

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan langkah awal sekaligus fondasi dari proses keperawatan, di mana perawat secara sistematis mengumpulkan informasi mengenai kondisi fisik, psikologis, sosial, spiritual, serta lingkungan pasien. Berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan fisik yang dilakukan pada tanggal 4 Juni 2025 terhadap Ny. W, seorang pasien berusia 58 tahun, diketahui bahwa keluhan utama saat masuk rumah sakit adalah nyeri dada. Rincian nyeri yang dirasakan meliputi: P– nyeri muncul saat pasien berada dalam satu posisi diam, Q – nyeri seperti ditusuk-tusuk, R– nyeri terasa di dada dan menjalar ke punggung, S – intensitas nyeri berada pada skala 5, dan T – nyeri dirasakan hilang timbul.

Keluhan penyerta yang dirasakan pasien yaitu pasien mengatakan merasa mudah lelah, batuk sudah 2 hari, sesak nafas dan terengah-engah saat bangun tidur, sedikit pusing, kaki terasa kebas. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa tanda gejala dari CHF meliputi dispnea, PND, batuk, suara ronkhi pada auskultasi paru, kelelahan dan lemas. Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan Riwayat penyakit darah tinggi. Hipertensi yang tidak terkontrol merupakan salah satu faktor risiko utama terjadinya CHF. Tekanan darah yang terus-menerus tinggi menyebabkan peningkatan beban kerja jantung, khususnya ventrikel kiri, yang harus memompa darah melawan tekanan sistemik yang tinggi.

Saat dilakukan pengukuran tekanan darah, hasil tekanan darah pasien yaitu 160/90 mmHg. Hasil pemeriksaan echocardiography pada Ny W didapatkan hasil LVIDd 63 dan LAV 169, LVH konsentrik hal ini menandakan terjadi pelebaran ruang jantung kiri, biasanya terjadi akibat kelebihan volume, didukung dengan hasil pemeriksaan rontgen thorax pada pasien bahwa terdapat edema pulmo, disebabkan juga oleh tekanan darah tinggi jangka panjang. Hasil echocardiography didapatkan hasil EF 25 %, hal ini

menunjukkan gagal jantung sistolik berat. Hal ini sesuai dengan teori bahwa perlunya dilakukan pemeriksaan echocardiography, foto thorax, ekg dan pemeriksaan laboratorium.

4.2 Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan teori keperawatan, pasien dengan CHF umumnya menunjukkan diagnosis keperawatan utama, yaitu:

- 4.2.1 Penurunan curah jantung, sebagai akibat dari ketidakmampuan jantung memompa darah secara efektif.
- 4.2.2 Pola napas tidak efektif, karena kongesti paru dan penurunan perfusi oksigen.
- 4.2.3 Hipervolemia, akibat retensi cairan karena aktivasi sistem renin-angiotensin-aldosteron.
- 4.2.4 Intoleransi aktivitas, disebabkan oleh kelelahan, hipoksia jaringan, dan penurunan kapasitas fungsional.

Keempat diagnosis tersebut sesuai dengan manifestasi khas CHF secara fisiologis, dan mendasari intervensi keperawatan standar. Namun, dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, ditemukan tambahan diagnosis keperawatan yaitu, Nyeri akut berhubungan dengan iskemia miokard dan kongesti paru, ditandai dengan keluhan nyeri dada kiri, ekspresi nyeri, dan didukung oleh hasil foto thoraks yang menunjukkan edema pulmonum sinistra.

Penambahan diagnosis ini mencerminkan pentingnya pendekatan keperawatan yang responsif terhadap data aktual pasien. Edema paru kiri (edema pulmo sinistra) menunjukkan kongesti berat pada paru-paru bagian kiri akibat gagal jantung kiri, yang dapat menyebabkan tekanan dan iritasi pleura, sehingga menimbulkan nyeri dada. Dalam kondisi CHF, nyeri dada juga bisa berasal dari iskemia miokard sekunder akibat peningkatan beban jantung.

