# PENGARUH PENGATURAN POSISI SEMI FOWLER TERHADAP PERUBAHAN NILAI SATURASI OKSIGEN PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE

## EBN (EVIDANCE BASED NURSING)


**Disusun Oleh Kelompok 6:**

1. Robiatul Andawiyah (21101086)
2. Safira Andriyani (21101089)
3. Siti Soleha (21101096)
4. Tristiana dewi (21101098)
5. Wara dinar Amanda (21101103)

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

**UNIVERSITAS dr. SOEBANDI 2021/2022**

**HALAMAN PENGESAHAN**

*Evidence base nursing* "Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Penurunan Nilai Saturasi Oksigen Pada Pasien Congestive Heart Failure " telah diperiksa dan disahkan pada :

Hari : Jumat

Tanggal : 10 Juni 2022

Tempat : Instalansi Gawat Darurat RSUD dr. Haryoto Lumajang

Pembimbing Klinik

( M. Hanang F )
198401072014031004

Pembimbing Akademik

( [illegible] )
[illegible]

Kepala Ruangan

( M. Hanang F )
198401072014031004

## DAFTAR ISI

**KATA PENGANTAR** ..... Error! Bookmark not defined.
**DAFTAR ISI** ..... **ii**
**BAB I PENDAHULUAN** ..... **1**
1.1 Latar Belakang ..... 1
1.2 Rumusan Masalah ..... 4
1.3 Tujuan Penelitian ..... 5
1.4 Manfaat Penelitian ..... 5
**BAB II TINJAUAN PUSTAKA** ..... **7**
2.1 Tinjauan Pustaka ..... 7
**BAB III ANALISIS JURNAL** ..... **23**
3.1 Kerangka Kerja ..... 23
3.2 Pengumpulan Data ..... 24
3.2.1 Desain Penelitian ..... 24
3.2.2 Sumber Data ..... 24
3.2.3 Strategi Pencarian ..... 24
**BAB IV ANALISIS DATA** ..... **27**
4.1 Analisis Data ..... 27
4.2 Rencana Penyajian Hasil ..... 27
**BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN** ..... **31**
5.1. Hasil ..... 31
5.2. Pembahasan ..... 32
**BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN** ..... **34**
7.1 Kesimpulan ..... 34
7.2 Saran ..... 34

# BAB I

# PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

*Congestive heart failure* (CHF) atau sering disebut gagal jantung kongestifadalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi. Badan Kesehatan Dunia *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2002 mencatat lebih dari 55,9 juta orang meninggal karena akibat penyakit jantung disceluruh dunia dan akan terus meningkat, ini setara dengan 30,3% dari total kematian didunia. Di Amerika gagal jantung kongestif merupakan ancaman paling serius pada kehidupan dan kesehatan di Amerika Serikat. Tiap tahun 1.500.000 orang mengalami gagal jantung, yang mengakibatkan kira-kira 540.400 kematian (Hudak & Gallo,2010).

Prevalensi gagal jantung kongestif berdasar wawancara terdiagnosis dokter di Indonesia sebesar 0,13 persen dan hanya gejala sebesar 0,3 persen dari 250 juta jiwa penduduk di Indonesia. Dapat disimpulkan bahwa penyakit *congestive heart failure* (CHF) berkisar 0,43 persen dari dari 250 juta jiwa penduduk di Indonesia (Riskesdas, 2013). Selain itu untuk prevalensi gagal jantung kongestif di provinsi Kalimantan timur berkisar 0,18 dari 4,5 juta jiwa penduduk di Kalimantan Timur baik yang terdiagnosis dokter atau hanya dengan gejala (Riskesdas, 2013).

Kejadian *congestive heart failure* (CHF) di kota Bontang yang bersumber dari RSUD Taman Husada Bontang pada tahun 2013 bahwa penderita *congestive heart failure*(CHF) dalam satu tahun mencapai 400 pasien. Berdasarkan data bulan Januari sampai September 2014 jumlah penderita *congestive heart*

*failure*(CHF) sebanyak 315 orang dengan rata-rata 35 pasien per bulan. Dapat disimpulkan bahwa pasien dengan *congestive heart failure*(CHF) di kota Bontang cukup banyak.

Manifestasi klinis pada pasien dengan gagal jantung kongestif (CHF) cukup bervariatif diantaranya terjadi *dispnoe/ orthopnea/ paroximal nocturnal desease* (Udjianti, 2010). Penanganan yang dilakukan pada pasien gagal jantung kongestif bertujuan untuk menghentikan perkembangan serangan jantung, menurunkan beban kerja jantung (memberikan kesempatan untuk kesembuhan) dan mencegah komplikasi lebih lanjut. Salah satu kompikasi lanjut dari *congestive heart failure* (CHF) adalah sesak dan hipoksia (Udjianti, 2010).

Hipoksia merujuk kepada kondisi kurangnya $O_2$ di tingkat sel, pada pasien CHF yang sering terjadi adalah *hipoksia* sirkulasi. *Hipoksia* sirkulasi terjadi bila darah beroksigen yang dialirkan ke jaringan terlalu sedikit. *Hipoksia* sirkulasi mungkin terbatas di daerah tertentu karena *spasme* atau sumbatan pembuluh darah atau tubuh dapat mengalami *hipoksia* secara umum. Akibat gagal jantung kongestif atau syok sirkulasi. $PO_2$ dan kandungan $O_2$ arteri biasanya normal tetapi darah yang mengandung oksigen yang mencapai sel terlalu sedikit (Sherwood, 2009). Hal tersebut dapat diartikan bahwa kemampuan haemoglobin mengikat oksigen berkurang atau saturasi oksigen berkurang.

Saturasi oksigen adalah kemampuan *hemoglobin* mengikat oksigen. Ditunjukkan sebagai derajat kejenuhan atau saturasi ($SPO_2$). Saturasi yang paling tinggi (jenuh) adalah 100%. Artinya seluruh *hemoglobin* mengikat oksigen. Sebaliknya saturasi yang paling rendah adalah 0%. Artinya tidak ada oksigen

sedikitpun yang terikat *hemoglobin. Hemoglobin* yang tidak berikatan dengan oksigen disebut reduce oksigen (Rupii,2005).

Pengukuran saturasi oksigen kapiler yang kontinyu dapat dilakukan dengan mengunakan *oximetry kutaneus*. Keuntungan pengukuran *oximetry kutaneus* meliputi mudah dilakukan,tidak invasif dan dengan mudah diperoleh. Pasien yang mengalami kelainan perfusi/ventilasi, seperti *pneumonia, emfisema, bronchitis kronis, asma, embolisme pulmonary*, gagal jantung kongestif merupakan kandidat ideal untuk mengunakan oximetry nadi. Salah satu diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus CHF adalah kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan akumulasi cairan dalam alveoli paru skunder terhadap status hemodinamik tidak stabil. Tindakan yang dikakukan untuk mengatasi diagnosa keperawatan diatas misalnya pengaturan posisi (Udjianti,2010).

