyebabkan penurunan cardiac output dan risiko pembentukan trombus ataupun emboli. Jenis aritmia lain yang sering dialami oleh pasien gagal jantung kongestif adalah ventricular takiaritmia, yang dapat menyebabkan kematian mendadak pada penderita (Damayanti, 2013)

c. Pembentukan Trombus Pada Ventrikel Kiri

Penyumbatan trombus pada ventrikel kiri dapat terjadi pada pasien gagal jantung kongestif akut maupun kronik. Kondisi tersebut diakibatkan oleh adanya pembesaran ventrikel kiri dan penurunan curah jantung. Kombinasi kedua kondisi tersebut meningkatkan terjadinya pembentukan trombus di ventrikel kiri. Hal yang paling berbahaya adalah bila terbentuk emboli dari trombus tersebut karena besar kemungkinan dapat menyebabkan stroke (Brown & Edwards, 2005, dalam Damayanti, 2013).

d. Pembesaran Hati (Hepatomegali)

Pembesaran hati dapat terjadi pada gagal jantung berat, terutama dengan kegagalan ventrikel kanan. Lobulus hati akan mengalami kongesti dari darah vena. Kongesti pada hati menyebabkan kerusakan fungsi hati. Keadaan tersebut menyebabkan sel hati akan mati, terjadi fibrosis dan sirosis dapat terjadi (Brown & Edwards, 2005; Smeltzer & Bare, 2002, dalam Damayanti, 2013).

7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan Penunjang Yuniadi (2017) yang dapat dilakukan pada pasien dengan kasus gagal jantung kongestive di antaranya sebagai berikut :

- a. Elektrokardiogram : Hiperatropi atrial atau ventrikuler, penyimpangan aksis, iskemia, disaritmia, takikardia, fibrilasi atrial.
- b. Uji stress : Merupakan pemeriksaan non-invasif yang bertujuan untuk menentukan kemungkinan iskemia atau infeksi yang terjadi sebelumnya.
- c. Ekokardiografi
 - 1) Ekokardiografi model M (berguna untuk mengevaluasi volume balik dan kelainan regional, model M paling sering dipakai dan ditanyakan bersama EKG)
 - 2) Ekokardiografi dua dimensi (CT scan)
 - 3) Ekokardiografi dopoler (memberikan pencitraan dan pendekatan transesofageal terhadap jantung)
- d. Katerisasi jantung : Tekanan abnormal merupakan indikasi dan membantu membedakan gagal jantung kanan dan kiri dan stenosis katup atau insufisiensi
- e. Radiografi dada : Dapat menunjukkan pembesaran jantung. Bayangan mencerminkan dilatasi atau hipertropi bilik, atau perubahan dalam pembuluh darah abnormal
- f. Elektrolit : Mungkin berubah karena perpindahan cairan/penurunan fungsi ginjal terapi diuretik
- g. Oksimetri nadi : Saturasi oksigen mungkin rendah terutama jika gagal jantung kongestif akut menjadi kronis.
- h. Analisa gas darah : Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratory ringan (dini) atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂ (akhir)

- i. Blood ureum nitrogen (BUN) dan kreatinin : Peningkatan BUN menunjukkan penurunan fungsi ginjal. Kenaikan baik BUN dan kreatinin merupakan indikasi
- j. Pemeriksaan tiroid : Peningkatan aktifitas tiroid menunjukkan hiperaktifitas tiroid sebagai pencetus gagal jantung

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien gagal jantung secara nonfarmakologi (Astuti, 2017) :

- a) Membatasi aktivitas fisik. Latihan/aktivitas akan meningkatkan beban jantung dan juga meningkatkan kebutuhan jaringan terhadap oksigen. Pada pasien yang fungsi jantungnya mengalami tekanan, latihan dapat menimbulkan kongesti. Karena itu maka kerja jantung harus diturunkan dengan istirahat atau membatasi aktivitas.
- b) Membatasi masukan garam. Pada pasien yang mengalami CHF, aktivitas renin-angiotensi-aldosteron mengalami peningkatan. Hal tersebut akan merangsang ginjal untuk menahan natrium dan air sehingga ekskresi natrium dan air akan berkurang. Bila ditambah pakan yang mengandung natrium tinggi maka retensi air dan peningkatan volume darah akan semakin parah, dan pada gilirannya akan menimbulkan kongesti dan edema
- c) Menghilangkan penyebab atau faktor pemicu gagal jantung. Menghilangkan penyebab gagal jantung merupakan tindakan yang 8 paling baik. Malformasi kongenital seperti patent ductus arteriosus dapat diperbaiki dengan cara operasi dengan tingkat keberhasilan yang tinggi. Ballon valvuloplasti telah berhasil digunakan untuk menangani stenosis katup pulmonik. CHF yang disebabkan oleh penyakit perikardium dapat ditangani sementara atau permanen dengan perikardiosentesis atau perikardektomi. Tetapi sayangnya hal tersebut sering tidak mungkin dilakukan dengan berbagai alasan.
- d) Menurunkan preload. Karena adanya retensi garam dan air oleh ginjal pada pasien CHF, maka preload jantung pada umumnya

tinggi. Hal tersebut akan mengakibatkan kongesti pada sistem sirkulasi. Oleh karena itu, penurunan preload akan menurunkan kongesti dan edema pulmoner, yang akan memperbaiki pertukaran gas pada paru-paru pada kasus CHF jantung kiri, dan menurunkan kongesti vena sistemik dan asites pada CHF jantung kanan. Preload ditentukan oleh volume cairan intravaskular dan tonus vena sistemik

Penatalaksanaan pasien gagal jantung secara farmakologi (Astuti, 2017) :

- a) Diuretik digunakan pada semua keadaan dimana dikehendaki peningkatan pengeluaran air, khususnya pada hipertensi dan gagal jantung. Diuretik yang sering digunakan golongan diuretik loop dan thiazide. Diuretik Loop (bumetamid, furosemid) meningkatkan ekskresi natrium dan cairan ginjal dengan tempat kerja pada ansa henle asenden, namun efeknya bila diberikan secara oral dapat menghilangkan pada gagal jantung berat karena absorbs usus. Diuretik ini menyebabkan hiperurisemia. Diuretik Thiazide (bendroflumetiazid, klorotiazid, hidroklorotiazid, mefrusid, metolazon). Menghambat reabsorpsi garam di tubulus distal dan membantu reabsorpsi kalsium. Diuretik ini kurang efektif dibandingkan dengan diuretic loop dan sangat tidak efektif bila laju filtrasi glomerulus turun dibawah 30%. Penggunaan kombinasi diuretic loop dengan diuretic thiazide bersifat sinergis. Tiazide memiliki efek vasodilatasi langsung pada arterior perifer dan dapat menyebabkan intoleransi karbohidrat.
- b) Digoksin, pada tahun 1785, William Withering dari Birmingham menemukan penggunaan ekstrak foxglove (*Digitalis purpurea*). Glikosida seperti digoksin meningkatkan kontraksi miokard yang menghasilkan inotropisme positif yaitu memperkuat kontraksi jantung, hingga volume pukulan, volume menit dan diuresis diperbesar serta jantung yang membesar menjadi mengecil.

Digoksin tidak menyebabkan perubahan curah jantung pada subjek normal karena curah jantung ditentukan tidak hanya oleh kontraktilitas namun juga oleh beban dan denyut jantung. Pada gagal jantung, digoksin dapat memperbaiki kontraktilitas dan menghilangkan mekanisme kompensasi sekunder yang dapat menyebabkan gejala.

- c) Vasodilator dapat menurunkan afterload jantung dan tegangan dinding ventrikel, yang merupakan determinan utama kebutuhan oksigen miokard, menurunkan konsumsi oksigen miokard dan meningkatkan curah jantung. Vasodilator dapat bekerja pada system vena (nitrat) atau arteri (hidralazin) atau memiliki efek campuran vasodilator dan dilator arteri (penghambat ACE, antagonis reseptor angiotensin, prazosin dan nitroprusida).
- d) Antikoagolan adalah zat-zat yang dapat mencegah pembekuan darah dengan jalan menghambat pembentukan fibrin. Antagonis vitamin K ini digunakan pada keadaan dimana terdapat kecenderungan darah untuk memebeku yang meningkat, misalnya pada trombosis. Pada trobosis koroner (infark), sebagian obat jantung menjadi mati karena penyaluran darah kebagian ini terhalang oleh trombus disalah satu cabangnya. Obat-obatan ini sangat penting untuk meningkatkan harapan hidup penderita.
- e) Mengurangi retensi cairan dapat dilakukan dengan mengontrol asupan natrium dan pembatasan cairan. Pembatasan natrium digunakan digunakan dalam diet sehari-hari untuk membantu mencegah, mengontrol, dan menghilangkan edema. Restriksi natrium <2 gram/hari membantu diuretik bekerja secara optimal. Pembatasan cairan hingga 1000 ml/hari direkomendasikan pada gagal jantung yang berat (Black & Hawks, 2014).
- f) emberian oksigen dengan nasal kanul bertujuan untuk mengurangi hipoksia, sesak napas dan membantu pertukaran

oksigen dan karbondioksida. Oksigenasi yang baik dapat meminimalkan terjadinya gangguan irama jantung, salah satunya aritmia. Aritmia yang paling sering terjadi pada pasien gagal jantung adalah atrial fibrilasi (AF) dengan respon ventrikel cepat. Pengontrolan AF dilakukan dengan dua cara, yakni mengontrol rate dan rhythm (Black & Hawks, 2014).

C. Penelitian Terkait Upaya Pemenuhan Kebutuhan Intoleransi Aktivitas Pasien CHF

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi saat ini banyak penelitian-penelitian terkait aktivitas keperawatan yang bisa dilakukan dalam kelompok intervensi manajemen energi pada pasien CHF (Nursalam, 2013).

Berikut akan dipaparkan beberapa ringkasan penelitian terkait aktivitas manajemen energi :

1. Pemberian Aktivitas Bertahap Untuk Mengatasi Masalah Intoleransi Aktivitas Pada Pasien CHF

Intoleransi aktivitas merupakan ketidakcukupan energi psikologis untuk menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari atau yang ingin dilakukan. Intoleransi Aktivitas ditandai dengan Sesak dalam beraktivitas berat, gangguan frekuensi dan irama jantung: aritmia (takikardia, bradiakardia), perubahan pola EKG, palpitasi. Dengan gangguan preload: edema, kelelahan, peningkatan atau penurunan tekanan vena sentrat, distensi vena jugularis, murmur, kenaikan BB. Pasien dengan intoleransi aktivitas perlu dilatih aktivitas, salah satunya dengan melatih aktivitas secara bertahap dapat meningkatkan kemampuan aktivitas pasien (Isnaeni, 2018).

Hasil penelitian Nadilah dan Emlia (2017) Berdasarkan hasil pasien I pada pasien II yang dilakukan selama 3 hari didapatkan hasil bahwa pasien II lebih berpengaruh dari pada pasien I. Berdasarkan evaluasi pada data awal didapatkan Gambaran karakteristik pasien 1 pada hari pertama diantaranya adalah ada 4 tanda intoleransi aktivitas

diantaranya adalah ketidaknyamanan Dispneu saat beraktivitas, melaporkan keletihan atau kelemahan secara verbal, ketidaknyamanan setelah beraktivitas, perubahan EKG Yang menunjukkan aritmia atau iskemia. Hari kedua terdapat karakteristik 3 yaitu: ketidaknyamanan Dispneu, melaporkan keletihan atau kelemahan secara verbal, ketidaknyamanan setelah aktivitas, dan hari ketiga yaitu: 1 : melaporkan keletihan.klien II pada hari pertama diantaranya adalah ada 4 tanda intoleransi aktivitas diantaranya adalah ketidaknyamanan Dispneu saat beraktivitas, melaporkan keletihan atau kelemahan secara verbal, ketidaknyamanan setelah beraktivitas, perubahan EKG yang menunjukkan aritmia atau iskemia.Hari kedua terdapat karakteristik 2 yaitu: melaporkan keletihan atau kelemahan secara verbal. Dan hari ketiga: 0 atau pasien sudah bisa melakukan intoleransi aktivitas.

2. Pengaruh Pijat Punggung terhadap Skor Kelelahan Pasien Gagal Jantung

Teknik relaksasi merupakan intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah terutama akibat respon saraf simpatis. Berdasarkan *nursing intervention clasification (NIC)* ada berbagai macam upaya relaksasi, diantaranya adalah teknik napas dalam, relaksasi otot progresif, pijat, dan lain sebagainya. Dengan dilakukannya teknik relaksasi, diharapkan dapat menstimulasi saraf parasimpatis yang akan meredakan ketegangan otot, vasodilatasi, dan yang paling utama adalah dapat mengatasi kelelahan (Aalami, Jafarnejad, Modarres, & Gharavi 2016).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa teknik relaksasi dapat menekan respon simpatis dan menstimulasi respon parasimpatis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa relaksasi otot progresif secara efektif dapat menurunkan tekanan darah, baik sistolik maupun diastolik. Penelitian lainnya menunjukkan bahwa relaksasi yang sistematis dapat meredakan nyeri dan kecemasan pada pasien pasca operasi, relaksasi

otot progresif juga dapat menurunkan depresi dan kecemasan (Aalami, Jafarnejad, Modarres, & Gharavi 2016).

Hasil penelitian Bambang, Nugraha, Titis (2017) dengan melibatkan 30 pasien gagal jantung di RS dr. Sulaiman Garut terdapat pengaruh pijat punggung terhadap skor kelelahan pada pasien gagal jantung, semakin sering frekuensi dilakukan pemijatan semakin besar penurunan skor kelelahan pada pasien gagal jantung.

3. Gambaran Aktivitas Fisik Pasien Congestive Heart Failure (Chf) Di Poliklinik Jantung Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

Kapasitas olahraga secara negatif mempengaruhi kemampuan pasien gagal jantung untuk melakukan aktivitas yang dibutuhkan dalam kehidupan sehari-hari, sehingga menurunkan independensi dan kualitas hidup. Rehabilitasi jantung secara efektif dapat meningkatkan kebugaran aerobik dan status kesehatan secara keseluruhan pada pasien dengan gagal jantung. Latihan yang mencakup sesi latihan dengan intensitas tinggi dan intensitas rendah, mungkin merupakan modalitas yang lebih efektif untuk meningkatkan kapasitas fungsional pada pasien gagal jantung (Cheng Fu, 2014).

Penelitian yang dilakukan oleh Sekarsari & Suryani (2016) melaporkan hasil penelitian dari 30 responden didapatkan hasil bahwa responden adalah pasien gagal jantung dengan bantuan pada Aktivitas sehari-harinya dengan mayoritas usia 66-85 tahun sebanyak 16 orang (53,3%). Hal tersebut didukung oleh Dunlay et.al (2016) yang melakukan penelitian pada 128 pasien dengan usia rata-rata 74,7 tahun mayoritas dilaporkan kesulitan dengan satu atau lebih kegiatan aktivitas sehari.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sekarsari & Suryani (2016) menunjukkan bahwa sebagian besar responden mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Aktivitas sehari-hari yang dilakukan seperti tentang mandi, berpakaian, aktivitas di toilet, berpindah, pengawasan diri dan makan. Adanya gagal jantung disetiap

golongan umur menyatakan adanya problem utama yang berarti dan kecenderungan kelainan-kelainan jantung tertentu akan memiliki kemungkinan untuk mengalami komplikasi gagal jantung. Komplikasi gagal jantung berakibat pada produktifitas seseorang dalam melakukan kegiatan sehari-hari dalam bekerja atau aktivitas sehari-hari

4. Pengembangan Protokol Latihan Aktifitas Fisik Pada Pasien Congestive Heart Failure (Chf) Di Ruang Rawat Inap Rumkit Tk Ii Putri Hijau

Latihan aktivitas yang disesuaikan dengan toleransi pasien gagal jantung menjadi salah satu intervensi yang dapat dilakukan. Latihan aktivitas yang disesuaikan dengan toleransi bertujuan untuk meminimalkan kebutuhan (demand) oksigen tubuh sehingga metabolisme anaerob dapat dikurangi. Selain itu, latihan aktivitas bermanfaat untuk melatih jantung beradaptasi dengan kapasitas maksimal dalam menjalankan fungsinya (Susyanti, 2018).