Oleh karena itu, meskipun nyeri akut bukanlah diagnosis keperawatan CHF yang secara teoritis paling umum, konteks klinis pasien menuntut penanganan

yang tepat terhadap masalah ini. Diagnosis "nyeri akut" menjadi diagnosa tambahan yang sah dan relevan, karena memiliki dasar subjektif (keluhan pasien), objektif (ekspresi nyeri, distress), dan pemeriksaan penunjang (edema paru di foto thoraks) (Yustilawati & Musdalifah, 2021)

Diagnosa yang tidak muncul pada asuhan keperawatan yang telah dilakukan yaitu pola nafas tidak efektif, Berdasarkan hasil pengkajian, meskipun pasien mengeluh sesak napas, kondisi tersebut tidak disertai dengan tanda-tanda klasik seperti penggunaan otot bantu napas, retraksi dinding dada, pola napas yang dangkal atau tidak teratur, dan tidak ada keluhan napas berbunyi (wheezing, ronkhi basah kasar), yang merupakan indikator utama dari pola napas tidak efektif. Selain itu, hasil auskultasi paru menunjukkan bunyi napas tambahan hanya ringan, dan saturasi oksigen pasien masih dalam batas aman setelah mendapatkan terapi oksigen.

Oleh karena itu, diagnosis pola napas tidak efektif tidak menjadi prioritas utama karena tidak memenuhi kriteria objektif yang kuat. Diagnosis lain seperti penurunan curah jantung, nyeri akut, hipervolemia, dan intoleransi aktivitas lebih mencerminkan kondisi klinis utama pasien dan menjadi fokus intervensi keperawatan yang lebih relevan dalam mendukung pemulihan fungsi jantung dan keseimbangan cairan.

4.3 Rencana Keperawatan

4.3.1 Penurunan Curah Jantung

Pada pasien Ny. W, diagnose keperawatan penurunan curah jantung diangkat sebagai diagnosa utama berdasarkan kondisi medis utama yaitu Congestive Heart Failure, dengan hasil pemeriksaan echocardiography menunjukan LVIDd 63 dan LAV 169, LVH konsentrik hal ini menandakan terjadi pelebaran ruang jantung kiri. Hasil echocardiography didapatkan hasil EF 25 %, hal ini menunjukkan gagal jantung sistolik berat. Secara klinis pasien mengalami kelelahan mengeluh pusing hilang timbul, tekanan darah tinggi 160/90 mmHg,

pasien juga mengatakan sesak nafas yang hilang timbul. Pasien memiliki Riwayat penyakit darah tinggi sudah lebih dari 5 tahun.

Rencana keperawatan disusun bertujuan untuk menstabilkan hemodinamik pasien, meningkatkan perfusi jaringan, mengurangi beban kerja jantung serta memberikan dukungan fisik dan psikologis kepada pasien. setiap intervensi yang dilakukan memiliki dasar teori serta disesuaikan dengan kondisi aktual pasien.

Langkah pertama adalah mengidentifikasi tanda gejala primer penurunan curah jantung seperti takikardia, hipotensi, kulit pucat, oliguria, dispnea dan kelelahan. Pada pasien tidak ditemukan hipotensi melainkan pasien mengalami hipertensi, tidak mengalami oliguria karena produksi urin 600-800 cc/ 6jam. Dalam pasien Ny.W tekanan darah, output, keluhan lelah dan dispnea masih perlu diobservasi karena tekanan darah tinggi dapat meningkatkan beban kerja jantung dan memperburuk kondisi pasien dengan gangguan kardiovaskular oleh karena itu, pemantauan tekanan darah diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas terapi dan mencegah komplikasi seperti gagal jantung atau krisis hipertensi. Output urin harus diawasi secara ketat pada pasien yang mendapat furosemid, karena diuretik ini berfungsi menurunkan beban volume cairan melalui peningkatan ekskresi urin.. Keluhan lelah mencerminkan berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan akibat curah jantung yang tidak optimal, sehingga penting untuk memantau intensitas dan pola kelelahan sebagai indikator perfusi sistemik. Sementara itu, dispnea (sesak napas) merupakan gejala khas dari kongesti paru yang perlu dipantau karena bisa menunjukkan perburukan fungsi jantung kiri (Vi *et al.*, 2022)