Posisi fowler yang paling umum adalah semi fowler yaitu kepala dan tubuh ditinggikan 45 derajat. Posisi fowler adalah posisi yang dipilih oleh orang yang mengalami susah bernafas dan orang dengan masalah jantung. Gravitasi menarik diafragma kebawah sehingga mempengaruhi ekspansi paru yang lebih mengembang saat klien berada pada posisi semifowler atau fowler tinggi (Kozier, 2009).

Berdasarkan hasil pengamatan di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Taman Husada Bontang pada pasien *CHF* diberikan tindakan mandiri keperawatan yaitu pemberian posisi semi fowler $45^0$ dan terapi oksigen sesuai anjuran dokter melalui tindakan kolaborasi. Terlihat bahwa pasien merasa lebih nyaman, sesak berkurang dan dapat beristirahat dengan nyaman. Dan secara

otomatis hal tersebut dapat membuat haemodinamik pasien lebih stabil. Dengan demikian saturasi oksigen pasien dapat mengalami peningkatan dan sesak berkurang.

Dalam penelitian Melanie (2011) disimpukan bahwa pengaturan posisi semi fowler berpengaruh baik terhadap kualitas tidur dan tanda- tanda vital pada pasien gagal jantung di RS kota Cimahi. Selain itu penelitian Safitri dan Andriyani (2012) tentang keefektifan pemberian posisi semi fowler terhadap penyakit asma pada pasien rawat inap kelas III Rumah Sakit Moewardi Surakarta menunjukan hasil ada perbedaan sesak antara sebelum dan sesudah dilakukan posisi semi fowler. Serta penelitian yang dilakukan Adrianus (2012) tentang hubungan posisi tidur dengan kualitas tidur pada pasien gagal jantung dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan tentang posisi tidur dengan kualitas tidur pasien dengan gagal jantung.

Melalui dasar inilah peneliti ingin melakukan penelitian mengenai pengaruh pengaturan posisi semi fowler $45^0$ terhadap perubahan nilai saturasi oksigen pada pasien *congestive heart failure* (CHF) di RSUD Taman Husada Bontang. Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk meningkatkan saturasi oksigen pasien *congestive heart failure* (CHF) dengan memposisikan pasien semi fowler agar meminimalisir resiko hipoksia dan sesaknafas.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas terkait pengaruh pengaturan posisi semi fowler $45^0$ terhadap perubahan nilai saturasi oksigen pada pasien

*congestive heart failure* (CHF) di RSUD Taman Husada Bontang maka muncul suatu pertanyaan sebagai berikut: Apakah ada pengaruh pengaturan posisi semi fowler $45^0$ terhadap perubahan nilai saturasi oksigen pada pasien *congestive heart failure* (CHF) di RSUD Taman Husada Bontang?

## 1.3 Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pengaturan posisi semi fowler $45^0$ terhadap perubahan nilai saturasi oksigen pada pasien *congestive heart failure (CHF).*

2. Tujuan Khusus

   a. Untuk mengetahui karakteristik responden pasien dengan CHF.

   b. Untuk mengetahui gambaran saturasi oksigen pada pasien CHF sebelum posisi semi fowler.

   c. Untuk mengetahui gambaran saturasi oksigen pasien dengan CHF sesudah posisi semi fowler.

   d. Menganalisis pengaruh pengaturan posisi semi fowler 450 terhadap perubahan saturasi oksigen pada pasien CHF.

## 1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian dapat memberikan manfaat praktis dalam keperawatan, manfaat – manfaat tersebut untuk :

1. Untuk Rumah Sakit

   a. Sebagai bahan pertimbangan untuk penyusunan SOP perawatan pasien

CHF sehingga dapat menyertakan hasil-hasil penelitian ini.

2. Untuk institusi pendidikan
   a. Dapat dijadikan koleksi pilihan literatur bagi peneliti selanjutnya.
   b. Dapat dijadikan bahan bacaan bagi mahasiswa untuk menambah pengetahuan.
3. Untuk pasien
   a. Dapat menjadi tambahan ilmu pengetahuan tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan CHF.
4. Untuk perawat
   a. Bisa dijadikan acuan untuk melakukan tindakan mandiri perawat agar bisa melakukan sesuai SOP
   b. Sebagai pengobatan non farmakologis yang dilakukan mandiri perawat secara professional, dengan *cost* yang ringan dan dapat digunakan dalam waktu lama dengan perawatan berkala
5. Untuk peneliti selanjutnya
   a. Bisa dijadikan literatur tambahan untuk menyempurnakan penelitian yang dilakukan sebelumnya.
6. Untuk peneliti
   a. Dapat memperdalam pengetahuan tentang penyakit CHF serta penanganannya dan dapat melakukan tindakan mandiri keperawatan secara professional.
   b. Sebagai pengobatan non farmakologis yang dilakukan mandiri perawat

secara professional, dengan *cost* yang ringan dan dapat digunakan dalam waktu lama dengan perawatan berkala.

# BAB II

# TINJAUAN PUSTAKA

## 2.1 Tinjauan Pustaka

1. Congestive heart failure (CHF)

a) Pengertian

Gagal jantung kongestif atau sering disebut dengan istilah *congestive heart failure* (CHF) adalah merupakan *kongesti* sirkulasi akibat disfungsi *miokardium* terdapat ketidak seimbangan kritis antara suplai oksigen miokardium dan kebutuhan. Penggunaan suplai oksigen atau peningkatan kebutuhan oksigen dapat mengganggu keseimbangan fungsi *miokardium*. Sehingga mekanisme yang dilakukan tubuh dalam memenuhi kebutuhan akan oksigen akan mempercepat beban jantung sedangkan suplai oksigen tidak bertambah (Iwansain, 2007). Gagal jantung kongestif dibagi menjadi dua yaitu gagal jantung kiri dan gagal jantung kanan.

b) Manifestasi Klinis

1. Manifestasi gagal jantung

a. Gagal jantung kiri

Kongesti paru menonjol pada gagal jantung *ventrikel* kiri, karena *ventrikel* kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru. Peningkatan dalam sirkulasi paru. menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru. *Manifestasi* klinis yang terjadi meliputi *dispneu*, batuk, mudah lelah, denyut jantung cepat (*takikardi*) dengan bunyi jantung S3,

kecemasan dan kegelisahan (Smetzer, 2002).

*Dispneu* terjadi akibat penimbunan cairan dalam *alveol*i yang mengganggu pertukaran gas. *Dispneu* bahkan dapat terjadi pada saat istirahat atau dicetuskan oleh gerakan yang minimal atau sedang. Dapat terjadi *orthopnea*, kesulitan nafas saat berbaring. Pasien yang mengalami *orthopnea* tidak akan mau berbaring, tetapi akan menggunakan bantal agar bisa tegak di tempat tidur atau duduk di kursi bahkan saat tidur (Smetzer, 2002).

