

**PENERAPAN POSISI SEMI *FOWLER* DALAM MENGATASI  
KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAPAS PADA PASIEN  
*CONGESTIVE HEART FAILURE*  
DI RSUP FATMAWATI**

**KARYA TULIS ILMIAH**



**APRILIA RIZKI  
NIM: 20007**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN FATMAWATI  
JULI, 2023**

**PENERAPAN POSISI SEMI *FOWLER* DALAM MENGATASI  
KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAPAS PADA PASIEN  
*CONGESTIVE HEART FAILURE*  
DI RSUP FATMAWATI**

Karya Tulis Ilmiah disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan  
Pendidikan Program Studi Diploma Tiga Keperawatan



**APRILIA RIZKI  
NIM: 20007**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN FATMAWATI  
JULI, 2023**

## **PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aprilia Rizki

Nim : 20007

Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui,  
Pembimbing



**Ns. DWS Suare Dewi, M.Kep., Sp.Kep.MB.**

Jakarta, 3 Juli 2023  
Pembuat Pernyataan



**Aprilia Rizki**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **Penerapan Posisi Semi *Fowler* dalam Mengatasi Ketidakefektifan Pola Napas pada Pasien *Congestive Heart Failure* di RSUP Fatmawati** ini telah diterima dan disetujui untuk diujikan pada ujian sidang di hadapan Tim Penguji.

Jakarta, 3 Juli 2023  
Pembimbing



**Ns. DWS Suarse Dewi, M.Kep., Sp.Kep.MB**

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Diploma Tiga Keperawatan



**Zahri Darni, M.Kep**

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **Penerapan Posisi Semi Fowler dalam Mengatasi Ketidakefektifan Pola Napas pada Pasien *Congestive Heart Failure* di RSUP Fatmawati** ini telah diujikan dan dinyatakan “Lulus” dalam Ujian Sidang di hadapan Tim Penguji pada tanggal 4 Juli 2023.

Jakarta, 4 Juli 2023  
Penguji I



**Ns. DWS Suarse Dewi, M.Kep., Sp.Kep.MB**

Penguji II



**Ns. Winda Yuniarsih, M.Kep., Sp.Kep.MB**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan yang Maha Esa atas segala limpahan rahman dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **Penerapan Posisi Semi Fowler dalam Mengatasi Ketidakefektifan Pola Napas pada Pasien Congestive Heart Failure di RSUP Fatmawati**. Adapun tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk melengkapi salah satu persyaratan yang harus ditempuh dalam menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini merupakan kerja keras penulis yang tentunya tidak lepas dari dukungan dan bantuan berupa moril maupun materil dari berbagai pihak. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah, penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan namun berkat bimbingan serta bantuan dari berbagai pihak, akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya. Untuk itu izinkanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. dr. Andi Saguni, MA, selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta.
2. Ns. DWS Suarse Dewi, M.Kep., Sp.Kep.MB, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati, penguji 1, dan pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
3. Zahri Darni, M.Kep, selaku Ketua Prodi Diploma Tiga Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati dan dosen Pembimbing Akademik yang selalu memberikan semangat dan motivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah
4. Ns. Winda Yuniarsih, M.Kep., Sp.Kep.MB, selaku penguji II dari Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.
5. Ns. Hinin Wasilah, M.Sc, selaku Wali Kelas Angkatan XXIII Prodi Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu kesehatan fatmawati yang selalu memberikan semangat pada mahasiswanya.
6. Seluruh dosen beserta tenaga kependidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati.

7. Kedua orang tua tercinta mama Juminah dan ayah Baharudin yang telah memberikan kasih sayang, dorongan, dan semangat baik moril maupun materil serta do'a restu kepada penulis.
8. Saudara sekandung, kakak Yohana Saputri dan Sceli Riski yang selalu memberikan motivasi, do'a dan semangat kepada penulis.
9. Para teman-teman yang selalu menemani semasa kuliah, mendengarkan keluhan kesah penulis serta memberikan dukungan dan semangatnya untuk menghadapi masa indah maupun masa sulit semasa kuliah.
10. Seluruh Mahasiswa/I Prodi Diploma Tiga Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati angkatan XXIII.
11. Semua pihak yang telah banyak membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis mengucapkan terimakasih atas segala bantuan dan bimbingan dari semua pihak semoga mendapatkan balasan dari Allah SWT. Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Jakarta, 3 Juli 2023



Penulis

## ABSTRAK

Nama Mahasiswa : Aprilia Rizki  
Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan  
Judul KTI : Penerapan Posisi Semi *Fowler* dalam Mengatasi Ketidakefektifan Pola Napas pada Pasien *Congestive Heart Failure*.

Posisi Semi *fowler* merupakan posisi paling efektif dalam mempertahankan ekspansi paru agar ventilasi lebih adekuat pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF). CHF adalah ketidakmampuan jantung dalam memompa darah yang cukup ke seluruh tubuh sehingga terjadinya penimbunan cairan di alveoli. Masalah utama pada pasien CHF adalah ketidakefektifan pola napas dengan gejala klinis yang sering dialami, sesak dan mudah lelah saat beraktivitas. Tujuan penelitian ini untuk mendapatkan gambaran penerapan posisi semi *fowler* dalam mengatasi ketidakefektifan pola napas pada pasien CHF. Metode studi kasus ini jenisnya *deskriptif* dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, jumlah subjek sebanyak 2 responden. Intervensi sebanyak 3 kali sehari dengan durasi 20 menit selama 3 hari. Instrumen yang digunakan adalah format pengkajian asuhan keperawatan, lembar kuesioner, dan lembar observasi. Hasil penelitian antara sebelum dan sesudah intervensi didapatkan peningkatan pada status pernapasan subjek, dari tidak teratur menjadi teratur yaitu subyek I: 19x/menit, subjek II: 22x/menit, serta peningkatan saturasi oksigen pada kedua subjek rata-rata sebesar 1 – 2%. Kesimpulan dari penelitian ini adalah adanya pengaruh posisi semi *fowler* dalam mengatasi ketidakefektifan pola napas pasien CHF. Disarankan untuk pasien CHF hendaknya selalu diberikan posisi semi *fowler* saat berbaring di tempat tidur.

**Kata kunci:** *Congestive Heart Failure*, Ketidakefektifan Pola Napas, Posisi Semi *Fowler*

## ABSTRACT



Name : Aprilia Rizki  
Study Program : Diploma of Nursing  
Title : Application of the Semi *Fowler* Position in Overcoming the Ineffectiveness of Breathing Patterns in Congestive Heart Failure Patients.

Semi *fowler* position is the most effective position in maintaining lung expansion for more adequate ventilation in *Congestive Heart Failure* (CHF) patients. CHF is the inability of the heart to pump enough blood throughout the body resulting in fluid buildup in the alveoli. The main problem in CHF patients is the ineffectiveness of breathing patterns with clinical symptoms that are often experienced, tightness and easy fatigue during activities. The purpose of this study was to obtain an overview of the application of the semi *fowler* position in overcoming the ineffectiveness of breathing patterns in CHF patients. This case study method is descriptive using a nursing process approach, the number of subjects is 2 respondents. Intervention 3 times a day with a duration of 20 minutes for 3 days. The instruments used are nursing care assessment formats, questionnaire sheets, and observation sheets. The results of the study between before and after the intervention obtained an increase in the subject's respiratory status, from irregular to regular, namely subject I: 19x/min, subject II: 22x/min, and an increase in oxygen saturation in both subjects on average by 1 – 2%. The conclusion of this study is the effect of the semi *fowler* position in overcoming the ineffectiveness of the breathing pattern of CHF patients. It is recommended that CHF patients should always be given a *semifowler* position when lying in bed.

**Keywords:** *Congestive Heart Failure*, Ineffectiveness of Breathing Patterns, Semi *Fowler* Position

## DAFTAR ISI

<b>PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN</b>	ii
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b>	iii
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b>	iv
<b>KATA PENGANTAR</b>	5
<b>ABSTRAK</b>	vii
<b>ABSTRACT</b>	viii
<b>DAFTAR ISI</b>	ix
<b>DAFTAR TABEL</b>	xi
<b>DAFTAR GAMBAR</b>	xii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b>	xiii
<b>DAFTAR SINGKATAN</b>	xiv
 <b>BAB I PENDAHULUAN</b>	 1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penulisan	3
D. Manfaat Penulisan	4
 <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	 5
A. Konsep Gagal Jantung Kongestive	5
B. Konsep Ketidakefektifan Pola Napas	15
C. Konsep Posisi Semi <i>Fowler</i>	17
D. Konsep Asuhan Keperawatan	22
E. Hasil Penelitian Terkait	25
 <b>BAB III METODE STUDI KASUS</b>	 27
A. Rancangan Studi Kasus	27
B. Subjek Studi Kasus	27
C. Fokus Studi Kasus	28
D. Definisi Operasional Fokus studi	28
E. Instrument Dan Metode Pengumpulan Data	28
F. Prosedur Pengumpulan Data	29
G. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	30
H. Analisa Data dan Penyajian Data	30
I. Etika Studi Kasus	30
 <b>BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN</b>	 32
A. Hasil Studi Kasus	32
B. 40	
C. 42	

**BAB V    PENUTUP**

44

A. 44

B. 45

**DAFTAR PUSTAKA  
LAMPIRAN**

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Klasifikasi Gagal Jantung	6
Tabel 4.1 Observasi Sebelum Dilakukan Tindakan	32
Tabel 4.2 Observasi Frekuensi Pernapasan	34
Tabel 4.3 Evaluasi Subjek I	36
Tabel 4.4 Evaluasi Subjek II	37

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Pathway</i> CHF	12
Gambar 2.2 Posisi Semi <i>Fowler</i>	20

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Penjelasan untuk Mengikuti Studi Kasus
Lampiran 2	Lembar Persetujuan untuk Mengikuti Studi Kasus
Lampiran 3	Lembar Kuesioner Frekuensi Napas
Lampiran 4	Lembar Observasi Frekuensi Napas
Lampiran 5	Format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah
Lampiran 6	Standar Operasional Prosedur Semi <i>Fowler</i>
Lampiran 7	Kegiatan Bimbingan Karya Tulis Ilmiah (KTI)

## DAFTAR SINGKATAN

CO <sub>2</sub>	: Karbon dioksida
CHF	: <i>Congestive Heart Failure</i>
Hb	: Hemoglobin
HHF	: Hypertensi Heart Disease
ICCU	: <i>Intensive Coronary Care Unit</i>
NYHA	: <i>New York Heart Association</i>
O <sub>2</sub>	: Oksigen
PPOK	: Penyakit Paru Obstruktif kronis
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
RS	: Rumah Sakit
RSUP	: Rumah Sakit Umum Pusat
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SDM	: Sumber Daya Manusia
SpO <sub>2</sub>	: Saturasi Oksigen Darah
WHO	: <i>World Health Organization</i>

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Gagal Jantung Kongestif adalah suatu kondisi dimana jantung tidak mampu mempertahankan curah jantung yang memadai untuk memenuhi kebutuhan oksigen metabolik dan jaringan meskipun aliran vena baik. Gagal jantung merupakan salah satu penyakit kardiovaskuler yang menempati angka kematian tertinggi. (Smeltzer et al., 2015).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2018 menampilkan bahwa pada tahun 2017 jumlah kematian yang disebabkan penderita gagal jantung kongestif terdapat 23 juta atau kurang lebih 54%. Penyakit kardiovaskular adalah penyakit tidak menular dengan urutan nomor dua namun angka kematian nomor satu di dunia setelah penyakit stroke. Menurut American Heart Association, 5,3 juta orang menderita gagal jantung di Amerika Serikat, 660.000 kasus baru terdiagnosis setiap tahun dengan resiko kejadian 10/1000 dari populasi di atas usia 65 tahun (PERKI 2015 dalam Puspita et al., 2022)

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, prevalensi gagal jantung kongestif di Indonesia yang didiagnosis dokter adalah sebesar 1,5% atau sekitar 1.017.290 penduduk (Kementerian Kesehatan RI 2018). Sementara itu, jumlah pengidap penyakit jantung koroner paling banyak ada di Provinsi Jawa Barat sebanyak 160.812 orang, Walaupun demikian, angka tersebut bahkan lebih tinggi dari angka prevalensi gagal jantung kongestif (diagnosis dokter) secara universal di Indonesia. Pada kelompok usia lanjut dewasa 60-70 tahun merupakan usia paling banyak dengan pengidap gagal jantung sekitar 50%. Seiring peningkatan usia yang semakin bertambah di Indonesia, maka penyakit gagal jantung semakin bertambah (Surtiyanah et al., 2022).

Tanda dan gejala dari gagal jantung kongestif terdiri dari sesak napas, pembengkakan dalam pergelangan kaki dan kelelahan yang diikuti



menggunakan perindikasi klinis misalnya peningkatan tekanan vena jugularis, ronki paru dan edema perifer yang ditimbulkan dengan kelainan struktural dan fungsional jantung sebagai akibatnya menyebabkan penurunan fungsi jantung.

Masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan gagal jantung adalah resiko tinggi penurunan curah jantung, nyeri dada, resiko tinggi gangguan pertukaran gas, ketidakefektifan pola napas, kelebihan volume cairan, intoleransi aktifitas (Mugihartadi, Mei Rika Handayani, 2020). Pada pasien CHF terjadi kegagalan pada ventrikel kiri dan kanan tidak mampu memompa darah ke seluruh tubuh sehingga darah yang datang dari paru terjadi penumpukan mengakibatkan peningkatan tekanan dalam sirkulasi paru yang menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru. Dalam penelitian (Nirmalasari, 2017) CHF mengakibatkan kegagalan fungsi pulmonal sehingga terjadi penimbunan cairan di alveoli. Hal ini mengakibatkan penurunan ventilasi dan kadar oksigen berkurang dalam tubuh. Dampak lain yang muncul adalah perubahan yang terjadi pada otot-otot respiratori. Hal-hal tersebut mengakibatkan suplai oksigen keseluruh tubuh terganggu sehingga terjadi dyspnea. Dyspnea terjadi karena penurunan ekspansi, akibat dari penumpukan cairan di rongga abdomen, pada posisi supine cairan akan semakin menumpuk dan mengganggu *compliance* paru (Nurani & Arianti, 2020).

Menurut penelitian dari (Wijayati et al., 2019) mengatakan bahwa penyakit gagal jantung kronik harus dilakukan tindakan perubahan posisi tidur dengan menggunakan posisi semi *fowler* agar konsumsi oksigen dapat turun berdasarkan gravitasi dan ekspansi paru bisa meningkat sehingga dapat memperbaiki ventilasi untuk mendapatkan hasil oksigen maksimal masuk ke alveoli. Dalam Dimas Agung Pambudi (2020) *Congestive Heart Failure* ataupun gagal jantung kronik merupakan kelainan jantung yang dapat mengganggu sistem organ tubuh termasuk sistem pernapasan dengan penerapan tindakan semi *fowler* akan meningkatkan nilai saturasi oksigen dalam darah. (Kanine et al., 2022).

Posisi adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk memberikan posisi tubuh dalam meningkatkan kesejahteraan atau kenyamanan fisik dan psikologis. Aktivitas intervensi keperawatan yang dilakukan untuk pasien gagal jantung diantaranya menempatkan tempat tidur yang terapeutik, membantu pasien meliputi perubahan posisi, memonitor status oksigen sebelum dan setelah

perubahan posisi, tempatkan posisi dalam posisi terapeutik, posisikan pasien dalam kondisi body alignment, posisikan untuk mengurangi dyspnea seperti posisi semi-fowler, tinggikan 45° atau lebih diatas jantung untuk memperbaiki aliran balik.(Ahmad Muzaki, 2020)

Beberapa intervensi keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* yaitu menggunakan posisi semi fowler yaitu atau menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari *Visceral-Visceral abdomen* pada *diafragma* sehingga diafragma dapat terangkat dan paru akan berkembang secara maksimal dan volume tidal paru akan terpenuhi. Dengan terpenuhinya volume tidal paru maka sesak napas dan penurunan saturasi oksigen pasien akan berkurang. Posisi semi fowler biasanya diberikan kepada pasien dengan sesak napas yang beresiko mengalami penurunan saturasi oksigen, seperti pasien TB Paru, Asma, PPOK dan pasien *kardiopulmonari* dengan derajat kemiringan 30-45°. (Wijayati et al., 2019)

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis ingin membahas Penerapan *evidence based nursing* dari hasil penelitian diatas melalui pendekatan studi kasus dengan berfokus implementasi pemberian Posisi Semi Fowler dalam mengatasi ketidakefektifan pola napas pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).