4.3.2 Nyeri Akut

Pada pasien Ny W saat dilakukan pengkajian pada hari pertama mengeluh nyeri pada dada, P: nyeri terasa saat pasien diam satu posisi, Q : nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, R : nyeri terasa dari dada menjalar ke punggung, S : nyeri skala 5, T : nyeri hilang timbul. Penulis menegakkan diagnose nyeri akut pada

prioritas kedua karena pada saat dilakukan Tindakan pasien mengeluhkan nyeri hebat secara tiba-tiba. Hasil pemeriksaan fisik pasien tampak meringis Hal ini selaras dengan teori (Pratiwi & Fibriyanti, 2025) yang menyebutkan bahwa nyeri terjadi akibat ketidakseimbangan antara kebutuhan oksigen miokardium dan pasokannya pada penderita CHF. Nyeri dada, pasien tampak meringis dan gelisah juga sejalan dengan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh (Zikry & Ningsih, 2024) pada pasien dengan CHF yang juga menunjukkan respon yang sama.

Rencana keperawatan yang dilakukan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala dan intensitas nyeri. Hal ini merupakan langkah awal untuk melakukan pengkajian nyeri secara menyeluruh karena pada pasien CHF sering mengalami nyeri dada (angina) atau nyeri akibat dari retensi cairan dan kelelahan. Pada pasien Ny W nyeri dirasakan hilang timbul maka dari itu perlu dilakukan observasi keluhan nyeri setiap saat. Selanjutnya memberikan teknik nonfarmakologis seperti distraksi, relaksasi napas dalam atau kompres hangat juga dapat menurunkan persepsi nyeri. Terapi nonfarmakologis penting untuk pasien CHF karena sering memiliki Batasan terapi farmakologis akibat risiko fluid overload atau gangguan fungsi ginjal (Septi Triadma Injarwati, 2024).

Selanjutnya memfasilitasi pasien untuk istirahat dan tidur. Istirahat yang cukup membantu regenerasi dan menurunkan persepsi nyeri melalui pengurangan stimulasi. Posisi tidur semi fowler dan lingkungan yang aman dan nyaman membantu mengurangi beban kerja jantung. Dibantu dengan pemberian analgetic ketorolac 1 amp extra karena keluhan nyeri pasien yang semakin berat tentunya dengan kolaborasi dari dokter sesuai indikasi (Kusuma & Surakarta, 2024)

Rencana nyeri akut yang disusun sudah sesuai dengan teori asuhan keperawatan dan penting untuk disesuaikan dengan kondisi khusus pasien CHF (Apriza Sapura, 2024)

4.3.3 Hipervolemi

Saat dilakukan pengkajian pasien Ny W mengatakan bahwa pasien masih batuk dan sesak nafas berkurang namun tidak ditemukan edema pada ekstremitas. Oleh karena itu rencana keperawatan yang telah ditegaskan yaitu memeriksa tanda dan gejala hipervolemia yang meliputi edema, ortopnea, peningkatan tekanan darah, ronkhi paru. Pada pasien CHF hipervolemia merupakan komplikasi utama yang terjadi akibat penurunan curah jantung yang memicu retensi natrium dan air oleh ginjal (Purnama Sari *et al.*, 2023)

Rencana keperawatan selanjutnya memonitor intake dan output penting untuk dilakukan. Pasien CHF mengalami gangguan fungsi pompa jantung yang menyebabkan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan distribusi oksigen serta nutrisi ke jaringan tubuh. Oleh karena itu perlu dilakukan monitoring intake dan output cairan untuk menghindari komplikasi seperti gagal ginjal akut, dehidrasi, atau hipotensi akibat sekresi yang berlebihan (Purnama Sari *et al.*, 2023).

Selanjutnya, meninggikan kepala tempat tidur 30-45° untuk membantu ekspansi paru dan memperbaiki oksigenasi. Dalam posisi ini dapat mengurangi kerja jantung dan memperbaiki kenyamanan pasien untuk bernafas. Pada pasien Ny W telah dilakukan pemeriksaan foto thorax dan diperoleh hasil terdapat edema paru, sehingga pemberian posisi ini efektif untuk mengurangi sesak nafas pasien (Jafar & Budi, 2023).