Beberapa pasien hanya mengalami *orthopnea* pada malam hari, suatu kondisi yang dinamakan *paroximal nocturnal dispneu* (PND). Hal ini terjadi bila pasien yang sebelumnya duduk lama dengan posisi kaki dan kaki dibawah, pergi berbaring ke tempat tidur. Setelah beberapa jam cairan yang ditimbun di ekstremitas yang sebelumnya berada di bawah mulai diabsorbsi, dan *ventrikel* kiri yang sudah terganggu, tidak mampu mengosongkan peningkatan volume dengan adekuat.

Akibatnya tekanan dalam sirkulasi paru meningkat dan lebih lanjut, cairan berpindah ke *alveoli* (Smaltzer, 2002).

Batuk yang berhubungan dengan gagal *ventrikel* kiri bisa kering dan tidak produktif, tetapi yang sering adalah batuk basah, yaitu batuk yang menghasilkan sputum berbusa dalam jumlah banyak, yang kadang disertai bercak darah (Smeltzer, 2002).

Mudah lelah terjadi akibat curah jantung yang kurang yang menghambat jaringan dan sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan

*katabolisme*. Juga terjadi akibat meningkatnya energi yang digunakan untuk bernafas dan *insomnia* yang terjadi akibat *distress* pernafasan dan batuk (Smeltzer, 2002).

Kegelisahan dan kecemasan terjadi akibat gangguan oksigenasi jaringan, *stress* akibat kesakitan bernafas dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik. Begitu terjadi kecemasan, terjadi juga *dispneu* yang pada gilirannya memperberat kecemasan, menciptakan lingkaran setan (Smeltzer, 2002).

b. Gagal jantung kanan

Bila *ventrikel* kanan gagal, yang menonjol adalah *kongesti visera* dan jaringan *perifer*. Hal ini terjadi karena sisi kanan jantung tidak mampu mengosongkan volume darah dengan adekuat sehingga tidak dapat mengakomodasi semua darah yang secara normal kembali dari sirkulasi *vena* (Brunner &Suddarth, 2002).

Manifestasi klinis yang Nampak meliputi edema *ekstremitas* bawah (*edema dependen*), yang biasanya merupakan *pitting edema*, pertambahan berat badan, *hepatomegali* (pembesaran *hepar*), *distensi vena* leher, *ascites* (penimbunan cairan didalam rongga *peritoneum*), *anoreksia* dan mual, *nokturia* dan lemah (Brunner &Suddarth, 2002)

Edema dimulai pada kaki dan tumit (*edema dependen*) dan secara bertahap bertambah ke atas tungkai dan paha dan akhirnya ke *genetalia eksterna* dan tubuh bagian bawah. *Edema sakral* jarang terjadi pada pasien yang berbaring lama. Karena daerah *sakral* menjadi daerah yang

*dependen*. *Pittingedema* adalah *edema* yang akan tetap cekung bahkan setelah penekanan ringan dengan ujung jari, baru jelas terlihat setelah terjadi retensi cairan paling tidak sebanyak 4,5 kg (Brunner &Suddarth, 2002).

*Hepatomegali* dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas *abdomen* terjadi akibat pembesaran *vena* di *hepar*. Bila proses ini berkembang, maka tekanan dalam pembuluh *portal* meningkat sehingga cairan terdorong keluar rongga *abdomen*, suatu kondisi yang dinamakan *asites*. Pengumpulan cairan dalam rongga *abdomen* ini dapat menyebabkan tekanan pada *diafragma* dan *distress* pernafasan (Brunner &Suddarth, 2002).

*Anoreksia* (hilang selera makan) dan mual terjadi akibat pembesaran *vena* dan *stasis vena* didalam rongga abdomen. *Nokturia* atau rasa ingin kencing pada malam hari, terjadi karena *perfusi renal* didukung oleh posisi penderita pada saat berbaring. *Duiresis* terjadi paling sering pada malam hari karena curah jantung akan membaik dengan istirahat. Lemah yang menyertai gagal jantung sisi kanan disebabkan karena menurunnya curah jantung. Gangguan sirkulasi, dan mengurangnya produk sampah katabolisme yang tidak adekuat dari jaringan (Brunner &Suddarth, 2002).

Pada fase gagal jantung akut manifestasi yang ditumbulkan dapat berupa edema paru. Pasien dengan *respiratory disstres* yang berat, pernafasan yang cepat dan *orthopnea* serta*ronchi* pada seluruh lapang paru. Saturasi

$O_2$ arterial biasanya <90% pada suhu ruangan, sebelum mendapat terapi oksigen (PAPDI, 2009).

c. Patofisiologi

Jika terjadi gagal jantung, tubuh mengalami beberapa adaptasi baik pada jantung dan secara sistemik. Jika stroke volume kedua ventrikel berkurang oleh karena penekanan kontraktilitas atau *afterload* yang sangat meningkat, maka volume dan tekanan pada akhir diastolik dalam kedua ruang jantung akan meningkat. Ini akan meningkatkan panjang serabut miokardium akhir diastolik, menimbulkan waktu sistolik menjadi singkat. Jika kondisi ini berlangsung lama, terjadi dilatasi ventrikel. *Cardiac output* pada saat istirahat masih bisa baik, tapi peningkatan tekanan diastolik yang berlangsung lama/kronik akan dijalarkan ke kedua atrium dan sirkulasi pulmoner dan sirkulasi sitemik. Akhirnya tekanan kapiler akan meningkat yang akan menyebabkan transudasi cairan dan timbul edema paru atau edema sistemik. Penurunan *cardiac output*, terutama jika berkaitan dengan penurunan tekanan arterial atau penurunan perfusi ginjal, akan mengaktivasi beberapa sistem saraf dan humoral. Peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis akan memacu kontraksi miokardium, frekuensi denyut jantung dan vena ; perubahan yang terkhir ini akan meningkatkan volume darah sentral.yang selanjutnya meningkatkan *preload*. Meskipun adaptasi ini dirancang

untuk meningkatkan *cardiac output*, adaptasi itu sendiri dapat mengganggu tubuh. Oleh karena itu , takikardi dan peningkatan kontraktilitas miokardium dapat memacu terjadinya iskemia pada pasien – pasien dengan penyakit arteri koroner sebelumnya dan peningkatan *preload* dapat memperburuk kongesti pulmoner.

Aktivasi sitem saraf simpatis juga akan meningkatkan resistensi perifer;adaptasi ini dirancang untuk mempertahankan perfusi ke organ – organ vital, tetapi jika aktivasi ini sangat meningkatmalah akan menurunkan aliran ke ginjal dan jaringan. Resitensi vaskuler perifer dapat juga merupakan determinan utama *afterload* ventrikel, sehingga aktivitas simpatis berlebihan dapat meningkatkan fungsi jantung itu sendiri. Salah satu efek penting penurunan *cardiac output* adalah penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerolus, yang akan menimbulkan retensi sodium dan cairan. Sitem rennin – angiotensin - aldosteron juga akan teraktivasi, menimbulkan peningkatan resitensi vaskuler perifer selanjutnya dan penigkatan afterload ventrikel kiri sebagaimana retensi sodium dan cairan. Gagal jantung berhubungan dengan peningkatan kadar arginin vasopresin dalam sirkulasi yang meningkat, yang juga bersifat vasokontriktor dan penghambat ekskresi cairan. Pada gagal jantung terjadi peningkatan peptida natriuretik atrial akibat peningkatan tekanan atrium, yang menunjukan bahwa disini terjadi resistensi terhadap efek natriuretik dan vasodilator (Brunner &Suddarth, 2010).

d. Etiologi

Menurut Iwansain (2007) Gagal jantung kongestif atau sering disebut dengan istilah congestive heart failure (CHF) disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya :

2. Kelainan otot jantung

Gagal jantung paling sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, menyebabkan menurunnya *kontraktilitas* jantung. Kondisi yang mendasari kelainan fungsi otot mencakup *aterosklerosis koroner*, *hipertensi erterial*, dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi (Iwansain, 2007).