## B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas maka penulis tertarik menerapkan hasil penelitian tentang **Bagaimana Penerapan Posisi Semi Fowler dalam Mengatasi Ketidakefektifan Pola Napas pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)?**

## C. Tujuan Penulisan

### 1. Tujuan umum

Penulisan Karya Tulis Ilmiah bertujuan untuk mendapatkan gambaran penerapan posisi semi fowler dalam mengatasi ketidakefektifan pola napas pada pasien CHF.

### 2. Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk meningkatkan pola napas pasien:

- a. Mengidentifikasi karakteristik pernapasan pasien CHF, kebutuhan posisi semi *fowler*, meliputi: frekuensi, intensitas dan durasi.
- b. Dapat menerapkan posisi semi *fowler* dalam mengatasi ketidakefektifan pola napas pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)
- c. Mengevaluasi sebelum dan sesudah penerapan posisi semi *fowler* dalam mengatasi ketidakefektifan pola napas pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).

#### **D. Manfaat Penulisan**

Karya tulis ilmiah ini diharapkan memberikan manfaat bagi:

1. Bagi pasien/keluarga  
Untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam pemberian posisi semi *fowler* untuk meningkatkan keefektifan pola napas pada pasien.
2. Bagi Rumah Sakit  
Dapat dijadikan sebagai SOP pada pelayanan keperawatan pasien dengan CHF untuk memberikan masukan perencanaan dan pengembangan pelayanan kesehatan pasien dalam peningkatan kualitas pelayanan. Khususnya dalam menerapkan intervensi dalam pemberian posisi semi *fowler* dengan teknologi terkini dalam mengatasi ketidakefektifan pola napas pada pasien CHF.
3. Bagi penulis  
Memberikan pengalaman dalam melakukan perawatan pada pasien CHF melalui pemberian posisi semi *fowler* sebagai salah satu upaya dalam meningkatkan pola napas pada pasien.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Gagal Jantung Kongestive**

##### **1. Definisi Gagal Jantung Kongestif**

Menurut (Smeltzer et al., 2015), Gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung dalam memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi. Gagal jantung ini sering ditandai dengan tanda dan gejala berupa penumpukan cairan atau perfusi jaringan yang tidak memadai. Kelebihan cairan dan penurunan perfusi jaringan terjadi ketika jantung mengalami gagal sirkulasi untuk memenuhi kebutuhan tubuh.

*Congestive Heart Failure* (CHF) adalah suatu kondisi di mana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrien dan oksigen secara adekuat. Hal ini mengakibatkan peregangan ruang jantung (dilatasi) guna menampung darah lebih banyak untuk dipompakan ke seluruh tubuh atau mengakibatkan otot jantung hipertropi/melebar. Pada kondisi tersebut jantung hanya mampu memompa darah untuk waktu yang singkat dan dinding otot jantung yang melemah tidak mampu memompa dengan kuat. Sebagai akibatnya, ginjal sering merespons dengan menahan air dan garam. Hal ini akan mengakibatkan bendungan cairan dalam beberapa organ tubuh seperti tangan, kaki, paru, atau organ lainnya sehingga tubuh menjadi bengkak. (Udjianti, 2010)

##### **2. Klasifikasi Gagal Jantung Kongestif**

Klasifikasi gagal jantung kongestif menurut *New York Heart Association* (NYHA) membuat klasifikasi fungsional dalam 4 kelas: (Aspiani, 2015)

Tabel 2.1

Klasifikasi gagal jantung menurut *New York Heart Association* (NYHA)

Kelas I	Tidak ada batasan: aktivitas fisik yang biasa tidak menyebabkan dispnea napas, palpitasi atau kelelahan berlebihan
Kelas II	Gangguan aktivitas ringan: merasa nyaman ketika beristirahat, tetapi aktivitas biasa menimbulkan kelelahan dan palpitasi.
Kelas III	Keterbatasan aktivitas fisik yang nyata: merasa nyaman ketika beristirahat, tetapi aktivitas yang kurang dari biasa dapat menimbulkan gejala.
Kelas IV	Tidak dapat melakukan aktivitas fisik apapun tanpa merasa tidak nyaman: gejala gagal jantung kongestif ditemukan bahkan pada saat istirahat dan ketidaknyamanan semakin bertambah ketika melakukan aktivitas fisik apapun.

### 3. Etiologi Gagal Jantung Kongestif

Menurut DiGiulio, Mary, RN & Jackson, Donna, RN (2014), penyebab Pada CHF ialah jantung tidak mampu memompa darah dalam jumlah cukup untuk menjaga lancarnya sirkulasi. Akibatnya terjadi penumpukan darah dan tekanan ekstra dapat menyebabkan akumulasi cairan ke dalam paru-paru. Gagal jantung terutama berkaitan dengan masalah-masalah pemompaan otot jantung di bilik jantung, yang mungkin disebabkan oleh penyakit seperti infark otot jantung (serangan jantung), *endocarditis* (infeksi pada jantung), hipertensi (tekanan darah tinggi), atau *valvular insufficiency*.

Penyebab kegagalan jantung kongestif dibagi atas dua kelompok, yaitu:

- a. Gangguan yang langsung merusak jantung, seperti: infark miokardium, miokarditis, fibrosis miokardium, dan aneurisma ventrikular.
- b. Gangguan yang mengakibatkan kelebihan beban ventrikel. Kelebihan beban ventrikel dibagi atas:
  - 1) *Preload* adalah volume darah ventrikel pada akhir diastole. Kontraksi jantung menjadi kurang efektif apabila volume ventrikel sudah melampaui batasnya. Meningkatnya *preload* dapat diakibatkan oleh *regurgitasi* aorta atau mitral, terlalu cepat pemberian cairan infus terutama pada pasien lansia dan anak kecil.
  - 2) *Afterload* adalah kekuatan yang harus dikeluarkan jantung untuk memompa darah ke seluruh tubuh (sistem sirkulasi). Meningkatnya *afterload* dapat diakibatkan oleh stenosis aorta, stenosis pulmonal,

hipertensi sistemis, dan hipertensi pulmonal. Penyakit jantung hipertensif adalah perubahan pada jantung sebagai akibat dari hipertensi yang berlangsung terus-menerus dan meningkatkan *afterload*. Jantung membesar sebagai kompensasi terhadap beban pada jantung. Apabila hipertensi tidak teratasi maka kegagalan jantung dapat terjadi.

Ada tiga mekanisme kompensasi yang membuat jantung yang sudah lemah dapat sanggup kembali untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh, yaitu takikardia, dilatasi ventrikel, dan hipertrofi miokardium.

a. *Takikardia*. Dengan mempercepat denyut jantung, curah jantung juga dapat bertambah. Akan tetapi, dengan makin cepatnya denyut jantung, makin pendek pula diastole sehingga ventrikel tidak dapat mengisi cukup darah yang mengakibatkan curah jantung berkurang.

b. *Dilatasi ventrikel*.

Dengan meningkatnya pengembalian darah vena ke dalam jantung, ventrikel berdilatasi dan memompa darah dengan kontraksi yang lebih kuat (hukum Starling mengatakan bahwa semakin kencang otot-otot jantung maka makin kuat juga kontraksinya). Mekanisme ini juga menambah curah jantung.

c. *Hipertrofi miokardium*.

Hipertrofi adalah penambahan diameter serabut-serabut otot jantung (miokardium). Pembesaran otot-otot jantung dapat membuat kontraksi jantung lebih kuat dan mengakibatkan curah jantung meningkat. Kerugian yang paling besar dari mekanisme kompensasi ini adalah arteria koronaria tidak dapat memberi cukup suplai darah pada otot-otot jantung yang menebal sehingga menimbulkan hipoksia pada otot-otot dan akhirnya otot-otot tidak lagi efektif.

Apabila mekanisme kompensasi jantung sudah tidak mampu memenuhi kebutuhan tubuh, mekanisme kompensasi homeostatik menjadi aktif. Pengetahuan tentang respons fisiologis ini sangat penting untuk dapat mengerti penanganan kegagalan jantung kongestif.

a. *Sistem vaskular*. Apabila volume darah yang diedarkan (sistem sirkulasi) tidak cukup untuk kebutuhan tubuh, stimulasi simpatis menjadi aktif dan

norepinefrin dikeluarkan. Norepinefrin mengakibatkan vasokonstriksi yang terjadi secara umum yang mengenai sirkulasi arterial dan sirkulasi vena di seluruh tubuh.

- b. Ginjal. Vasokonstriksi dan curah jantung yang kurang, mempunyai efek yang sangat besar pada perfusi ginjal. Berkurangnya tekanan arterial dalam ginjal, filtrasi glomerulus juga akan berkurang dan mengakibatkan retensi natrium dan air. Korteks adrenal juga distimulasi dan mengeluarkan aldosteron. Aldosteron membuat tubula-tubula renal mereabsorpsi natrium. Peningkatan konsentrasi natrium akan membuat tekanan osmotik meningkat dengan akibat hipotalamus mengeluarkan hormon antidiuretik. Hormon antidiuretik akan membuat tubula-tubula ginjal meningkatkan reabsorpsi air yang mengakibatkan timbulnya kelebihan beban dan edema.
- c. Hepar. Peningkatan volume vena yang berlangsung terus-menerus juga mengakibatkan kongesti hepatic dan mengurangi fungsi hepar. Metabolisme aldosteron dan hormon antidiuretik dilakukan oleh hepar sehingga terganggunya fungsi hati juga mengakibatkan gangguan metabolisme aldosteron dan hormon antidiuretik. (Baradero et al., 2008).

#### **4. Patofisiologi Gagal Jantung Kongestif**

Kelainan intrinsik pada kontraktilitas miokard yang khas pada gagal jantung akibat penyakit jantung iskemik, mengganggu kemampuan pengosongan ventrikel yang efektif. Kontraktilitas ventrikel kiri yang menurun mengurangi curah sekuncup, dan meningkatkan volume residu ventrikel. Sebagai respon terhadap gagal jantung, ada 3 mekanisme primer yang dapat di lihat:

- a. Meningkatnya aktivitas adrenergik simpatik
- b. Meningkatnya beban awal akibat aktivasi sistem rennin angiotensin aldosteron, dan
- c. Hipertrofi ventrikel.

Ketiga respons kompensatorik ini mencerminkan usaha untuk mempertahankan curah jantung. Kelainan pada kerja ventrikel dan menurunnya curah jantung biasanya tampak pada keadaan beraktivitas. Dengan berlanjutnya gagal jantung maka kompensasi akan menjadi semakin

kurang efektif. Menurunnya curah sekuncup pada gagal jantung akan membangkitkan respons simpatik kompensatorik. Meningkatnya aktivitas adrenergik simpatik merangsang pengeluaran katekolamin dari saraf adrenergik jantung dan medula adrenal. Denyut jantung dan kekuatan kontraksi akan meningkat untuk menambah curah jantung. Juga terjadi vasokonstriksi arteri perifer untuk menstabilkan tekanan arteri dan redistribusi volume darah dengan mengurangi aliran darah ke organ yang rendah metabolismenya, seperti kulit dan ginjal agar perfusi ke jantung dan otak dapat dipertahankan.

Penurunan curah jantung pada gagal jantung akan memulai serangkaian peristiwa:

- 1) Penurunan aliran darah ginjal dan akhirnya laju filtrasi glomerulus
- 2) Pelepasan renin dari aparatus juksta glomerulus
- 3) Interaksi renin dengan angiotensinogen dalam darah untuk menghasilkan angiotensin I
- 4) Konversi angiotensin I menjadi angiotensin II
- 5) Perangsangan sekresi aldosteron dari kelenjar adrenal
- 6) Retensi natrium dan air pada tubulus distal dan duktus pengumpul.

Respons kompensatorik terakhir pada gagal jantung adalah hipertrofi miokardium atau bertambahnya tebal dinding. Hipertrofi meningkatkan jumlah sarkomer dalam sel-sel miokardium, tergantung dari jenis beban hemodinamik yang mengakibatkan gagal jantung, sarkomer dapat bertambah secara paralel atau serial. Respons miokardium terhadap beban volume, seperti pada regurgitasi aorta, ditandai dengan dilatasi dan bertambahnya tebal dinding.

Gagal jantung kanan, karena ketidakmampuan jantung kanan mengakibatkan penimbunan darah dalam atrium kanan, vena kava dan sirkulasi besar. Penimbunan darah di vena hepatica menyebabkan hepatomegali dan kemudian menyebabkan terjadinya asites. Pada ginjal akan menyebabkan penimbunan air dan natrium sehingga terjadi edema. Penimbunan secara sistemik selain menimbulkan edema juga meningkatkan tekanan vena jugularis dan pelebaran vena-vena yang lainnya.

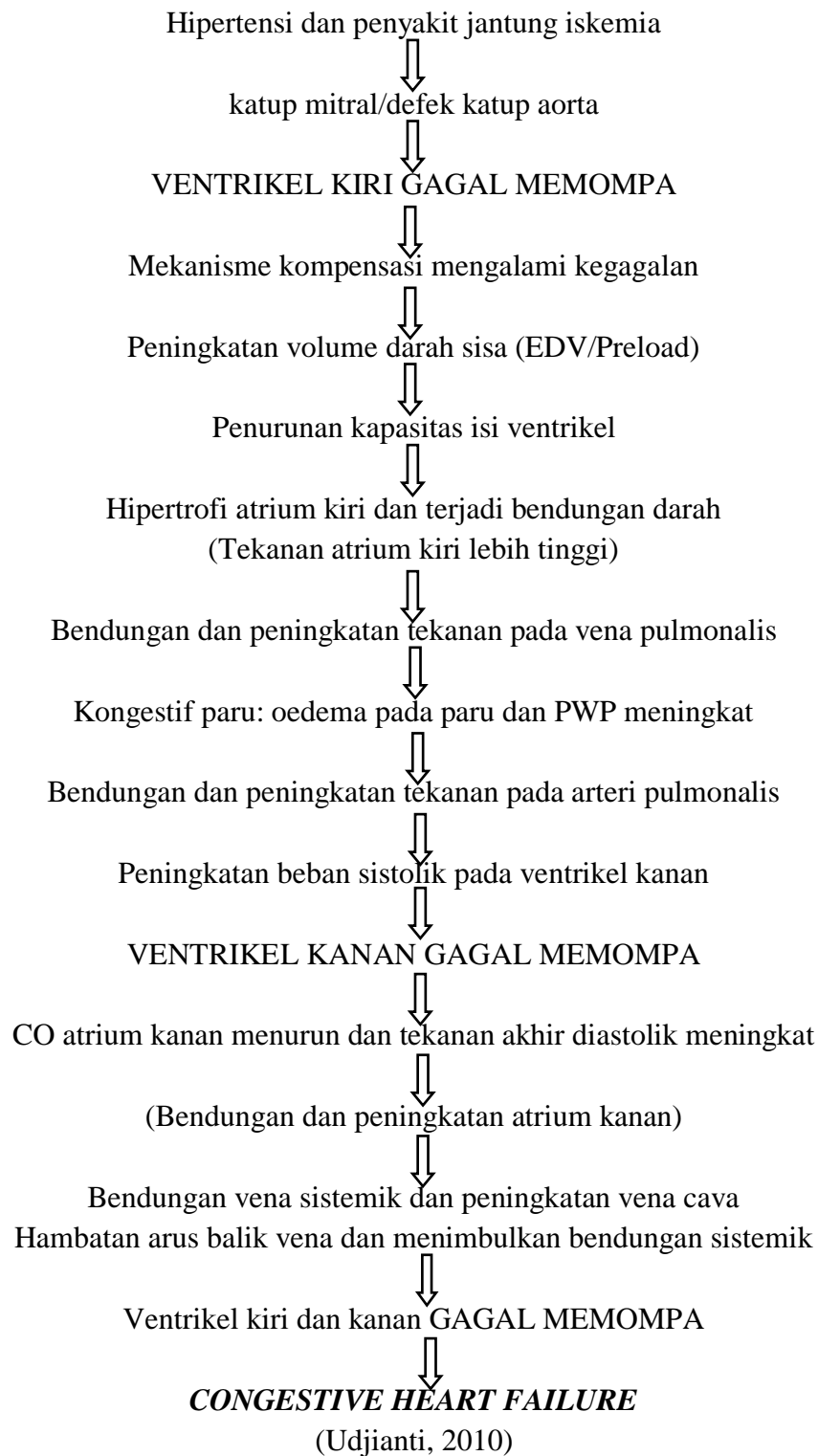


Pada gagal jantung kiri, darah dari atrium kiri ke ventrikel kiri mengalami hambatan, sehingga atrium kiri dilatasi dan hipertrofi. Aliran darah dari paru ke atrium kiri terbungkus. Akibatnya tekanan dalam vena pulmonalis, kapiler paru dan arteri pulmonalis meningkat. Bendungan terjadi juga di paru yang akan mengakibatkan edema paru, sesak waktu bekerja (*dyspneu d'effort*) atau waktu istirahat (ortopnea).