Dampak gagal jantung terhadap kualitas hidup berawal dari keterbatasan fisik, penurunan kapasitas untuk melakukan aktivitas sehari-hari, dan ketidakmampuan bekerja akibat dari gejala penyakit. Gagal jantung mempengaruhi kualitas hidup yang menyebabkan kualitas hidupnya buruk (Markku, 2015). *European Society of Cardiology (ESC) Heart Failure* (2016) menyatakan bahwa kondisi fisik dengan latihan dan olahraga dapat meningkatkan toleransi latihan, kualitas hidup, dan mungkin dapat juga memberikan efek yang memuaskan bagi kesembuhan pasien. Latihan fisik dapat menurunkan angka dirawat kembali, biaya perawatan, dan membantu meningkatkan kualitas hidup pasien secara keseluruhan.

Hasil dari proses penelitian tiga siklus *action research* ini telah ada perubahan yang nyata ke arah yang lebih baik di Rumkit Tk II Putri Hijau. Perubahan tersebut adalah: 1) tersusunnya protokol latihan aktifitas fisik pada pasien *congestive heart failure* (CHF), 2) pengetahuan perawat terhadap protokol latihan aktifitas fisik pada

pasien *congestive heart failure* (CHF) meningkat, dan 3) efikasi diri atau keyakinan diri pasien *congestive heart failure* (CHF) juga mengalami peningkatan. Selain itu juga menunjukkan beberapa perubahan dengan hasil kualitatif dari in-dept interview yang dilaksanakan pada akhir siklus penelitian ditemukan bahwa partisipan menyatakan adanya peningkatan pengetahuan yang dirasakan setelah implementasi sosialisasi tentang protokol latihan aktifitas fisik pada pasien *congestive heart failure* (CHF).

5. Pemberian Aktivitas Bertahap Untuk Mengatasi Masalah Intoleransi Aktivitas Pada Pasien CHF

Intoleransi aktivitas menurut Hardeman (2015) adalah ketidakcukupan energi psikologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan yang harus atau yang ingin dilakukan.

Hasil penelitian yang dilakukan Nadia (2017) didapatkan dari hasil pemberian aktivitas dengan menggunakan aktivitas imobilisasi duduk, berdiri dan berjalan berdasarkan evaluasi didapatkan hasil pasien I dan pasien II yang dilakukan selama 3 hari didapatkan hasil bahwa pasien II lebih berpengaruh dari pada pasien I. Berdasarkan evaluasi pada data awal didapatkan gambaran karakteristik pasien 1 pada hari pertama diantaranya adalah ada 4 tanda intoleransi aktivitas diantaranya adalah ketidaknyamanan, dispneu saat beraktivitas, melaporkan keletihan atau kelemahan secara verbal, ketidaknyamanan setelah beraktivitas, perubahan EKG Yang menunjukkan aritmia atau iskemia. Hari kedua terdapat karakteristik 3 yaitu ketidaknyamanan Dispneu, melaporkan keletihan atau kelemahan secara verbal, ketidaknyamanan setelah aktivitas dan hari ketiga yaitu: 1 : melaporkan keletihan. klien II pada hari pertama diantaranya adalah ada 4 tanda intoleransi aktivitas diantaranya adalah ketidaknyamanan Dispneu saat beraktivitas, melaporkan keletihan atau kelemahan secara verbal, ketidaknyamanan setelah beraktivitas, perubahan EKG yang menunjukkan aritmia atau iskemia. Hari kedua terdapat

karakteristik 2 yaitu: melaporkan keletihan atau kelemahan secara verbal. Dan hari ketiga: 0 atau pasien sudah bisa melakukan intoleransi aktivitas.

6. Latihan Fisik Rehabilitatif Out Patient Terhadap Respiratory Rate Dan Heart Rate Pada Penderita Gagal Jantung

Gagal jantung merupakan salah satu penyakit kardiovaskuler yang menjadi penyebab utama kematian di negara-negara maju dan tampak adanya kecenderungan meningkat menjadi penyebab kematian di negara berkembang (Depkes, 2013). Program latihan fisik rehabilitasi pada penderita gangguan jantung merupakan program multi fase yang dirancang untuk memulihkan gangguan jantung.

Latihan fisik yang dilakukan terbatas pada aktivitas sehari-hari misalnya gerakan tangan dan kaki dan perubahan postur sedangkan program latihan fisik rehabilitatif untuk pasien pulang dilakukan segera setelah kepulangan pasien dari rumah sakit dan menjalani rawat jalan. Tujuan utama dari program ini adalah untuk mengembalikan kemampuan fisik pasien pada keadaan sebelum sakit.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Hasil Uji Statistik dengan menggunakan uji Wilcoxon didapatkan p value = 0,005 karena p value $\leq \alpha$ (0,05) H_1 diterima dan H_0 ditolak sehingga ada pengaruh Latihan fisik rehabilitatif Out Patient terhadap Heart Rate pada pasien gagal Jantung di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom Kabupaten Nganjuk. Menurut I Nengah Sandi (2016) dalam penelitian Pengaruh Latihan Fisik Terhadap Frekuensi Denyut Nadi, Latihan fisik menyebabkan peningkatan denyut nadi. Peningkatan ini disebabkan oleh peningkatan kebutuhan darah yang mengangkut O_2 ke jaringan tubuh yang aktif, mengangkut bahan limbah seperti CO_2 dan produk samping metabolik lainnya. Meningkatkan intensitas latihan, denyut nadi latihan meningkat, sebaliknya menurunkan intensitas olah raga, denyut nadi menurun. Perubahan ini diatur oleh sistem saraf dan sistem hormon. Ini adalah efek akut dari latihan.

7. Deep Breathing Exercise And Active Range Of Motion Effectively Reduce Dyspnea In Congestive Heart Failure Patients

Tanda dan gejala yang muncul pada pasien CHF antara lain dyspnea, fatigue dan gelisah. Dyspnea merupakan gejala yang paling sering dirasakan oleh penderita CHF. Dyspnea pada pasien CHF juga dipengaruhi oleh aktivitas pasien sehingga New York Heart Assosiation (NYHA) membagi CHF menjadi 4 kategori berdasarkan tanda dan gejala dari aktivitas yang dilakukan. Pasien akan terengah-engah setiap hari bahkan saat aktivitas ringan atau saat beristirahat. Hal ini karena dyspnea berpengaruh pada penurunan oksigenasi jaringan dan produksi energi sehingga kemampuan aktifitas pasien sehari-hari juga akan menurun yang dapat menurunkan kualitas hidup pasien (Sagar, 2016)

Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan melalui tindakan mandiri dan kolaboratif memfasilitasi pasien untuk menyelesaikan masalah (NANDA, 2014; NIC, 2015). Diagnosa keperawatan klien yang muncul pada pasien dengan dyspnea yaitu perubahan pola nafas dapat diberikan intervensi seperti pemberian posisi semifowler dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian oksigen, Penatalaksanaan farmakologi yang dilakukan seperti pemberian glikosida jantung, terapi diuretik, dan terapi vasodilator. Penatalaksanaan non farmakologi yang dapat dilakukan yaitu edukasi, exercise dan peningkatan kapasitas fungsional. Salah satu penyelesaian masalah dyspnea yang dapat dilakukan dengan pemberian oksigenasi untuk menurunkan laju pernafasan. Pemberian posisi dan breathing exercise dapat dilakukan untuk mengurangi usaha serta meningkatkan fungsi otot pernafasan. Latihan fisik yang dapat ditoleransi juga menjadi penatalaksanaan dalam meningkatkan perfusi jaringan dan memperlancar sirkulasi

Hasil penelitian Nirmalasari (2017) dengan 32 responden di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada kelompok intervensi adalah $p < 0,001$ sedangkan pada kelompok kontrol adalah $p = 0,001$. Hal ini

berarti ada penurunan nilai dyspnea yang bermakna pada hari pertama sampai ketiga pada kedua kelompok. Tabel 3 menunjukkan hasil dari uji beda antar kelompok kontrol dan intervensi adalah 0,004. Hal ini berarti intervensi *deep breathing exercise* dan *activerange of motion* lebih efektif daripada intervensi standar rumah sakit atau semi *fowler* dalam menurunkan dyspnea..

Jurnal Penelitian Terkait Perawatan Jantung

No	Penulis dan Judul	Jurnal dan Tahun Terbit	Sampel Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	<p>Nadilah Nur Isnaeni, Emilia Puspitasari.</p> <p>Pemberian Aktivitas Bertahap Untuk Mengatasi Masalah Intoleransi Aktivitas Pada Pasien CHF</p>	<p>Jurnal Akademi Keperawatan Widya Husada Semarang (2017)</p>	<p>Subyek penelitian ini 2 orang pasien dengan kriteria inklusi adalah Pasien CHF</p> <p>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</p>	<p>Jenis penelitian ini adalah deskriptif</p>	<p>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.</p>
2.	<p>Bambang Aditya Nugraha, Sari Fatimah, Titis Kurniawan</p>	<p>JKP-Volume 5 Nomor 1 April 2017</p>	<p>Dengan melibatkan 30 pasien gagal jantung yang diambil secara <i>Consecutive sampling</i></p>	<p>metode penelitian menggunakan rancangan one group pretest and posttest</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan terdapat pengaruh pijat punggung terhadap skor kelelahan pada pasien gagal jantung di RSUD Dr.Selamet Garut.</p>

	“Pengaruh Pijat Punggung Terhadap Skor Kelelahan Pasien Gagal Jantung”				
3.	Triarso “Gambaran Aktivitas Fisik Pasien <i>Congestive Heart Failure</i> (Chf) Di Poliklinik Jantung Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten”	Jurnal Universitas Muhammadiyah Surakarta 2017	Teknik pengambilan sampel yang dipilih adalah menggunakan cara <i>non probability sampling</i> dengan metode <i>total sampling</i> dengan jumlah sampel 72 responden dari 864 total populasi	Penelitian ini termasuk jenis penelitian <i>deskriptif</i> dengan rancangan penelitian <i>cross sectional</i> . Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Jantung RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten. Alat untuk mengukur variabel menggunakan kuesioner IPAQ (<i>Internasional Physical Activity Questionare</i>) dan kuesioner <i>grade CHF</i> berdasarkan <i>European Society of Cardiology</i> . Analisa data menggunakan	Hasil Penelitian: Pasien gagal jantung yang menjadi responden dengan usia minimal 37 tahun dan maksimal berusia 81 tahun dengan rata usia 58,6 tahun. Rata-rata responden memiliki berat badan 58,5 kg dengan berat badan minimal 40 kg dan berat badan maksimal 90 kg. Sebagian besar pasien derajat gagal jantung <i>grade I</i> sebesar 68,1% dan <i>grade II</i> sebesar 31,9%. Tingkat aktifitas dengan kategori <i>low</i> yaitu sebesar 59,7%, <i>moderat</i> sebesar 33,3%, <i>high</i> sebesar 5,6%, dan <i>non classification</i> sebesar 1,4%. Simpulan: Tingkat aktifitas fisik menunjukkan sebagian besar pasien yang menjadi responden adalah pasien dengan dengan tingkat aktifitas dengan kategori <i>low</i> .

				distribusi frekuensi	
4.	Deni Susyanti Pengembangan Protokol Latihan Aktifitas Fisik Pada Pasien <i>Congestive Heart Failure</i> (Chf) Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Tk Ii Putri Hijau	Ilmu Keperawatan Universitas Sumatera Utara	pada pasien <i>congestive heart failure (CHF)</i> di ruang rawat inap Rumkit Tk II Putri Hijau	Desain penelitian menggunakan <i>action research</i> melalui tiga siklus yang terdiri dari tahapan <i>reconnaissance, planning, action, observation, reflection</i> . Metode pengumpulan data dilakukan melalui <i>in-dept interview, focus group discussion (FGD), self report</i> dan observasi dengan menggunakan panduan <i>in-dept interview, focus group discussion (FGD), kuesioner</i> pengetahuan perawat	Hasil dari proses penelitian tiga siklus <i>action research</i> ini telah ada perubahan yang nyata ke arah yang lebih baik di Rumkit Tk II Putri Hijau. Perubahan tersebut adalah: 1) tersusunnya protokol latihan aktifitas fisik pada pasien <i>congestive heart failure (CHF)</i> , 2) pengetahuan perawat terhadap protokol latihan aktifitas fisik pada pasien <i>congestive heart failure (CHF)</i> meningkat, dan 3) efikasi diri atau keyakinan diri pasien <i>congestive heart failure (CHF)</i> juga mengalami peningkatan. Selain itu juga menunjukkan beberapa perubahan dengan hasil kualitatif dari <i>in-dept interview</i> yang dilaksanakan pada akhir siklus penelitian ditemukan bahwa partisipan menyatakan adanya peningkatan pengetahuan yang dirasakan setelah implementasi

				<p>tentang latihan aktifitas fisik pada pasien <i>congestive heart failure (CHF)</i>, kuesioner efikasi diri atau keyakinan diri pasien <i>congestive heart failure (CHF)</i> dalam pemberian latihan aktifitas fisik, dan lembar observasi.</p>	<p>sosialisasi tentang protokol latihan aktifitas fisik pada pasien <i>congestive heart failure (CHF)</i>.</p>
5.	<p>Nadiah Nur Isnaeni, Emilia puspitasari</p> <p>“Pemberian Aktivitas Bertahap Untuk Mengatasi Masalah Intoleransi Aktivitas Pada Pasien Chf”</p>	<p>Akademi Keperawatan Widya Husada Semarang</p>	<p>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</p>	<p>Penelitian ini menggunakan desain Penelitian Eksperimen Pra</p>	<p>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.</p>

6.	<p>Aditya Tiara Putri, Henny Purwandari, Erni Tri Indarti</p> <p>Latihan Fisik Rehabilitatif</p> <p>Out Patient Terhadap Respiratory Rate Dan Heart Rate Pada Penderita Gagal Jantung</p>	<p>JURNAL SABHANGA</p> <p>Vol. 1 No. 1 Januari 2019 : 26-37</p>	<p>Teknik sampling purposive sampling sampel 10 responden</p>	<p>Penelitian ini menggunakan desain penelitian Pra Eksperimen dengan pendekatan One Group Pre-Post Test Design</p>	<p>Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Hasil Uji Statistik dengan menggunakan uji Wilcoxon didapatkan ρ value = 0,010 karena ρ value $\leq \alpha$ (0,05) H1 diterima dan H0 ditolak sehingga ada pengaruh Latihan fisik rehabilitatif Out Patient terhadap Respiratory Rate pada pasien gagal Jantung di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom Kabupaten Nganjuk.</p>
7	<p>Novita Nirmalasari</p> <p>Deep Breathing Exercise And Active Range Of Motion Effectively Reduce Dyspnea In Congestive Heart Failure Patients</p>	<p>NurseLine Journal</p> <p>Vol. 2 No. 2 Nopember 2017 p-ISSN 2540-7937 e-ISSN 2541-464X</p>	<p>Penelitian menggunakan desain quasi experimental pre-post test</p>	<p>Melibatkan 32 responden dengan teknik stratified random sampling</p>	<p>Intervensi dengan memberikan deep breathing exercise sebanyak 30 kali dilanjut dengan active range of motion masingmasing gerakan 5 kali. Intervensi sebanyak 3 kali sehari selama 3 hari. Waktu penelitian bulan April-Juni 2017 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan RS PKU Muhammadiyah Gamping. Analisis data menggunakan paired t-test menunjukkan $p < 0,001$ pada kelompok intervensi dan $p = 0,001$ pada kelompok kontrol. Analisis dengan Mann Withney menunjukkan hasil intervensi deep breathing exercise dan active range of motion lebih efektif daripada intervensi standar rumah sakit</p>

					atau semi fowler dalam menurunkan dyspnea ($p=0,004$, $\alpha=0,05$). Peneliti merekomendasikan penerapan deep breathing exercise dan active range of motion sebagai bentuk pilihan intervensi dalam fase inpatient untuk mengurangi dyspnea pada pasien CHF.
--	--	--	--	--	--

D. Konsep Askep Pemenuhan Kebutuhan Sirkulasi pada pasien CHF

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan menurut (Dermawan, 2013). Pengkajian keperawatan pada pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) menurut Asikin, 2016 sebagai berikut :

a. Identitas pasien

Nama, alamat, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, diagnosa medis, tanggal masuk rumah sakit, dan nomor medical record.

b. Pengkajian Bio-Psiko-Sosial-Spiritual

1) Aktivitas dan istirahat

a) Gejala:

Cepat lelah, kelelahan sepanjang hari, ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari misalnya: membersihkan tempat tidur, intoleransi aktivitas, dispnea saat istirahat atau beraktivitas, insomnia, tidak mampu untuk tidur telentang.

b) Tanda:

Toleransi aktivitas terbatas, kelelahan, gelisah, perubahan status mental misalnya: ansietas dan letargi, perubahan tanda-tanda vital saat beraktivitas

2). Sirkulasi

a) Gejala:

Riwayat hipertensi, infark miokard baru atau akut, episode gagal jantung sebelumnya, penyakit katup jantung, bedah jantung, endokarditis, anemia, syok sepsis, pembengkakan pada tungkai, dan distensi abdomen.

b). Tanda :

Tekanan darah rendah akibat kegagalan pompa jantung, denyut nadi teraba lemah, denyut dan irama jantung takikardia; disritmia, kulit pucat; berwarna abu-abu; sianosis, kuku pucat dengan pengisian kapiler yang lambat, pembesaran hati teraba, edema dependen, dan terdapat distensi venajugularis.