3. *Aterosklerosis koroner*

*Aterosklerosis coroner* mengakibatkan disfungsi *miokardium* karena terganggunya aliran darah kc otot jantung. Terjadi *hipoksia* dan *asidosis* (akibat penumpukan asam laktat). *Infark miokardium* (kematian sel jantung) biasanya mendahului terjadinya gagal jantung (Iwansain, 2007).

4. *Hipertensisistemik* atau *pulmonary*

*Hipertensisistemik* atau *pulmonary* (peningkatan *afterload)* meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan *hipertropi* serbut otot jantung. Efek tersebut *(hipertropi miokard)* dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung. Tetapi untuk alasan yang tidak jelas *hipertropi* otot jantung tadi tidak dapat berfungsi secara normal. Dan akhirnya akan

terjadi gagal jantung,(Iwansain, 2007).

5. Peradangan dan penyakit *miokardium degeneratif*

   Peradangan dan penyakit *miokardium degenerative* berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun (Iwansain,2007).

6. Penyakit jantung lain

   Gagal jantung dapat terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya tidak secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme yang biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah melalui jantung (misalnya *stenosis katup semiluner*), ketidak mampuan jantung untuk mengisi darah (misalnya *tamponade pericardium, perikarditis konstriktif*, atau *stenosis* katup AV), atau pengosongan jantung abnormal (missal *insufisiensi* katup AV). Peningkatan mendadak *afterload* akibat meningkatnya tekanan darah sistemik (hipertensi maligna) dapat menyebabkan gagal jantung meskipun tidak ada *hipertropi miokardial* (Iwansain, 2007).

7. Faktor sistemik

   Terdapat sejumlah faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung. Meningkatnya laju metabolisme (misalnya demam, *tirotoksikosis*), *hipoksia* dan *anemia* memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik. *Hipoksia* atau *anemia* juga bisa menurunkan *kontraktilitas* jantung. *Disritmia*

jantung yang dapat terjadi dengan sendirinya atau secara sekunder akibat gagal jantung menurunkan efisiensi keseluruhan fungsi jantung (Iwansain, 2007).

a. Perawatan pasien *congestive heart failure* (CHF)

Diagnosa dibuat dengna mengevaluasi manifestasi klinis kongesti paru dan kongesti sistemik. Suatu metode yang penting untuk mengevaluasi volume sekuncup adalah penggunaan kateter arteri pulmonal. Kateter ini dipasang di tempat tidur. Kateter ini mempunyai banyak lumen yang memungkinkan pengukuran lebih dari satu parameter hemodinamik. Penatalaksanaan keperawatan dari pasien dengan kateter hemodinamika sangat spesifik dan sebiknya dirawat di ruang intensif (Brunner &Suddarth, 2010). *Menurut* Brunner &Suddarth *(2010) ada beberapa penatalaksanaan pada pasien dengan pada pasien dengan congestive heart failure* (CHF) antara lain: 1) Dukung istirahat untuk mengurangi beban kerja jantung; 2) Meningkatkan efesiensi kontraksi jantungdengan bahan-bahan farmakologis; 3) Menghilangkan penimbunan cairan tubuh berlebihan dengan terapi deuretik diet dan istirahat.

b. Peran perawat dalam tatalaksana pasien *congestive heart failure* (CHF)

*Menurut* Brunner &Suddarth *(2010) p*eran perawat dalam tatalaksana pasien *congestive heart failure* (CHF) difokuskan pada pengobservasian tanda-tanda dan gejala kelebihan cairan paru dan tanda serta gejala sistemik. Hal yang perlu diperhatikan antara lain: 1) Pernafasan: harus

diauskultasi dengan interval sesering mungkin untuk menentukan ada tidaknya krekel atau *wheezing*; 2) Jantung: harus diauskultasi mengenai adanya bunyi $S_3$ dan $S_4$ yang menandakan pompa jantung mulai mengalami kegagalan; 3) Tingkat kesadaran: apabila terjadi *transport* oksigen kurang kedalam otak, maka otak tidak dapat bertoleransi terhadap kekurangan oksigen sehingga akan muncul gejala konfusi; 4) Perifer: harus dikaji adanya edema pada bagian ekstermitas dan dibagian periorbital; 5) Distensi vena jugularis; 6) Haluran urin: biasanya pasien dengan gagal jantung lebih sering mengalami oliguria, sehingga perlu diakukan pengukuran haluran urin sesering mungkin untuk membuat dasar pengukuran efektifitas diuretik. Intervensi mandiri keperawatan yang dapat diberikan perawat pada pasien *congestive heart failure* (CHF) adalah menyarankan pasien beristirahat untuk mengurangi beban kerja jantung, memposisikan pasien semi fowler dengan tujuan aliran balik vena ke jantung (*preload*) dan kongesi paru berkurang, dan penekanan diagfragma ke hepar menjadi minimal, penghilangan kecemasan dengan tujuan oksigenasi lebih adekuat sehingga pernafasan menjadi normal dikarenakan.

biasanya pada pasien *congestive heart failure* (CHF) cenderung gelisah, menghindari stres dengan tujuan meminimalisir keja jantung dan menormalkan denyut jantung yang meningkat.

2. Posisi semi fowler

Posisi semi fowler adalah suatu posisi dimana kepala tempat tidur dinaikkan 30

cm (8-10 inci) dengan sudut kemiringan 45-60$^0$, dari rentang 45-60$^0$ semakin tinggi kemiringannya maka aliran balik vena ke jantung (*preload*) akan semakin berkurang. Selain itu dengan memposisikan memposisikan pasien semi fowler maka kongesi paru juga akan berkurang dan penekanan diagfragma ke hepar menjadi minimal (Brunner &Suddarth, 2010).

Selain itu intervensi keperawatan untuk mempertahankan dan meningkatkan pengembangan paru dengan melakukan prosedur *non invasive* yakni dengan menggunakan teknik pengaturan posisi salah satunya dengan memberikan posisi semi fowler sehingga oksigenasi adekuat (Burns dkk,1994; dikutip Potter & Perry, 2006).