Gagal jantung kanan dan kiri terjadi sebagai akibat kelanjutan dari gagal jantung kiri. Setelah terjadi hipertensi pulmonal terjadi penimbunan darah dalam ventrikel kanan, selanjutnya terjadi gagal jantung kanan. Setiap hambatan pada arah aliran (*forward flow*) dalam sirkulasi akan menimbulkan bendungan pada arah berlawanan dengan aliran (*backward congestion*). Hambatan pengaliran (*forward failure*) akan menimbulkan adanya gejala *backward failure* dalam sistem sirkulasi aliran darah. Mekanisme kompensasi jantung pada kegagalan jantung adalah upaya tubuh untuk mempertahankan peredaran darah dalam memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan. Mekanisme kompensasi yang terjadi pada gagal jantung ialah dilatasi ventrikel, hipertrofi ventrikel, kenaikan rangsang simpatis berupa takikardia dan vasiokonstriksi perifer, peningkatan kadar katekolamin plasma, retensi garam dan cairan badan dan peningkatan ekstraksi oksigen oleh jaringan. Bila jantung bagian kanan dan bagian 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. (Aspiani, 2015)

## PATWHAY CHF

**Gambar 2.1 Pathway CHF**



## 5. Manifestasi klinis Gagal Jantung Kongestif

Manifestasi klinis gagal jantung harus di pertimbangkan terhadap derajat latihan fisik yang dapat menyebabkan timbulnya gejala. Pada awalnya, secara khas gejala hanya muncul saat melakukan aktivitas fisik. Namun, semakin berat kondisi gagal jantung maka semakin menurun toleransi terhadap latihan dan gejala muncul lebih awal dengan aktivitas yang lebih ringan.

Dampak dari curah jantung dan kongesti yang terjadi pada sistem vena atau sistem pulmonal, antara lain: (Asikin et al., 2016)

- a. Sesak saat beraktifitas.
- b. Sesak saat berbaring dan membaik dengan melakukan elevasi kepala menggunakan bantal (ortopnea).
- c. Sesak di malam hari (*paroxysmal nocturnal dyspnea*).
- d. Saat saat beristirahat.
- e. Nyeri dada dan palpitasi.
- f. Anoreksia.
- g. Mual, kembung.
- h. Penurunan berat badan.
- i. Letih, lemas.
- j. Oliguria/nokturia.
- k. Gejala otak bervariasi mulai dari ansietas hingga gangguan memori dan konfusi.

## 6. Komplikasi Gagal Jantung Kongestif

Mekanisme kompensasi yang dimulai pada gagal jantung dapat menyebabkan komplikasi pada sistem tubuh lain. Hepatomegali kongestif dan splenomegali kongestif yang disebabkan oleh pembengkakan sistem vena porta menimbulkan peningkatan tekanan abdomen, asites, dan masalah pencernaan. Pada gagal jantung sebelah kanan yang lama, fungsi hati dapat terganggu. Distensi miokardium dapat memicu disritmia, mengganggu curah jantung lebih lanjut. Efusi pleura dan masalah paru lain dapat terjadi. Komplikasi mayor gagal jantung berat adalah syok. (Priscilla LeMone et al., 2016)

## 7. Pemeriksaan Penunjang

### 1) Pemeriksaan laboratorium

Tidak ada pemeriksaan khusus yang dapat menegakkan diagnosis gagal jantung Santoso, (1989) dalam (Aspiani, 2015), Pemeriksaan laboratorium dibutuhkan untuk mengetahui sejauh mana gagal jantung telah mengganggu fungsi organ lain, seperti hati, ginjal dan lain-lain. Pemeriksaan laboratorium darah yang biasa dilakukan meliputi pemeriksaan kadar hemoglobin (Hb), leukosit, eritrosit, dan laju endap darah. Spesimen darah yang biasa digunakan diambil dari darah vena.

### 2) Radiologi

- a) Bayangan hulu paru yang tebal dan melebar, kepadatan makin ke pinggir berkurang.
- b) Lapang paru bercak-bercak karena edema paru.
- c) Distensi vena paru.
- d) Hidrotoraks.
- e) Pembesaran jantung, rasio kardio-toraks meningkat.

### 3) EKG

Dapat ditemukan kelainan primer jantung (iskemik, hipertrofi ventrikel, gangguan irama) dan tanda-tanda faktor pencetus akut (infark miokard, emboli paru).

### 4) Ekokardiografi

Untuk deteksi gangguan fungsional serta anatomis yang menjadi penyebab gagal jantung.

### 5) Kateterisasi jantung

Pada gagal jantung kiri didapatkan (VEDP) 10 mmHg atau *pulmonary arterial wedge pressure* >12 mmHg dalam keadaan istirahat. Curah jantung lebih rendah dari 2,7 l/menit/m<sup>2</sup> luas permukaan tubuh. (Priscilla LeMone et al., 2016)

## 8. Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan gagal jantung adalah untuk meredakan gejala, memperbaiki status fungsional dan memperbaiki kualitas hidup serta meningkatkan harapan hidup. Pemilihan terapi sangat bergantung pada tingkat keparahan dan kondisi pasien, yaitu dengan meliputi medikasi oral dan IV,

perubahan besar pada gaya hidup, pemberian tambahan oksigen, pemasangan alat bantu, dan pembedahan yang meliputi dengan transplantasi jantung. Perubahan gaya hidup mencakup pembatasan diet natrium, menghindari konsumsi cairan berlebihan, alkohol, merokok dan upaya untuk olahraga dengan teratur. (Suddarth, 2017)

Pentalaksanaan pada pasien dengan gagal jantung terbagi menjadi terapi farmakologis dan terapi non farmakologis, meliputi: (Aspiani, 2015)

a. Terapi farmakologis

1) Pemberian Diuretik

Diberikan untuk memacu eksresi natrium dan air melalui ginjal. Penggunaannya harus hati-hati karena efek sampingnya hiponatremia dan hipokalemia.

2) Terapi Nitrat Vasodilator Koroner

Penggunaan nitrat, baik secara akut maupun kronik sangat dianjurkan dalam penalaksanaan gagal jantung. Untuk vasodilatasi perifer guna menurunkan *afterload*. Peningkatan curah jantung lanjut akan menurunkan *pulmonary artery wedge pressure* (pengukuran yang menunjukkan derajat kongesti vascular pulmonal dan beratnya gagal ventrikel kiri) dan penurunan konsumsi oksigen miokardium.

3) Terapi Digitalis

Digitalis adalah obat utama untuk meningkatkan kontraktilitas (inotropik), digitalis diberikan dengan tujuan memperlambat frekuensi ventrikel dan meningkatkan kekuatan kontraksi serta meningkatkan efisiensi jantung. Apabila diberikan dalam dosis yang sangat besar dan diberikan secara berulang dengan cepat, maka dapat menyebabkan mabuk, muntah, pandangan kacau, objek yang terlihat tampak hijau atau kuning. Digitalis juga menyebabkan sekresi urine meningkat, nadi lambat hingga 35 denyut dalam satu menit, keringat dingin, kekacauan mental, hingga mengakibatkan kematian,

4) Inotropik positif

a) Dopamin

Pada dosis kecil 2,5-5 mg/kg akan merangsang alfa-adrenergik dan beta-adrenergik. Reseptor dopamin ini mengakibatkan

keluarnya katekolamin dari sisi penyimpanan saraf. Memperbaiki kontraktilitas curah jantung isi sekuncup. Dilatasi ginjal serebral dan pembuluh koroner. Pada dosis maksimal 10-20 mg/kg BB akan menyebabkan vasokonstriksi dan meningkatkan beban kerja jantung.

b) Dobutamin

Merangsang hanya beta-adrenergik. Dosis mirip dopamine memperbaiki isi sekuncup, curah jantung dengan sedikit vasokonstriksi dan takikardia.

b. Terapi non farmakologis

1) Diet rendah garam

pembatasan natrium untuk mencegah, mengontrol dan mengurangi edema.

2) Membatasi cairan

Mengurangi beban jantung dan menghindari kelebihan volume cairan dalam tubuh.

3) Mengurangi berat badan

Merubah gaya hidup untuk mengurangi makan yang berkolesterol.

4) Menghindari alkohol

5) Mengurangi aktifitas fisik

Kelebihan aktifitas fisik dapat memperberat kerja jantung sehingga perlu dibatasi. Masalah utama yang harus segera diatasi dengan cepat adalah pola napas yang tidak efektif akibat penumpukan cairan di rongga pleura dan menurunnya ekspansi paru.

## **B. Konsep Ketidakefektifan Pola Napas**

### **1. Definisi**

Ketidakefektifan pola napas adalah suatu keadaan dimana inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi yang adekuat (PPNI, 2016).

Ketidakefektifan pola napas adalah inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi yang adekuat ditandai dengan dyspnea, bradipnea, takipnea, napas cuping hidung dan ortopnea (NANDA, 2018).

Perubahan pola napas ini merupakan salah satu gangguan dalam pemenuhan kebutuhan oksigen untuk tubuhnya, contohnya ada sumbatan yang menghalangi saluran pernapasan, kelelahan otot-otot respirasi, penurunan energi, kelelahan, nyeri, dan disfungsi neuromuskular. Biasanya pasien dengan kondisi seperti ini mengalami perubahan frekuensi pernapasan, perubahan nadi (frekuensi, irama, dan kualitas), dan dada terasa sesak.

## 2. Manifestasi Ketidakefektifan Pola Napas

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), tanda gejala ketidakefektifan pola napas mayor yaitu: penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, dan pola napas abnormal (misalnya takipnea, bradipnea, hiperventilasi kussmaul cheyne-stokes). Sedangkan untuk data gejala minor yaitu: pernapasan *pused-lip*, pernapasan cuping hidung, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun dan ekskursi dada berubah.

Keadaan dimana terjadinya perubahan frekuensi napas, perubahan dalam inspirasi, perubahan irama napas, rasio antara durasi inspirasi dengan durasi ekspirasi (Djojodibroto, 2014).

1. Takipnea adalah pernapasan yang memiliki frekuensi lebih dari 24x/menit. Keadaan ini biasanya menunjukkan adanya penurunan keteregangannya paru atau rongga dada.
2. Bradipnea adalah penurunan frekuensi napas atau pernapasan yang melambat. Keadaan ini ditemukan pada depresi pusat pernapasan.
3. Hiperventilasi merupakan cara tubuh dalam mengompensasi peningkatan jumlah oksigen dalam paru-paru agar pernapasan lebih cepat dan dalam. Proses ini ditandai dengan adanya peningkatan denyut nadi, napas pendek, adanya nyeri dada, menurunnya konsentrasi CO<sub>2</sub>, dan lain-lain. Keadaan demikian dapat disebabkan oleh adanya infeksi, keseimbangan asam basa, atau gangguan psikologis. Hiperventilasi dapat menyebabkan hipokapnea, yaitu berkurangnya CO<sub>2</sub> tubuh di bawah batas normal, sehingga rangsangan terhadap pusat pernapasan menurun.
4. Kussmaul merupakan pernapasan dengan panjang ekspirasi dan inspirasi sama, sehingga pernapasan menjadi lambat dan dalam.

5. *Cheyne-stokes* merupakan pernapasan cepat dan dalam kemudian berangsur-angsur dangkal dan diikuti periode apneu yang berulang secara teratur.

### 3. Penyebab Ketidakefektifan Pola Napas

Etiologi ketidakefektifan pola napas menurut Padila (2012), dapat disebabkan faktor antara lain:

#### 1) Penurunan volume paru

Pasien gagal jantung kongestif akan mengalami penurunan volume cairan yang dapat menyebabkan masalah ketidakefektifan pada pola napas akibat ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru-paru sehingga terjadinya peningkatan tekanan dalam sirkulasi paru yang menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru (Nugroho, 2016).

Pasien gagal jantung kongestif sering kesulitan dalam mempertahankan oksigenasi sehingga mereka cenderung mengalami sesak napas. 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 (Suratinoyo, 2016).

#### 2) Hepatomegali

Pasien dengan gagal jantung pada umumnya akan ditemui tanda-tanda sebagai berikut: edema pergelangan kaki, batuk malam hari, Dyspnea, hepatomegali, Efusi pleura, kapasitas vital berkurang menjadi 1/3 maksimum (Smeltzer et al., 2015). Jika terjadi penurunan fungsi ventrikel kanan, akan terjadi edema perifer dan kongesti vena pada organ. Pembesaran hati (hepatomegaly) dan nyeri abdomen dapat terjadi ketika hati mengalami kongesti terdorong cairan darah vena. Edema bersifat simetris dan terjadi pada bagian tubuh yang menggantung di mana tekanan vena paling tinggi.

## C. Konsep Posisi Semi Fowler

### 1. Pengertian Posisi Semi Fowler

Menurut Istichomah (2020), Posisi semi *fowler* adalah posisi setengah duduk dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan 30°-45°. Posisi



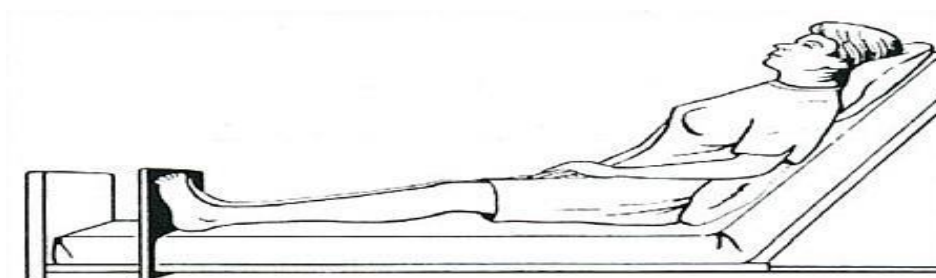
ini dilakukan untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan pasien. Hal ini dipengaruhi oleh gaya gravitasi yang mengakibatkan otot diafragma tertarik ke bawah tertarik ke bawah sehingga ekspansi paru lebih optimal dan pengangkutan oksigen menjadi lebih baik (Suwaryo et al., 2021).

Posisi yang sering diberikan pada pasien gagal jantung kongestif yang mengalami penurunan saturasi oksigen adalah posisi *semi fowler* karena dengan posisi tubuh yang semakin tegak lurus maka akan membuat aliran darah balik lebih turun sehingga meningkatkan saturasi oksigen dan membuat pernapasan akan semakin membaik.

(Nuraini et al., 2023)

### **Gambar 2.2**

Posisi *Semi Fowler*



(Nuraini et al., 2023)

## **2. Tujuan Posisi *Semi Fowler***

Tujuan pemberian posisi *semi fowler* menurut (Istichomah, 2020):

- a. Mengurangi komplikasi akibat immobilisasi.
- b. Meningkatkan rasa nyaman.
- c. Meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatnya ekspansi dada dan ventilasi paru.
- d. Mengurangi kemungkinan tekanan pada tubuh akibat posisi yang menetap.

## **3. Indikasi Posisi *Semi Fowler***

Adapun indikasi dari posisi *semi fowler* menurut (Wulandari et al., 2022):

- a. pada klien yang mengalami gangguan pernapasan.
- b. pada klien yang mengalami mobilisasi.

#### 4. Kontraindikasi

Kontraindikasi pemberian posisi semi *fowler* tidak dianjurkan dilakukan pada pasien dengan hipermobilitas, efusi sendi, dan inflamasi.