3). Integritasego

a). Gejala:

Ansietas, stres yang berhubungan dengan penyakit atau kondisi finansial

b) Tanda:

Berbagai macam manifestasi misalnya: ansietas, marah, takut, dan iritabilitas (mudah tersinggung).

4). Eliminasi

a). Gejala:

Penurunan frekuensi berkemih, urine berwarna gelap, berkemih di malam hari.

b) Tanda:

Penurunan frekuensi berkemih di siang hari dan peningkatan frekuensi berkemih pada malam hari (nokturia).

5) . Makanan/cairan

a) Gejala:

Riwayat diet tinggi garam; lemak; gula; serta kafein, penurunan nafsu makan, anoreksia, mual, muntah.

b) Tanda:

Edema di ekstremitas bawah, edema dependen, edema pitting, distensi abdomen menandakan adanya asites atau pembengkakan hati.

6) Hygiene

a) Gejala:

Kelelahan, kelemahan selama melakukan aktivitas.

b) Tanda: Penampilan mengindikasikan adanya kelalaian dalam perawatandiri.

7) Neurosensori

a) Gejala:

Kelelahan, pusing, pingsan.

b). Tanda:

Letargi, kebingungan, disorientasi, perubahan perilaku, iritabilitas (mudahtersinggung).

8) Nyeri/ketidaknyamanan

a) Gejala:

Nyeri dada, angina akut atau angina kronis, nyeri abdomen bagian kanan atas (gagal jantung kanan), nyeri otot.

b). Tanda:

Gelisah, fokus berkurang dan menarik diri, menjaga perilaku.

9) Pernapasan

a) Gejala:

Dispnea saat beraktivitas atau istirahat, dispnea pada malam hari sehingga mengganggu tidur, tidur dengan posisi duduk atau dengan sejumlah bantal, batuk dengan atau tanpa produksi sputum terutama saat posisi rekumben, penggunaan alat bantu nafas misalnya oksigen atau obat-obatan.

b). Tanda:

Takipnea, nafas dangkal, penggunaan otot bantu nafas, pernafasan cuping hidung, batuk moist pada gagal jantung kiri, pada sputum terdapat darah berwatna merah muda dan berbuih (edema pulmonal), bunyi nafas terdengar lemah dengan adanya krakels dan mengi, penurunan proses berpikir; letargi; kegelisahan, pucat atausianosis.

10) Keamanan

a) Tanda:

Perubahan proses berpikir dan kebingungan, penurunan kekuatan dan tonus otot, peningkatan resiko jatuh, kulit lecet, ruam.

c. Pemeriksaan Fisik Pada Pasie CHF

1) Inspeksi

Observasi dari kepala sampai ujung kaki untuk mengkaji kulit, warna membran mukosa (pucat, sianosis), tingkat kesadaran, keadekuatan sirkulasi sistemik, distensi vena jugularis, gambaran EKG biasanya menunjukkan aritmia atau iskemik, selain itu Pemeriksaan fisik inspeksi pada pasien gagal jantung kongestif dapat dilihat tanda dan gejala yang terdapat pada pasien pasien yaitu peningkatan respirasi, dispnea, JVP meningkat, kulit bersisik dan pucat, edema pada kaki, asites serta kelelahan (Aspiani,2016).

Pemeriksaan paru ditemukan ronki basah halus pada kedua lapang paru. Pada pemeriksaan jantung dari inspeksi tampak iktus kordis terlihat di ICS VI garis aksila anterior sinistra. Palpasi; iktus kordis teraba di ICS VI garis aksila anterior sinistra.

2) Palpasi

Pemeriksaan palpasi pada pasien gagal jantung kongestif dapat dilakukan dengan melakukan pemeriksaan pada posisi jantung, yaitu PMI akan bergeser ke kiri inferior karena terjadi dilatasi atau hipertrofi ventrikel, pulsasi perifer menurun, hati teraba di bawah arkus kosta kanan, denyut jantung meningkat yang merupakan indikasi dari tekanan vena porta sistemik meningkat, serta edema pada ekstremitas yang akan menyebabkan pitting, engisian kapiler (> 3 detik), nadi perifer teraba lemah, titik impuls jantung maksimal, derajat edema, batas jantung.

3) Perkusi

Perkusi terdengar redup. Batas jantung kanan ICS II parasternal dekstra, dan batas jantung kiri ICS VI aksila anterior sinistra, dengan pinggang jantung menghilang kesan batas jantung melebar (Niluh dan Ade , 2017).

4) Auskultasi

Pemeriksaan auskultasi pada pasien gagal jantung kongestif yaitu suara paru menurun, adanya basilar rates yang mengakibatkan adanya cairan pada 14 jaringan paru, suara jantung S1, S2 menurun suara jantung S3 meningkat, kontraktilitas jantung menurun, volume sisa meningkat, dan terdengar suara murmur jantung (Aspiani,2016). Auskultasi; bunyi jantung I–II regular, murmur (+) sistolik derajat 2/6, pungtum maks apeks penjalaran ke aksila, thrill (-), gallop (-) (Niluh dan Ade , 2017)

2. Diagnosa Keperawatan

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

a. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen (SDKI)

1). Data Mayor

a) Data subjektif :

- Mengeluh lelah

b) Objektif :

- frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

2). Data Minor

a) Subjektif :

- Dispneu saat/setelah beraktivitas
- Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
- Merasa lemah

b) Objektif :

Sianosis

- Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat.
- Gambaran EKG menunjukkan iskemik
- Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas,

b. Intervensi Keperawatan : Manajemen Energi

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Rencana Tindakan Keperawatan	
		Tujuan/Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	<p>Intoleransi Aktivitas (D.0008)</p> <p>Definisi : Ketidakcukupan energy untuk melakukan aktivitas sehari-hari</p> <p>Dimanifestasikan dengan :</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh lelah 2. Dispnea saat / setelah aktivitas 3. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 4. Merasa lemah <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi jantung > 20% dari kondisi istirahat 2. Tekanan darah berubah > 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan</p> <p>SLKI : Toleransi aktivitas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dipertahankan pada level ... <input type="checkbox"/> Ditingkatkan ke level ... <p>Deskripsi level :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Memburuk/menurun <input type="checkbox"/> 2. Cukup memburuk/cukup menurun <input type="checkbox"/> 3. Sedang <input type="checkbox"/> 4. Cukup membaik/cukup meningkat <input type="checkbox"/> 5. Membaik <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lelah 1/2/3/4/5 2. Dispnea saat aktivitas 1/2/3/4/5 3. Dispnea setelah aktivitas 	<p>SIKI : Manajemen Energi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan ▪ Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya ▪ Monitor kulit terhadap pucat, sianosis, belang, kulit dingin/lembab sesuai keadaan pasien ▪ Monitor frekuensi dan durasi aritmia ▪ Monitor kelelahan fisik dan emosional ▪ Monitor pola dan jam tidur pasien ▪ Monitor rekam EKG <p><i>Edukasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anjurkan tirah baring ▪ Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap ▪ Jelaskan tidur cukup selama sakit

	<p>20% dari kondisi istirahat</p> <p>3. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat / setelah aktivitas</p> <p>4. Gambaran EKG menunjukkan iskemia</p> <p>5. Sianosis</p>	<p>1/2/3/4/5</p> <p>4. Perasaan lemah 1/2/3/4/5</p> <p>5. Aritmia saat aktivitas 1/2/3/4/5</p> <p>6. Aritmia setelah aktivitas 1/2/3/4/5</p> <p>7. Sianosis 1/2/3/4/5</p> <p>8. Warna kulit 1/2/3/4/5</p> <p>9. Tekanan darah 1/2/3/4/5</p> <p>10. Frekuensi napas 1/2/3/4/5</p> <p>EKG iskemia 1/2/3/4/5</p>	<p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus ▪ Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif ▪ Fasilitasi duduk disisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi <p>Evidence Based Practice</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemberian Aktivitas Bertahap Untuk Mengatasi Masalah Intoleransi Aktivitas Pada Pasien CHF (Nadilah Nur Isnaeni, Emilia Puspitasari , 2017) ▪ Pemberian Pijat Punggung Terhadap Skor Kelelahan Pasien Gagal Jantung (Bambang Aditya Nugraha, Sari Fatimah, Titis Kurniawan, 2017) ▪ Pemberian Latihan Aktifitas Fisik Pada Pasien <i>Congestive Heart Failure</i> (Deni Susyanti, Mompang Tua Parlagutan, Muchti Yuda Pratama, 2018) ▪ Pengaruh Pendidikan Kesehatan Latihan Rehabilitasi Jantung Terhadap Pengetahuan Dan Kemampuan Mobilisasi Dini Pada Pasien Congestive Heart Failure (Chf), (Elva Yenni, Sofiana Nurchayati, Febriana Sabrian) ▪ Latihan Fisik Rehabilitatif Out Patient Terhadap Respiratory
--	---	---	---

			<p>Rate Dan Heart Rate Pada Penderita Gagal Jantung, (Aditya Tiara Putri, Henny Purwandari, Erni Tri Indarti)</p> <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Deep Breathing Exercise And Active Range Of Motion Effectively Reduce Dyspnea In Congestive Heart Failure Patients</i> (Novita Nirmalasari 2017)
--	--	--	---

c. Implementasi

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tindakan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Implementasi mencakup melakukan, membantu atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan arahan perawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien dan mengevaluasi kerja anggota staf dan mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan berkelanjutan dari klien. Implementasi meluangkan rencana asuhan kedalam tindakan. Setelah rencana di kembangkan, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien, perawat melakukan intervensi keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan perawat (Potter & Perry, 2015).

d. Evaluasi

Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan. Tahap akhir yang bertujuan untuk mencapai kemampuan klien dan tujuan dengan melihat perkembangan klien. Evaluasi klien Pneumonia dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya pada tujuan (Potter & Perry, 2015)

BAB III

METODE 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 asuhan keperawatan medikal bedah manajemen energi pada pasien (CHF) di Ruang Melati RSUD Dr. M.Yunus Bengkulu. Dengan metode studi kasus deskriptif, yaitu penelitian yang dilakukan terfokus pada suatu kasus tertentu untuk diamati dan dianalisis secara cermat sampai tuntas.

B. Subyek Studi Kasus

Studi kasus penelitian yang digunakan dalam gambaran asuhan keperawatan perawatan jantung pada pasien (CHF) di ruang ICCU RSUD dr. M.Yunus Bengkulu adalah individu yang menderita penyakit CHF. Adapun subjek penelitian yang peneliti sekarang lakukan berjumlah dua orang pada pasien CHF di ruang ICCU RSUD dr. M.Yunus Bengkulu dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

Subyek penelitian yang digunakan dalam gambaran asuhan keperawatan medikal bedah manajemen energi pada pasien (CHF) di Ruang ICCU RSUD dr. M.Yunus Bengkulu, adalah individu yang menderita penyakit (CHF). Adapun subyek penelitian yang akan diteliti berjumlah dua orang dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi

- a. Berjenis kelamin laki-laki
- b. Berjenis kelamin perempuan
- c. Penderita CHF yang dirawat inap di Ruang ICCU RSUD dr. M. Yunus Bengkulu
- d. Pasien bersedia menjadi responden.

2. Kriteria Eksklusi

- a. Pasien yang mengalami penurunan kesadaran.
- b. Pasien tidak kooperatif.

C. Definisi Operasional

1. Asuhan keperawatan adalah suatu proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan, yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan aktifitas pada pasien dengan CHF.
2. Manajemen energi pada kasus ini didefinisikan sebagai rangkaian tindakan keperawatan yang terdiri dari pijat punggung yang dilakukan selama 3 hari dengan waktu 15 menit, *Deep Breathing Exercise* atau latihan nafas dalam yang diajarkan serta di anjurkan untuk diterapkan selama pasien mengalami sesak, latihan aktivitas bertahap meliputi mobilisasi perpindahan posisi duduk, berdiri dan berjalan yang dilakukan selama tidak ada kontra indikasi.
3. Intoleransi aktivitas adalah ketidakmampuan seseorang untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

D. Tempat dan Waktu

Lokasi penelitian ini adalah di ruang ICCU RSUD dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2021. Proses pengumpulan data dilakukan pada tanggal 22 Agustus 2021 dan penyelesaian laporan dilakukan pada 25 Agustus sampai 3 September 2021.

E. Pengumpulan Data

1. Anamnesa yaitu data di dapatkan melalui wawancara dengan hasil anamnesis yang harus di dapatkan berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang – dahulu keluarga, riwayat psikologi., Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya.
2. Observasi dan pemeriksaan fisik yang meliputi keadaan umum, pemeriksaan *Activity Daily Living* (ADL), pemeriksaan Fungsi kardiovaskular, fungsi respirasi, fungsi gastrointestinal, fungsi integumen, serebral, tingkat kesadaran pada sistem tubuh pasien

F. Penyajian Data

Penyajian data pada penelitian ini disajikan secara tekstual dan naratif yang disajikan secara sistematis meliputi proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi.

G. Etika Studi Kasus

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

1. *Self determinan*

Pada studi kasus ini, partisipan diberi kebebasan untuk berpartisipasi atau mengundurkan diri tanpa ada paksaan.

2. Tanpa nama (*anonimity*)

Peneliti menjaga kerahasiaan partisipan dengan tidak mencantumkan identitas partisipan dan penanggung jawab pada lembar seluruh data proses perawatan, peneliti hanya memberi inisial sebagai pengganti identitas.

3. Kerahasiaan (*confidentialy*)

Semua informasi yang didapat dari partisipan, penanggung jawab, perawat ataupun data sekunder (rekam medis) atau lainnya tidak disebarluaskan ke orang lain dan hanya peneliti yang mengetahuinya. Setelah 3 bulan hasil penelitian di presentasikan, data yang diolah dimusnahkan demi kerahasiaan responden.

4. Keadilan (*justice*)

Peneliti memperlakukan kedua partisipan secara adil selama pengumpulan data tanpa adanya diskriminasi dengan memenuhi kebutuhan dasar partisipan selama di rawat di Ruang ICCU RSUD dr. M. Yunus Bengkulu.

5. Asas kemanfaatan (*beneficiency*)

Asas kemanfaatan harus memiliki tiga prinsip yaitu bebas penderitaan, bebas eksploitasi dan beban resiko. Bebas penderitaan yaitu peneliti memberikan implementasi keperawatan untuk mengurangi rasa tidak nyaman berupa pemberian terapi pijat punggung, mengajarkan tehnik nafas dalam, dan latihan mobilisasi bertahap. Bebas eksploitasi peneliti menjamin kerahasiaan data dan informasi yang diberikan oleh partisipan maupun penanggung jawab, peneliti hanya memberikan inisial pada identitas partisipan dan penanggung jawab. Bebas risiko yaitu peneliti menjamin keselamatan partisipan selama menjalani intervensi yang di anjurkan, tidak memaksa untuk melakukan intervensi saat pasien menunjukkan atau mengeluh tidak sanggup melakukan intervensi.

6. *Malefience*

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

BAB IV

HASIL STUDI KASUS

Pada bab ini penulis memaparkan tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan manajemen energi pada pasien (CHF) di ruang rawat inap ICCU 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, pengamatan, observasi, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan keperawatan sebagai berikut:

A. Hasil Pengkajian Keperawatan

1. Identitas pasien

Tabel 4.1
**Identitas Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang ICCU
RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2021**

Identitas Klien Ny.N	Identitas Klien Ny.L
Seorang pasien perempuan Ny.N berusia 43 tahun lahir tanggal 10-10-1978, beragama islam, status menikah, pekerjaan ibu rumah tangga, suku rejang dan beralamat Tanjung Mas RT 10. RW 10.	Seorang pasien perempuan Ny.L berusia 61 tahun, beragama islam, suku melayu, pendidikan terakhir SMA, bahasa yang digunakan bahasa manna, pekerjaan ibu rumah tangga dan beralamat di Bengkulu Selatan.

