LAPORAN TUGAS AKHIR

PENERAPAN POSISI LATERAL KANAN PADA GANGGUAN POLA NAPAS TIDAK EFEKTIF PASIEN DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RSUD DR M. YUNUS BENGKULU

JUMADI ZULIANSYAH

202301117

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
TAHUN 2026

LAPORAN TUGAS AKHIR

PENERAPAN POSISI LATERAL KANAN PADA GANGGUAN POLA NAPAS TIDAK EFEKTIF PASIEN DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF) DI RSUD DR M. YUNUS BENGKULU

Di Ajukan Sebagai Salah Satu syarat Untuk Menyelesaikan

Program Pendidikan Dlll Keperawatan

JUMADI ZULIANSYAH

202301117

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
TAHUN 2026

HALAMAN PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir oleh Jumadi Zuliansyah NIM 202301117 dengan judul **"PENERAPAN POSISI LATERAL KANAN PADA GANGGUAN POLA NAPAS TIDAK EFEKTIF PASIEN DENGAN CONGISTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RSUD DR. M. YUNUS BENGKULU"** telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Bengkulu, 09 September 2026
Pembimbing

Ns. Nengke Puspita Sari, M.A.N
NUPTK: 4856765666230242

Mengetahui,
Ka. Program Studi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti

Ns. Siska Iskandar,M.A.N
NUPTK: 573876366423031

HALAMAN PENGESAHAN

PROPOSAL

PENERAPAN POSISI LATERAL KANAN PADA GANGGUAN POLA NAPAS TIDAK EFEKTIF PASIEN DENGAN CONGISTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RSUD DR. M. YUNUS BENGKULU TAHUN 2026

Jumadi Zuliansyah
20230117

Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji
Pada tanggal 27 Juni 2026 dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Melaksanakan Penelitian

Panitia Penguji

Ketua Penguji

H. Yansyah Nawawi, S. KM, M. Kes

NIK. ……

Anggota Penguji

1. Ns. Maritta Sari, M.A.N

   NUPTK. 9641765666230272 ……

2. Ns. Nengke Puspita Sari, M.A.N

   NUPTK. 5738763664230310 ……

Mengetahui,

Ka. Prodi DIII Keperawatan

Ns. Siska Iskandar,M.A.N
NUPTK: 573876366423031

PENERAPAN POSISI LATERAL KANAN PADA GANGGUAN POLA NAPAS TIDAK EFEKTIF PASIEN DENGAN CONGISTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RSUD DR. M. YUNUS BENGKULU TAHUN 2026

ABSTRAK

XVIII Halaman Awal+99 Halaman Inti

Jumadi Zuliansyah, Nengke Puspita Sari

Congestive Heart Failure (CHF) merupakan kondisi ketika jantung tidak mampu memompa darah secara adekuat sehingga dapat menyebabkan kongesti paru dan gangguan oksigenasi. Kondisi tersebut dapat menimbulkan masalah keperawatan berupa pola napas tidak efektif yang ditandai dengan sesak napas, peningkatan frekuensi napas, penurunan saturasi oksigen, dan bunyi napas tambahan. Salah satu intervensi nonfarmakologis yang dapat diterapkan adalah posisi lateral kanan. Tujuan penelitian ini adalah menggambarkan penerapan posisi lateral kanan pada pasien CHF dengan gangguan pola napas tidak efektif di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus pada satu orang pasien CHF yang dilakukan selama tiga hari, yaitu tanggal 05–07 September 2026. Hasil penerapan menunjukkan adanya perbaikan pola napas, ditandai dengan penurunan tingkat sesak berdasarkan Modified Borg Dyspnea Scale dari skor 7 menjadi 1, frekuensi napas dari 30 kali/menit menjadi 23 kali/menit, serta peningkatan SpO_2 dari 89% menjadi 97%. Pasien tampak bernapas lebih teratur, fine crackles berkurang, dan pasien mengatakan sesak berkurang serta merasa lebih nyaman. Penerapan posisi lateral kanan dapat menjadi salah satu intervensi nonfarmakologis pendukung dalam membantu memperbaiki pola napas dan meningkatkan kenyamanan pasien CHF.

Kata kunci: Congestive Heart Failure (CHF), posisi lateral kanan, pola napas tidak efektif, Modified Borg Dyspnea Scale, SpO_2.