3. Saturasi oksigen

Saturasi oksigen adalah kemampuan *hemoglobin* mengikat oksigen. Ditunjukkan sebagai derajat kejenuhan atau saturasi ($SpO_2$). Saturasi yang paling tinggi (jenuh) adalah 100%. Artinya seluruh *hemoglobin* mengikat oksigen.Sebaliknya saturasi yang paling rendah adalah 0% artinya tidak ada oksigen sedikitpun terikat oleh *hemoglobin*. Normal saturasioksigen yakni diatas 95% (Rupii, 2005). Presentase saturasi *hemoglobin* diartikan sebagai jumlah oksigen yang dibawa oleh *hemoglobin* dibandingkan dengan jumlah oksigen yang dapat dibawa oleh *hemoglobin* (Hudak & Gallo, 2010).

Oksigen dibawa dalam darah dalam dua cara : (1) terlarut dalam *plasma*, dan (2) terikat dalam *hemoglobin*. Oksigen tidak mudah larut dalam *plasma* atau air, sehingga jumlahnya hanya sangat kecil yang terlarut dalam *plasma*. Sebagian besar oksigen dibawa dalam ikatan dengan *hemoglobin*. Kira – kira 97% oksigen

di transport dari paru- paru ke jaringan berikatan dengan *hemoglobin* dan 3% sisanya terlarut dalam *plasma* (Guyton & Hall, 2008). Persentase saturasi *hemoglobin* dengan oksigen memberikan perkiraan mendekati jumlah total oksigen yang dibawa oleh darah (Hudak & Gallo, 2010).

Nilai saturasi oksigen yang rendah dapat menggambarkan bahwa afinitas (ikatan) oksigen terhadap *hemoglobin* rendah, meskipun ambilan oksigen cukup dan kadar*hemoglobin* normal. Hal ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti: (1) peningkatan konsentrasi *karbon dioksida*, (2) suhu tubuh, dan (3) 2,3*difosfogliserat* (DPG) yaitu senyawa *fosfat* yang secara normal berada dalam darah. Pada $PCO_2$ tinggi suhu tubuh naik, 2,3 DPG tinggi akan menurunkan afinitas oksigen terhadap *hemoglobin*, sehingga oksigen yang dapat diangkut oleh darah berkurang. Sedangkan penurunan $PCO_2$, penurunan suhu tubuh, dan penurunan 2,3 DPG akan meningkatkan ikatan *hemoglobin* terhadap oksigen, akibatnya ambilan oksigen dari paru-paru akan meningkat pula. Tetapi pelepasan oksigen ke jaringan akan terganggu (Guyton & Hall, 2008). Sistem transportasi oksigen terdiri dari sistem paru dan sistem *kardiovaskuler*. Faktor-faktor yang mempengaruhi saturasi oksigen adalah : jumlah oksigen yang masuk paru-paru (ventilasi), kecepatan difusi, dan kapasitas *hemoglobin* dalam membawa oksigen. Kapasitas darah membawa oksigen dipengaruhi oleh jumlah oksigen yang larut dalam *plasma*, jumlah *hemoglobin*, dan kecenderungan *hemoglobin* untuk berikatan oksigen (Ahrens, 1990 ; dikutip Potter & Perry, 2006).

a. Faktor-faktor yang mempengaruhi bacaan saturasi oksigen ada 3, anatara lain:

    1) Hemoglobin

Jika *hemoglobin* tersaturasi penuh dengan oksigen, $SaO_2$ akan menunjukkan nilai normal walaupun kadar *hemoglobin* total rendah. Jadi, klien dapat menderita *anemia* berat dan memiliki oksigen yang tidak adekuat untuk persediaan jaringan sementara *oksimetry* nadi akan tetap pada nilai normal.

2) Sirkulasi

*Oxymeter* tidak akan memberikan bacaan yang akurat jika area dibawah sensor mengalami gangguan sirkulasi.

3) Aktivitas

Menggigil atau gerakan yang berlebihan pada sisi sensor dapat mengganggu pembacaan hasil yang akurat.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi oksigenasi (Potter & Perry, 2006)

Faktor-faktor yang mempengaruhi keadekuatan sirkulasi, ventilasi dan transportasi gas-gas pernafasan kejaringan ada empat yaitu :

1) Faktor fisiologis

Setiap kondisi yang mempengaruhi kardiopulmonal akan mempengaruhi kemampuan tubuh untuk pemenuhan oksigen. Klasifikasi umum gangguan jantung meliputi (1) ketidakseimbangan konduksi, (2) kerusakan fungsi faskuler, (3) *hipoksia miokard*, (4) *kardiomiopati*, dan (5) *hipoksia* jaringan perifer. Ganngguan pernapasan meliputi: (1) *hiperventilasi*, (2) *hipoventlasi*, dan (3) *hipoksia*.

Proses fisiologis lain yang mempengaruhi proses oksigenasi yaitu (1)

penurunan kapasitas pembawa oksigen seperti anemia (2) peningkatan kebutuhan metabolisme seperti: kehamilan, demam, infeksi, (3) perubahan yang mempengaruhi pergerakan dinding dada atau sistem saraf pusat seperti: trauma, perubahan konfigurasi struktural yang abnormal, *miastenia grafis*, *sindruma guillain barre* dan lain-lain.

2) Faktor perkembangan

Tahap perkembangan (umur) dan proses penuaan yang normal akan mempengaruhi oksigenasi jaringan. Pada bayi prematur berisiko terkena penyakit membran hialin, yang diduga disebabkan oleh defisiensi surfaktan. Kemampuan paru untuk mensistesis surfaktan berkembang lambat pada masa kehamilan, yakni pada sekitar bulan ketujuh, dan dengan demikian bayi preterm tidak memiliki surfaktan.

Bayi dan todler berisiko mengalami infeksi saluran napas atas sebagai hasil pemaparan yang sering pada anak-anak lain dan pemaparan dari asap rokok yang diisap dari orang lain. Selain itu selama proses pertumbuhan gigi, beberapa beberapa bayi berkembang kongesti nasal, yang memungkinkan pertumbuhan bakteri dan memungkinkan potensi terjadinya infeksi saluran pernapasan. Infeksi saluran pernafasan atas biasanya tidak berbahaya dan bayi atau todler sembuh dengan kesulitan yang sedikit.

Anak usia sekolah dan remaja terpapar pada infeksi pernapasan dan faktor-faktor resiko pernafasan, misalnya asap rokok dan merokok. Individu usia dewasa pertengahan dan dewasa muda terpapar pada banyak faktor resiko

kardiopulmonar, seperti: diet yang tidak sehat, kurang latihan fisik, obat-obatan, dan merokok. Dengan mengurangi faktor- faktor yang dapat dimodifikasi ini, akan menurunkan resiko menderita penyakit jantung dan pulmonar. Sistem pernafasan dan sistem jantung pada lansia mengalami perubahan sepanjang proses penuaan. Pada sistem arterial terjadi plak *aterosklerosis* sehingga tekanan darah sistemik meningkat. Kompliansi dinding dada menurun pada klien lansia yang berhubungan dengan *osteoporosis* dan kalsifikasi tulang rawan kosta. Ventilasi dan transfer gas menurun seiring peningkatan usia.