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 *Congestive Heart Failure* (CHF)
di Ruang ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2021

No	Riwayat Kesehatan	Pasien Ny.N	Pasien Ny.L
1.	Keluhan Utama Masuk Rumah Sakit	Ny.N masuk ke Ruang IGD RSUD dr.M Yunus pada hari sabtu 21-08-2021 pukul 21.30 masuk dengan keluhan batuk kering dan sesak nafas sejak soreh hari dan sesak semakin bertambah pada malam hari.	Pasien ny. L di antar keluarga pada hari sabtu 22-08-2021 pukul 09.00 WIB. Pasien masuk kontrol ke poli jantung rumah sakit dr.M Yunus Bengkulu pasien mengeluh sesak nafas saat sejak dua hari yang lalu dan sesak bertambah saat pasien di rumah sakit.
2.	Keluhan Sekarang	Pada saat dikaji hari minggu tanggal 22 agustus 2021 pukul 09:00 WIB di Ruang ICCU RSUD dr. M yunus , pasien mengatakan badan lemas kurang lebih sudah satu minggu ini, batuk, sesak dan sesak bertambah saat beraktivitas.	Pada saat dikaji hari minggu tanggal 22-08-2021, mengatakan badan lemas, mudah terasa sesak saat beraktivitas seperti ke kamar mandi, ADL pasien di bantu keluarga.
3.	Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien mengatakan pernah menderita stroke lebih kurang setahun yang lalu, pernah dirawat lebih dari 3x, riwayat kolestrol sejak satu tahun yang lalu. Pasien juga memiliki riwayat sering minum-minuman bersoda	Pasien mengatakan pernah mengeluh nyeri di ulu hati tapi tidak diperiksa, riwayat sering konsumsi kopi hitam, pasien tidak memiliki alergi obat dan makanan
4.	Riwayat Kesehatan keluarga	Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mempunyai riwayat penyakit seperti yang di alaminya saat ini yaitu sakit jantung.	Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mempunyai riwayat penyakit yang sama dengan nya.

5. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.3
Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan Fisik	Pasien Ny.N	Pasien Ny.L
Keadaan Umum	Lemas tampak sakit sedang, Tingkat kesadaran Compos Mentis, TD 96/54 mmHg HR 109x/m, RR 33x/m Spo2 92 %, Suhu 36,2 ⁰ C	Lemas, tampak sakit sedang Compos Mentis TD 112/49 mmHg, HR 121x/m, RR 30x/m, Suhu : 36,5 ⁰ C, Spo2 89%
Sistem Kardiovaskuler		
Inspeksi	Wajah pucat, konjungtiva anemis, Sirkulasi perifer pasien didapatkan ada tanda sianosis pada pasien, impuls apikal terlihat, ada penggunaan otot bantu pernafasan pada pasien. Pada pemeriksaan jantung dari inspeksi tampak iktus kordis terlihat di ICS VI garis aksila anterior sinistra	Wajah pucat, konjungtiva anemis, Sirkulasi perifer pasien didapatkan tidak ada tanda sianosis pada pasien, impuls apikal terlihat, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan pada pasien. Pada pemeriksaan jantung dari inspeksi tampak iktus kordis terlihat di ICS VI garis aksila anterior sinistra
Palpasi	Terdapat edema pada tungkai kaki kiri dan kanan pasien, impuls apikal teraba pada ICS 5, tidak ada distensi vena jugularis, denyut apikal 81 x/m. Palpasi; iktus kordis teraba di ICS VI garis aksila anterior sinistra	CRT < 2 dtk, impuls apikal teraba pada ICS 5, denyut apikal 73 x/m, Palpasi; iktus kordis teraba di ICS VI garis aksila anterior sinistra
Perkusi	Pemeriksaan paru ditemukan ronki halus pada kedua lapang paru.. Perkusi terdengar redup. Batas jantung kanan ICS II parasternal dekstra, dan batas jantung kiri ICS VI aksila anterior sinistra, dengan pinggang jantung menghilang kesan batas jantung melebar	Pemeriksaan paru ditemukan vesikuler, pada kedua lapang paru.. Perkusi terdengar redup. Batas jantung kanan ICS II parasternal dekstra, dan batas jantung kiri ICS VI aksila anterior sinistra, dengan pinggang jantung menghilang kesan batas jantung melebar

Auskultasi	Auskultasi; bunyi jantung I–II regular, murmur (+) sistolik derajat 2/6, pungtum maks apeks penjalaran ke aksila, thrill (-), gallop (-)	Auskultasi; bunyi jantung I–II regular, murmur (+) sistolik derajat 2/6, pungtum maks apeks penjalaran ke aksila, thrill (-), gallop (-)
Sistem muskuloskeletal		
Inspeksi	Aktivitas di bantu keluarga dan perawat sebagian, mudah terasa sesak setelah beraktivitas.	Terdapat kelemahan otot, aktivitas di bantu keluarga dan perawat sebagian dan sesak setelah beraktivitas
Palpasi	Tidak ada fraktur, adanya edema pada tungkai kaki kiri dan kanan, keadaan tonus otot normal, kekuatan otot 4	Keadaan tonus otot lemah, tidak ada fraktur, tidak ada edema pada ekstremitas, kekuatan otot ekstremitas tangan dan kaki 4
Sistem urogenital	Pasien terpasang kateter	Pasien menggunakan pempers
Sistem respirasi	Jalan nafas tidak paten, adanya batuk, suara nafas Ronchi, pernafasan cuping hidung, pasien tampak sesak dan mengeluh sesak RR 33x/ menit terpasang O2 3 liter	Jalan nafas paten, pernapasan dispneu, suara nafas vesikuler, terdapat otot bantu pernafasan, irama cepat dan dangkal RR 30x /menit terpasang O2 2 liter

6. Data Penunjang

Tabel 4.4
Hasil Pemeriksaan Diagnostik Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)
di Ruang ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2021

Jenis pemeriksaan	Ny.N	Ny. L	Nilai Nomal
Laboratorium	22-08-2021	22-08-2021	
Hematokrit	37	38	40-54 vol%
Hemoglobin	12.2	12.7	12.0-15.0 g/dl
Leukosit	8.000	20.100	4000-10000 /ul
Trombosit	285.000	144.000	150000-450000 /ul
Kimia Darah			
LDL Cholestrol		77	<150 m/dl
GDS		103	<150 m/dl
Fungsi Ginjal			
Ureum	37	66	10-50 mg%
Creatinin	0,5	0,7	0,6-1,2 mg%
ECHO Cardiography	22-08-2021	30-05-2021	
Aorta	30	27	20-30 mm
Left Atrium	48	36	15-40 mm
Fraksi Ejeksi	57	45,6	53-77 %
LV EDD	48	59	35-52 mm
LV ESD	33	45	26-36 mm
LVPW Diastol-Ic	15	13	7-11 mm
TAPSE		17	>15 mm

Jenis Pemeriksaan	Ny. N	Ny. L
Rontgen	21-08-2021 Kardiomegali	27-06-2021
EKG	Rekaman EKG Nonspecific ST & T wave abnormality	Rekaman EKG Aritmia

7. Tata Laksana Medis Atau Kolaboratif

Tabel 4.5
Terapi Medis dan Kolaboratif Ny.N dan Ny.L

Nama Pasien : Ny.L				
No	Obat	Dosis	Cara pemberian	Tanggal
1.	IV NaCL	0,9%	IV	21 Agustus 2021
2.	Furosemid	1x1 ampl	IV	
3.	Sinarc	1x1 mg	p.o	
4.	Digoxim	1x1	p.o	
5.	Dorner	2x1	p.o	
6.	Coditam	2x1	p.o	
Nama Pasien : Ny.L				
No	Obat	Dosis	Cara pemberian	Tanggal
1.	IV FD NaCL	0,9%	IV	21 Agustus 2021
2.	Herbesser CD	1x200	p.o	
3.	CPG	1x75Mg	p.o	
4.	Furosemid	1x1/2 tab	p.o	
5.	Lansoprazole	1x1	p.o	

8. Analisa Data

Tabel. 4.6 Analisa Data

No	Ny. N	Ny. L
1.	Data subjektif : - Pasien mengatakan badan lemas, sesak dan batuk kering Data objektif: 1. Pasien tampak lemas 2. Pasien tampak dibantu saat makan, minum dan membersihkan diri 3. Pernapasan cuping hidung 4. Pasien tirah baring 5. Keadaan umum pasien tampak sakit sedang 6. Kesadaran pasien CM 7. TD 96/54 mmHg, HR 109 x/m, RR 33, Spo2 92% 8. Gambaran EKG Nonspecific ST & T wave abnormality	Data subjektif : - Pasien mengatakan lemas - Pasien mengatakan sesak saat/setelah beraktivitas Data objektif : 1. Pasien terlihat kurang bersemangat 2. Pasien tampak di bantu saat minum, makan dan membersihkan diri sendiri 3. Keadaan umum pasien tampak sakit sedang 4. Pasien tanpak tirah baring 5. Kesadaran pasien CM 6. TD 112/49 mmHg, HR 121 x/m, RR 30 x/m, Spo2 89% saat terpasang O2 2liter 7. Gambaran EKG Aritmia

9. Diagnosa Keperawatan

Pada kedua pasien, berdasarkan data subjektif dan data objektif ditegakkan diagnosa Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Tabel Perencanaan pada Ny.N

No	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan		Rasional
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	
1	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>Dimanifestasikan dengan : DS : 1. Pasien mengatakan sesak dan sesak bertambah saat / setelah aktivitas 2. Merasa lemah</p> <p>DO : 1. TD 96/54 mmHg, Nadi : 109x/m, RR 33x/m, Spo2 92% 2. Pasien tampak membutuhkan bantuan saat makan, minum dan membersihkan diri 3. Pasien tampak sakit sedang</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan</p> <p>SLKI : Toleransi aktivitas</p> <p><input type="checkbox"/> Dipertahankan pada level 4 <input type="checkbox"/> Ditingkatkan ke level 5</p> <p>Deskripsi level :</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Memburuk/menurun <input type="checkbox"/> 2. Cukup memburuk/cukup menurun <input type="checkbox"/> 3. Sedang <input type="checkbox"/> 4. Cukup membaik/cukup meningkat <input type="checkbox"/> 5. Membaik</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Keluhan lelah 1/2/3/4/5 2. Dispnea saat aktivitas 1/2/3/4/5 3. Dispnea setelah aktivitas 1/2/3/4/5 4. Perasaan lemah 1/2/3/4/5</p>	<p>SIKI : Manajemen Energi Observasi</p> <p>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 3. Monitor kulit terhadap pucat, sianosis, belang, kulit dingin/lembab sesuai keadaan pasien 4. Monitor frekuensi dan durasi aritmia 5. Monitor kelelahan fisik dan emosional 6. Monitor pola dan jam tidur pasien 7. Monitor rekam EKG</p>	<p>1. Penurunan curah jantung dapat mengakibatkan kelelahan, kelelahan dapat diatasi untuk meningkatkan toleransi terhadap aktivitas 2. Nyeri dada dengan takikardia menetap berpotensi terjadinya gangguan perfusi jantung yang berhubungan dengan waktu pengisian diasistolik memendek, penurunan oksigen ke miokardium dan beban kerja jantung yang meningkat 3. Pucat, sianosis, kulit dingin/lembab dapat mengindikasikan kekurangan oksigen 4. Adanya aritmia akan mempengaruhi fungsi jantung atau meningkatkan kerusakan iskemik dan takikardia dapat mengganggu curah jantung karena waktu pengisian diastolik memendek, menurunkan preload, isi sekuncup dan akhirnya menurunkan curah jantung 5. Kelelahan fisik dan emosional dapat meningkatkan kerja jantung</p>

		<p>5. Sianosis 1/2/3/4/5 6. Warna kulit 1/2/3/4/5 7. Tekanan darah 1/2/3/4/5 8. Frekuensi napas 1/2/3/4/5 9. EKG iskemia 1/2/3/4/5</p>	<p><i>Edukasi</i></p> <p>8. Anjurkan tirah baring 9. Anjurkan melakkan aktivitas secara bertahap 10. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 11. Ajarkan teknik pernapasan yang tepat selama aktivitas fisik</p> <p><i>Teraupetik</i></p> <p>12. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 13. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (kunjungan) 14. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>15. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi</p> <p>Evidence Based Practice 16. Lakukan pijat punggung (Bambang, dkk. 2017)</p>	<p>6. Tidur selama 6-9 jam/hari dan istirahat dapat menurunkan kerja jantung (Mathpati V., dkk. 2013) 7. Interpretasi EKG untuk mengetahui adanya aritmia atau iskemia 8. Tirah baring untuk meringankan beban kerja jantung 9. Pasien harus melakukan aktivitas secara bertahap untuk meningkatkan kekuatan otot pasien 10. Istirahat selama sakit dapat menurunkan kebutuhan/konsumsi oksigen miokard dan kerja berlebihan pada jantung 11. Latihan napas dalam mampu mengurangi dispnea pada pasien CHF (Nirmalasari N., 2017) 12. Latihan ROM sebanyak 3 kali dalam sehari mampu mengurangi dispnea pada pasien CHF (Nirmalasari, 2017) 13. Stress emosi menghasilkan vasokonstriksi,yang meningkatkan kerja jantung 14. Pengubahan posisi sangat penting bagi pasien 15. Memberikan obat sesuai indikasi untuk mengatasi masalah pada pasien 16. Pijat punggung selama 10-15 menit selama 3 hari dengan frekuensi 1 x/hari dengan teknik Eflourasidapat menurunkan skor kelelahan (Nugraha B.A., dkk. 2017)</p>
--	--	--	--	--

			<p>17. Pemberian Aktivitas Bertahap (Nadiyah Nur Isnaeni, Emilia puspitasari 2017)</p> <p>18. <i>Deep Breathing Exercise And Active Range Of Motion Effectively Reduce Dyspnea In Congestive Heart Failure Patients (Novita Nirmalasari 2017)</i></p>	<p>17. Latihan mobilisasi pada penderita CHF bertujuan untuk mengoptimalkan kapasitas fisik tubuh, memberi penyuluhan pada pasien dan keluarga dalam mencegah perburukan dan membantu pasien untuk kembali dapat beraktivitas fisik seperti biasa</p> <p>18. Pemberian posisi dan breathing exercise dapat dilakukan untuk mengurangi usaha serta meningkatkan fungsi otot pernafasan. Latihan fisik yang dapat ditoleransi juga menjadi penatalaksanaan dalam meningkatkan perfusi jaringan dan memperlancar sirkulasi.</p>
--	--	--	--	--

Tabel Perencanaan pada Ny.L

No	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan		Rasional
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	
1	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>Dimanifestasikan dengan :</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan lemah 2. Pasien mengatakan sesak saat / setelah aktivitas <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat kurang bersemangat 2. Pasien tampak di bantu saat makan, minum dan membersihkan diri 3. Keadaan umum pasien tampak sakit sedang 4. Kesadaran pasien CM 5. TD 112/49 , RR 30x/m, 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan</p> <p>SLKI : Toleransi aktivitas</p> <p><input type="checkbox"/> Dipertahankan pada level 4</p> <p><input type="checkbox"/> Ditingkatkan ke level 5</p> <p>Deskripsi level :</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Memburuk/menurun</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Cukup memburuk/cukup menurun</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Sedang</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Cukup membaik/cukup meningkat</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Membaik</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lelah 1/2/3/4/5 2. Dispnea saat aktivitas 1/2/3/4/5 3. Dispnea setelah aktivitas 	<p>SIKI : Manajemen Energi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 3. Monitor kulit terhadap pucat, sianosis, belang, kulit dingin/lembab sesuai keadaan pasien 4. Monitor frekuensi dan durasi aritmia 5. Monitor kelelahan fisik dan emosional 6. Monitor pola dan jam tidur pasien 7. Monitor rekam EKG 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan curah jantung dapat mengakibatkan kelelahan, kelelahan dapat diatasi untuk meningkatkan toleransi terhadap aktivitas 2. Nyeri dada dengan takikardia menetap berpotensi terjadinya gangguan perfusi jantung yang berhubungan dengan waktu pengisian diasistolik memendek, penurunan oksigen ke miokardium dan beban kerja jantung yang meningkat 3. Pucat, sianosis, kulit dingin/lembab dapat mengindikasi kekurangan oksigen 4. Adanya aritmia akan mempengaruhi fungsi jantung atau meningkatkan kerusakan iskemik dan takikardia dapat mengganggu curah jantung karena waktu pengisian diastolik memendek, menurunkan preload, isi sekuncup dan akhirnya menurunkan curah jantung 5. Kelelahan fisik dan emosional dapat