Rencana Tindakan yang selanjutnya yaitu kolaborasi pemberian diuretic furosemide 2 amp per 8 jam. Furosemide digunakan untuk mengurangi overload cairan. Selain itu furosemide juga membantu mengurangi preload jantung dengan cara meningkatkan ekskresi cairan (Pokhrel, 2024)

Kesimpulannya seluruh rencana Tindakan yang telah ditegaskan telah sesuai untuk penatalaksanaan hipervolemia pada pasien CHF. Fokus utama dari dilakukannya rencana Tindakan yaitu mengurangi kelebihan cairan,

meningkatkan oksigenasi dan kenyamanan pasien, mencegah komplikasi serta meningkatkan kepatuhan pasien terhadap terapi cairan dan diet.

4.3.4 Intoleransi Aktivitas

Pasien Ny W dengan CHF tidak hanya mengalami gangguan sirkulasi dan retensi cairan, tetapi juga menghadapi penurunan toleransi aktivitas akibat kelelahan fisik dan emosional yang berlangsung kronis sesuai dengan hasil pengkajian bahwa pasien sudah memiliki Riwayat penyakit jantung. Ketidakefisienan perfusi jaringan menyebabkan tubuh cepat lelah. Oleh karena itu penyusunan rencana Tindakan keperawatan yang tepat sangat penting untuk membantu pasien mengelola energi secara efektif (Ardiana, 2023).

Rencana Tindakan yang pertama monitor kelelahan fisik dan emosional seperti lemas, mudah lelah, cemas dan depresi. CHF menurunkan suplai oksigen ke otot dan otak sehingga diperlukan pemantauan untuk menentukan kapan pasien siap untuk melakukan aktivitas atau kapan harus istirahat total (Setianingsih & Hastuti, 2022)

Selanjutnya lakukan Latihan rentang gerak aktif untuk membantu menjaga kekuatan otot dan mencegah atrofi tanpa membebani jantung. Pada pasien Ny W tidak ada kelemahan pada ekstremitas hanya saja terkadang merasa lelah. Latihan rentang gerak bisa membantu mempertahankan mobilitas dan sirkulasi tanpa memicu kelelahan berlebihan (Simamora *et al.*, 2023)

Rencana Tindakan selanjutnya sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus untuk mengurangi stress psikologis dan beban kerja jantung. Lingkungan yang tenang mendukung istirahat dan memperbaiki proses penyembuhan (Sampelan, 2023)

Rencana Tindakan yang telah ditegaskan berfokus pada pembatasan beban kerja jantung yang merupakan prinsip penting dalam asuhan keperawatan CHF. Rencana Tindakan ini tidak hanya menurunkan risiko kelelahan dan

nyeri akut tetapi juga meningkatkan kapasitas fungsional dan kualitas hidup pasien secara menyeluruh

4.4 Implementasi

Seluruh rencana keperawatan yang telah dilaksanakan terhadap pasien Ny W telah dilakukan implementasi keperawatan sesuai dengan rencana asuhan yang telah ditegakkan sebelumnya, mencakup intervensi keperawatan yang terstruktur dan terarah terhadap masalah keperawatan pasien. Seluruh tindakan keperawatan dilaksanakan berdasarkan standar prosedur operasional (SPO) dan mengacu pada teori tindakan keperawatan, yang menekankan pada pendekatan sistematis dalam membantu individu mencapai tingkat kesehatan optimal.

4.4.1 Penurunan Curah Jantung

Pada hari pertama dan kedua dilaksanakan asuhan keperawatan, implementasi yang dilakukan focus terhadap pengurangan retensi cairan, pemantauan hemodinamik, manajemen nyeri dan dukungan edukatif.

Implementasi dilakukan mulai dari memantau tanda-tanda vital dan output cairan. Pada pasien Ny W ditemukan peningkatan tekanan darah, nadi meningkat dan suhu dalam batas normal yang dapat mengindikasikan adanya penurunan fungsi pompa jantung

Tindakan selanjutnya yaitu memantau nyeri dada yang dirasakan pasien. Pada Ny W saat dilakukan asuhan keperawatan hari pertama mengatakan terasa nyeri dada yang menjalar ke belakang dengan skala nyeri 6. Namun saat hari kedua pasien mengatakan bahwa nyeri sudah berkurang. Keluhan nyeri bisa menjadi tanda adanya angina atau penurunan fungsi miokard

Perawat memberikan Obat (Spironolakton 12,5 mg per oral) Spironolakton adalah diuretik hemat kalium yang sering digunakan dalam CHF untuk mengurangi retensi natrium dan air serta menurunkan tekanan vena pulmonal

tanpa menyebabkan hipokalemia. Pasien dapat menelan obat dengan baik, dan tidak ada reaksi alergi yang muncul.