#### 5. Mekanisme Posisi Semi Fowler

Posisi semi *fowler* diberikan dengan cara pengaturan elevasi kepala dan leher dengan ketinggian 45° untuk meningkatkan ekspansi paru dan efisiensi otot pernapasan. Dengan pemberian posisi ini, pasien yang mengalami gangguan dalam bernapas dapat dibantu dengan memanfaatkan gaya gravitasi bumi dimana adanya gaya tarikan dari punggung atau pelebaran pada jalan napas. Pelebaran pada jalan napas dapat meningkatkan inspirasi oksigen. Dengan demikian, asupan oksigen yang dibutuhkan tubuh dapat terpenuhi sehingga pada pengukuran saturasi oksigen juga ikut meningkat. Posisi semi *fowler* juga dapat meningkatkan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi penapasan sehingga sesak napas akan berkurang dan akhirnya proses perbaikan kondisi klien akan lebih cepat. Gaya gravitasi bumi yang bekerja pada otot diafragma memudahkan otot tersebut berkontraksi bergerak ke bawah memperbesar volume rongga toraks dengan menambah panjang vertikalnya. Begitu juga dengan otot interkosta eksternal, gaya gravitasi bumi yang bekerja pada otot tersebut mempermudah iga terangkat keluar dan semakin memperbesar rongga toraks dalam dimensi anteroposterior sehingga efektif dalam menurunkan sesak napas dan meningkatkan fungsi paru serta meningkatkan saturasi oksigen secara signifikan (Suwaryo et al., 2021).

#### 6. Prosedur:

- a. Kaji kesejajaran tubuh dan tingkat kenyamanan selama pasien berbaring.
- b. Persiapkan peralatan dan dekatkan dengan pasien.
- c. Naikkan tempat tidur pada ketinggian yang nyaman untuk bekerja, pindahkan bantal dan alat bantu yang digunakan pada posisi awal.
- d. Minta bantuan bila diperlukan.
- e. Jelaskan prosedur pada pasien.

- f. Cuci tangan dan jaga privasi pasien.
- g. Tempatkan tempat tidur pada posisi datar dan pindahkan pasien ke bagian kepala tempat tidur.
- h. Tinggikan kepala tempat tidur membentuk sudut  $45^{\circ} - 60^{\circ}$  untuk posisi *fowler* tinggi, dan sudut lebih kecil dari  $45^{\circ}$  (sekitar  $20^{\circ} - 30^{\circ}$  untuk posisi semi *fowler*).
- i. Letakkan kepala pada kasur/matras atau bantal kecil.
- j. Gunakan bantal untuk menyokong lengan dan tangan jika pasien tidak mempunyai kontrol volunter atau menggunakan tangan dan lengan.
- k. Berikan bantal pada bagian bawah punggung pasien.
- l. Tempatkan bantal kecil atau gulungan handuk di bawah paha.
- m. Observasi posisi kesejajaran tubuh, tingkat kenyamanan dan frekuensi pernapasan pasien (Nuraini et al., 2023).

#### **D. Konsep Asuhan Keperawatan**

##### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian pada pasien gagal jantung kongestif merupakan aspek penting dalam proses keperawatan. Hal ini untuk merencanakan tindakan lanjutan. Tanda dan gejala yang muncul pada pasien CHF dengan masalah ketidakefektifan pola napas antara lain dyspnea, batuk, mudah lelah, gelisah, sulit tidur, edema ekstremitas dan anoreksia:

##### **a. Identitas**

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, suku/bangsa, agama, tanggal masuk rs, tanggal pengkajian, nomor rekam medik, diagnosa medis dan alamat.

##### **b. Riwayat Kesehatan**

###### **1) Keluhan Utama**

Gejala yang menjadi keluhan utama pasien CHF yaitu sesak napas. Keluhan lain yang biasa muncul pada pasien gagal jantung kongesif (CHF) yaitu kelemahan fisik. Biasanya pasien mengalami kelelahan atau kelelahan terus-menerus sepanjang hari, serta sesak napas saat melakukan aktivitas

###### **2) Riwayat Kesehatan Sekarang**

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menemukan sebab dari gangguan oksigen yang nantinya membantu dalam pembuatan rencana tindakan terhadap pasien.

a) Problem(P)

Peristiwa yang menjadi penyebab gagal jantung kongesif (CHF) seperti sesak napas yang disebabkan oleh ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.

b) Quality(Q)

Kualitas sesak yang dirasakan pada pasien gagal jantung kongesif (CHF) biasanya seperti orang sesak yang ditimpa benda berat.

c) Region(R)

Pada pasien gagal jantung kongesif (CHF) biasanya setiap beraktivitas merasakan sesak napas yang dirasakan menjalar ke bahu hingga punggung dan lengan.

d) Severety(S)

Keluhan sesak napas yang terjadi pada pasien gagal jantung kongesif (CHF) seperti tertimpa beban berat dengan skala sedang dengan saturasi 80 – 90% sampai berat dengan saturasi 80% kebawah.

e) Time(T)

Sesak napas timbul saat bekerja maupun istirahat. Gejala timbul seperti napas pendek, dispnea dan takikardi.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Untuk mengetahui riwayat penyakit dahulu tanyakan kepada pasien apakah pasien sebelumnya menderita nyeri dada khas infark miokardium, hipertensi, DM, atau hiperlipidemia. Tanyakan juga obat-obatan yang biasanya diminum oleh pasien pada masalalu, yang mungkin masih relevan. Tanyakan juga alergi yang dimiliki pasien

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Genogram 3 generasi, dimana pasien berada pada generasi ketiga untuk mengetahui apakah penyakit yang diderita diturunkan atau tidak, tertular dari anggota keluarga yang lain atau tidak.

e. Riwayat Psikososial

Biasanya pasien dengan penyakit gagal jantung (CHF) memiliki kebiasaan atau pola hidup yang kurang sehat atau gaya hidup merokok atau terpapar polusi udara, adanya riwayat penyakit jantung yang akan dapat mengindikasikan adanya gangguan pada fungsi pernapasan.

f. Pemeriksaan fisik

1) Gambaran umum

Keadaan Umum: biasanya pasien gelisah karena sesak napas.  
Tingkat kesadaran: biasanya composmentis sampai terjadi penurunan kesadaran.

Tanda-tanda Vital:

a) Tekanan darah nilai normalnya:

Nilai rata-rata sistolik: 110 – 140 mmHg

Nilai rata-rata diastolik: 80 – 90 mmHg

b) Nadi nilai normalnya: 60 – 100x/menit (bradikardi).

c) Frekuensi pernapasan nilai normalnya: 16 – 20 x/menit pada pasien respirasi meningkat, dispnea pada saat istirahat /aktivitas.

d) Suhu Badan Metabolisme menurun, suhu menurun

2) Pemeriksaan fisik persistem

a) Sistem pernapasan

Pengkajian yang di dapat adanya dispnea, ortopnea, dispnea nokturnal proksimal, batuk dan edema pulmonal akut dan retraksi dinding dada.

b) Sistem kardiovaskuler

**Inspeksi:** adanya parut pada dada, kelemahan fisik, dan adanya edema ekstremitas.

**Palpasi:** peningkatan frekuensi jantung merupakan respon awal jantung terhadap stress, sinus takikardia mungkin dicurigai dan

sering ditemukan pada pemeriksaan pasien dengan kegagalan pompa jantung.

**Auskultasi:** Tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan volume sekuncup.

**Perkusi:** batas jantung pergeseran yang menunjukkan adanya hipertrofi jantung

#### g. Pemeriksaan Diagnostik

##### 1) Elektrokardiografi (EKG)

Kelainan EKG yang muncul pada pasien CHF diantaranya Sinus takikardia, Sinus bradikardia, Atrial takikardia/fibrilasi, Aritmia ventrikel, Iskemia/infark, Left bundle branch block (LBBB) kelainan segmen ST/T menunjukkan disfungsi ventrikel kiri kronis dan deviasi aksis kekanan, right bundle branch block, dan hipertrofi kanan menunjukkan disfungsi ventrikel kanan

##### 2) Ekokardiografi

Gambaran yang sering ditemukan pada *Congestive Heart Failure* (CHF) akibat penyakit jantung iskemik, kardiomiopati dilatasi ventrikel kiri yang disertai hipokinesis seluruh dinding ventrikel

##### 3) Rontgen Thoraks

Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia (2015) abnormalitas foto toraks yang ditemukan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) yaitu Kardiomegali, Hipertrofi ventrikel, Kongesti vena paru, Edema interstisial, Efusi pleura, Infiltrat paru.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Salah satu diagnosa keperawatan menurut SDKI DPP PPNI (2016), yang menjadi prioritas berdasarkan analisa data dan hasil pengkajian pada pasien gagal jantung adalah ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan posisi tubuh menghambat ekspansi paru, hiperventilasi, dan kelelahan otot pernapasan.

## 3. Intervensi Keperawatan

Adapun intervensi berdasarkan masalah keperawatan dengan ketidakefektifan pola napas pada pasien gagal jantung kongestif adalah:

**Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan pola napas kembali efektif.

**Kriteria hasil:**

Pasien melaporkan sesak napas berkurang atau dapat di atasi, frekuensi napas dalam rentang normal (16 – 20 x/menit), tidak ada penggunaan otot bantu napas serta intensitas dan durasi napas dalam dan teratur.

**Intervensi:**

- a. Monitor pola napas (frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas).  
Rasional: kecepatan biasanya mencapai ke dalam pernapasan bervariasi tergantung derajat gagal napas. Ekspansi dada terbatas yang berhubungan dengan atelaktasis atau nyeri dada
- b. Monitor bunyi napas tambahan (mis: gargling, mengi, wheezing, ronchi)  
Rasional: ronchi dan wheezing menyertai obstruksi jalan napas/kegagalan pernapasan.
- c. Monitor adanya produksi sputum (jumlah, warna, aroma)  
Rasional: pengeluaran sulit bila secret tebal, sputum berdarah akibat kerusakan paru atau luka bronchial yang memerlukan evaluasi/intervensi lanjut.
- d. Posisikan pasien semi *fowler* sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh (Wijayati et al., 2019)  
Rasional: meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan.
- e. Ajarkan latihan napas dalam dan teknik batuk efektif  
Rasional: ventilasi maksimal membuka area atelaktasis dan peningkatan gerakan secret agar mudah di keluarkan.
- f. Monitor aliran oksigen  
Rasional: menjaga aliran oksigen mencukupi kebutuhan pasien.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status

kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang di harapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017). Dalam hal ini peneliti akan melakukan implementasi pemberian posisi semi *fowler* untuk memaksimalkan ventilasi yaitu posisi semi *fowler*.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan. Hasil evaluasi keperawatan yang diharapkan pada pasien CHF sesuai dengan kriteria hasil yang disusun antara lain, pola napas efektif (frekuensi napas 16 – 20x/menit, intensitas dalam, durasi teratur), tidak ada penggunaan otot bantu napas, penurunan dispnea atau tidak mengalami dispnea saat istirahat, tidak ada pucat atau sianosis, dan suara napas vesikuler.

## E. Hasil Penelitian Terkait

1. Menurut penelitian Ahmad Muzaki, (2020) yang berjudul Penerapan Posisi Semi *Fowler* Terhadap Ketidakefektifan Pola Napas Pada Pasien *Congestive Heart Failure* yang dilakukan di ICCU RSUD Wates dengan desain penelitian adalah *deskriptif*. Penelitian menggunakan dua orang responden, pasien pertama dengan RR: 29x/mnt, SpO<sub>2</sub> 96% dan pasien kedua dengan RR: 28x/mnt, SpO<sub>2</sub> 97%. Hasil setelah diberikan posisi semi *fowler* selama 3 hari mendapatkan hasil penurunan frekuensi napas dengan data pada responden pertama RR: 24x/mnt, SpO<sub>2</sub> 99%, pada responden kedua hasil RR: 18x/mnt, SpO<sub>2</sub> 99%. Studi menunjukkan bahwa penerapan posisi semi *fowler* dapat membantu mengurangi sesak napas dan membantu mengoptimalkan RR serta saturasi oksigen pada Klien CHF sehingga masalah ketidakefektifan pola napas dapat teratasi.
2. Menurut penelitian Wijayati et al., (2019) yang berjudul Pengaruh Posisi Semi *Fowler* 45° terhadap Kenaikan Nilai Saturasi Oksigen pada Pasien Gagal Jantung Kongestif di RSUD Loekmono Hadi Kudus dengan menggunakan jenis penelitian *Pra Experimental* dengan rancangan *Pre and Post Test One*



*Group Design* yang dilakukan pada 16 responden. Hasil penelitian didapatkan median SpO<sub>2</sub> sebelum dilakukan posisi semi *fowler* 45° adalah 96% dan setelah dilakukan pemberian posisi semi *fowler* 45° didapatkan nilai median 98%, hal ini menunjukkan hasil selisih median 2L/m rata-rata mengalami kenaikan 1%. Berdasarkan analisis uji alternative

3. *Wilcoxon* didapatkan nilai  $p$  0,006 ( $p < 0,05$ ) yang berarti ada pengaruh dalam pemberian posisi semi *fowler* 45° terhadap kenaikan saturasi oksigen pada pasien CHF.
4. Menurut penelitian (Pambudi & Widodo, 2020) dengan judul Posisi Semi *Fowler* Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Pada Pasien (CHF) *Congestive Heart Failure* Yang Mengalami Sesak Napas. Studi kasus ini menggunakan desain studi kasus deskriptif. Penelitian ini dilakukan di IGD Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang dengan jumlah sebanyak 2 responden. pasien pertama dengan RR:26x/menit dan SpO<sub>2</sub> 94%. Pasien kedua mengalami sesak napas dengan RR:28x/menit dengan SpO<sub>2</sub> 95%. Hasil post test setelah memposisikan semi *fowler* mendapatkan hasil pada responden pertama dengan RR: 20x/menit, SpO<sub>2</sub> 99%, pada responden kedua dengan RR: 22x/menit, SpO<sub>2</sub> 98%. Pemberian posisi semi *fowler* pada pasien CHF berpengaruh dalam peningkatan saturasi oksigen.

Berdasarkan analisa artikel, bahwa posisi semi *fowler* lebih efektif dalam menurunkan frekuensi pernapasan dan saturasi oksigen pada pasien yang mengalami sesak napas dibandingkan dengan *fowler* atau posisi lainnya. Hal ini dikarenakan posisi semi *fowler* merupakan posisi setengah duduk dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan 30- 45°. Posisi tersebut membuat oksigen mampu meredakan penyempitan jalan napas dan memenuhi O<sub>2</sub> dalam darah. Pemberian posisi semi *fowler* dapat meningkatkan masukan oksigen bagi pasien yang sesak napas (Suwaryo et al., 2021).

### **BAB III**

#### **METODE STUDI KASUS**

Pada BAB ini penulis akan membahas metode studi kasus tentang **Penerapan Posisi Semi Fowler dalam Mengatasi Ketidakefektifan Pola Napas pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) di RUSP Fatmawati**. Bab ini menguraikan rancangan studi kasus, subjek studi kasus, fokus studi kasus, definisi operasional fokus studi, instrumen pengumpulan data, metode dan prosedur pengumpulan data, lokasi dan waktu studi kasus, analisa data dan penyajian data, serta etika studi kasus.

##### **A. Rancangan Studi Kasus**

Rancangan studi ini adalah deskriptif dalam bentuk pendekatan studi kasus untuk mendapatkan gambaran mengenai penerapan posisi semi *fowler* dalam mengatasi ketidakefektifan pola napas pada pasien gagal jantung kongestif. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

##### **B. Subjek Studi Kasus**

Subjek studi kasus yang diteliti adalah dua pasien dengan CHF yang mengalami ketidakefektifan pola napas, adapun yang memenuhi kriteria inklusi adalah sebagai berikut:

###### **1. Kriteria Inklusi**

- a. Pasien yang menderita gagal jantung kongestif.
- b. Pasien yang dirawat di RSUP Fatmawati.
- c. Keluhan sesak napas.
- d. Kesadaran composmentis.

###### **2. Kriteria Eksklusi**

- a. Pasien yang tidak dirawat di Rumah Umum Sakit Fatmawati.
- b. Pasien gagal jantung kongestif yang kondisinya kritis
- c. Pasien yang tidak bersedia menjadi responden.

### C. Fokus Studi Kasus

Fokus studi kasus ini adalah Penerapan Posisi Semi *Fowler* dalam Mengatasi Ketidakefektifan Pola Napas pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).

### D. Definisi Operasional Fokus studi

#### 1. Posisi Semi Fowler

Posisi semi *fowler* adalah posisi setengah duduk atau duduk, dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan dengan elevasi 30-45°. posisi ini dilakukan untuk mempertahankan ekspansi paru agar ventilasi lebih efektif.

#### 2. Ketidakefektifan pola napas

Ketidakefektifan pola napas adalah suatu kondisi tidak adekuatnya pemberian ventilasi sehingga terjadi perubahan pola pernapasan.