3) Faktor perilaku

Perilaku atau gaya hidup, baik secara langsung atau tak langsung akan mempengaruhi kebutuhan oksigen. Faktor perilaku yang mempengaruhi kebutuhan oksigen antara lain : nutrisi, latihan fisik, merokok, penyalahgunaan substansi dan stres.

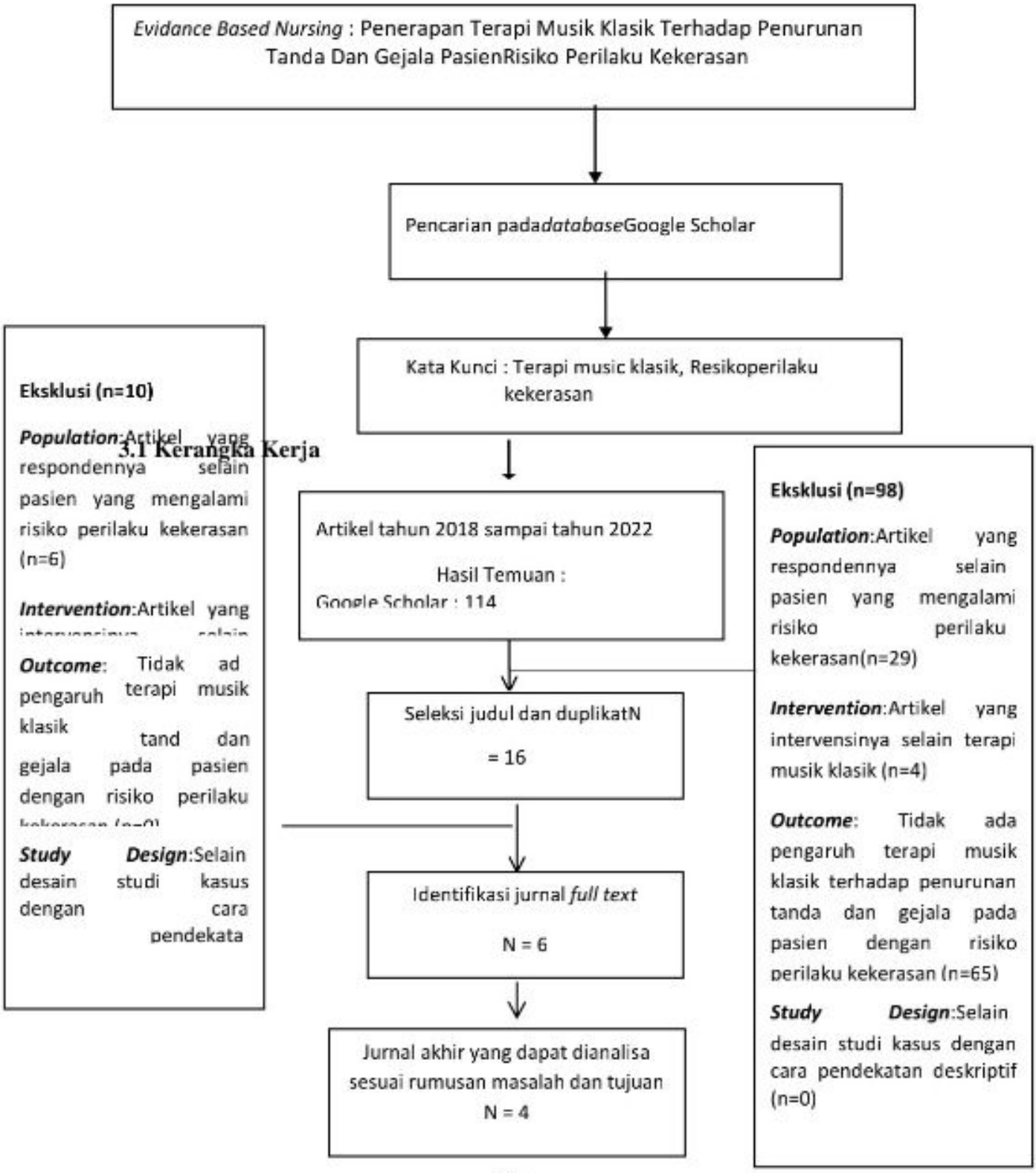
4) Faktor lingkungan

Lingkungan juga mempengaruhi oksigenasi. Insiden penyakit paru lebih tinggi di daerah berkabut, di daerah perkotaan lebih tinggi dari pada pedesaan. Tempat kerja dapat meningkatkan resiko yaitu polusi udara lingkungan kerja. Stresor yang terus menerus akan meningkatkan laju metabolisme tubuh dan kebutuhan akan oksigen.

# BAB III

# ANALISIS JURNAL

## 3.1 Kerangka Kerja



## 3.2 Pengumpulan Data

### 3.2.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa diterapkan (Nursalam, 2017). Desain penelitian ini adalah *Literature Review* yaitu dengan mencari dan mengumpulkan berbagai sumber data atau literatur yang sesuai dengan permasalahan yang akan diteliti. Teknik ini dilakukan dengan tujuan supaya peneliti mampu menemukan berbagai teori yang sejalan dengan permasalahan yang sedang diteliti, sehingga dapat dijadikan sebagai rujukan dalam pembahasan hasil penelitian.

### 3.2.2 Sumber Data

Sumber data menggunakan data sekunder, yaitu data yang secara tidak langsung didapatkan dari objek penelitian, tetapi peneliti memperoleh data dari hasil penelitian-penelitian sebelumnya yang sudah dipublikasikan dalam jurnal online nasional maupun internasional. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan pencarian sumber data melaui Google Scholar.

### 3.2.3 Strategi Pencarian

Strategi pencarian dan pengumpulan data dalam penelitian ini, yaitu peneliti melakukan pencarian artikel yang relevan di situs jurnalGoogle Scholar, dengan menggunakan kata kunci "terapi musik", "risiko perilaku kekerasan Seluruh judul yang dianggap sesuai dengan permasalahan yang akan diteliti kemudian dilakukan penyaringan apakah judul tersebut benar- benar sudah sesuai dengan topik. Langkah selanjutnya, yaitu peneliti melakuan penyaringan kembali dengan menentukan kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi dalam penulisan *Literature Review* ini, yaitu artikel yang sesuai dengan permasalahan yang akan diteliti, dalam hal ini yaitu artikel yang mengandung pengaruh terapi musik terhadap penurunan tanda dan gejala pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Peneliti memilih artikel dengan rentang waktu maksimal 5 tahun yaitu dari tahun 2018 hingga tahun 2020, danmenemukan sebanyak 4 Google Scholar. Jadi, total artikel yang ditemukan adalah 114 artikel. Setelah diidentifikasi lebih lanjut dari 114 artikel yang ditemukan hanya 4 artikel yang memenuhi kriteria, yaitu daru sumber database Google Scholar. Sedangkan kriteria eksklusi dalam penulisan EBN ini, yaitu artikel dan populasi yang tidak berkaitan dengan topik serta artikel dengan rentang waktu di bawah tahun 2018.