4.4.2 Nyeri Akut

Perawat telah melakukan implementasi keperawatan selama 2 hari. Penatalaksanaan keperawatan difokuskan pada upaya mengoptimalkan curah jantung, mengurangi gejala, serta meningkatkan kenyamanan dan kualitas hidup pasien.

Perawat mengidentifikasi Nyeri (Lokasi, Karakteristik, Intensitas, Durasi, Frekuensi). Pasien mengeluh nyeri dada dengan karakteristik tertusuk, menjalar ke belakang, skala 9 (berat), dan tampak meringis. Ini menunjukkan bahwa nyeri masih dalam tahap akut dan membutuhkan intervensi lanjutan.

Asuhan keperawatan selama dua hari menunjukkan respon positif dari pasien CHF. Evaluasi menunjukkan adanya penurunan nyeri, tidak adanya reaksi alergi terhadap obat, dan perbaikan dalam pola istirahat.

Hal ini menandakan bahwa intervensi keperawatan yang diberikan telah berjalan efektif, dan perlu dilanjutkan serta dimonitor secara konsisten untuk mencegah kekambuhan dan komplikasi lebih lanjut (Manullang *et al.*, 2025)

4.4.3 Hipervolemi

Dilakukan asuhan keperawatan selama 2 hari intervensi yang dilakukan ditujukan untuk mengatasi dan mencegah perburukan kondisi hipervolemia melalui pendekatan yang terukur, tepat, dan sesuai standar praktik keperawatan.

Dilakukan pemantauan tekanan darah, frekuensi nadi, suhu, dan laporan gejala seperti sesak napas, nyeri dada, dan pembengkakan kaki. Pasien CHF

sering menunjukkan gejala tersebut akibat peningkatan tekanan vena pulmonal. Namun pada pasien Ny W tidak ditemukan edema pada kaki akan tetapi pada hasil foto thorax ditemukan edema pulmo.

Pencatatan masukan cairan (oral & IV) dan output (urin) dilakukan. Balance cairan dihitung untuk mengetahui status volume cairan harian. Sesuai dengan program dokter yang memberikan target bahwa balance cairan pada Ny W harus minus untuk mengurangi penumpukan cairan.

Oleh karena itu perawat juga memberikan terapi furosemide 2 ampul tiap 8 jam bertujuan untuk mengurangi cairan tubuh yang berlebih. Evaluasi setelah pemberian menunjukkan pasien mengalami peningkatan pengeluaran urin 600-800 cc/6jam

Implementasi Tindakan yang telah dilakukan oleh penulis sesuai dengan asuhan keperawatan yang juga mengimplementasikan Tindakan untuk mengatasi hipervolemia diantaranya monitor tanda vital, membatasi asupan cairan dan garam, monitoring balance cairan 24jam dan kolaborasi pemberian furosemid (Purnama Sari *et al.*, 2023)

4.4.4 Intoleransi Aktivitas

Selama memberikan asuhan keperawatan selama 2 hari secara berkesinambungan untuk memantau dan mengevaluasi perkembangan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas fisik ringan. Pasien dengan CHF mengalami penurunan curah jantung yang menyebabkan ketidakmampuan memenuhi kebutuhan oksigen tubuh selama aktivitas, sehingga muncul gejala kelelahan, sesak, dan mudah lelah saat beraktivitas ringan.

Pada hari pertama dilakukan asuhan keperawatan, pasien masih mengeluh merasa lelah saat dirinya melakukan mobilisasi diatas tempat tidur. Tindakan yang dilakukan oleh perawat yaitu menganjurkan pasien untuk beraktivitas

bertahap. Hal ini efektif dilakukan, pasien mampu duduk dan melakukan aktivitas ringan tanpa sesak nafas berat.