	Spo2 89%	<p>1/2/3/4/5</p> <p>4. Perasaan lemah 1/2/3/4/5</p> <p>5. Sianosis 1/2/3/4/5</p> <p>6. Warna kulit 1/2/3/4/5</p> <p>7. Tekanan darah 1/2/3/4/5</p> <p>8. Frekuensi napas 1/2/3/4/5</p> <p>9. EKG iskemia 1/2/3/4/5</p>	<p><i>Edukasi</i></p> <p>8. Anjurkan tirah baring</p> <p>9. Anjurkan melakkan aktivitas secara bertahap</p> <p>10. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>11. Ajarkan teknik pernapasan yang tepat selama aktivitas fisik</p> <p><i>Teraupetik</i></p> <p>12. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</p> <p>13. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (kunjungan)</p> <p>14. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>15. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi</p>	<p>meningkatkan kerja jantung</p> <p>6. Tidur selama 6-9 jam/hari dan istirahat dapat menurunkan kerja jantung (Mathpati V., dkk. 2013)</p> <p>7. Interpretasi EKG untuk mengetahui adanya aritmia atau iskemia</p> <p>8. Tirah baring untuk meringankan beban kerja jantung</p> <p>9. Pasien harus melakukan aktivitas secara bertahap untuk meningkatkan kekuatan otot pasien</p> <p>10. Istirahat selama sakit dapat menurunkan kebutuhan/konsumsi oksigen miokard dan kerja berlebihan pada jantung</p> <p>11. Latihan napas dalam mampu mengurangi dispnea pada pasien CHF (Nirmalasari N., 2017)</p> <p>12. Latihan ROM sebanyak 3 kali dalam sehari mampu mengurangi dispnea pada pasien CHF (Nirmalasari, 2017)</p> <p>13. Stress emosi menghasilkan vasokonstriksi,yang meningkatkan kerja jantung</p> <p>14. Pengubahan posisi sangat penting bagi pasien</p> <p>15. Memberikan obat sesuai indikasi untuk mengatasi masalah pada pasien</p> <p>16. Pijat punggung selama 10-15 menit selama 3 hari dengan frekuensi 1 x/hari dengan teknik Efleurasidapat</p>
--	----------	--	--	--

			<p>Evidence Based Practice</p> <p>16. Lakukan pijat punggung (Bambang, dkk. 2017)</p> <p>17. Pemberian Aktivitas Bertahap (Nadiyah Nur Isnaeni, Emilia puspitasari 2017)</p> <p>18. <i>Deep Breathing Exercise And Active Range Of Motion Effectively Reduce Dyspnea In Congestive Heart Failure Patients</i> (Novita Nirmalasari 2017)</p>	<p>menurunkan skor kelelahan (Nugraha B.A., dkk. 2017)</p> <p>17. Latihan mobilisasi pada penderita CHF bertujuan untuk mengoptimalkan kapasitas fisik tubuh, memberi penyuluhan pada pasien dan keluarga dalam mencegah perburukan dan membantu pasien untuk kembali dapat beraktivitas fisik seperti biasa</p> <p>18. Pemberian posisi dan breathing exercise dapat dilakukan untuk mengurangi usaha serta meningkatkan fungsi otot pernafasan. Latihan fisik yang dapat ditoleransi juga menjadi penatalaksanaan dalam meningkatkan perfusi jaringan dan memperlancar sirkulasi.</p>
--	--	--	---	---

NAMA PASIEN : Ny.N	Diagnosa Keperawatan:			
RUANGAN : ICCU	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen			
TANGGAL/ HARI Ke: Senin, 22 Agustus 2021 / I				
PENGAJIAN- DIAGNOSIS- INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	RESPON HASIL	EVALUASI (S-O-A-P)	Paraf
Pukul : 09.00 WIB	Pukul : 09.00 WIB	Pukul : 09.30 WIB	Pukul : 12.30 WIB	
<p>S: Pasien mengatakan lemas, pasien juga mengatakan sesak dan sesak bertambah saat beraktivitas.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum pasien baik, - kesadaran CM - Pasien tampak lemas - Pasien tampak dibantu oleh keluarga saat makan dan minum - TD 96/54 mmHg - HR 109 x/m - RR 33 x/m - Spo2 92% <p>A: SLKI: Toleransi aktivitas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan keluhan pasien 2. Member O2 Nassal kanule 3 ltr 3. Melihat dan menanyakan mengenai toleransi pasien dalam beraktivitas 4. Melakukan pengkajian terhadap kondisi kulit pasien 5. Melihat ada/tidak kelelahan fisik yang tampak pada pasien dan menanyakan mengenai perasaan pasien tentang hal hal yang mengganggu pikiran 6. Menanyakan pada pasien mengenai pola dan jam tidur pasien 7. Memonitor rekaman EKG 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badan lemas dan sesak 2. Pasien mengatakan oksigen masuk dan terasa, RR : 30x/m, Spo2 95% 3. Pasien mengatakan kurang toleransi terhadap aktivitas karena pasien masih lelah 4. Turgor kulit pasien baik, CRT < 2 dtk, sedikit tampak pucat 5. Pasien mengatakan badan lemas, belum mampu ke kamar mandi aktivitas di bantu keluarga saat makan dan minum. 6. Pasien mengatakan sulit tidur kadang - kadang terbangun saat tidur 7. Rekaman EKG Nonspecific ST & T wave abnormality 8. Pasien mengatakan nyaman dengan suhu dan pencahayaan 	<p>S: Pasien mengatakan sesak berkurang saat di pasang oksigen, pasien mengatakan badan masih lemas dan masih sangat membutuhkan bantuan keluarga dan perawat, aktivitas masih dibantu di tempat tidur.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum pasien baik, - kesadaran CM, - Pasien tampak lemas - Pasien tampak dibantu saat makan, minum serta membersihkan diri - Terpasang O2 3 liter - TD 99/61 mmHg saat/setelah aktivitas - HR 107 x/m 	

<p>pasien berada pada level 3. P: SIKI: Manajemen Energi</p>	<p>pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Mengatur ruangan pasien senyaman mungkin dan mendekatkan hal-hal yang sering dibutuhkan pasien 9. Mengatur posisi semi fowler 45° selama pasien tidur dan menganjurkan kepada pasien untuk menerapkan saat sesak 10. Memberitahu keluarga dan pasien bahwa istirahat selama sakit dapat menurunkan beban jantung 11. Pemberian terapi Pijatan punggung 12. Pendidikan kesehatan dan melatih kemampuan mobilisasi Pada Pasien Congestive Heart Failure (Chf) 13. <i>Deep Breathing Exercise And Active Range Of Motion Effectively Reduce Dyspnea In Congestive Heart Failure Patients</i> (Novita Nirmalasari 2017) 	<p>yang telah diatur</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Pasien nyaman ketika diatur posisi tidur semi fowler, dan mengiyakan saran perawat 10. Keluarga pasien dan pasien mengetahui bahwa istirahat selama sakit dapat menurunkan beban jantung 11. Pasien tampak rileks setelah diberikan pijat punggung 12. Pasien memahami penjelasan perawat mengenai pentingnya melatih diri untuk melakukan pergerakan secara bertahap, pasien memahami apa saja yang bisa dilakukan seperti berpindah dari tidur ke posisi duduk, berpindah dari tempat tidur ke kursi atau berdiri di samping tempat tidur tanpa adanya keluhan pusing. 13. Pasien mengerti cara tarik nafas dalam serta tehnik yang diajarkan saat sesak bertambah, pasien mengerti mengenai posisi yang bisa dilakukan saat sesak 	<ul style="list-style-type: none"> - RR 30 x/m - Spo2 96% <p>A: SLKI: Toleransi aktivitas pasien berada pada level 3 P: SIKI: manajemen energi dilanjutkan pada aktifitas 1-13</p>	
--	---	--	--	--

NAMA PASIEN : Ny.N	Diagnosa Keperawatan:			
RUANGAN : ICCU	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen			
TANGGAL/ HARI Ke: selasa, 23 Agustus 2021 / II				
PENGAJIAN- DIAGNOSIS- INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	RESPON HASIL	EVALUASI (S-O-A-P)	Paraf
Pukul : 09.45 WIB	Pukul : 10.00 WIB	Pukul : 10.30 WIB	Pukul : 13.00 WIB	
<p>S: pasien mengatakan masih lemas, pasien juga mengatakan sesak sudah sedikit berkurang, oksigen kadang-kadang di lepas, tapi aktivitas masih dibantu keluarga, BAK dan BAB masih di lakukan di tempat tidur, pasien merasa belum mampu untuk ke kamar mandi.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum pasien baik - kesadaran CM, - Pasien tampak lemas , - Pasien tampak dibantu dalam beraktivitas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan keluhan pasien 2. Melihat dan menanyakan mengenai toleransi pasien dalam beraktivitas 3. Melakukan pengkajian terhadap kondisi kulit pasien 4. Melihat ada/tidak kelelahan fisik yang tampak pada pasien dan menanyakan mengenai perasaan pasien tentang hal hal yang mengganggu pikiran 5. Menanyakan pada pasien mengenai pola dan jam tidur pasien 6. Mengatur ruangan pasien nyaman mungkin, menganjurkan klien mengganti pakaian dan menggunakan pakaian yang membuat nyaman serta mendekati hal -hal yang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak berkurang tapi belum sanggup untuk banyak beraktivitas seperti ke kamar mandi, karna kadang merasa pusing dan badan masih lemas. 2. Pasien mengatakan kurang toleransi terhadap aktivitas karena pasien masih lelah 3. Turgor kulit pasien baik, CRT < 2 dtk, tidak pucat pada kulit 4. Pasien mengatakan masih lemas untuk beraktivitas dan mengeluh susah tidur 5. Pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun 6. Pasien mengatakan nyaman dengan suhu dan pencahayaan yang telah diatur 7. Pasien nyaman ketika diatur posisi tidur semi fowler 8. Keluarga pasien dan pasien 	<p>S: Pasien mengatakan masih lemas, sesak berkurang, masih merasa lelah saat dan sesudah aktifitas, pasien merasa sedikit lebih nyaman, keluhan pusing masih berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum pasien baik - Tanpak lelah - kesadaran CM - terpasang O2 2 liter - pasien bisa duduk lurus selama lebih kurang 15 menit - Pasien tampak lebih segar Pasien tampak dibantu saat membersihkan diri, makan serta minum - TD 99/57 mmHg 	

<p>membersihkan diri dan makan serta BAK dan BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD 99/60 mmHg saat istirahat - HR 106 x/m - RR 29x/m <p>A: SLKI: Toleransi aktivitas pasien berada pada level 3. P: SIKI: Manajemen Energi</p>	<p>sering dibutuhkan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Mengatur posisi semi fowler 45° selama pasien tidur 8. Memberitahu keluarga dan pasien bahwa istirahat selama sakit dapat menurunkan beban 9. Pemberian terapi Pijatan punggung 10. Pendidikan kesehatan dan melatih kemampuan mobilisasi Pada Pasien Congestive Heart Failure (Chf) 11. <i>Deep Breathing Exercise And Active Range Of Motion Effectively Reduce Dyspnea In Congestive Heart Failure Patients</i> (Novita Nirmalasari 2017) 	<p>mengetahui bahwa istirahat selama sakit dapat menurunkan beban jantung</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Pasien tampak rileks setelah diberikan pijat punggung 10. Hari kedua pasien sudah mengerti tentang latihan mobilisasi apa saja yang bisa dilakukan, pasien mampu duduk di tempat tidur dengan posisi lurus tanpa bantuan dan berlangsung cukup lama sekitar 15 menit dan ada keluhan pusing 11. Pasien sudah mampu melakukan anjuran perawat saat terjadi sesak 	<p>saat/setelah aktivitas</p> <ul style="list-style-type: none"> - HR 111 x/m , - RR 26 x/m <p>A: SLKI: Toleransi aktivitas pasien berada pada level 4 P: SIKI: manajemen energi dilanjutkan pada aktifitas 1 sampai 11</p>	
---	---	--	---	--

NAMA PASIEN : Ny.N	Diagnosa Keperawatan:			
RUANGAN : ICCU	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen			
TANGGAL/ HARI Ke: Selasa, 24 Agustus 2021 / III				
PENGKAJIAN- DIAGNOSIS- INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	RESPON HASIL	EVALUASI (S-O-A-P)	Paraf
Pukul : 09.45 WIB	Pukul : 10.00 WIB	Pukul : 10.15 WIB	Pukul : 13.00 WIB	
<p>S: pasien mengatakan lemas berkurang, , pasien mengatakan sudah mampu menyiapkan makan dan minum sendiri tapi BAK masih di lakukan di tempat tidur.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum pasien baik - kesadaran CM - Pasien tampak lebih bersemangat dan ceria - Pasien sudah bisa menyiapkan makan dan minum sendiri, BAK masih di lakukan di tempat tidur - TD 99/67 mmHg 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melihat dan menanyakan mengenai toleransi pasien dalam beraktivitas 2. Melakukan pengkajian terhadap kondisi kulit pasien 3. Melihat ada/tidak kelelahan fisik yang tampak pada pasien dan menanyakan mengenai perasaan pasien tentang hal hal yang mengganggu pikiran 4. Menanyakan pada pasien mengenai pola dan jam tidur pasien 5. Mengatur ruangan pasien nyaman mungkin dan mendekati hal -hal yang sering dibutuhkan pasien 6. Melakukan teknik pijat punggung selama 10 -15 menit 7. Mengatur posisi semi fowler 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah bisa menyiapkan makan dan minum sendiri, keluhan pusing tidak ada, tidak ada lagi sesak tetapi BAK dan BAB masih ditempat tidur 2. Turgor kulit pasien baik, CRT < 2 dtk, tidak pucat 3. Pasien mengatakan masih lemas berkurang dari hari sebelumnya 4. Pasien mengatakan masih sulit tidur karna tidak nyaman dengan ruangan yang ramai kadang - kadang terbangun saat tidur 5. Pasien mengatakan nyaman dengan suhu dan pencahayaan yang telah diatur 6. Pasien mengatakan nyaman ketika dilakukan pijat punggung 7. Pasien nyaman ketika diatur 	<p>S: Pasien mengatakan lelah berkurang, sesak tidak ada saat dan aktifitas sudah mampu sebagian, pasien mengatakan merasa lebih nyaman.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum pasien baik - kesadaran CM - Pasien tampak bertenaga - Pasien tampak telah mandiri saat makan, minum dan membersihkan diri - TD 100/60 mmHg - HR 96 x/m - RR 24 x/m 	

<p>saat istirahat</p> <ul style="list-style-type: none"> - HR 90 x/m - RR 26 x/m <p>A: SLKI: Toleransi aktivitas pasien berada pada level 4. P: SIKI: Manajemen Energi</p>	<p>45° selama pasien tidur</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Memberitahu keluarga dan pasien bahwa istirahat selama sakit dapat menurunkan beban 9. Pemberian terapi Pijatan punggung 10. Melatih kemampuan mobilisasi Pada Pasien Congestive Heart Failure (Chf) 11. <i>Deep Breathing Exercise And Active Range Of Motion Effectively Reduce Dyspnea In Congestive Heart Failure Patients</i> (Novita Nirmalasari 2017) 	<p>posisi tidur semi fowler</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Keluarga pasien dan pasien mengetahui bahwa istirahat selama sakit dapat menurunkan beban jantung 9. Pasien tampak rileks setelah diberikan pijat punggung dan menyatakan kenyamanan 10. Pasien sudah mampu berdiri di sebelah tempat tidur saat perawat mengganti laken pasien, keluhan sesak tidak ada O2 terlepas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Suhu 36,7⁰C <p>A: Toleransi aktivitas pasien berada pada skala 5 P: intervensi di hentikan (pasien pulang)</p>	
--	---	--	---	--