APPLICATION OF THE RIGHT LATERAL POSITION FOR INEFFECTIVE BREATHING PATTERNS IN PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) AT DR. M. YUNUS REGIONAL GENERAL HOSPITAL BENGKULU 2026

ABSTRACT

XVIII Preliminary Pages + 99 Core Pages

Jumadi Zuliansyah, Nengke Puspita Sari

Congestive Heart Failure (CHF) is a condition in which the heart is unable to pump blood adequately, potentially leading to pulmonary congestion and impaired oxygenation. This condition can give rise to a nursing issue—ineffective breathing patterns—characterized by shortness of breath, increased respiratory rate, decreased oxygen saturation, and adventitious breath sounds. One non-pharmacological intervention that can be implemented is the right lateral position. This study aimed to describe the application of the right lateral position in a CHF patient experiencing ineffective breathing patterns at Dr. M. Yunus Regional General Hospital (RSUD), Bengkulu. A descriptive method with a case study approach was employed, focusing on a single CHF patient over a three-day period (September 5–7, 2026). The results demonstrated an improvement in breathing patterns, evidenced by a reduction in the severity of dyspnea (as measured by the Modified Borg Dyspnea Scale, dropping from a score of 7 to 1), a decrease in respiratory rate (from 30 to 23 breaths per minute), and an increase in SpO_2 (from 89% to 97%). The patient appeared to breathe more regularly, fine crackles diminished, and the patient reported reduced shortness of breath and increased comfort. The application of the right lateral position can serve as a supportive non-pharmacological intervention to help improve breathing patterns and enhance comfort for CHF patients.

Keywords: Congestive Heart Failure (CHF), right lateral position, ineffective breathing pattern, Modified Borg Dyspnea Scale, SpO_2.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada tuhan yang maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir (LTA) ini. Penulisan Laporan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada program Studi Dlll Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti. Laporan Tugas Akhir ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Ibu Ns. Nengke Puspita Sari, M.A.N selaku pembimbing serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terimahkasih kepada:

1. Ibu Djusmalinar, SKM, M. Kes selaku Ketua STIkes Sapta Bakti
2. Ibu Ns. Novi lesmanasari, M. Kep selaku wakil ketua STIkes Sapta Bakti
3. Ibu Dr. Nur Elly, S. Kp, M. Kes selaku wakil ketua ll STIkes Sapta Bakti
4. Ibu Ns. Siska Iskandar, M.A.N sebagai ketua Program Studi Dlll Keperawatan STIkes Sapta Bakti
5. H. Yansyah Nawawi, S. KM, M. Kes sebagai ketua penguji
6. Ns. Maritta Sari, M.A.N sebagai anggota penguji
7. Untuk kedua orang tua, Bapak M. Paili dan Ibu Suriani , sumber kekuatan di tiap langkah, alasan dibalik perjuangan yang tidak henti-hentinya memberikan kasih sayang dengan penuh cinta dan selalu memberikan motivasi serta do'a. Terimakasih untuk setiap tetes keringat dalam setiap langkah pengorbanan dan kerja keras yang dilakukan untuk memberi yang terbaik kepada penulis hingga penulis mampu menyelesaikan studinya sampai mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan.
8. Ayuk Ika, Terimakasih kepada kakak tercinta penulis yang telah lebih dulu berpulang ke Rahmatullah. Karya ini penulis persembahkan untuknya. Meskipun beliau tidak ada di samping penulis, kenangan, kasih sayang, dan do'a yang pernah beliau berikan akan selalu hidup di

hati penulis. Ada rasa rindu yang tidak pernah benar-benar hilang. Tapi penulis percaya ayuk selalu melihat dan mendo'akan dari tempat yang lebih indah.

9. Abang Habib, sang perisai dalam badai yang selalu menjadi benteng, penasehat dan penyemangat sekaligus motivator. Dibalik sikapmu yang tegas tersimpan do'a dan kasih sayang tulus. Terimakasih telah menjadi sosok kakak di dalam hidup penulis dukungan mu sangat berarti dalam perjalanan penulis.
10. Adik penulis, Dinda, terimakasih telah memberikan semangat kepada penulis untuk menyelesaikan studi ini. Semoga kelak kamu bisa melangkah lebih jauh dari penulis.
11. Untuk keluarga besar yang telah memberikan semangat kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan studi ini.
12. Ns. Nengke Puspita Sari, M.A.N, selaku dosen pembimbing yang telah sabar dan ikhlas memberikan arahan dan petunjuk penyusunan hingga selesainya laporan tugas akhir ini.
13. Gilang dan Desi, yang telah menjadi teman seperjuangan penulis dalam proses selama perkuliahan. Terimakasih atas kebersamaan, dukungan dan tawa yang telah membuat kehidupan perkuliahan terasa begitu cepat.
14. Terakhir kepada diri sendiri, Jumadi Zuliansyah, terimakasih telah bertahan sejauh ini dan terus berjalan melewati segala tantangan yang semesta hadirkan. Apresiasi yang sebesar-besarnya telah berjuang untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai. Setiap air mata, do'a telah menjadi saksi betapa berharganya proses ini. Mari bekerja sama untuk lebih berkembang lagi menjadi pribadi yang lebih baik dari ke hari.