Memberikan posisi semi fowler saat pasien tidur dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan ekspansi paru dan menurunkan preload jantung. Setelah dilakukan implementasi selama 2 hari pasien Ny W merasa lebih nyaman dan tidur lebih baik. Posisi ini yang mendukung toleransi aktivitas.

Evaluasi hasil selama 2 hari setelah dilakukan implementasi keperawatan yaitu pasien Ny W masih merasa lelah namun pasien juga menunjukkan peningkatan kemampuan beraktivitas. Pasien mampu duduk dan melakukan aktivitas ringan. Pasien juga tidak tampak sesak berat atau peningkatan beban jantung selama Latihan.

4.5 Evaluasi

4.5.1 Penurunan curah jantung

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 hari hasil evaluasi menunjukkan bahwa pasien masih mengalami tanda dan gejala penurunan curah jantung. Pasien mengeluhkan sesak napas namun hilang timbul saat aktivitas ringan dan cepat lelah

Evaluasi ini mengindikasikan bahwa tujuan jangka pendek asuhan keperawatan tercapai sebagian, yaitu peningkatan curah jantung yang ditandai dengan perbaikan tanda vital dan penurunan keluhan pasien. Kondisi ini dapat dijelaskan secara teoritis melalui teori perfusi jaringan dan teori sistem kardiovaskular, yang menyatakan bahwa curah jantung (cardiac output) dipengaruhi oleh frekuensi denyut jantung, kekuatan kontraktilitas miokard, preload, dan afterload.

Pada pasien dengan CHF, penurunan kemampuan jantung memompa darah secara efektif menyebabkan penumpukan cairan sistemik dan pulmonal, yang memicu gejala seperti dispnea dan edema.

Meskipun intervensi telah dilaksanakan sesuai standar, hasilnya belum menunjukkan perbaikan klinis yang signifikan, sehingga diperlukan pemantauan lebih lanjut. Berdasarkan teori fisiologi kardiovaskular dan teori keperawatan Orem, dapat disimpulkan bahwa masalah penurunan curah jantung pada Ny. W masih berlanjut, dan evaluasi menunjukkan perlunya intervensi berkelanjutan yang terfokus pada optimasi fungsi jantung dan peningkatan kapasitas aktivitas pasien.

4.5.2 Nyeri Akut

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 hari diperoleh hasil bahwa pasien melaporkan penurunan intensitas nyeri. Hasil observasi objektif menunjukkan ekspresi wajah pasien lebih rileks, tanda vital lebih stabil, dan pasien tampak lebih tenang, yang mendukung pernyataan subjektif mengenai berkurangnya nyeri.

Nyeri dada pada pasien CHF biasanya disebabkan oleh kerja jantung yang berat dan sirkulasi darah yang kurang lancar. Bila jantung tidak bisa memompa darah secara efektif, jaringan tubuh kekurangan oksigen, dan ini bisa menyebabkan rasa nyeri, khususnya di dada.

Dengan memberikan posisi tubuh yang lebih nyaman, mengajarkan cara napas yang benar, menciptakan suasana yang tenang, dan memberi obat nyeri sesuai kebutuhan, maka tubuh pasien menjadi lebih rileks. Saat tubuh tidak dalam kondisi tegang, dan oksigenasi membaik, maka rasa nyeri pun akan berkurang.

Berdasarkan data subjektif (keluhan pasien) dan objektif (observasi tanda-tanda fisik), serta dikaitkan dengan teori keperawatan tentang nyeri, dapat disimpulkan bahwa tujuan untuk mengurangi nyeri akut pada Ny. W telah tercapai Sebagian. Pasien menunjukkan respons positif terhadap intervensi yang diberikan, dan nyeri sudah tidak lagi mengganggu aktivitas dasar maupun istirahat. Asuhan keperawatan akan dilanjutkan dengan fokus pada pencegahan kekambuhan nyeri dan peningkatan kualitas hidup pasien.

4.5.3 Hipervolemi

Selama 2 hari dilakukan Tindakan keperawatan, pasien mengatakan sesak nafas berkurang. Hasil observasi didapatkan hasil tidak ada edema pada ekstremitas pasien. Hipervolemia atau kelebihan cairan pada pasien CHF Ny. W umumnya terjadi karena jantung tidak mampu memompa darah dengan cukup kuat, sehingga ginjal menahan cairan dalam tubuh. Ini menyebabkan bengkak di kaki, sesak napas, dan kenaikan berat badan. Namun pada Ny W tidak mengalami kenaikan berat badan dan tidak ada edema pada kaki.