NAMA PASIEN : Ny.L	Diagnosa Keperawatan:			
RUANGAN : ICCU	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen			
TANGGAL/ HARI Ke: Minggu, 22 Agustus 2021/ I				
PENGKAJIAN- DIAGNOSIS- INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	RESPON HASIL	EVALUASI (S-O-A-P)	
Pukul : 09.45 WIB	Pukul : 10.00 WIB	Pukul : 10.15 WIB	Pukul : 13.00 WIB	
<p>S : Pasien mengatakan sesak, badan terasa lemas dan susah tidur.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat kurang bersemangat - Pasien tampak dibantu dengan keluarga saat makan, minum dan membersihkan diri - Keadaan umum sakit sedang - Kesadaran pasien CM - TD 112/49 mmHg - HR 121 x/m - RR 30x/m - SpO2 89% 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan keluhan pasien 2. Member O2 2 liter 3. Melihat dan menanyakan mengenai toleransi pasien dalam beraktivitas 4. Melakukan pengkajian terhadap kondisi kulit pasien 5. Melihat ada/tidak kelelahan fisik yang tampak pada pasien dan menanyakan mengenai perasaan pasien tentang hal hal yang mengganggu pikiran 6. Menanyakan pada pasien mengenai pola dan jam tidur pasien 7. Memonitor rekaman EKG pasien 8. Mengatur ruangan pasien nyaman mungkin dan mendekati hal -hal yang sering dibutuhkan pasien 9. Mengatur posisi semi fowler 45° selama pasien tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh sesak nafas 2. Pasien mengatakan O2 terasa 3. Pasien mengatakan kurang toleransi terhadap aktivitas karena pasien masih lelah 4. Turgor kulit pasien baik, CRT < 2 dtk, kulit pasien tampak pucat 5. Pasien mengatakan masih lemas untuk beraktivitas 6. Pasien mengatakan sulit tidur 4-5 jam namun kadang - kadang terbangun saat tidur 7. Gambaran EKG Aritmia 8. Pasien mengatakan nyaman dengan suhu dan pencahayaan yang telah diatur 9. Pasien nyaman ketika diatur posisi tidur semi fowler 10. Pasien bisa memahami teknik nafas dalam yang diajarkan 11. Keluarga pasien dan pasien 	<p>S : Pasien mengatakan sesak, pasien mengatakan badan lemas, pasien mengatakan susah tidur dan pusing.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat kurang bersemangat - Pasien terpasang O2 2 liter - Pasien tampak dibantu dengan keluarga saat makan, minum dan membersihkan diri - Keadaan umum tampak sakit sedang - Kesadaran pasien CM 	

<p>A :SLKI : Toleransi aktivitas pasien berada pada level 3.</p> <p>P : SIKI : Manajemen Energi</p>	<p>10. Mengajarkan latihan napas dalam pada pasien</p> <p>11. Memberitahu keluarga dan pasien bahwa istirahat selama sakit dapat menurunkan beban</p> <p>12. Pemberian terapi Pijatan punggung</p> <p>13. Pendidikan kesehatan dan melatih kemampuan mobilisasi Pada Pasien Congestive Heart Failure (Chf)</p> <p>14. <i>Deep Breathing Exercise And Active Range Of Motion Effectively Reduce Dyspnea In Congestive Heart Failure Patients</i> (Novita Nirmalasari 2017)</p>	<p>mengetahui bahwa istirahat selama sakit dapat menurunkan beban jantung</p> <p>12. Pasien mengatakan nyaman dan badan terasa lebih baik</p> <p>13. Pasien memahami penjelasan perawat mengenai pentingnya melatih diri untuk melakukan pergerakan secara bertahap, pasien memahami apa saja yang bisa dilakukan seperti berpindah dari tidur ke posisi duduk, berpindah dari tempat tidur ke kursi atau berdiri di samping tempat tidur tanpa adanya keluhan pusing.</p> <p>14. Pasien mengerti cara tarik nafas dalam serta tehnik yang diajarkan saat sesak bertambah, pasien mengerti mengenai posisi yang bisa dilakukan saat sesak</p>	<ul style="list-style-type: none"> - TD 112/55 mmHg - HR 99 x/m - RR 29 x/m <p>A : SLKI : Toleransi aktivitas pasien berada pada level 3</p> <p>P :SIKI : manajemen energi dilanjutkan pada aktifitas 1-14</p>	
---	---	---	---	--

NAMA PASIEN : Ny.L	Diagnosa Keperawatan:			
RUANGAN : ICCU	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen			
TANGGAL/ HARI Ke:II Senin, 23 Agustus 2021				
PENGKAJIAN- DIAGNOSIS- INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	RESPON HASIL	EVALUASI (S-O-A-P)	Paraf
Pukul : 10.35WIB	Pukul : 10.40 WIB	Pukul : 11.00 WIB	Pukul : 13.30 WIB	
<p>S : Pasien mengatakan sesak tidak ada, pasien mengatakan masih lemah, dan susah tidur</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat kurang bersemangat - Pasien tampak dibantu dengan keluarga saat makan, minum dan membersihkan diri - Keadaan umum sakit sedang - Kesadaran pasien CM 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melihat dan menanyakan mengenai toleransi pasien dalam beraktivitas 2. Melakukan pengkajian terhadap kondisi kulit pasien 3. Melihat ada/tidak kelelahan fisik yang tampak pada pasien dan menanyakan mengenai perasaan pasien tentang hal hal yang mengganggu pikiran 4. Menanyakan pada pasien mengenai pola dan jam tidur pasien 5. Mengatur ruangan pasien senyaman mungkin dan mendekatkan hal -hal yang sering dibutuhkan pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan kurang toleransi terhadap aktivitas karena pasien masih lelah 2. Turgor kulit pasien baik, CRT < 2 dtk, kulit pasien tampak sedikit pucat 3. Pasien mengatakan masih lemas untuk beraktivitas 4. Pasien mengatakan sulit tidur dan kadang - kadang terbangun saat tidur 5. Pasien mengatakan nyaman dengan suhu dan pencahayaan yang telah diatur 6. Pasien nyaman ketika diatur posisi tidur semi fowler 7. Keluarga pasien dan pasien 	<p>S : Pasien Pasien mengatakan masih sedikit sesak, pasien mengatakan mual, pasien mengatakan masih lemah,</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat kurang bersemangat - Pasien tampak dibantu dengan keluarga saat makan, minum dan membersihkan diri - Oksigen terpasang saat ada keluhan sesak meningkat - Keadaan umum 	

<ul style="list-style-type: none"> - TD 115/50 - HR 118 x/m - RR 27 x/m <p>A :SLKI : Toleransi aktivitas pasien berada pada level 3.</p> <p>P : SIKI : Manajemen Energi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Mengatur posisi semi fowler 45° selama pasien tidur 7. Memberitahu keluarga dan pasien bahwa istirahat selama sakit dapat menurunkan beban 8. Pemberian terapi Pijatan punggung 9. Pendidikan kesehatan dan melatih kemampuan mobilisasi Pada Pasien Congestive Heart Failure (Chf) 10. <i>Deep Breathing Exercise And Active Range Of Motion Effectively Reduce Dyspnea In Congestive Heart Failure Patients</i> (Novita Nirmalasari 2017) 	<p>mengetahui bahwa istirahat selama sakit dapat menurunkan beban jantung</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Pasien mengatakan badan terasa lebih nyaman, sesak berkurang 9. Pasien mampu duduk di tempat tidur, mampu berdiri di sebelah tempat tidur,dan mengganti pempers sambil berdiri 10. Pasien memahami dan mampu melakukan tehnik nafas yang di ajarkan 	<p>sakit sedang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran pasien CM - TD 115/52 mmHg - HR 114 x/m - RR 26 x/m <p>A : SLKI : Toleransi aktivitas pasien berada pada level 4</p> <p>P : SIKI : manajemen energi dilanjutkan pada aktifitas 1 samapai 10</p>	
--	--	--	--	--

NAMA PASIEN : Ny.L	Diagnosa Keperawatan:			
RUANGAN : ICCU	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakeimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen			
TANGGAL/ HARI Ke: Selasa, 24 Agustus 2021/III				
PENGAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	RESPON HASIL	EVALUASI (S-O-A-P)	Paraf
Pukul : 08.45 WIB	Pukul : 09.00 WIB	Pukul : 09.15 WIB	Pukul : 13.10 WIB	
<p>S : Pasien mengatakan mengatakan lemas berkurang.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat bersemangat - Aktivitas makan, minum dan membersihkan diri tampak mandiri - Keadaan umum pasien tampak sakit ringan - Kesadaran pasien CM - TD 110/52 mmHg - HR 98 x/m, - RR 25 x/m <p>A :SLKI : Toleransi aktivitas pasien berada</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melihat dan menanyakan mengenai toleransi pasien dalam beraktivitas 2. Melakukan pengkajian terhadap kondisi kulit pasien 3. Melihat ada/tidak kelelahan fisik yang tampak pada pasien dan menanyakan mengenai perasaan pasien tentang hal hal yang mengganggu pikiran 4. Menanyakan pada pasien mengenai pola dan jam tidur pasien 5. Mengatur ruangan pasien nyaman mungkin dan mendekati hal -hal yang sering dibutuhkan pasien 6. Memberitahu keluarga dan pasien bahwa istirahat selama 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan aktivitas sebagian sudah bisa dilakukan sendiri , sesak tidak ada 2. Turgor kulit pasien baik, CRT < 2 dtk, kulit pasien sedikit pucat 3. Pasien mengatakan masih takut untuk kekamar mandi akut sesak berulang 4. Pasien mengatakan tidur mulai enakan 5. Pasien mengatakan nyaman dengan suhu dan pencahayaan yang telah diatur 6. Keluarga pasien dan pasien mengetahui bahwa istirahat selama sakit dapat menurunkan beban jantung 7. Pasien tampak mengikuti 	<p>S : Pasien Pasien mengatakan sesak tidak ada, pasien mengatakan lemah berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat bersemangat - Aktivitas makan, minum dan membersihkan diri tampak sudah bisa dilakukan. - Keadaan umum pasien tampak sakit ringan - Kesadaran 	

<p>pada level 4.</p> <p>P : SIKI : Manajemen Energi</p>	<p>sakit dapat menurunkan beban</p> <p>7. Menginstruksikan pasien membayangkan sesuatu yang membuat pasien senang dan nyaman</p> <p>8. Pemberian terapi pijat punggung</p>	<p>instruksi yang diberikan</p> <p>8. Pasien tampak rileks saat diberikan pijatan</p>	<p>pasien CM</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD 120/50 mmHg saat setelah aktivitas - HR 96 x/m - RR 23 x/m <p>A : Toleransi aktivitas pasien berada pada skala 5</p> <p>P : intervensi di hentikan (pasien pulang)</p>	
---	--	---	--	--

BAB V

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara konsep teori dan tindakan proses asuhan keperawatan dengan 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 Manajemen Energi pada Pasien *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, 2010). Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 22 Agustus 2021 dan didapatkan data Ny.N dengan mengeluh lemas, dan pasien juga mengatakan sesak saat beraktivitas, dan batuk.

Hasil pengkajian selanjutnya pada pasien ke II pasien Ny.L pada tanggal 22 Agustus 2021 didapatkan keluhan badan lemas, mudah terasa sesak saat beraktivitas. Kedua responden pada penelitian ini menunjukan tanda dan gejala seperti sesak, lemah, sesak bertambah saat beraktivitas, dan adanya pitting edem pada Ny.N. Hal ini sesuai teori yang dikemukakan oleh (Nugroho, 2016) dimana Pada pasien gagal jantung kongestif dengan pola nafas tidak efektif terjadi karena ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru-paru sehingga terjadi peningkatan tekanan dalam sirkulasi paru yang menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru. Menurut Suratinoyo (2016) pada pasien gagal jantung kongestif sering kesulitan mempertahankan oksigenasi sehingga mereka cenderung sesak nafas. Seperti yang kita ketahui bahwa jantung dan paru-paru merupakan organ tubuh

penting manusia yang sangat berperan dalam pertukaran oksigen dan karbondioksida dalam darah, sehingga apabila paru-paru dan jantung tersebut mengalami gangguan maka hal tersebut akan berpengaruh dalam proses pernapasan. Gagal jantung kongestif menyebabkan suplai darah ke paru-paru menurun dan darah tidak masuk ke jantung. Keadaan ini menyebabkan penimbunan cairan di paru-paru, sehingga menurunkan pertukaran oksigen dan karbondioksida. Menurut Mutaqin (2009) pada pasien gagal jantung dengan penurunan curah jantung terjadi karena pada jantung ventikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru sehingga terjadi peningkatan tekanan dalam sirkulasi paru yang menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru, pada pasien gagal jantung kongestif sering kesulitan mempertahankan oksigenasi sehingga mereka cenderung sesak nafas.

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

Berdasarkan hasil pengkajian pada dua pasien ditemukan keluhan utama adanya sesak saat beraktivitas, frekuensi jantung meningkat $>20\%$ dari kondisi istirahat. pasien mengatakan lemas, mengatakan sesak dengan frekuensi nafas diatas rentang normal yaitu 16-24xnormal x/m. Sehingga Penulis mengangkat diagnosa kasus Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. 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 dispneu saat/setelah beraktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah dan data objektif pasien tampak pucat, lesu, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas.

Penulis memprioritaskan diagnosa Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Masalah Pasien yang mengalami kelelahan perlu ditangani secara yang optimal

sehingga kondisi ini tidak berlangsung terus menerus yang akan mempengaruhi kualitas hidup individu. Intoleransi aktivitas menunjukkan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dengan kedua klien serta apabila terjadi masalah yang lebih berat seperti pasien akan mengalami sesak yang hebat akan menghambat pemenuhan suplai oksigen dalam tubuh sehingga suplai oksigen berkurang. Berkurangnya suplai oksigen dalam tubuh akan membuat kematian sel, hipoksemia dan penurunan kesadaran bahkan bisa menimbulkan kematian (NANDA Internasional, 2015).

C. Gambaran Perencanaan Manajemen Energi pada Pasien *Congestive 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 Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

Pada kasus Ny.N dan Ny.L 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), 2 (cukup memburuk/cukup menurun), 3 (sedang), 4 (cukup membaik/cukup meningkat), 5 (membaik), dengan kriteria hasil manajemen energi level 5, keluhan sesak (5), kelulahan 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 Intervention Keperawatan Indonesia (SIKI)*

manajemen energi dengan aktivitas keperawatan yang dilakukan yaitu mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kulit terhadap pucat, sianosis, belang, kulit dingin/lembab sesuai keadaan pasien, Monitor frekuensi dan durasi aritmia, Monitor kelelahan fisik dan emosional, Monitor pola dan jam tidur pasien, Monitor rekam EKG 12 sadapan, . Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (kunjungan).

Pada Ny.N dari hasil pengkajian ditemukan edema di ekstremitas bawah, gagal jantung merupakan salah satu faktor penyebab kelebihan cairan. Kelebihan cairan akan mengakibatkan kerja jantung meningkat dan menurunnya produksi darah keseluruh tubuh dan organ vital seperti jantung, paru-paru dan ginjal akibatnya pasien akan mengalami kelelahan. Pada penggunaan obat Ny.N di beri furosemit sehingga pada Ny.N akan direncanakan pembatasan input cairan, pengeluaran cairan yang ada dalam pasien, melakukan latihan mobilisasi serta akan dilakukan terapi pijat punggung.

Pada Ny.L dari hasil pengkajian ditemukan keluhan pusing, sesak dan sesak bertambah saat melakukan aktivitas, badan terasa lemas, dan mengeluh susah tidur serta sering terbangun saat tidur. Tindakan yang dilakukan yaitu manajemen energi mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor kelelahan fisik dan emosional, memonitor pola dan jam tidur, menyediakan lingkungan yang nyaman, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, melakukan pijat punggung pada ibu untuk mengurangi keluhan pusing dan merileksasi ibu.