#### 3. Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)

merupakan individu yang mengalami gagal jantung kiri dan kanan sehingga darah dari atrium kiri ke ventrikel kiri mengalami hambatan, sehingga atrium kiri dilatasi dan hipertrofi yang mengakibatkan penimbunan cairan di paru-paru yang dapat menurunkan pertukaran O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> antara darah di paru-paru sehingga terjadi gangguan ketidakefektifan pola napas.

### E. Instrument Dan Metode Pengumpulan Data

1. Instrumen studi kasus adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen pengumpulan data dalam penyusunan studi kasus ini yaitu dengan menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan, lembar kuesioner, dan lembar observasi untuk mendapatkan data sebelum dan setelah dilakukan intervensi dalam mengukur pernapasan dan nadi normal (frekuensi, intensitas dan durasi).

2. Metode pengumpulan data dilakukan sebelum dan sesudah intervensi yang terdiri dari:

#### a. Wawancara

Wawancara dilakukan untuk menggali informasi secara langsung dengan pasien serta keluarga dan tim medis lainnya dengan berbagai pertanyaan mencakup identitas, keluhan pasien seperti batuk, sesak, riwayat penyakit pasien sekarang seperti penyakit dahulu dan keluarga.

b. Pemeriksaan fisik

Dilakukan pemeriksaan fisik yang terdiri dari inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi, pada sistem pernapasan.

c. Observasi

Observasi dilakukan dengan cara pengamatan posisi sebelum dan sesudah pemberian posisi semi *fowler*. Observasi yang dinilai adalah melihat perbedaan pola napas seperti frekuensi napas, intensitas, durasi, otot bantu napas dan sesak

d. Studi Dokumentasi

Mengakuratkan data-data terkait kepastian penyakit klien dengan membaca catatan perawat atau tim kesehatan lain, melihat hasil dokumentasi seperti: laboratorium dan catatan medis lainnya.

## F. Prosedur Pengumpulan Data

1. Mengurus perizinan dengan kepala ruang, dan rumah sakit yang terkait dengan penelitian.
2. Menjelaskan maksud dan tujuan serta waktu penelitian kepada kepala ruangan dan perawat yang bertanggung jawab di tempat penelitian.
3. Meminta kepala ruang untuk menandatangani persetujuan penelitian dengan *inform Consent*.
4. Mengidentifikasi atau mendiskusikan dengan pembimbing, subjek, jenis, intervensi yang akan dilakukan
5. Memperkenalkan identitas diri kepada pasien untuk membina hubungan saling percaya dengan pasien.
6. Mengidentifikasi atau mendiskusikan dengan responden, subjek tentang jenis intervensi yang akan dilakukan.
7. *Memberikan inform Consent*.
8. Melakukan kontrak tempat dan waktu.
9. Melakukan pengkajian awal yang dilakukan dengan pengukuran tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik.
10. Melakukan penerapan posisi semi *fowler* selama 3 hari sebanyak 3 kali sehari dengan durasi selama 15 – 20 menit.
11. Pengukuran kemampuan bernapas dengan cara mengukur frekuensi, intensitas dan durasi napas setelah dilakukan pemberian posisi semi *fowler* selama 3 hari.

## **G. Lokasi dan Waktu Studi Kasus**

### **1. Lokasi Studi Kasus**

Pada studi kasus ini, lokasinya adalah di ruangan *Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)* Gedung Bougenvile lantai 2 RSUP Fatmawati, RSUP Fatmawati digunakan sebagai lokasi studi kasus dikarenakan rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit pendidikan dan tempat praktik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati.

### **2. Waktu Studi Kasus**

Waktu studi kasus ini adalah waktu yang digunakan dalam pengambilan data untuk studi kasus tanggal 27 Maret 2023 sampai 01 April 2023.

## **H. Analisa Data dan Penyajian Data**

### **1. Analisa Data**

Pengolahan data menggunakan analisis deskriptif yaitu untuk menganalisis data dengan cara mengumpulkan data subjektif dan data objektif, lalu di klasifikasikan. Pengelolaan data dengan membandingkan hasil sebelum dan sesudah tindakan dilakukan untuk mengetahui adanya efektifitas pola napas setelah dilakukan intervensi posisi semi *fowler*. Selanjutnya hasil penelitian pengukuran tersebut disimpulkan berdasarkan sebelum dan sesudah tindakan.

### **2. Penyajian Data**

Setelah dilakukan pengelolaan data dan didapatkan hasil penelitian maka data dan hasil penelitian akan disajikan dalam bentuk teks atau tekstular dan tabel.

## **I. Etika Studi Kasus**

Etika dalam studi kasus membantu dalam menunjukkan prinsip-prinsip etis yang diterapkan dalam kegiatan studi kasus. Pada studi kasus, penulis melakukan studi kasus dengan memegang teguh sifat ilmiah (*scientific attitude*) serta berpegangan teguh pada etika studi kasus.

Menurut Ariga (2021), dalam melaksanakan studi kasus penulis menerapkan etika sebagai berikut:

### **1. *Informed Consent***

Pada *informed consent* subjek memutuskan untuk berpartisipasi setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tujuan penelitian. Pada

*informed consent* juga akan dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

2. Kepercayaan

Prinsip ini adalah salah satu perwujudan dari prinsip etik yang utama, kepercayaan penulis kepada subjek atau sebaliknya untuk mencapai proses keperawatan yang baik, tanpa kepercayaan dokumentasi keperawatan yang baik tidak akan tercapai.

3. *Justice*

Keadilan ini perlu dipegang agar perawat serta petugas lainnya, mampu memberikan pelayanan yang adil, serta tidak berpihak pada siapapun. Penulis tidak berpihak kepada salah satu subjek ataupun kepada orang-orang tertentu yang dianggap memiliki prioritas.

4. *Anonymity*

Hak untuk tidak disebutkan nama atau identitas diri dan dirahasiakan. Data yang diperoleh dari subjek, hanya diketahui oleh penulis dan subjek yang bersangkutan. Pada studi kasus ini, penulis hanya menuliskan nama inisial dan tidak menuliskan nama lengkap subjek pada setiap pelaksanaan pemberian posisi semi *fowler*.

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

Pada BAB ini penulis menguraikan hasil studi kasus beserta pembahasannya yang meliputi penjabaran data umum dan data khusus serta analisis mengenai hasil implementasi posisi semi *fowler* pada kedua subjek. Implementasi yang dilakukan adalah posisi semi *fowler* dalam upaya mengatasi ketidakefektifan pola napas pada pasien *Congestive Heart Failure* di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Fatmawati selama tiga hari dari tanggal 10 April – 12 April 2023. Studi kasus ini dilaksanakan di ruangan *Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)* Gedung Bougenvile lantai 2 RSUP Fatmawati. RSUP Fatmawati adalah Rumah Sakit pendidikan kelas A yang memiliki ruangan lengkap termasuk ruangan keperawatan kritis jantung yaitu ICCU sekaligus pusat rujukan nasional. SDM yang kompeten baik dokter spesialis dan sub spesialis serta perawat profesional, Magister dan spesialis dari berbagai bidang keilmuan.

#### **A. Hasil Studi Kasus**

##### **1. Gambaran Subjek Studi Kasus**

Dalam studi kasus ini dipilih 2 orang sebagai subjek studi kasus yaitu subjek I dan subjek II. Kedua subjek sudah disesuaikan dengan kriteria inklusi yang ditetapkan.

##### **Subjek I**

Subjek I seorang laki-laki bernama Tn. I berusia 44 tahun, beragama islam, pendidikan terakhir SLTA, status perkawinan sudah menikah, pekerjaan sebagai wiraswasta, tempat tinggal di Gang Makam No.19 Cipulir, Kebayoran Lama, Jakarta Selatan. Biaya perawatan menggunakan JKN – BPJS. Subjek I masuk ke ruang perawatan pada Tanggal 07 April 2023 dengan nomor register 01880596. Diagnosa medis *Congestive Heart Failure*, keluhan utama yang dirasakan saat masuk rumah sakit adalah nyeri hebat pada dada sebelah kiri seperti rasa kebakar dan sedikit sesak, keringat dingin, batuk dahak, lemas, mudah lelah, saat beraktivitas berat sesak timbul.

Subjek I memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu, *Congestive Heart Failure* sejak 3 tahun yang lalu namun subjek I stop kontrol dan stop minum obat sudah 1 tahun yang lalu. Sebelumnya subjek I juga pernah di rawat di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati dengan diagnosa medis yang sama. Hasil pemeriksaan radiologi foto thorax menunjukkan kardiomegali dengan gambaran bendungan paru. Masalah keperawatan yang belum teratasi ketidakefektifan pola napas.

### **Subjek 2**

Subjek II seorang perempuan bernama Ny. S berusia 60 tahun, beragama islam, tempat tinggal di Jl. KH. Muharsyim 11/53 Rt/Rw 011/006, Cilandak, Jakarta Selatan, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, status perkawinan yaitu janda, biaya perawatan menggunakan JKN – BPJS. Subjek II masuk ke ruang perawatan pada tanggal 07 April 2022 dengan nomor register 01270020, diagnosa medis CHF ec Hypertensi Heart Disease (HHD). Keluhan utama yang dirasakan saat masuk rumah sakit adalah sesak napas, batuk, dada sebelah kiri terasa panas seperti kebakar, serta kesulitan tidur pada malam hari. Sebelumnya subjek II juga pernah di rawat di RSUP Fatmawati dengan diagnosa Stroke ringan. Subjek II memiliki riwayat hipertensi dan diabetes melitus. Hasil pemeriksaan foto thorax didapatkan efusi pleura kanan curiga disertai kolaps sebaran lobus inferior paru, ukuran jantung sulit di nilai, elongasi dan klarifikasi. Kardiomegali dengan gambaran bendungan paru.

## **2. Pemaparan Fokus Studi**

Pemaparan fokus studi yang penulis lakukan dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi lima tahapan yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

### **a. Pengkajian**

Berdasarkan tahapan proses keperawatan, maka langkah pertama yang harus dilakukan pada kedua subjek dengan diagnosa medis gagal jantung kongestif adalah fokus pengkajian terhadap ketidakefektifan pola napas dan faktor-faktor pencetusnya dengan menggunakan lembar kuesioner dan lembar observasi. Adapun hasil pengkajian yang didapatkan sebelum dan sesudah di lakukan intervensi adalah sebagai berikut:



**Table 4.1**

Frekuensi, saturasi, intensitas, durasi, dan otot bantu napas sebelum dilakukan intervensi keperawatan pemberian posisi semi *fowler*

subjek	Terapi oksigen	Aspek yang di nilai				
		Frekuensi Napas	Saturasi Oksigen	Intensitas dan Durasi	Otot Bantu Napas	Keluhan
1	3 lpm	28 x/menit	97%	Dangkal Teratur	Tidak ada	Batuk batuk, ada lendir warna merah kecoklatan, sedikit sesak
2	4 lpm	29 x/menit	96%	Dangkal Teratur	ada	Sesak dan batuk pada malam hari

Hasil pengkajian sebelum dilakukan intervensi pada tabel 4.1 subjek I terpasang oksigen 3 lpm dengan menunjukkan frekuensi napas 28x/menit, saturasi oksigen 97%, intensitas napas dangkal dan durasi teratur, tidak adanya otot bantu napas dengan keluhan batuk-batuk serta ada lendir warna merah kecoklatan dengan sedikit sesak

Pada subjek II terpasang oksigen 4 lpm dengan hasil sebelum dilakukan intervensi pada tabel 4.1 menunjukkan frekuensi napas 29x/menit, saturasi oksigen 96%, intensitas napas dangkal dan durasi teratur, adanya otot bantu napas dan subjek sesak.

#### **b. Diagnosa Keperawatan**

Tahapan kedua proses keperawatan yaitu menegakkan diagnosa keperawatan. Pada tahap ini penulis hanya akan membahas satu diagnosa yaitu ketidakefektifan pola napas yang ditandai dengan hasil rontgen yang menunjukkan adanya kardiomegali, frekuensi napas, napas cepat dan dangkal sehingga berisiko terjadi hambatan pertukaran gas karena pengumpulan cairan di alveoli (perubahan membran alveoli kapiler) pada pasien gagal jantung kiri mengakibatkan asupan oksigen berkurang.

### c. Intervensi keperawatan

Tahap ketiga proses keperawatan adalah intervensi keperawatan. Penulis akan menyusun intervensi keperawatan sesuai dengan prioritas tentang masalah keperawatan ketidakefektifan pola napas yaitu dengan memberikan posisi semi *fowler* 30-45<sup>0</sup>, sesuai dengan teori dalam modul praktikum keperawatan dasar (Istichomah, 2020) Dan penelitian yang telah dilakukan oleh Wijayati et al., (2019), mengenai pengaruh posisi tidur semi *fowler* 45<sup>0</sup> terhadap kenaikan nilai saturasi oksigen dengan responden sebanyak 16 pasien di RSUD Dr. Lekmono Hadi Kudus.

Intervensi yang akan diterapkan pada kedua subjek ialah dengan pemberian posisi semi *fowler* 30 – 45<sup>0</sup>, dengan tujuan untuk mengatasi ketidakefektifan pola napas yang di tandai dengan penurunan frekuensi napas di bawah 12x/menit atau peningkatan frekuensi napas di atas 24x/menit dengan intensitas dangkal maupun dalam tidak teratur. Frekuensi napas normal 12 – 20 x/menit dengan intensitas normal dan durasi teratur serta tidak adanya otot bantu pernapasan dan sesak. Penulis melakukan Intervensi pemberian posisi semi *fowler* diberikan selama 3 hari dengan dilakukan sebanyak 3 kali dalam sehari selama 15 – 20 menit sehingga dapat mengefektifkan pola napas.

### d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap dalam mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan atau intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah di tetapkan. Penulis melakukan implementasi yang diawali dengan menjelaskan prosedur dari posisi semi *fowler*, memposisikan semi *fowler* selama 20 menit setiap tindakan dan memonitor pola napas, memonitor saturasi oksigen seperti tabel di bawah ini:

**Tabel 4.2**

Frekuensi, saturasi, intensitas, durasi, dan otot bantu napas selama dilakukan intervensi keperawatan pemberian posisi semi *fowler*

Hari	Durasi (Waktu)	Subjek 1		Subjek 2		Keterangan
		Pre	Post	Pre	Post	
<b>I</b>	20 menit	RR:28x/m SpO2:96%	RR:26x/m SpO2:97%	RR:29x/m SpO2:96%	RR:28x/m SpO2:97%	Adanya penurunan frekuensi napas dan kenaikan nilai saturasi oksigen sebesar 1 – 2% di antara kedua subjek dengan keluhan sesak berkurang namun masih dengan keluhan batuk
	20 menit	RR:27x/m SpO2:97%	RR:25x/m SpO2:98%	RR:29x/m SpO2:97x	RR:28x/m SpO2:97%	
	20 menit	RR:26x/m SpO2:97%	RR:23x/m SpO2:98%	RR:27x/m SpO2:97%	RR:26x/m SpO2:98%	
<b>II</b>	20 menit	RR:26x/m SpO2:97%	RR:24x/m SpO2:98%	RR:28x/m SpO2:96%	RR:27x/m SpO2:97%	Adanya penurunan frekuensi napas dan kenaikan nilai saturasi oksigen pada kedua subjek. Sesak berkurang namun subjek 1 mengeluh batuk sulit mengeluarkan dahak
	20 menit	RR:24x/m SpO2:98%	RR:23x/m SpO2:99%	RR:28x/m SpO2:96%	RR:26x/m SpO2:98%	
	20 menit	RR:23x/m SpO2:100 %	RR:22x/m SpO2:100 %	RR:26x/m SpO2:97%	RR:25x/m SpO2:97%	

Hari	Durasi (Waktu)	Subjek 1		Subjek 2		Keterangan
		Pre	Post	Pre	Post	
III	20 menit	RR:24x/m SpO2:98%	RR:22x/m SpO2:99%	RR:25x/m SpO2:97%	RR:24x/m SpO2:97%	Peningkatan nilai saturasi oksigen dan perbaikan pada pola napas kedua subjek. Sesak dan batuk berkurang serta kesulitan dalam tidur menurun.
	20 menit	RR:23x/m SpO2:100 %	RR:21x/m SpO2:99%	RR:24x/m SpO2:98%	RR:23x/m SpO2:99%	
	20 menit	RR:21x/m SpO2:99%	RR:19x/m SpO2:99%	RR:23x/m SpO2:99%	RR:22x/m SpO2:99%	

Responden I mengatakan sesak berkurang namun batuk-batuk terutama di malam hari sulit untuk mengeluarkan sputum, frekuensi pernapasan akhir setelah dilakukan intervensi 3 kali dalam sehari dengan waktu 20 menit yaitu menjadi 23 x/menit, SpO2 98%, kedalaman napas dalam dan teratur, tidak ada otot bantu napas dan tampak lebih nyaman. Responden kedua mengatakan sesak berkurang, frekuensi pernapasan akhir setelah dilakukan intervensi sebanyak 3 kali dalam sehari yaitu 25 x/menit, SpO2 97%, kedalaman napas dalam dan teratur, otot bantu napas tidak ada dan pasien tampak lebih nyaman. Pemberian posisi ini dilakukan setiap hari selama 3 hari berturut-turut sebanyak 3 kali dalam sehari dengan durasi waktu yaitu 20 menit.