Setelah dua hari diberikan terapi cairan terbatas, obat pengeluaran cairan (diuretik), dan pemantauan yang ketat, kondisi pasien mulai menunjukkan tanda-tanda perbaikan, meskipun belum sepenuhnya pulih. Pasien merespons baik terhadap intervensi yang diberikan. Asuhan keperawatan akan dilanjutkan dengan fokus pada pemantauan lanjutan keseimbangan cairan, evaluasi efek diuretik, dan edukasi mandiri untuk mencegah kekambuhan.

Pada asuhan keperawatan yang dilakukan oleh (Purnama Sari *et al.*, 2023) menyebutkan bahwa evaluasi Tindakan yang telah dilakukan yaitu hasil pengelolaan didapatkan masalah hipervolemia teratasi dibuktikan dengan edema di kedua tungkai kaki menurun, berat badan membaik, JVP membaik, refleks hepatojugular membaik, balance +234ml dan pasien mengatakan tubuh menjadi lebih segar.

4.5.4 Intoleransi Aktivitas

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama dua hari, Ny. W menunjukkan tanda-tanda perbaikan terhadap masalah intoleransi aktivitas. Pasien menyampaikan bahwa keluhan cepat lelah mulai berkurang, terutama saat melakukan aktivitas ringan. Saat ini, pasien sudah mampu melakukan aktivitas sederhana di atas tempat tidur, seperti makan sendiri, menyisir rambut, dan latihan gerak ringan dengan bantuan.

Secara objektif, pasien tampak lebih segar, tidak lagi terengah-engah setelah aktivitas ringan, dan denyut nadi serta pernapasan kembali ke kondisi normal dalam waktu yang wajar setelah melakukan kegiatan.

Setelah dua hari diberikan perawatan berupa latihan ringan, istirahat yang cukup, dan dukungan dari perawat, pasien mulai bisa melakukan kegiatan kecil sendiri tanpa merasa terlalu lelah. Ini tanda bahwa tubuhnya mulai menyesuaikan diri dan kekuatannya perlahan kembali. Asuhan pasien dengan intoleransi aktivitas juga dilakukan oleh (Simamora et al., 2023) yang juga tercapai perbaikan kondisi pasien setelah diberikan asuhan keperawatan.

Berdasarkan data yang dikumpulkan dan teori yang mendasari, dapat disimpulkan bahwa tujuan dari diagnosa intoleransi aktivitas telah tercapai sebagian. Pasien menunjukkan peningkatan toleransi terhadap aktivitas ringan dan berkurangnya rasa lelah. Asuhan keperawatan akan tetap dilanjutkan dengan peningkatan bertahap aktivitas fisik sesuai kemampuan pasien, guna mendukung proses pemulihan secara optimal.

4.6 Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu bentuk bukti untuk memberikan laporan keperawatan yang dimiliki oleh perawat dalam melakukan catatan keperawatan yang bermanfaat untuk pasien. Dalam memberikan suatu pelayanan Kesehatan, penting bagi perawat dan satu tim untuk bertanggung jawab atas dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis.

Dokumentasi keperawatan dilakukan oleh seseorang yang hanya melakukan Tindakan atau observasi kepada pasien secara langsung. Berdasarkan asuhan keperawatan kepada Ny W sudah memenuhi beberapa prinsip dokumentasi keperawatan dan teknik keperawatan.

Penulis sudah menerapkan teknik dalam pencatatan asuhan keperawatan, dokumentasi dituliskan menggunakan pena tinta berwarna hitam, mudah dibaca dengan jelas, apabila terjadi kesalahan dalam penulisan maka dicoret satu kali dan diberikan nama terang. Penulis sudah memberikan nama dan tanda tangan

setelah melakukan atau menyelesaikan Tindakan. Penulisan dokumentasi keperawatan tidak meninggalkan ruang kosong, diberikan tanda jika tidak ada yang perlu ditulis.

Prinsip dokumentasi yang telah dilakukan sudah sesuai dengan teori dari (Potter et al., 2019)