D. Gambaran Implementasi Manajemen Energi Pasien *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 dilakukan penulis berlangsung selama 3 hari pada Ny.N dan Ny.L. 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* pada kedua kasus dalam proses pelaksanaan implementasi manajemen energi. Pada Ny.N dan Ny.L penulis memberikan terapi Pijatan punggung dan pemberian latihan mobilisasi serta mengajarkan mengatur pernapasan. Pada *Evidence Based* pertama yang diberikan pada Ny.N dan Ny.L peneliti memberikan terapi pijatan punggung yang merupakan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Bambang aditya (2017) Secara fisiologis pijat punggung merupakan salah satu teknik relaksasi yang memengaruhi tubuh secara fisik maupun psikis. Teknik relaksasi merupakan intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah terutama akibat respon saraf simpatis. Berdasarkan *nursing intervention clasipication (NIC)* ada berbagai macam upaya relaksasi, diantaranya adalah teknik napas dalam, relaksasi otot progresif, pijat, dan lain sebagainya. Dengan dilakukannya teknik relaksasi, diharapkan dapat menstimulasi saraf parasimpatis yang akan meredakan ketegangan otot, vasodilatasi, dan yang paling utama adalah dapat mengatasi kelelahan (Aalami, Jafarnejad, Modarres, & Gharavi 2016).

Pijat punggung memberikan efek relaksasi dengan cara menstimulasi pengeluaran *endorfin* di otak sehingga mengurangi kecemasan pada pasien CHF, penurunan skor kecemasan akan menciptakan kenyamanan fisik dan psikologis. Dengan meningkatnya kenyamanan, maka kualitas istirahat pasien akan lebih baik sehingga proses konservasi energi akan lebih optimal. Manfaat berikutnya adalah penurunan beban kerja jantung pada fase after load

dikarenakan vasodilatasi pembuluh darah. Pada fase tersebut, maka sirkulasi ke jaringan sistemik akan mengalami perbaikan meskipun jantung mengalami penurunan dalam aspek kontraktilitas maupun curah jantung. Perbaikan sirkulasi akan mengatasi kelelahan yang dialami. Katabolisme akan terjadi, glukoneogenesis berlangsung dengan baik sehingga jaringan mendapatkan energi. Peningkatan jumlah energi strategis dalam tubuh akan secara langsung mengatasi kelelahan yang dialami pasien dengan catatan pasien beraktivitas sesuai toleransinya. Gangguan fisik pada pasien gagal jantung yang cenderung menetap terutama gangguan pada struktur jantung tidak dapat diatasi dengan pijat punggung. Akan tetapi, gangguan yang sifatnya psikis dapat diatasi dengan pijat punggung (Nugraha,2017).

Pemilihan pijat punggung sebagai intervensi untuk mengatasi kelelahan berkaitan dengan belum dilakukannya penelitian yang menggunakan pijat sebagai intervensi dalam pengelolaan kelelahan pasien gagal jantung. Intervensi tersebut relatif mudah untuk dilakukan oleh perawat maupun keluarga pasien yang terlatih dan dapat dilakukan di klinik maupun non klinik. Selain itu, pijat punggung tidak memerlukan peralatan yang rumit sehingga tidak membebani rumah sakit untuk ketersediaan alat. Peralatan kebutuhan dasar manusia sederhana dapat digunakan sebagai perlengkapan pijat punggung (Nugraha,2017).

Pemberian *Evidence based* yang kedua pada Ny.N dan Ny.L diberikan asuhan keperawatan dengan melatih kemampuan mobilisasi pada pasien CHF, Latihan fisik yang meliputi mobilisasi ini didasarkan pada tingkat kesadaran pasien dan kebutuhan individual. Latihan fisik pada penderita CHF bertujuan untuk mengoptimalkan kapasitas fisik tubuh, member penyuluhan pada pasien dan keluarga dalam mencegah perburukan dan membantu pasien untuk kembali dapat beraktivitas fisik seperti sebelum mengalami CHF. Latihan fisik yang berupa mobilisasi ini dapat dilakukan terbatas pada aktivitas sehari-hari misalnya gerakan tangan dan kaki dan perubahan postur. Program latihan biasanya berupa terapi fisik ambulasi yang diawasi.

Menurut penelitian Safdar et al (2011) yakni latihan fisik ternyata dapat merangsang biogenesis, mencegah deplesi dan mutasi mitokondria DNA, meningkatkan kapasitas oksidatif, mengembalikan morfolog mitokondria, dan menghambat apoptosis secara patologis pada jaringan termasuk jantung dengan nilai p value = 0,000.

Pemberian *Evidence based* yang ketiga pada Ny.N dan Ny.L diberikan asuhan keperawatan *Deep Breathing Exercise* dan pemberian posisi, *breathing exercise* dapat dilakukan untuk mengurangi saha serta meningkatkan fungsi otot pernafasan selain itu latihan fisik yang dapat ditoleransi juga menjadi penatalaksanaan dalam meningkatkan perfusi jaringan dan memperlancar sirkulasi. CHF mengakibatkan kegagalan fungsi pulmonal sehingga terjadi penimbunan cairan di alveoli. Hal ini menyebabkan jantung tidak dapat berfungsi dengan maksimal dalam memompa darah. Dampak lain yang muncul adalah perubahan yang terjadi pada otot-otot respiratori. Hal-hal tersebut mengakibatkan suplai oksigen ke seluruh tubuh terganggu sehingga terjadi dyspnea. Klasifikasi pasien CHF sehingga *New York Heart Association* (NYHA) membagi CHF menjadi 4 kategori berdasarkan tanda dan gejala dari aktivitas yang dilakukan. Pasien dengan CHF biasanya akan mudah merasa sesak bahkan saat aktivitas ringan atau saat beristirahat. Hal ini karena dyspnea berpengaruh pada penurunan oksigenasi jaringan dan produksi energi sehingga kemampuan aktivitas pasien sehari-hari juga akan menurun yang dapat menurunkan kualitas hidup pasien (Sepdianto, 2013). Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan melalui tindakan mandiri dan kolaboratif memfasilitasi pasien untuk menyelesaikan masalah. Diagnosa keperawatan klien yang muncul pada pasien dengan dyspnea yaitu perubahan pola nafas dapat diberikan intervensi seperti pemberian posisi semi *fowler* dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian oksigen (NANDA, 2014; NIC, 2015).

E. Gambaran Evaluasi Manajemen Energi pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD)

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 diberikan intervensi pada jam akhir dinas.

Evaluasi keperawatan pada pasien dengan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen ke tubuh adalah menunjukkan perbaikan dan peningkatan kesehatan pasien, pada hari ketiga pada pasien Ny.N dan Ny.L setelah diberikan intervensi keperawatan dengan SIKI : Manajemen energi : ditingkatkan pada level 5 dengan ditunjukkan 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 rentang normal

Pada kedua kasus CHF pada Ny.N dan Ny.L sama-sama menunjukkan perbaikan. Pada Level SLKI kedua pasien sama menunjukkan peningkatan yaitu di Level 5 (tidak ada keluhan lelah, tidak ada dispnea setelah aktivitas, Perasaan lemah tidak ada. 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 secara keseluruhan
2. Pandemi Covid-19 sehingga pelaksanaan penelitian sedikit terbata, dimana untuk melibatkan keluarga dalam asuhan keperawatan sedikit terganggu.

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 sesak ditandai dengan pasien tampak lemas, pasien tampak membutuhkan bantuan dalam beraktivitas
- 2 Berdasarkan pengkajian penulis mengangkat diagnosa aktual yang terjadi pada kasus adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Intoleransi aktivitas merupakan diagnosa yang umum terjadi pada keluhan dengan CHF
- 3 Perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dengan tujuan kriteria hasil Keluhan lelah, dispnea saat aktivitas, dispnea setelah aktivitas, perasaan lemah, sianosis, warna kulit, tekanan darah, frekuensi napas, EKG iskemia ditingkatkan pada level 3 dan dipertahankan pada level 4.
- 4 Implementasi diberikan pada kedua pasien selama 3 hari, *Evidence Based Nursing* (EBN) yang di berikan pijat punggung, terapi aktivitas fisik.
- 5 Setelah diberikan intervensi selama 3 hari, evaluasi menunjukkan adanya perubahan pada toleransi aktivitas kedua pasien, di tandai dengan level toleransi di pertankan di level 3 dan di tingkatkan di kevel 5 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.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Hendaknya intervensi inovasi ini sebagai tindakan mandiri dan mengadakan lebih banyak diskusi mengenai penerapan intervensi ini bagi klien yang mengalami CHF yang mengalami kelelahan sehingga mahasiswa mampu mengingatkan cara berpikir kritis.

2. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan Perawat

Perawat dapat meningkatkan pelayanan keperawatan pada pasien CHF dengan melakukan tindakan mandiri manajemen energi berdasarkan literatur terkini seperti pijat punggung, latihan mobilisasi dan *deep breathing exercise*.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti dapat menambah waktu dalam pemberian asuhan keperawatan yang diberikan dalam mengatasi kelelahan pasien, dan dapat melibatkan keluarga untuk mengoptimalkan asuhan keperawatan agar dapat diterapkan di rumah setelah pasien pulang.

DAFTAR PUSTAKA

- Acton, A (ed.). 2013. *Congestive Heart Failure: New Insights for the Healthcare Professional*. Scholarly Editions.
- American Heart Association. *Heart Disease and Stroke Statistics 2018 At-aGlance*. 2018.
- Arif, Muttaqin., 2009. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan hematologi*. Salemba Medika, Jakarta.
- Aspiani, R. Y. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC & NOC*. (EGC, Ed.). Jakarta.
- Bare & Smeltzer.2002.*Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart* (Alih bahasa Agung Waluyo) Edisi 8 vol.3. Jakarta :EGC
- Black; Hawks;. (2009). *Medical Surgical Nursing : Clinical Management for Positive Outcome* 8 ed. St Louis Missouri: Elsevier Saunders.
- Black, J dan Hawks, J. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Dialihbahasakan oleh Nampira R. Jakarta: Salemba Emban Patria.
- Damayanti,A.P.(2013). Analisis praktik klinik keperawatan kesehatan masyarakat perkotaan pada pasien gagal jantung kongestif atau congestive heart failure (CHF) di ruang rawat penyakit dalam, lantai 7 Zona A, Gedung A, RSUPN DR Cipto Mangunkusumo tahun 2013. Skripsi. Tidak dipublikasikan. Jakarta Pusat : Universitas Indonesia
- DiPiro J.T., Wells B.G., Schwinghammer T.L. and DiPiro C. V., 2015, *Pharmacotherapy Handbook*, Ninth Edit., McGraw-Hill Education Companies, Inggris.
- Evelyn CP, 2009. *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. Jakarta. Gramedia Guyton AC, Hall JE. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 11. Penterjemah: Irawati, Ramadani D, Indriyani F. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2006.
- Hamzah. 2016. Hubungan usia dan jenis kelamin dengan kualitas hidup pada penderita gagal jantung di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- Kasron, 2012, *Kelainan dan Penyakit Jantung: Pencegahan serta Pengobatannya*, Penerbit Nuha Medika, Yogyakarta.
- Katimenta, K. Y., Carolina, M., & Kusuma, W. (2016). Hubungan Tingkat stres Dengan Kualitas Tidur Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruang ICCU Dr. Doris Sylv Vanus Palangka Raya. *Jurnal Keperawatan*, 7(1), 241–246

- McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Bohm M, Dickstein K, et al, (2012). *ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 of the European Society of Cardiology*. *European Heart Journal*. 33. pp: 1787-847.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC) Measurement of Health Outcomes*. St. Louis: Elseiver.
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Chronic Heart Failure. In: *National Clinical Guideline for Diagnosis and Management in Primary and Secondary Care*. London: National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2010:19.
- Nugraha, B., Pebrianti, S., & Platini, H. (2018). *Gambaran Kelelahan pada Pasien Gagal Jantung*. *Jurnal Medika Cendikia*, 5(01), 16-21. Retrieved from <http://jurnalskhg.ac.id/index.php/medika/article/view/75>
- Nugroho, T & Putri T.B (Eds). 2018. *Teori Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Potter and Perry.(2009). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Alih bahasa.Jakarta:EGC
- Prihantono, W. E. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. G Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Congestive Heart Failure (Gagal Jantung Kongestif) Dibangsal Anggrek Bougenville RSUD Pandanarang Boyolali*. Surakarta. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Purwanto, Setiyo. (2008). *Mengatasi Insomnia Dengan Terapi Relaksasi*. Universitas Muhammadiyah Surakarta, Vol 1 No 2
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*. http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_2018/Hsil%20Riskesdas%202018.pdf – Diakses Juni 2021.
- Sadock, Benjamin J. & Sadock, Virginia A. (2014). *Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry* (2nd Ed.). USA : Lippincott Williams & Wilkins Inc.
- Smeltzer & Bare (2017). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner Suddarth Edisi 8*. Jakarta: EGC.
- Yancy C. *Guideline for The Management of Heart Failure*. Am Hear Assoc. 2017
- Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Bulter J, Casey DE, Drazner MH, et al. (2013). *CCF/AHA guideline for the management of heart failure : A report of the American Guidelines College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice*. *Circulation*. 128: 6-126.




LAMPIRAN






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

NAMA : Eida Damayanti
 NIM : 05120420007
 JUDUL SKRIPSI :

PEMBIMBING : Ns. Hendri Heriyanto. S.Kep., M.Kep

NO	TANGGAL	MATERI KONSULTASI	MASUKAN PEMBIMBING	PARAF
1	7/Mei 2021	Konsul Judul	- Tambah jurnal yang terkait dengan penelitian	
2	8/Mei 2021	Judul	- Acc Judul - Lanjut Bab I	
3	23/ Juli 2021	Konsul BAB I & BAB II	- Perbaikan Penulisan - Masukan kata yang penting, Jurnal terkait di Bab I - Perbaikan susunan kalimat ; wdc dan gambar di Bab II	

4	21 Juni 2021	BAB 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem Penulisan 2. Sumber terbaru 3. Perbaiki Penulisan 	
5	24 Juni 2021	Revisi BAB 2	Lanjutan BAB III dan revisi	
6	28 Juni 2021	BAB 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki definisi opsional 2. Sesuaikan tanggal dan tempat Penulisan 	

7	24 Juni 2021	Bab 3	Lanjut BAB 3	q/s
8	1 Juli 2021	BAB 3	Perbaiki definisi Operasional	q/s
9	5 Juli 2021	lanjut bab 4	ACC proposal lanjutan kasus	q/s

10	20 Agustus 2021	BAB 4 - 5	Konsul Tesis Perbaikan Penulisan	YB
11	20 Agustus 2021	Bab 4-5	Perbaiki Integritas Jurnal EBM, tambah Jurnal Perbaiki Daftar	YB
12	2 Sep 2021	BAB 5-6	Perbaikan BAB 3-4 penulisan	YB



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 : 244 /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 : **ELDA DAMAYANTI**
- b. NIM : P05120420007
- c. Institusi : Profesi Ners / Poltekkes Kemenkes Bengkulu
- d. Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Manajemen Energi pada Pasien Congestive Hearth 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

Persiapan Alat:

1. Selimut
2. Lotion
3. Handuk
4. Bedak (bila perlu)
5. Penghangat Lotion (bila perlu)

Prosedur

No	Aspek yang dinilai	Skor		
		0	1	2
Preinteraksi				
1	Cek catatan keperawatan dan catatan medis klien			
2	Siapkan alat-alat			
3	Identifikasi faktor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontra indikasi			
4	Cuci tangan			
Tahap Orientasi				
5	Beri salam dan panggil klien dengan namanya			
6	Jelaskan tujuan, prosedurr dan lamanya tindakan pada klien/keluarga			
Tahap Kerja				
7	Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan			
8	Menanyakan keluhan utama klien			
9	Jaga privasi klien			
10	Memulai kegiatan dengan cara yang baik			
11	Letakkan peralatan di samping tempat tidur klien			
12	Tinggikan kepala tempat tidur dan rendahkan side rail yang berada di dekat perawat			
13	Dekatkan klien ke arah diman perawat berada			
14	Minta klien untuk membuka pakaian atas sampai ke bokong, bantu bila perlu			
15	Atur klien ke posisi prone/side lying dengan punggung menghadap ke arah perawat			
16	Tutup bagian tubuh yang lain dengan memakai selimut			
17	Letakkan handuk di bawah punggung klien			
18	Tuangkan lotion secukupnya di tangan			
19	Tuangkan lotion di punggung klien			
20	Mulai massage dengan gerakan stroking/effleurage, bergerak dari bokong menuju bahu dengan gerakan yang kuat, kemudian dari bahu menuju bokong dengan gerakan yang lebih ringan			
21	Ubah gerakan dengan menggunakan gerakan yang sirkuler, khususnya pada daerah sakrum dan pinggang			
22	Ubah gerakan dengan gerakan kneading/petrissage, dimulai dari bokong menuju bahu dan kembali menuju bokong dengan gerakan stroking			