Tabel 3.1Tabel Kriteria Inklusi dan Eklusi Format PICOS

| **PICOS*Framework*** | **Kriteria Inklusi** | **Kriteria Eksklusi** |
|---|---|---|
| *Population* | Artikel yang respondennya mengalami risiko perilaku kekerasan | Artikel yang respondennya selain pasien yang mengalami risiko perilaku kekerasan |
| *Intervention* | Artikel yang intervensinya menggunakan terapi musik klasik | Artikel yang intervensinya selain terapi musik klasik |

| | | |
|---|---|---|
| *Outcome* | Ada pengaruh terapi musik klasik terhadap penurunan tanda dan gejala pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan | Tidak ada pengaruh terapi musik klasik terhadap penurunan tanda dan gejala pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan |
| *Study Design* | Desain studi kasus dengan cara pendekatan deskriptif | Selain desain studi kasus dengan cara pendekatan deskriptif |
| *Publication Years* | Tahun 2018 hingga tahun 2022 | Sebelum tahun 2018 |
| *Language* | Bahasa Indonesia | Selain Bahasa Indonesia |

# BAB IV

# ANALISIS DATA

## 4.1 Analisis Data

Analisis data adalah proses menyusun secara sistematis data-data yang diperoleh sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri maupun orang lain (Sugiyono, 2014). Analisis data dalam EBN (*Evidance Based Nursing*) ini dimulai dengan menelaah hasil penelitian yang sudah ada sebelumnya dan sudah relevan sesuai dengan variabel dan tujuan penelitian. Selain itu, perlu diperhatikan data yang akan dimasukkan dari jurnal harus dalam rentang 5 tahun terakhir, kemudian disusul dengan analisis, tidak semata-mata hanya menguraikan melainkan juga memberikan pemahaman dan penjelasan secukupnya. Selanjutnya, peneliti menelaah jurnal yang sudah ditemukan sesuai judul kemudian membandingkan persamaan dan perbedaan penelitian dari jurnal yang telah di telaah, penelitian mana yang saling mendukung dapenelitian mana yang bertentangan dengan judul sehingga mempermudah peneliti membuat suatu gambaran hasil penelitian dari jurnal atau artikel yang didapat.

## 4.2 Rencana Penyajian Hasil

Tabel 3.2 Rencana Penyajian Hasil

| **Penulis dan Tahun Terbit** | **Sumber** | **Judul** | **Desain Penelitian, Sampel, Variabel, Instrument, Analysis** | **Hasil** | **Kesimpulan** |
|---|---|---|---|---|---|
| Winda Asmara dan Senja Atika Sari (2021) | Google Scholar | Implementation Of Semi Fowler Position On Sleep Quality Of Congestive Heart Failure Patients | Desain karya tulis ilmiah ini menggunakan desain stadi kasus (case study). Subyek yang digunakan dalam studi kasus yaitu dengan pasien gagal jantung yang terdiri dari 1 | Hasil penerapan pemberian posisi semi fowler pasien gagal jantung menunjukkan bahwa setelah dilakukan | Penerapan pemberian posisi semi fowler pada pasien gagal jantung mampu meningkatkan kualitas tidur. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | pasien yang mengalami masalah keperawatan gangguan pola tidur. Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data menggunakan lembar observasi dan standar operasional prosedur (SOP) dalam melakukan pemberian posisi semi fowler. Pengkajian pengukuran kualitas tidur mengacu pada Pengukuran kualitas tidur PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) | intervensi selama 5 hari menunjukkan bahwa kualitas tidur pada subyek (Ny. L) mengalami peningkatan dari kualitas tidur buruk skor PSQI 11 menjadi kualitas tidur baik skor PSQI 4 | |
| Sugih Wijayati dan Dian Hardiyanti Ningrum (2019) | Google Scholar | Pengaruh Posisi Tidur Semi Fowler 45° Terhadap Kenaikan Nilai Saturasi Oksigen Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Di RSUD Lockmono Hadi Kudus | Metode penelitian ini adalah Pra Experimental dengan rancangan Pre and Post Test One Group Design. Dilakukan pada 16 responden dengan tehnik total sampling yang memenuhi kriteria inklusi. Data penelitian di analisa menggunakan uji dependent t–test. | Hasil penelitian didapatkan selisih median 2 L/m rata-rata mengalami kenaikan 2%, yang menggunakan oksigen 3 L/m ratarata mengalami kenaikan 1% dan yang tidak menggunakan oksigen mengalami rata rata kenaikan 1%. | Ada pengaruh posisi tidur semi Fowler 45° terhadap kenaikan nilai saturasi oksigen pada pasien gagal jantung kongestif. Penelitian ini merekomendasikan agar pasien gagal jantung kongestif dengan penurunan saturasi oksigen diberikan posisi tidur semi Fowler 45°. |
| Samane Najafi, dkk (2018) | Google Scholar | The Effect of Position Change on Arterial Oxygen Saturation in Cardiac and Respiratory Patients: A | Uji klinis acak saat ini dilakukan pada 169 pasien rawat inap yang dirawat di 22 Rumah Sakit Bahman Gonabad pada tahun 2016. Pasien dipilih melalui pengambilan | Persentase saturasi oksigen rata-rata secara statistik perbedaan yang signifikan | Terdapat pengaruh posisi tidur semi Fowler 45° terhadap kenaikan nilai saturasi oksigen pada |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Randomised Clinical Trial | sampel yang nyaman, kemudian secara acak ditugaskan ke dalam tiga kelompok pasien jantung, pasien pernapasan dan kontrol. Awalnya, pasien ditempatkan dalam posisi semi-fowler untuk 15 menit; kemudian, saturasi oksigen arteri diukur pada tiga titik yaitu daun telinga, ujung jari dan ujung jempol kaki serentak. Kemudian, pasien dibaringkan terlentang dan posisi tengkurap dan saturasi oksigen arteri diukur mengikuti protokol yang sama dari posisi sebelumnya. Data yang dikumpulkan dianalisis pada tingkat signifikansi, p-value kurang dari 0,05 dengan SPSS-versi 20 melalui analisis varians dengan pengulangan ukuran, independent t-test dan koefisien korelasi Pearson. | pada posisi yang berbeda (p=0,016). Itu juga menemukan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata saturasi oksigen pada tiga titik yang berbeda yaitu ujung jari, daun telinga dan ujung jempol kaki (p<0,001). | pasien gagal jantung kongestif dibandingkann dengan posisi tidur seperti biasa. |
| Dimas Agung Pambudi dan Sri Widodo (2020) | Google Scholar | Posisi Fowler Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Pada Pasien (CHF) Congestive Heart Failure Yang Mengalami Sesak Nafas | Studi kasus ini menggunakan desain studi kasus deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien Congestive Heart Failure (CHF) di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang. Jumlah responden sebanyak 2 responden. Penelitian | studi menunjukkan bahwa pre test pasien CHF di IGD RS Roemani mengalami sesak nafas. Pasien pertama dengan RR: 26x/menit dengan SpO2 94%. Pasien | Kesimpulan bahwa memposisikan fowler pada pasien CHF dengan sesak nafas mampu meningkatkan saturasi oksigen pada pasien. Adanya perubahan |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | ini dilakukan pada bulan Oktober 2019. Alat ukur menggunakan oxymetri. Alat pengumpulan data menggunakan lembar asuhan keperawatan dan lembar observasi. Kriteria inkulsi pada sampel ini adalahpasienCongestive Heart Failure (CHF), kooperatif, sesaknafas RR di atas 22x/ menit, saturasi oksigen ≤ 95%. Studi kasus ini di lakukan setelah mendapatkan persetujuan dari kepala ruang, pembimbing klinik, dan responden. Prosedur pengambilan data dilakukan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnose keperawatan dan intervensi, melakukan implementasi (memposisikan fowler), dan melakukan evaluasi | kedua mengalamisesak nafas dengan RR: 28x/menit dan SpO2 95%. Hasil post test setelah memposisikan fowler selama 15 menit mendapatkan hasil pada responden pertama RR: 20x/menit, SpO2 99%, pada responden kedua hasil RR: 22x/menit, SpO2 98% Tindakan memposisikan fowler pada pasin dengan CHF berpengaruh dalam peningkatan saturasi oksigen bagi pasien. | SpO2 dari kedua responden sebesar 4-5%. |