#### e. Evaluasi Keperawatan

Setelah melakukan implementasi pemberian posisi semi *fowler* selama 3 hari berturut-turut sebanyak 3 kali sehari dengan durasi selama 20 menit. Maka didapatkan hasil yang tercantum pada table di bawah ini:

**Table 4.3**  
Evaluasi keperawatan pemberian posisi semi *fowler* pada subjek I

Hari	Waktu	Aspek yang di nilai				
		Frekuensi Napas	Saturasi Oksigen	Intensitas dan Durasi	Otot Bantu Napas	Keluhan
1	Sebelum	26 x/menit	97%	Dangkal Teratur	Tidak ada	Batuk ada lendir berwarna merah kecoklatan dan sedikit sesak
	Sesudah (20 menit)	23 x/menit	98%	Dalam Teratur	Tidak ada	Batuk, tidak sesak
2	Sebelum	25 x/menit	98%	Dalam Teratur	Tidak ada	Batuk dan susah mengeluarkan dahak, sesak berkurang
	Sesudah (20 menit)	22x/menit	100%	Dalam teratur	Tidak ada	Batuk dan tidak sesak
3	Sebelum	21x/menit	99%	Dalam Teratur	Tidak ada	Masih batuk namun secret berkurang
	Sesudah (20 menit)	19x/menit	99%	Dalam Teratur	Tidak ada	Sesak tidak ada, batuk sudah berkurang

Hasil evaluasi pemberian posisi semi *fowler* dalam tabel 4.3 Pada subjek I mengalami batuk-batuk karena subjek mengalami batuk sejak sebelum masuk RS. Namun tetap menunjukkan bahwa terdapat penurunan frekuensi napas, perubahan intensitas dan durasi napas serta peningkatan saturasi oksigen. Pada hari pertama sebelum dilakukan pemberian posisi semi *fowler*, frekuensi napas masih 26 x/menit, saturasi oksigen 97x/menit, intensitas dangkal dengan durasi teratur, tidak tampak penggunaan otot bantu napas dan keluhan pasien batuk ada lendir berwarna merah kecoklatan dan sedikit sesak. Setelah dilakukan pemberian posisi semi *fowler* terjadi penurunan pada frekuensi napas menjadi 23 x/menit, saturasi oksigen 98%, intensitas dalam dengan durasi teratur, tidak tampak penggunaan otot bantu napas, dan keluhan pasien masih batuk-batuk.

Pada hari kedua frekuensi napas 25 x/menit, saturasi oksigen 98 x/menit, intensitas dalam dengan durasi teratur, tidak tampak penggunaan otot bantu napas dan keluhan pasien masih batuk dan susah mengeluarkan dahak namun sesak sudah berkurang. Setelah dilakukan pemberian posisi semi *fowler* terjadi penurunan pada frekuensi napas menjadi 22 x/menit, saturasi oksigen 100%, intensitas dalam dengan durasi teratur, tidak ada otot bantu napas, dan keluhan pasien sesak sudah tidak di rasa dan masih batuk.

Pada hari ketiga frekuensi napas 21 x/menit, saturasi oksigen 99x/menit, intensitas dangkal dengan durasi teratur, tidak tampak penggunaan otot bantu napas dan keluhan pasien masih batuk namun secret sudah berkurang. Setelah dilakukan pemberian posisi semi *fowler* terjadi penurunan pada frekuensi napas menjadi 19x/menit, saturasi oksigen 99%, intensitas dalam dengan durasi teratur, tidak ada otot bantu napas, sesak tidak ada dan batuk sudah berkurang

**Tabel 4.4**  
Evaluasi keperawatan pemberian posisi semi *fowler* pada subjek II

Hari	Waktu	Aspek yang di nilai				
		Frekuensi Napas	Saturasi Oksigen	Intensitas dan Durasi	Otot Bantu Napas	Keluhan
1	Sebelum	29 x/menit	96%	Dangkal Teratur	Ada	Sesak, batuk di malam hari
	Sesudah	26 x/menit	98%	Dalam Teratur	Tidak ada	Sesak berkurang
2	Sebelum	27 x/menit	96%	Dangkal Teratur	Tidak ada	Sesak dan sulit tidur
	Sesudah	25x/menit	97%	Dalam teratur	Tidak ada	Sesak berkurang
3	Sebelum	23x/menit	97%	Dalam Teratur	Tidak ada	Sesak sudah berkurang
	Sesudah	22x/menit	99%	Dalam Teratur	Tidak ada	Tidak sesak

Hasil evaluasi pemberian posisi semi *fowler* dalam tabel 4.4 Pada subjek II menunjukkan bahwa terdapat penurunan frekuensi napas, perubahan intensitas dan durasi napas serta peningkatan saturasi oksigen. Pada hari pertama sebelum dilakukan pemberian posisi semi *fowler*, frekuensi napas

masih 29 x/menit, saturasi oksigen 97x/menit, intensitas dangkal dengan durasi teratur, adanya otot bantu napas dan keluhan pasien merasakan sesak dan batuk apabila di malam hari. Setelah dilakukan pemberian posisi semi *fowler* terjadi penurunan pada frekuensi napas menjadi 26x/menit, saturasi oksigen 98%, intensitas dalam dengan durasi teratur, tidak ada otot bantu napas, dan pasien mengatakan sesak namun sudah berkurang.

Pada hari kedua frekuensi napas 27 x/menit, saturasi oksigen 96x/menit, intensitas dangkal dengan durasi teratur, tidak tampak penggunaan otot bantu napas dan keluhan pasien masih sesak dan sulit tidur. Setelah dilakukan pemberian posisi semi *fowler* terjadi penurunan pada frekuensi napas menjadi 25x/menit, saturasi oksigen 97%, intensitas dalam dengan durasi teratur, tidak ada otot bantu napas, dan tampak sesak berkurang.

Pada hari ketiga frekuensi napas 23 x/menit, saturasi oksigen 97x/menit, intensitas dalam dengan durasi teratur, tidak tampak penggunaan otot bantu napas dan keluhan pasien sesak sudah berkurang. Setelah dilakukan pemberian posisi semi *fowler* terjadi penurunan pada frekuensi napas menjadi 22x/menit, saturasi oksigen 99%, intensitas dalam dengan durasi teratur, tidak ada otot bantu napas, dan tidak merasa sesak dan sudah dapat tidur

Sehingga hasil dari evaluasi penerapan posisi semi *fowler* di atas yang sudah dilakukan di hari pertama sampai hari ketiga pada kedua subjek didapatkan pola napas menjadi lebih efektif yang di tandai dengan penurunan frekuensi napas, peningkatan saturasi oksigen serta adanya perbaikan intensitas dan durasi napas, tidak adanya otot bantu napas. Selain itu, kedua subjek melaporkan kenyamanan dan sesak berkurang setelah diberikan posisi semi *fowler*.

## **B. Pembahasan**

Pada pasien yang mengalami gagal jantung khususnya gagal jantung kongestif akan mengalami edema pulmoner. Pasien yang mengalami edema pulmoner memiliki ketebalan alveoli yang meningkat, cairan atau edema yang menghalangi proses difusi, karena hal tersebut membuat proses difusi yang lambat sehingga

pertukaran gas memerlukan waktu lebih lama melewati membrane alveoli. Karena adanya pertukaran gas yang lambat maka akan mengganggu proses pengiriman oksigen ke jaringan. Pada kondisi tersebut, perawat harus mampu mengatasi secara mandiri dan kolaborasi antara lain dengan memberikan posisi yang tepat untuk meningkatkan ekspansi paru dan kelancaran proses difusi yaitu dengan pengaturan posisi semi *fowler*.

Menurut penulis sesak napas yang terjadi pada Tn. I karena di dukung data dengan frekuensi napas: 26x/menit dan Ny. S dengan frekuensi napas: 29x/menit merupakan respon dari ketidakefektifan pola napas yang disebabkan oleh adanya pembesaran pada jantung atau cardiomegali yang menurunkan kontraktilitas jantung dan membuat darah tidak dapat memompa darah secara adekuat untuk memenuhi kebutuhan tubuh dan sebagai kompensasi frekuensi pernapasan akan meningkat pada subjek I dan II. Hal ini sudah sesuai dengan teori bahwa ketidakefektifan pola napas yang terjadi pada kedua subjek adalah karena penurunan curah jantung yang disebabkan oleh kardiomegali menyebabkan penurunan kontraktilitas pada pasien gagal jantung kongestif.

Dalam mengatasi masalah tersebut di atas, penulis menerapkan pelaksanaan pemberian posisi semi *fowler* selama 3 hari mengacu pada penelitian Wijayati et al., (2019), pemberian posisi semi *fowler* dilakukan selama rentang waktu satu bulan dengan jumlah responden sebanyak 16 pasien penderita gagal jantung kongestif dengan metode *Pra Experimental* dengan rancangan *Pre and Post Test one Group Design*. Penulis menerapkan pelaksanaan pemberian posisi semi *fowler* 30-45<sup>0</sup> dengan metode studi kasus 2 responden yang dilakukan selama 3 hari menggunakan lembar observasi dan kuesioner. Evaluasi yang dilakukan dengan cara melihat perubahan frekuensi napas serta saturasi sebelum dan setelah pemberian posisi semi *fowler* 30 – 45<sup>0</sup>.

Pada subjek I dan II terdapat persamaan dalam penatalaksanaan pemberian posisi semi *fowler* selama 20 menit yaitu adanya peningkatan pola napas dan kenyamanan sehingga keluhan sesak napas yang dirasakan dan menyebabkan masalah sulit tidur pada hari ketiga sudah bisa teratasi. Hal ini sejalan dengan penelitian Wijayati et al., (2019) bahwa mengatur posisi pasien dalam sudut posisi tidur semi *fowler* 45<sup>0</sup> akan meningkatkan ekspansi paru mengurangi sesak napas



pada pasien karena posisi tersebut lebih membantu dalam menurunkan konsumsi oksigen dan meningkatkan ekspansi paru secara maksimal serta mengatasi kerusakan pertukaran gas yang berhubungan dengan perubahan membran alveolus.

Adapun ada perbedaan antara subjek I dan II, subjek I terpasang nasal canul 3lpm dengan keluhan batuk-batuk dan sulit mengeluarkan dahak, sesak sudah tidak dirasa sedangkan pada subjek II terpasang nasal canul 4lpm dengan mengalami hambatan sesak napas namun batuk hanya pada saat malam hari. Pada subjek I dan II juga mengalami perbedaan tingkat penurunan pernapasan. Dengan hasil adanya peningkatan pada status pernapasan subjek I sebesar 3x/menit dan subjek kedua sebesar 2x/menit serta peningkatan saturasi kedua subjek sebesar 1 – 2%. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan wijayati tentang pengaruh posisi tidur semi *fowler* terhadap kenaikan nilai saturasi oksigen di RSUD Dr. Loekmono Hadi Kudus yang dilakukan terhadap 16 responden bahwa adanya selisih kenaikan sebesar 2%. Hal ini sesuai dengan teori Rifa'I A,ESS,S (2013) yang tercantum pada artikel Wijayati et al., (2019) menyatakan bahwa posisi tubuh juga mempengaruhi volume dan kapasitas paru, biasanya menurun bila berbaring dan meningkat bila berdiri. Perubahan pada posisi ini disebabkan oleh dua faktor yaitu kecenderungan isi abdomen menekan ke atas melawan diafragma pada posisi berbaring dan peningkatan volume darah paru pada posisi berbaring. Yang berhubungan dengan pengecilan ruang yang tersedia untuk udara dalam paru.

Setelah dilakukan evaluasi keperawatan yang diketahui bahwa pemberian posisi semi *fowler* selama 3 hari sebanyak 3 kali dalam sehari dapat memberikan keyakinan bahwa posisi semi *fowler* dapat meningkatkan pola napas sehingga napas menjadi lebih efektif.

### C. Keterbatasan Penulisan

Dalam penulisan studi kasus ini penulis menemui hambatan sehingga mengalami keterbatasan dalam penyusunan studi kasus ini. Beberapa keterbatasan antara lain:

1. Ketersedian waktu penulis dalam pemantauan observasi melakukan penerapan posisi semi *fowler* dikarenakan dilakukan diruangan yang berbeda.

2. Sulitnya menentukan instrumen observasi dan kuesioner yang baku untuk penerapan studi kasus.
3. Ketersediaan subjek untuk dilakukan intervensi terkadang agak sulit.
4. Sulitnya mendapatkan subjek yang memenuhi syarat untuk dilakukan intervensi, hal ini dikarenakan subjek di rumah sakit dengan kasus gagal jantung kongestif sudah sulit di temukan di ruang perawatan biasa dan rata-rata pasien gagal jantung di tempatkan di ruangan ICCU.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil studi kasus pada kedua subjek, penulis menemukan kedua subjek mengalami gagal jantung kongestif dengan intervensi pemberian posisi semi *fowler* di dua ruangan sebagai berikut:

Kedua subjek mengalami masalah ketidakefektifan pola napas yang disebabkan oleh adanya pembesaran pada jantung atau cardiomegali yang menurunkan kontraktilitas jantung dan membuat darah tidak dapat memompa darah secara adekuat untuk memenuhi kebutuhan tubuh dan sebagai kompensasi frekuensi pernapasan akan meningkat pada subjek I dan II. Gejala pada kedua subjek sama yaitu mengalami sesak napas dan batuk dengan frekuensi napas 28x/menit, ini menandakan adanya masalah ketidakefektifan pola napas pada pasien.

Adapun intervensi keperawatan untuk mengatasi pada pasien yang mengalami masalah ketidakefektifan pola napas adalah dengan pemberian posisi semi *fowler*. Posisi semi *fowler* adalah posisi tempat tidur yang bagian kepala di tinggikan 30 – 45<sup>0</sup> membuat gaya gravitasi yang mengakibatkan otot diafragma tertarik ke bawah sehingga ekspansi paru lebih optimal dan meningkatkan ventilasi paru sehingga pertukaran gas oksigen lebih efektif. Tujuan posisi semi *fowler* yaitu mengurangi sesak napas dan memberikan rasa nyaman sehingga pasien dapat tidur.

Pemberian posisi semi *fowler* dilakukan selama kedua subjek masih mengalami sesak napas yang berakibat membuat pola tidur terganggu, pemberian ini dilakukan dengan durasi waktu 15 – 20 menit sebanyak 3 kali dalam sehari. Pemberian posisi semi *fowler* sangat efektif dalam membantu mengurangi sesak napas dan membantu pengembangan paru serta mengurangi tekanan abdomen dan diafragma. Dengan demikian pentingnya untuk latihan pernapasan serta melakukan posisi semi *fowler* ini selama 20 menit atau bahkan boleh lebih dari 20 menit untuk meningkatkan keefektifan posisi semi *fowler* ini.

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan pemberian posisi semi *fowler* pada kedua subjek maka didapatkan data perubahan pada pola pernapasan. Pada subjek pertama dengan hasil akhir perubahan pola napas yaitu 19x/menit, saturasi oksigen 99%, intensitas durasi napas dalam dan teratur, tidak ada otot bantu napas dengan keluhan sesak tidak ada serta batuk sudah berkurang dan sudah bisa untuk tidur. Pada subjek kedua dengan hasil akhir perubahan pola napas yaitu frekuensi napas 22x/menit, saturasi oksigen 99%, intensitas durasi napas dalam dan teratur, tidak adanya otot bantu napas serta keluhan sesak tidak ada, dan sudah bisa untuk tidur.