23	Ubah gerakan dengan tehnik friction, dimulai dari bokong menuju bahu. Ubah gerakan menjadi stroking/effleurage saat bergerak dari arah bahu menuju bokong dan kemudian ulangi gerakan friction saat menuju bahu			
24	Ubahlah gerakan menjadi gerakan tapotement dimulai dari bokong menuju bahu. Ubah gerakan menjadi gerakan stroking saat bergerak menuju bokong			
25	Lengkapi dengan gerakan stroking beberapa kali			
26	Katakan pada klien bahwa anda akan mengakhiri massagenya			
27	Bersihkan sisa lubrikasi dari punggung dengan handuk			
28	Bantu klien memakai bajunya kembali dan mencapai posisi yang nyaman			
29	Tinggikan side rail dan turunkan kepala tempat tidur			
Terminasi				
30	Evaluasi hasil kegiatan (kenyamanan klien)			
31	Simpulkan hasil kegiatan			
32	Berikan umpan balik positif			
33	Kontrak pertemuan selanjutnya			
34	Akhiri kegiatan dengan cara yang baik			
35	Bereskan alat-alat			
36	Cuci tangan			
Dokumentasi				
	Catat hasil kegiatan dalam catatan keperawatan			

PEMBERIAN AKTIVITAS BERTAHAP UNTUK MENGATASI MASALAH INTOLERANSI AKTIVITAS PADA PASIEN CHF

Nadiyah Nur Isnaenj¹
Emilia puspitasaki²

Akademi Keperawatan Widya Husada Semarang

Abstrak

Intoleransi aktivitas merupakan ketidakcukupan energi psikologis untuk menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari atau yang ingin dilakukan. Intoleransi Aktivitas ditandai dengan Sesak dalam beraktivitas berat, gangguan frekuensi dan irama jantung: aritmia (takikardia, bradiardia), perubahan pola EKG, palpitasi. Dengan gangguan preload, edema, kelelahan, peningkatan atau penurunan tekanan vena sentrat, distensi vena jugularis, murmur, kenaikan BB. Pasien dengan intoleransi aktivitas perlu dilatih aktivitas, salah satunya dengan melatih aktivitas secara bertahap dapat meningkatkan kemampuan aktivitas pasien. Tujuan studi kasus ini untuk memperoleh pembelajaran dalam mengimplementasikan prosedur pemberian aktivitas bertahap untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas. 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.

Kata kunci : CHF, Intoleransi Aktivitas, aktivitas bertahap

1. Latar Belakang

Gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah ke seluruh tubuh. Resiko Gagal jantung kongestif (CHF) akan meningkat pada orang lanjut usia (lansia) karena fungsi ventrikel akibat penuaan. CHF ini dapat menjadi kronik apabila disertai dengan penyakit-penyakit seperti : hipertensi, penyakit katub jantung , kardiopati, dan lain-lain. Gagal jantung kongestif (CHF) juga dapat menjadi kondisis akut dan berkembang secara tiba-tiba pada miokard infark. (Kasron, 2012)

Berdasarkan data Tsao & Gibson (2004) dalam Suharsono, T, (2013) di Amerika Serikat sekitar 5,7 juta orang menderita gagal

jantung, 670.000 kasus baru didiagnosa setiap tahun. Sedangkan data Riskesdas (2013) menjelaskan bahwa prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,13% atau diperkirakan sekitar 229.696 orang. Jumlah penderita penyakit gagal jantung terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Timur sebanyak 54.826 orang (0,19%). Data tersebut menggambarkan prevalensi penyakit jantung di Indonesia cukup tinggi.

Di Asia, akibat tingginya prevalensi hipertensi, 50% penderita gagal jantung memiliki fungsi sistolik normal dan kejadian gagal jantung diastolik selanjutnya meningkat selama proses penuaan. Angka kematian gagal jantung diastolik adalah sekitar 5-8%

Pengaruh Pijat Punggung terhadap Skor Kelelahan Pasien Gagal Jantung

Bambang Aditya Nugraha¹, Sari Fatimah², Titis Kurniawan²
¹Akper Pemda Garut, ²Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran
Email : bambangadityanugraha@gmail.com

Abstrak

Kelelahan merupakan salah satu masalah serius pada pasien dengan gagal jantung karena dapat menurunkan produktivitas dan meningkatkan angka kesakitan. Pijat punggung merupakan salah satu intervensi yang berpotensi efektif mengatasi kelelahan dan relatif sederhana, mudah dan murah dalam pengaplikasiannya. Meski demikian, belum ada studi yang membuktikan pengaruh terapi ini dalam mengatasi kelelahan pasien gagal jantung. Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi pengaruh pijat punggung terhadap skor kelelahan pasien gagal jantung di RSUD dr. Slamet Garut. Penelitian *quasi experiment* ini menggunakan rancangan *one group pretest and posttest* dengan melibatkan 30 pasien gagal jantung yang diambil secara *consecutive sampling*. Kelelahan pasien gagal jantung dikumpulkan menggunakan *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT)* skala kelelahan. Data dianalisis secara deskriptif dan uji inferensial dilakukan menggunakan *paired t test*. Hasil penelitian menunjukkan rerata skor kelelahan pasien sebelum diberikan intervensi pijat punggung sebesar 24,67 (SD=7,078) dan setelah diberikan intervensi pijat punggung sebesar 15,9 (SD=5,75). Terdapat penurunan skor kelelahan yang bermakna sesudah dilakukan intervensi pijat punggung dengan nilai $p=0,000$ ($p<0,005$). Selain itu, didapatkan skor kelelahan setelah intervensi hari ketiga secara bermakna lebih rendah dibanding skor kelelahan hari kedua ($p=0,006$) dan hari pertama ($p=0,000$). Simpulan penelitian ini adalah terdapat pengaruh pijat punggung terhadap skor kelelahan pada pasien dengan gagal jantung di RSUD dr. Slamet Garut, semakin sering frekuensi pijat punggung semakin besar penurunan skor kelelahan. Berdasarkan hal tersebut menjadi penting bagi petugas kesehatan untuk menjadikan pijat punggung sebagai salah satu upaya terapi komplementer dalam pengelolaan kelelahan pada pasien gagal jantung.

Kata kunci: Gagal jantung, kelelahan, pijat punggung.

The effect of Back Massage against Fatigue Score on Heart Failure Patients

Abstract

Fatigue is one of the most serious problems in patients with heart failure because it can decrease productivity and increase morbidity. Back massage is one of the potentially effective interventions to overcome fatigue and is relatively simple, easy and inexpensive in its application. Nevertheless, no studies have proven the effect of this therapy in overcoming the fatigue of patients with heart failure. The purpose of this study was to identify the effect of back massage to fatigue score of patients with heart failure in RSUD dr. Slamet Garut. This quasi experimental study used a one group pretest and posttest design involving 30 heart failure patients taken by consecutive sampling. Fatigue of heart failure patients was collected using Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) fatigue scale. Data were analyzed descriptively and inferential test was conducted using paired t test. The results showed the average of patient's fatigue score before back massage treatment applied was 24,67 (SD = 7,078) and after the treatment decrease to 15.9 (SD = 5.75). There was a significant decrease in fatigue scores after a back massage treatment applied with $p = 0,000$ ($p < 0.005$). In addition, the fatigue score after the third day of intervention was significantly lower than the second day fatigue score ($p = 0.006$) or the first day ($p = 0.000$). The conclusion of this research is that there is a significant influence of back massage to fatigue score in patients with heart failure in RSUD dr. Slamet Garut, the more frequent the back massage given to the patients, the greater the fatigue score decreases. Based on this result, it becomes important for health workers to consider back massage as one of the efforts of complementary therapy in the management of fatigue on patients with heart failure.

Keywords: Back massage, fatigue, heart failure.

**DEEP BREATHING EXERCISE DAN ACTIVE RANGE OF MOTION EFEKTIF
MENURUNKAN DYSPNEA PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE**

**(DEEP BREATHING EXERCISE AND ACTIVE RANGE OF MOTION EFFECTIVELY RE-
DUCE DYSPNEA IN CONGESTIVE HEART FAILURE PATIENTS)**

Novita Nirmalasari^{1*}

¹Prodi Ners STIKes Jenderal Achmad Yani Yogyakarta

²Prodi Magister Keperawatan Poltekkes Kemenkes Semarang

³Prodi Kedokteran Umum Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro Semarang

*e-mail: novitanimalasari@gmail.com

ABSTRAK

Kata kunci:
*active range of
motion
congestive heart
failure
deep breathing ex-
ercise
dyspnea*

Dyspnea merupakan manifestasi klinis *congestive heart failure* (CHF) akibat kurangnya suplai oksigen karena penimbunan cairan di alveoli. Merupakan faktor penting yang memengaruhi kualitas hidup pasien. Penimbunan tersebut membuat jantung tidak mampu memompa darah dengan maksimal. Dampak perubahan terjadi peningkatan sensasi dyspnea pada otot respiratori. Penatalaksanaan non farmakologi berupa tindakan bertujuan menjaga stabilitas fisik, menghindari perilaku yang dapat memperburuk kondisi dan mendeteksi gejala awal perburukan gagal jantung. Penelitian bertujuan mengetahui pengaruh *deep breathing exercise* dan *active range of motion* terhadap dyspnea pada pasien CHF. Penelitian menggunakan desain *quasi experimental pre-post test* dengan kelompok kontrol melibatkan 32 responden dengan teknik *stratified random sampling*. Alat ukur penelitian menggunakan *modified Borg scale*. Intervensi dengan memberikan *deep breathing exercise* sebanyak 30 kali dilanjut dengan *active range of motion* masing-masing gerakan 5 kali. Intervensi sebanyak 3 kali sehari selama 3 hari. Waktu penelitian bulan April-Juni 2017 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan RS PKU Muhammadiyah Gamping. Analisis data menggunakan *paired t-test* menunjukkan $p < 0,001$ pada kelompok intervensi dan $p = 0,001$ pada kelompok kontrol. Analisis dengan *Mann Withney* menunjukkan hasil intervensi *deep breathing exercise* dan *active range of motion* lebih efektif daripada intervensi standar rumah sakit atau semi *fowler* dalam menurunkan dyspnea ($p = 0,004$, $\alpha = 0,05$). Peneliti merekomendasikan penerapan *deep breathing exercise* dan *active range of motion* sebagai bentuk pilihan intervensi dalam fase *inpatient* untuk mengurangi dyspnea pada pasien CHF.

ABSTRACT

Keywords:
*active range of
motion
congestive heart
failure
deep breathing ex-
ercise
dyspnea*

Dyspnea is a clinical manifestation of congestive heart failure (CHF) due to lack of oxygen supply because of accumulation of fluid in the alveoli. This is an important factor that affects the quality of life of patients. The accumulation makes the heart unable to pump up to the maximum. The effect in respiratory muscle increases the sensation of dyspnea. Non-pharmacological management is measures aimed to maintain physical stability, avoid behaviors that can aggravate the condition, and detect early symptoms of worsening heart failure. The purpose of this study was to evaluate the influence of deep breathing exercise and active range of motion on

GAMBARAN AKTIVITAS SEHARI-HARI PADA PASIEN GAGAL JANTUNG KELAS II DAN III DI POLI JANTUNG RSU KABUPATEN TANGERANG

Rita Sekarsari¹, Ade Irma Suryani²

- 1). Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tangerang
- 2). Mahasiswa program S-1 Keperawatan dan Ners

ABSTRAK

Batasan dalam kegiatan hidup sehari-hari disebabkan oleh sesak napas merupakan temuan umum pada pasien dengan gagal jantung kelas fungsional II dan III. Penilaian spesifik keterbatasan kegiatan hidup sehari-hari dapat digunakan sebagai parameter dari perkembangan penyakit dan respon terapi. Penelitian ini bertujuan untuk menentukan perbedaan keterbatasan aktivitas sehari-hari pasien gagal jantung kelas II dan III dan untuk mengetahui hubungan usia dengan keterbatasan aktivitas sehari-hari pada pasien gagal jantung kelas II dan III. Dengan sampel 35 partisipan, usia 45-85 tahun, kedua jenis kelamin, diagnosis Gagal Jantung kelas fungsional II dan III. Pasien memiliki skor keterbatasan kegiatan hidup sehari-hari rata-rata 6 yang menunjukkan 60% partisipan mandiri pada aktivitas sehari-harinya dan 40% dengan bantuan pada aktivitas sehari-harinya. dengan nilai p-value 0,003. Berdasarkan usia pun diperoleh 53,3% (45-65 tahun) dan 46,7% (66-85 tahun) dengan nilai p-value 0,001.

Kata kunci : gagal jantung, aktivitas sehari-hari.

ABSTRACT

Limitations in activities of daily living (ADL) due to dyspnea is a common finding in patients with heart failure (HF), functional class II and III. Specific assessment of ADL limitations can be used as a parameter of disease progression and response to therapy. However, there is a shortage of instruments to assess ADL in this population. This study aims to determine the differences in the limitations of daily activities of patients with heart failure class II and III and to determine the relationship of age with the limitations of daily activities in patients with heart failure class II and III. Thirty patients 45-85 years of both sexes with a clinical diagnosis of HF functional class II and III. Patients had an average score of ADL 6 which showed 60% of patients independent in his daily activities and 40% of patients with assistance in their daily activities. With the results of ADL scores were obtained showed the limitations of activities of daily living in patients with heart failure class II and III, and there are differences in the everyday picture of activity in patients with heart failure class II and III with a p-value of 0.003. Based on age was obtained 53.3% (45-65 years) and 46.7% (66-85 years) so it shows that there is a relationship of age with activities of daily living in patients with heart failure class 2 and 3 with value p-value 0.001

Keywords : heart failure, activities of daily living.

Fatigue Pada Pasien Gagal Jantung Di Ruang Rawat Inap Rsau Dr. M. Salamun

Nisa Utami¹, Ero Haryanto², Anisa Fitri³

¹Poltekkes TNI AU Ciumbuleuit Bandung, nisautami.idris@gmail.com

²Poltekkes TNI AU Ciumbuleuit Bandung,

³Poltekkes TNI AU Ciumbuleuit Bandung, annisafitri577@gmail.com

ABSTRAK

Gagal jantung merupakan kelainan fungsi jantung untuk memompa darah ke seluruh tubuh. Penyakit gagal jantung menempati peringkat ke-4 dari 10 penyakit rawat inap terbanyak di RSAU dr. M Salamun. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran *fatigue* pada pasien gagal jantung di Ruang Rawat Inap RSAU dr. M Salamun. *Fatigue* adalah kondisi patologis yang menyebabkan penurunan produktivitas dalam kegiatan sehari-hari dan kualitas hidup. Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian *deskriptif kuantitatif* dengan jumlah sampel 30 responden dan teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *accidental sampling*. Instrumen yang digunakan adalah *Fatigue Assessment for Chronic Illness Therapy (FACIT) Fatigue Scale* yang telah diuji validitas dengan hasil *r* hitung 0,331 – 0,636 dan diuji realibilitas dengan nilai *Alpha Cronbach* 0,646. Hasil penelitian didapatkan sebanyak 18 responden (60%) mengalami kelelahan berat. Saran bagi perawat di RSAU dr. M Salamun untuk meningkatkan pengkajian mengenai *fatigue* guna menentukan intervensi yang tepat dalam asuhan keperawatan.

Kata kunci: Gagal jantung, *Fatigue*.

Heart failure is a dysfunction of the heart to pump blood throughout the body. Heart failure is ranked 4th out of the 10 most hospitalized diseases in RSAU dr. M Salamun. The purpose of this study was to determine the description of fatigue in heart failure patients in the ward of RSAU dr. M Salamun. Fatigue is a pathological condition that causes a decrease in productivity in daily activities and quality of life. The type of this study is quantitative descriptive with a sample of study is 30 respondents using accidental sampling technique. The instrument used is Fatigue Assessment for Chronic Illness Therapy (FACIT) Fatigue Scale which has been tested for validity with the results of r count 0,331 – 0,636 and tested reliability with Cronbach Alpha value 0.646. The results showed that 18 respondents (60%) experienced severe fatigue. Advice for nurses at RSAU dr. M Salamun to improve the assessment of fatigue in order to determine the right intervention in nursing care.

Keywords: Heart failure, *Fatigue*.