# BAB V

# HASIL DAN PEMBAHASAN

## 5.1. Hasil

Setelah di analisis terdapat perbedaan efektivitas pemberian posisi semi fowler pasien gagal jantung menunjukkan bahwa setelah dilakukan intervensi selama 5 hari menunjukkan bahwa kualitas tidur pada subyek (Ny. L) mengalami peningkatan dari kualitas tidur buruk skor PSQI 11 menjadi kualitas tidur baik skor PSQI 4. Dari hasil observasi yang menggunakan independent t-test dan koefisien korelasi Pearson didapatkan Persentase saturasi oksigen rata-rata secara statistik perbedaan yang signifikan pada posisi yang berbeda (p=0,016). Itu juga menemukan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata saturasi oksigen pada tiga titik yang berbeda yaitu ujung jari, daun telinga dan ujung jempol kaki (p<0,001).

Hasil analisis data menunjukkan p-value = 0,001 ( p<0,5 sehingga Ho ditolak Ha diterima. Yang artinya ada pengaruh Pengaruh Posisi Tidur Semi Fowler 45° terhadap Kenaikan Nilai Saturasi Oksigen pada Pasien Gagal Jantung Kongestif pada pasien gagal antung kongestif merasakan manfaat posisi semi fowler dimana saturasi sebelum posisi semi fowler menjadi meningkat setelah melakukan posisi semi fowler Juga membuat pasien merasa lebih nyaman dan kualitas tidur meningkat.

Hasil menunjukkan bahwa Posisi semi fowler mampu meningkatkan kenyamanan dan meningkatkan saturasi oksigen pada pasien gagal antung kongestif, peningkatan saturasi ini disebabkan karena peningkatan kenyamanan pada pasien yang secara otomatis. Posisi semi fowler ini dapa meningkatkan

saturasi oksigen dan membuat kualitas tidur pada pasien gagal jantung kongestif meningkat/membaik.

**5.2. Pembahasan**

Perawat memiliki tanggung jawab dalam memberikan perawatan terbaik untuk pasien . Memberikan perawatan didasarkan tidak hanya pada pengalaman klinis tetapi juga pada hasil temuan keperawatan untuk mengeksplorasi intervensi keperawatan terbaik bagi pasien sehingga mendapatkan hasil yang optimal. Melalui konsep praktik berbasis bukti, temuan penelitian dapat mempengaruhi perawat dalam pengambilan keputusan klinis. Oleh karena itu, perawat harus tahu konsep secara benar dan memiliki sikap positif serta siap dalam menerapkan praktik berbasis bukti.

Gagal jantung kongestif atau sering disebut dengan istilah *congestive heart failure* (CHF) adalah merupakan *kongesti* sirkulasi akibat disfungsi *miokardium* terdapat ketidak seimbangan kritis antara suplai oksigen miokardium dan kebutuhan. Penggunaan suplai oksigen atau peningkatan kebutuhan oksigen dapat mengganggu keseimbangan fungsi *miokardium*. Sehingga mekanisme yang dilakukan tubuh dalam memenuhi kebutuhan akan oksigen akan mempercepat beban jantung sedangkan suplai oksigen tidak bertambah (Iwansain, 2007). Gagal jantung kongestif dibagi menjadi dua yaitu gagal jantung kiri dan gagal jantung kanan.

Posisi semi fowler adalah suatu posisi dimana kepala tempat tidur dinaikkan 30 cm (8-10 inci) dengan sudut kemiringan 45-60$^0$, dari rentang 45-60$^0$ semakin tinggi kemiringannya maka aliran balik vena ke jantung (*preload*) akan semakin berkurang. Selain itu dengan memposisikan memposisikan pasien semi fowler

maka kongesi paru juga akan berkurang dan penekanan diagfragma ke hepar menjadi minimal (Brunner &Suddarth, 2010).

Selain itu intervensi keperawatan untuk mempertahankan dan meningkatkan pengembangan paru dengan melakukan prosedur *non invasive* yakni dengan menggunakan teknik pengaturan posisi salah satunya dengan memberikan posisi semi fowler sehingga oksigenasi adekuat

Oleh karena itu posisi semi fowler sangat bermanfaat dilakukan pada pasien gagal jantung kongestif yang memiliki masalah pada sistem pernafasan. Posisi semi fowler dapat membantu meningkatkan saturasi oksigen dan mengurangi sesak apada pasien gagal antung kongestif

Hasil penelitian dalam jurnal yang di dapat ini menunjukkan bahwa posisi semi fowler berpengaruh terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien gagal antung kongestif.

# BAB VII

# KESIMPULAN DAN SARAN

## 7.1 Kesimpulan

Dari hasil analisis 4 artikel yang ditemukan yang bahwa penyebab dari pasien mengalami sesak napas disebabkan oleh :

1. Posisi tidur yang kurang benar

Berdasarkan hasil dari riview jurnal didapat bahwa posisi semi fowler ini sangat efektif dilakukan pada pasien gagal jantung kongestif untuk meningkatkan saturasi oksigen. Posisi semi fowler ini dapat dilakukan di rumah sakit maupun dirumah.

## 7.2 Saran

Penelitian ini selain memberikan sebuah hasil dan kesimpulan juga memberikan sebuah saran pada berbagai pihak untuk membantu menurunkan sesak napas. Saran- saran peneliti dalam penelitian sebagai berikut :

a. Bagi peneliti

Peneliti sebagai ilmu pengetahuan baru mengenai posisi semi fowler untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien gagal jantung kongestif. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan melakukan peneliti dengan menggunakan sampel yang lebih besar.

b. Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai literature mahasiswa terkait penatalaksanaan posisi semi fowler untuk mengurangi rasa sesak pada pasien gagal jantung kongestif.

c. Pengaplikasian Bagi Ruangan

Terapi ini sangat efektif jika dilakukan dirumah sakit untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien gagal antung kongestif yang mengalami sesak napas.