## B. Saran

Berdasarkan hasil kesimpulan yang telah di uraikan diatas, maka penulis memberikan saran terkait hasil studi kasus mengenai pemberian posisi semi *fowler* dalam mengatasi ketidakefektifan pola napas pada pasien dengan gagal jantung kongestif adalah sebagai berikut:

### 1. Bagi instansi pelayanan Keperawatan dan Kesehatan

Hasil studi kasus ini diharapkan bidang pelayanan keperawatan dapat memberikan intervensi mandiri secara optimal dengan pemberian posisi semi *fowler* dalam mengatasi ketidakefektifan pola napas dengan pasien CHF.

### 2. Perkembangan ilmu dan teknologi keperawatan

Diharapkan perawat dengan pemberian intervensi mandiri pemberian posisi semi *fowler* dapat menyediakan fasilitas yang memudahkan bidang keperawatan sehingga mempercepat dalam pemberian pelayanan kesehatan.

### 3. Bagi institusi

Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan referensi dan digunakan bagi mahasiswa yang akan melakukan penelitian selanjutnya, sehingga mahasiswa akan mampu memahami dan mengetahui mengenai pembelajaran posisi semi *fowler* 30 – 45<sup>0</sup> sebagai intervensi mandiri dalam mengatasi ketidakefektifan pola napas pada pasien CHF.

### 4. Bagi penulis

Hasil studi kasus ini dapat menambah wawasan dan pengalaman penulis dalam mengaplikasikan intervensi keperawatan pemberian posisi semi *fowler* pada pasien gagal jantung kongestif dengan masalah ketidakefektifan pola napas.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Muzaki, Y. A. (2020). Penerapan Posisi Semi *Fowler* Terhadap Ketidakefektifan Pola Napas pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF). *Nursing Science Journal (NSJ)*, 19–24.
- Ariga, R. A. (2021). Prinsip-Prinsip Etik Berdasarkan Aspek Legal Dalam Keperawatan Seri Buku Ajar: Konsep Dasar Keperawatan. Yogyakarta: Deepublish.
- Asikin, M., Nuralamsyah, M., & Susaldi. (2016). Keperawatan Medikal Bedah Sistem Kardiovaskular. (Cet. 1). Jakarta: Erlangga.
- Aspiani, reny yuli. (2015). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular: aplikasi *NIC & NOC*. Jakarta: EGC.
- Baradero, M., Dayrit, M. W., & Siswadi, Y. (2008). Klien Gangguan Kardiovaskular: Seri Asuhan Keperawatan. Jakarta: EGC.
- DiGiulio, Mary, RN, M., & Jackson, Donna, RN, M. (2014). Keperawatan Medikal Bedah (1st ed.). Yogyakarta: Rapha publishing.
- Dinarti, & Muryanti. (2017). Bahan Ajar keperawatan: Dokumentasi Keperawatan.
- Djojodibroto, D. (2014). *Respirologi: Respiratory Medicine (2nd ed)*. Jakarta: EGC.
- Istichomah. (2020). Modul Praktikum Keperawatan Dasar 1. CV. Media Sains Indoensia.
- Kanine, E., Bakari, R. I., Sarimin, S. D., A.Merentek, G., & Lumi, W. (2022). Efektifitas Posisi Semi *Fowler* Dalam meningkatkan Saturasi Oksigen Dibandingkan Dengan Posisi Head Up Pada Pasien Gagal Jantung Kronik Di Ruang Iccu Rsup Prof. Dr R.D Kandou Manado. *E-Prosding*, 1(02), 67–73.
- Mugihartadi, Mei Rika Handayani, M. M. R. H. (2020). Pemberian Terapi Oksigenasi Dalam Mengurangi Ketidakefektifan Pola Napas Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (Chf) Di Ruang Icu/Iccu Rsud Dr. Soedirman Kebumen. *Nursing Science Journal (NSJ)*, 1(1), 1–6. <https://doi.org/10.53510/nsj.v1i1.13>
- NANDA. (2018). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA (North Ameican nursing Diagnosis Association) NIC NOC*. MediaAction.
- Nirmalasari, N. (2017). *DEEP BREATHING EXERCISE DAN ACTIVE RANGE OF MOTION EFEKTIF*. 2(2).
- Nuraini, Sari, N. N., Sukarna, R. A., & Muhsinah, S. (2023). Pengantar Keperawatan Medikal Bedah. Yayasan Kita Menulis.
- Nurani, R. D., & Arianti, M. (2020). Penerapan Posisi Semi *Fowler* Terhadap

Ketidakefektifan Pola Napas Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (Chf). *Nursing Science Journal (NSJ)*, 1(1), 19–24. <https://doi.org/10.53510/nsj.v1i1.16>

Padila. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Pambudi, D. A., & Widodo, S. (2020). Posisi *Fowler* Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Pada Pasien (CHF) *Congestive Heart Failure* Yang Mengalami Sesak Napas. *Ners Muda*, 1(3), 156. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i3.5775>

Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. (SDKI). Edisi 1. Jakarta: Persatuan Perawat Indonesia

Priscilla LeMone, Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *Buku ajar Keperawatan Medikal Bedah: Gangguan Kardiovaskular* (5th ed.). Jakarta: EGC.

Puspita, T., Prayoga, R., Mulyana, Y., & Widadi, Y. (2022). Analysis of Nursing Care on *Congestive Heart Failure* Disease Using *Semifowler's* Position to Increase Oxygen Saturation. In *J Health Sci Nurs Stud* (Vol. 1).

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2015). *Brunner & Suddart textbook of medical surgical nursing* (S. C. Smeltzer, B. G. Bare, J. L. Hinkle, & K. H. Cheever (eds.); eleventh). Jakarta: Lippincott Williams & Wilkins.

Suddarth, B. &. (2017). *Keperawatan Medikal-Bedah* (Ed. 12). Jakarta: EGC.

Surtiyanah, L., Huda, S. A., Kep, M., & Mb, S. K. (2022). *Gagal Jantung Kongestif di Rs Sentra Medika Cikarang*

Suwaryo, P. A. W., Amalia, W. R., & Waladani, B. (2021). Efektifitas Pemberian *Semi Fowler* dan *Fowler* terhadap Perubahan Status Pernapasan pada Pasien Asma. *Urecol*, 1(2), 1–8.

Udjianti, wajan juni. (2010). *keperawatan kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika

Wijayati, S., Ningrum, D. H., & Putrono, P. (2019). Pengaruh Posisi Tidur *Semi Fowler* 450 Terhadap Kenaikan Nilai Saturasi Oksigen Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Di RSUD Loekmono Hadi Kudus. *Medica Hospitalia : Journal of Clinical Medicine*, 6(1), 13–19. <https://doi.org/10.36408/mhjcm.v6i1.372>

Wulandari, catur leny, Jannah, M., & Biomed. (2022). *Basic skill Training* (2nd ed.). Media Sain Indonesia.

## PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI STUDI KASUS

Saya adalah mahasiswa Program Diploma Tiga Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul **Penerapan Posisi Semi Fowler dalam Mengatasi Ketidakefektifan Pola Napas pada Pasien *Congestive Heart Failure* di RSUP Fatmawati.**

1. Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk meningkatkan frekuensi pernapasan agar pola napas menjadi efektif. Studi kasus ini berlangsung selama 3 hari.
2. Prosedur pengambilan data dilakukan dengan cara merawat terdapat dengan menggunakan pedoman wawancara, observasi, pemeriksaan kesehatan dan beberapa tindakan/prosedur keperawatan. Cara ini mungkin akan menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena studi kasus ini untuk kepentingan pengembangan asuhan/pelayanan kesehatan.
3. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada studi kasus ini adalah anda turut terlibat mengikuti pengembangan asuhan/tindakan yang diberikan.
4. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
5. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan studi kasus ini, silahkan menghubungi peneliti pada nomor HP 088211750873

Mahasiswa

**Aprilia Rizki**

### **PERSETUJUAN MENGIKUTI STUDI KASUS**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Aprilia Rizki dengan judul **Penerapan Posisi Semi *Fowler* dalam Mengatasi Ketidakefektan Pola Napas pada Pasien *Congestive Heart Failure* di RSUP Fatmawati.**

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama studi kasus ini saya ingin membatalkan persetujuan ini, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Saksi  
Persetujuan

Jakarta,  
Yang memberikan

( ) ( )

Mahasiswi

**Aprilia Rizki**



**LEMBAR KUESIONER**

Nama :  
 Umur :  
 Jenis Kelamin :

<b>No .</b>	<b>PERTANYAAN</b>	<b>IYA</b>	<b>TIDAK</b>
1.	Apakah anda merasa sesak bertambah saat posisi tidur terlentang?		
2.	Apakah dengan hanya meminum obat dapat mengatasi rasa sesak anda		
3.	Apakah anda mempunyai cara sendiri untuk mengatasi rasa sesak?		
4.	Apakah anda mengetahui posisi semi <i>fowler</i> ?		
5.	Apakah anda mengetahui Manfaat dan tujuan dari pemberian posisi semi <i>fowler</i> ?		
6.	Jika mengetahui, apakah anda sudah paham cara yang benarnya seperti apa?		
7.	apakah napas menjadi lebih baik setelah diberikan posisi semi <i>fowler</i> ?		

**LEMBAR OBSERVASI**

Nama Pasien :

Umur :

No .	Waktu	Aspek yang dinilai				
		Frekuensi Napas	Saturasi Oksigen	Intensitas dan Durasi	Otot Bantu Napas	Sesak Napas

**Indikator keberhasilan:**

1. Frekuensi napas membaik (12 – 20 x/menit)
2. Kedalaman napas membaik (Dalam dan teratur)
3. Saturasi oksigen meningkat (95 – 100%)
4. Sesak napas menurun.
5. Penggunaan otot bantu napas menurun.

Nama Mhs : \_\_\_\_\_

## ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

### A. PENGKAJIAN

Tanggal Pengkajian : .....

Tanggal Masuk : .....

Ruang/Kelas : .....

Nomor Register : .....

Diagnosa Medis : .....

#### 1. Identitas Klien

Nama Klien : .....

Jenis kelamin : .....

Usia : .....

Status Perkawinan : .....

Agama : .....

Suku bangsa : .....

Pendidikan : .....

Bahasa yg digunakan : .....

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

Sumber biaya (Pribadi, Perusahaan, Lain-lain) : .....

Sumber Informasi (Klien / Keluarga) : .....

## 2. Resume

*(Ditulis sejak klien masuk rumah sakit sampai dengan sebelum pengkajian dilakukan meliputi : data fokus, masalah keperawatan, tindakan keperawatan mandiri serta kolaborasi dan evaluasi secara umum)*

.....

.....

.....

.....

## 3. Riwayat Keperawatan :

### a. Riwayat kesehatan sekarang.

- 1) Keluhan utama : .....
- 2) Kronologis keluhan
  - a) Faktor pencetus : .....
  - b) Timbulnya keluhan : ( ) Mendadak ( ) Bertahap
  - c) Lamanya : .....
  - d) Upaya mengatasi : .....

### b. Riwayat kesehatan masa lalu.

- 1) Riwayat Penyakit sebelumnya (termasuk kecelakaan) :

.....

.....
- 2) Riwayat Alergi (Obat, Makanan, Binatang, Lingkungan) :

.....

3) Riwayat pemakaian obat :

.....

c. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram dan Keterangan tiga generasi dari klien)

,

d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi factor risiko

.....

.....

e. Riwayat Psikososial dan Spiritual.

1) Adakah orang terdekat dengan klien :

.....

2) Interaksi dalam keluarga :

a) Pola Komunikasi : .....

b) Pembuatan Keputusan : .....

c) Kegiatan Kemasyarakatan : .....

3) Dampak penyakit klien terhadap keluarga :

.....

4) Masalah yang mempengaruhi klien :

.....

5) Mekanisme Koping terhadap stress

( ) Pemecahan masalah ( ) Tidur

( ) Makan

( ) Cari pertolongan

( ) Minum obat

( ) Lain-lain (Misal : marah, diam)

6) Persepsi klien terhadap penyakitnya

a) Hal yang sangat dipikirkan saat ini :

.....

b) Harapan setelah menjalani perawatan :

.....

c) Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit :

.....

7) Sistem nilai kepercayaan :

a) Nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan :

.....

b) Aktivitas Agama/Kepercayaan yang dilakukan :

.....

8) Kondisi Lingkungan Rumah

(Lingkungan rumah yang mempengaruhi kesehatan saat ini) :

.....

9) Pola kebiasaan

HAL YANG DIKAJI	POLA KEBIASAAN	
	Sebelum Sakit / sebelum di RS	Di Rumah sakit
<p>1. Pola Nutrisi</p> <p>a. Frekuensi makan : ..... X / hari</p> <p>b. Nafsu makan : baik/tidak</p> <p>Alasan : .....(mual, muntah, sariawan)</p> <p>c. Porsi makanan yang dihabiskan</p> <p>d. Makanan yang tidak disukai</p> <p>e. Makanan yang membuat alergi</p> <p>f. Makanan pantangan</p> <p>g. Makanan diet</p> <p>h. Penggunaan obat-obatan sebelum makan</p> <p>i. Penggunaan alat bantu (NGT, dll)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
HAL YANG DIKAJI	POLA KEBIASAAN	
	Sebelum Sakit / sebelum di RS	Di Rumah sakit
<p>2. Pola Eliminasi</p> <p>a. B.a.k. :</p> <p>1) Frekuensi : ..... X / hari</p> <p>2) Warna : .....</p> <p>3) Keluhan : .....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

4) Penggunaan alat bantu (kateter, dll)	.....	.....
b. B.a.b :		
1) Frekuensi :..... X / hari	.....	.....
2) Waktu :	.....	.....
(Pagi / Siang / Malam / Tidak tentu)	.....	.....
3) Warna : .....	.....	.....
4) Konsistensi : .....	.....	.....
5) Keluhan : .....	.....	.....
6) Penggunaan Laxatif : .....		
3. Pola Personal Hygiene	.....	.....
a. Mandi	.....	.....
1) Frekuensi :..... X / hari		
2) Waktu : Pagi/ Sore/ Malam	.....	.....
b. Oral Hygiene	.....	.....
1) Frekuensi :..... X / hari		
2) Waktu : Pagi / Siang/ Setelah makan	.....	.....
c. Cuci rambut		
1) Frekuensi :..... X / minggu	.....	.....
4. Pola Istirahat dan Tidur	.....	.....
a. Lama tidur siang : .... Jam / hari	.....	.....
b. Lama tidur malam : .... Jam / hari		.....
c. Kebiasaan sebelum tidur : .....	.....	



5. Pola Aktivitas dan Latihan. a. Waktu bekerja : Pagi/Siang/Malam b. Olah raga : ( ) Ya ( ) Tidak c. Jenis olah raga : ..... d. Frekuensi olahraga : ... X / minggu e. Keluhan dalam beraktivitas (Pergerakan tubuh /mandi/ Mengenakan pakaian/ Sesak setelah beraktifitas dll)	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....
--	---	--

<b>HAL YANG DIKAJI</b>	<b>POLA KEBIASAAN</b>	
	<b>Sebelum Sakit / sebelum di RS</b>	<b>Di Rumah sakit</b>
6. Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan a. Merokok : Ya / Tidak 1) Frekuensi : ..... 2) Jumlah : ..... 3) Lama Pemakaian : ..... b. Minuman keras / NABZA: Ya / Tidak 1) Frekuensi : ..... 2) Jumlah : ..... 3) Lama Pemakaian : .....	..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....

**4. Pengkajian Fisik :**

a. Pemeriksaan Fisik Umum :

1) Berat badan : .....Kg (Sebelum Sakit : .....Kg)

- 2) Tinggi Badan : .....cm
- 3) Keadaan umum : ( ) Ringan ( ) Sedang ( ) Berat
- 4) Pembesaran kelenjar getah bening : ( ) Tidak  
( ) Ya, Lokasi.....

b. Sistem Penglihatan :

- 1) Posisi mata : ( ) Simetri ( ) Asimetris
- 2) Kelopak mata : ( ) Normal ( ) Ptosis
- 3) Pergerakan bola mata : ( ) Normal ( ) Abnormal
- 4) Konjungtiva : ( ) Merah muda ( ) Anemis ( ) Sangat Merah
- 5) Kornea : ( ) Normal ( ) Keruh/ berkabut  
( ) Terdapat Perdarahan
- 6) Sklera : ( ) Ikterik ( ) Anikterik
- 7) Pupil : ( ) Isokor ( ) Anisokor  
( ) Midriasis ( ) Miosis
- 8) Otot-otot mata : ( ) Tidak ada kelainan ( ) Juling keluar  
( ) Juling ke dalam ( ) Berada di atas
- 9) Fungsi penglihatan : ( ) Baik ( ) Kabur  
( ) Dua bentuk / diplopia
- 10) Tanda-tanda radang : .....
- 11) Pemakaian kaca mata : ( ) Tidak ( ) Ya, Jenis.....
- 12) Pemakaian lensa kontak : ..... 13) Reaksi terhadap cahaya : .....

c. Sistem Pendengaran :

- 1) Daun telinga : ☐ Normal ☐ Tidak, Kanan/kiri.....
- 2) Karakteristik serumen (warna, konsistensi, bau) : .....
- 3) Kondisi telinga tengah: ☐ Normal ☐ Kemerahan  
☐ Bengkak ☐ Terdapat lesi
- 4) Cairan dari telinga : ☐ Tidak ☐ Ada,.....  
☐ Darah, nanah dll.
- 5) Perasaan penuh di telinga : ☐ Ya ☐ Tidak
- 6) Tinitus : ☐ Ya ☐ Tidak
- 7) Fungsi pendengaran : ☐ Normal ☐ Kurang  
☐ Tuli, kanan/kiri .....
- 8) Gangguan keseimbangan : ☐ Tidak ☐ Ya,.....
- 9) Pemakaian alat bantu : ☐ Ya ☐ Tidak

d. Sistem Wicara : ☐ Normal ☐ Tidak :.....

- ☐ Aphasia ☐ Aphonia  
☐ Dysarthria ☐ Dysphasia ☐ Anarthria

e. Sistem Pernapasan :

- 1) Jalan napas : ☐ Bersih ☐ Ada sumbatan; .....
- 2) Pernapasan : ☐ Tidak Sesak ☐ Sesak :.....
- 3) Menggunakan otot bantu pernapasan : ☐ Ya ☐ Tidak
- 4) Frekuensi : ..... x / menit

- 5) Irama : ( ) Teratur ( ) Tidak teratur
- 6) Jenis pernapasan :.....( Spontan, Kausmaull, Cheynestoke, Biot, dll)
- 7) Kedalaman : ( ) Dalam ( ) Dangkal
- 8) Batuk : ( ) Tidak ( ) Ya  
.....(Produktif/Tidak
- 9) Sputum : ( ) Tidak ( ) Ya  
.....(Putih/Kuning/Hijau)
- 10) Konsistensi : ( ) Kental ( ) Encer
- 11) Terdapat darah : ( ) Ya ( ) Tidak
- 12) Palpasi dada : .....
- 13) Perkusi dada : .....
- 14) Suara napas : ( ) Vesikuler ( )  
Ronkhi ( ) Wheezing ( )  
Rales
- 15) Nyeri saat bernapas : ( ) Ya ( ) Tidak
- 16) Penggunaan alat bantu napas : ( ) Tidak ( ) Ya .....

f. Sistem Kardiovaskuler :

- 1) Sirkulasi Peripher
- a) Nadi ..... x/ menit : Irama : ( ) Teratur ( ) Tidak teratur  
Denyut : ( ) Lemah ( ) Kuat
- b) Tekanan darah : ..... mm/Hg
- c) Distensi vena jugularis : Kanan : ( ) Ya ( ) Tidak

Kiri : ( ) Ya ( ) Tidak

d) Temperatur kulit ( ) Hangat ( ) Dingin suhu : ..... °C

e) Warna kulit : ( ) Pucat ( ) Cyanosis ( ) Kemerahan

f) Pengisian kapiler : ..... detik

g) Edema : ( ) Ya, ..... ( ) Tidak

( ) Tungkai atas ( ) Tungkai bawah

( ) Periorbital ( ) muka

( ) Skrotalis ( ) Anasarka

## 2) Sirkulasi Jantung

a) Kecepatan denyut apical : ..... x/menit

b) Irama : ( ) Teratur ( ) Tidak teratur

c) Kelainan bunyi jantung : ( ) Murmur ( ) Gallop

d) Sakit dada : ( ) Ya ( ) Tidak

1) Timbulnya : ( ) Saat aktivitas ( ) Tanpa aktivitas

2) Karakteristik : ( ) Seperti ditusuk-tusuk

( ) Seperti terbakar ( ) Seperti tertimpa benda berat

3) Skala nyeri : .....

## g. Sistem Hematologi

Gangguan Hematologi :

1) Pucat : ( ) Tidak ( ) Ya

2) Perdarahan : ( ) Tidak ( ) Ya, .....:

( ) Ptechie ( ) Purpura ( ) Mimisan ( ) Perdarahan gusi ( )  
Echimosis

h. Sistem Syaraf Pusat

1) Keluhan sakit kepala  
:.....(vertigo/migrain, dll)

2) Tingkat kesadaran : ( ) Compos mentis ( ) Apatis  
( ) Somnolent ( ) Soporokoma

3) Glasgow coma scale(GCS) E : ....., M : ....., V : .....

4) Tanda-tanda peningkatan TIK : ( ) Tidak ( ) Ya,.....:  
( ) Muntah proyektil ( ) Nyeri Kepala hebat  
( ) Papil Edema

5) Gangguan Sistem persyarafan : ( ) Kejang ( ) Pello  
( ) Mulut mencong ( ) Disorientasi ( ) Polineuritis/ kesemutan  
( ) Kelumpuhan ekstremitas (kanan / kiri / atas / bawah)

6) Pemeriksaan Reflek :  
a) Reflek fisiologis : ( ) Normal ( ) Tidak .....  
b) Reflek Patologis : ( ) Tidak ( ) Ya .....

i. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut :

1) Gigi : ( ) Caries ( ) Tidak

- 2) Penggunaan gigi palsu : ( ) Ya ( ) Tidak
- 3) Stomatitis : ( ) Ya ( ) Tidak
- 4) Lidah kotor : ( ) Ya ( ) Tidak
- 5) Saliva : ( ) Normal ( ) Abnormal
- 6) Muntah : ( ) Tidak ( ) Ya,.....
- a) Isi : ( ) Makanan ( ) Cairan ( ) Darah
- b) Warna : ( ) Sesuai warna makanan ( ) Kehijauan  
( ) Cokelat ( ) Kuning ( ) Hitam
- c) Frekuensi : .....X/ hari
- d) Jumlah : .....ml
- 7) Nyeri daerah perut : ( ) Ya,..... ( ) Tidak
- 8) Skala Nyeri : .....
- 9) Lokasi dan Karakter nyeri :  
( ) Seperti ditusuk-tusuk ( ) Melilit-lilit  
( ) Cramp ( ) Panas/seperti terbakar  
( ) Setempat ( ) Menyebar ( ) Berpindah-pindah  
( ) Kanan atas ( ) Kanan bawah ( ) Kiri atas ( ) Kiri bawah
- 10) Bising usus : .....x / menit.
- 11) Diare : ( ) Tidak ( ) Ya,.....
- a) Lamanya : ..... Frekuensi : .....x / hari.
- b) Warna faeces : ( ) Kuning ( ) Putih seperti air cucian beras  
( ) Cokelat ( ) Hitam ( ) Dempul
- c) Konsistensi faeces : ( ) Setengah padat ( ) Cair ( ) Berdarah  
( ) Terdapat lendir ( ) Tidak ada kelainan

12) Konstipasi : ( ) Tidak ( ) Ya,.....

lamanya : ..... hari

13) Hepar : ( ) Teraba ( ) Tak teraba

14) Abdomen : ( ) Lembek ( ) Kembung

( ) Acites ( ) Distensi

j.

#### Sistem Endokrin

Pembesaran Kelenjar Tiroid : ( ) Tidak ( ) Ya,

( ) Exoptalmus ( ) Tremor

( ) Diaporesis

Napas berbau keton : ( ) Ya ( ) Tidak

( ) Poliuri ( ) Polidipsi ( ) Poliphagi

Luka Ganggren : ( ) Tidak ( ) Ya, Lokasi.....

Kondisi Luka.....

#### k. Sistem Urogenital

Balance Cairan : Intake.....ml; Output.....ml

Perubahan pola kemih : ( ) Retensi ( ) Urgency ( ) Disuria

( ) Tidak lampias ( ) Nocturia

( ) Inkontinensia ( ) Anuria

B.a.k : Warna : ( ) Kuning jernih ( ) Kuning kental/coklat

( ) Merah ( ) Putih



Distensi/ketegangan kandung kemih : ☐ Ya ☐ Tidak

Keluhan sakit pinggang : ☐ Ya ☐ Tidak

Skala nyeri : .....

#### I. Sistem Integumen

Turgor kulit : ☐ Elastis ☐ Tidak elastis

Temperatur kulit : ☐ Hangat ☐ Dingin

Warna kulit : ☐ Pucat ☐ Sianosis ☐ Kemerahan

Keadaan kulit : ☐ Baik ☐ Lesi ☐ Ulkus

☐ Luka, Lokasi.....

☐ Insisi operasi, Lokasi .....

Kondisi.....

☐ Gatal-gatal ☐ Memar/lebam

☐ Kelainan Pigmen

☐ Luka bakar, Grade..... Prosentase.....

☐ Dekubitus, Lokasi.....

Kelainan Kulit : ☐ Tidak ☐ Ya, Jenis.....

Kondisi kulit daerah pemasangan Infus : .....

Keadaan rambut : - Tekstur : ☐ Baik ☐ Tidak ☐ Alopesia

- Kebersihan : ☐ Ya ☐ Tidak, .....

m. Sistem Muskuloskeletal

Kesulitan dalam pergerakan : ( ) Ya ( ) Tidak

Sakit pada tulang, sendi, kulit : ( ) Ya ( ) Tidak

Fraktur : ( ) Ya ( ) Tidak

Lokasi : .....

Kondisi:.....

Kelainan bentuk tulang sendi : ( ) Kontraktur ( ) Bengkok

( ) Lain-lain, sebutkan : .....

Kelaianan struktur tulang belakang: ( ) Skoliosis ( ) Lordosis

( ) Kiposis

Keadaan Tonus otot : ( ) Baik ( ) Hipotoni

( ) Hipertoni ( ) Atoni

Kekuatan Otot : ... ..

... ..

Data Tambahan (Pemahaman tentang penyakit):

.....  
.....  
.....

5. **Data Penunjang** (Pemeriksaan diagnostik yang menunjang masalah : Lab, Radiologi, Endoskopi dll )

.....

.....

.....

.....

6. **Penatalaksanaan** (Therapi / pengobatan termasuk diet )

.....

.....

.....

.....

**7.Data Fokus**

Data Subyektif	Data Obyektif

--	--

## 8. Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
-----	------	---------	----------

--	--	--	--

**B. DIAGNOSA KEPERAWATAN (Sesuai Prioritas)**

No.	Diagnosa Keperawatan (P&E)	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi	Nama Jelas

### **C. PERENCANAAN KEPERAWATAN**

*(Meliputi tindakan keperawatan independen dan interdependen)*

Tgl.	No.	Diagnosa Keperawatan (PES)	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Paraf & nama jelas

#### **D. PELAKSANAAN KEPERAWATAN ( CATATAN KEPERAWATAN )**



Tgl./ Waktu	No. DK.	Tindakan Keperawatan dan Hasil	Paraf dan Nama Jelas

#### **E. EVALUASI (CATATAN PERKEMBANGAN)**

No. DK.	Hari/Tgl./ Jam	Evaluasi Hasil (SOAP) (Mengacu pada tujuan)	Paraf dan Nama Jelas

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
SEMI FOWLER**

	Komponen yang dinilai	Penilaian		Keterangan
		D	TD	
<b>A.</b>	<b>Persiapan Alat:</b>			
	-3 bantal/Bed Funtional			
	-Papan penghalang kaki			
<b>B.</b>	<b>Persiapan Pasien</b>			
	- Identifikasi kebutuhan untuk untuk posisi semi <i>fowler</i>			
	- memberiathu pasien tentang tindakan yang akan dilakukukan.			
	- Menyiapkan lingkungan pasien/jaga privacy klien			
<b>C.</b>	<b>Langkah-langkah:</b>			
	1. Perawat mencuci tangan			
	2. Atur tempat tidur pada posisi datar, pindahkan klien ke bagian atas tempat tidur.			
	3. Tinggikan tempat tidur mencapai 30 – 45°			
	4. Letakkan bantal di bawah kepala, dan kedua tangan			
	5. Letakkan papan penghalang pada telapak kaki			
	6. Evaluasi tindakan yang telah dilakukan kepada klien			
	7. Rapihkan alat-alat			
	8. Dokumentasi: perasaan, RR, Keluhan Sesak			
<b>D.</b>	<b>Sikap (20%):</b>			
	- Hati-hati			
	- Tidak ragu-ragu			
	- Efektifitas dan efisiensi			







Keterangan: D (Dilakukan)

TD (Tidak Dilakukan)

&lt;

### KEGIATAN BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

Nama Mahasiswa : Aprilia Rizki  
 NIM : 20007  
 Pembimbing : Ns. DWS Suarse Dewi, M.Kep., Sp.Kep.MB

No.	Hari/Tanggal	Konsultasi	Saran/Rekomendasi	Paraf
1.	Rabu, 22/02/2023	Bimbingan mengenai judul KTI	Dalam pemilihan judul KTI, kita harus melihat fenomena apa yang banyak terjadi, baru kita bisa mengangkat judul apa yang akan dibahas.	
2.	Jumat, 24/02/2023	Bimbingan mengenai referensi yang dipakai untuk judul KTI	Pengajuan judul KTI Penerapan posisi semi folwer dalam mengatasi ketidakefektifan pola napas pada pasien CHF.	
3.	Rabu 01/02/2023	Bimbingan via zoom konsultasi BAB I	Latar belakang mengenai angka kejadian, cari angka kejadian yang ada di provinsi jawa barat dan jelaskan kronologisnya. Lakukan perbaikan tujuan penulisan.	
4.	Jumat, 03/03/2023	Bimbingan BAB 1	Perubahan dan penambahan kata-kata dalam penulisan, perbaikan judul dan penambahan sumber.	
5.	Rabu, 08/03/2023	Bimbingan KTI BAB 1 dan BAB 2	BAB I: perbaikan penulisan dan perubahan kata-kata, tekankan pada fenomena yang terjadi. BAB II: pengurutan/peletakan materi yang di bahas seperti klasifikasi diletakkan setelah definisi, untuk bagian klasifikasi cukup pakai menurut NYHA, pada bagian etiologi konsep poa napas cari sumber lain.	
6.	Jumat, 10/03/2023	Bimbingan BAB I dan BAB II	Pada penatalaksanaan pasien CHF cari sumber lain dan hilangkan pemberian Morfin, jelaskan sumber yang didapat dari mana saja, cara penulisan yang benar bagaimana, tambahkan mekanisme posisi semi <i>fowler</i> dan tambahkan hasil penelitian yang membuktikan bahwa posisi semi <i>fowler</i> efektif dalam mengatasi ketidakefektifan pola napas.	

No.	Hari/Tanggal	Konsultasi	Saran/Rekomendasi	Paraf
7.	Kamis, 16/03/2023	Bimbingan BAB 1, II, III	Untuk judul di hilangkan pada “Dengan Teknologi Terkini”, tambahkan pembuktian hasil penelitian pada BAB II, Untuk instrument yang digunakan tambahkan dengan menggunakan format asuhan keperawatan, dan lembar kuesioner, dan prosedur pelaksanaan penelitian di rubah.	
8.	Selasa, 27/06/2023	Konsultasi BAB 4	a. Perubahan kalimat pada bagian hasil studi kasus b. Etiologi diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola napas pada kedua subjek. c. Tambahan sumber teori pada bagian intervensi. d. Buat tabel Pre dan Post pada bagian implementasi.	
9.	Rabu, 28/06/2023	Konsultasi BAB 4 & 5 via Zoom	a. Masukkan sumber pada bagian pembahasan b. Perubahan Kalimat dalam pembahasan c. BAB 5 tambahkan saran bagi institusi	
10.	Jum,at, 30/06/2023	Konsultasi BAB 3-5	a. BAB 3 kata-kata kriteria eksklusi di hilangkan b. Perubahan lokasi studi kasus c. perubahan analisa data dan etika pada studi kasus	
11.	Sabtu, 01/07/2023	Konsultasi finishing bab 1-5	Manifestasi klinis di letakkan setelah patofisiologi dan pembuangan kata pada beberapa kalimat.	
12.	Kamis, 20/07/2023	Konsultasi perbaikan untuk naik cetak	Perbaikan pada kalimat asbtrak, perbaikan pada konsep asuhan Keperawatan dan perbaikan kalimat kesimpulan.	