Akhir kata, peneliti berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala dukungan dan kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Bengkulu, 09 September 2026

Jumadi Zuliansyah

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN i
HALAMAN PENGESAHAN ii
ABSTRAK iii
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI viii
DAFTAR TABLE xi
DAFTAR BAGAN xii
DAFTAR GAMBAR xiii
DAFTAR GRAFIK xiv
DAFTAR SINGKATAN xv
DAFTAR ISTILAH xvii
DAFTAR LAMPIRAN xviii
BAB I LATAR BELAKANG 1
A. Pendahuluan 1
A. Rumusan Masalah 5
B. Tujuan Penelitian 5
C. Manfaat Penelitan 5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 7
A. Konsep Congistive Heart Failure (CHF) 7
1. Definisi 7
2. Anatomi Fisiologi 7
3. Etiologi 13
4. Klasifikasi 15
5. Manifestasi Klinis 16

6. Patofisiologi 19
7. WAY OF CAUSE (WOC) 21
8. Pencegahan 22
9. Pemeriksaan Penunjang 23
10. Penatalaksanaan 24
B. Konsep Masalah Keperawatan 26
1. Diagnosa : Pola napas tidak efektif (SDKI) (D. 0005) 26
2. Diagnosa : Penurunan curah jantung (SDKI) (D. 0008) 27
3. Diagnosa : Intoleransi aktivitas (SDKI) (D.0056) 28
C. Konsep Posisi Lateral Kanan 28
1. Definisi Posisi lateral kanan 28
2. Jenis / Klasifikikasi Posisi Lateral Kanan 29
3. Tujuan Posisi Lateral Kanan 29
4. Indikasi Posisi Lateral Kanan 29
5. Manfaat Posisi Lateral Kanan 30
6. Standar Oprasional Prosedur (SOP) Posisi Lateral Kanan 30
7. State Of The Art (Penelitian Sebelumnya) 31
D. Konsep Pengukuran Dispnea dengan Skala Borg 33
1. Definisi Skala Borg 33
2. Interpretasi Skor 33
3. Validitas pada Pasien CHF 34
4. Keunggulan Skala Borg 34
E. Konsep Asuhan Keperawatan 34
1. Pengkajian 34
2. Diagnosa Keperawatan 41
3. Intervensi keperawatan 44

4. Implementasi keperawatan 47
5. Evaluasi keperawatan 47
BAB III METODE PENELITIAN 48
A. Desain Penelitian 48
B. Subjek penelitian 48
C. Definisi Operasional 50
D. Lokasi Dan Waktu Penelitian 51
E. Tahap Penelitian 51
F. Jenis data, Instrumen Pengumpulan Data 52
G. Analisis Data 54
H. Etika Penelitian 55
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN 56
A. Hasil Penelitian 56
B. Pembahasan 81
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 97
A. Kesimpulan 97
B. SARAN 98
DAFTAR PUSTAKA 100

DAFTAR TABLE

Tabel 2. 1 Klasifikasi CHF (Noraffandy Yahaya & Nur Fazila i Salleh, 2020). 15
Tabel 2. 2 Standar Oprasional Prosedur (SOP) 30
Tabel 2. 3 State Of The Art 31
Tabel 2. 4 Interpretasi Skor 33
Tabel 2. 5 Pengkajian Anamnesa 35
Tabel 2. 6 Pola Aktivitas Sehari-hari 36
Tabel 2. 7 Pemeriksaan Fisik 37
Tabel 2. 8 Pemeriksaan Diagnostic 39
Tabel 2. 9 Penatalaksanaan Terapi 41
Tabel 2. 10 Analisis Data 41
Tabel 2. 11 Intervensi Keperawatan 44
Tabel 3. 1 Definisi Operasional 50
Tabel 4. 1 Anamnesa 59
Tabel 4. 2 Aktifitas sehari-hari 61
Tabel 4. 3 Pemeriksaan fisik 63
Tabel 4. 4 Pemeriksaan Diagnostic 65
Tabel 4. 5 Penatalaksaan terapi 67
Tabel 4. 6 Intervensi Keperawatan 72
Tabel 4. 7 Implementasi keperawatan 75
Tabel 4. 8 Evaluasi keperawatan 79

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 WOC CHF (sumber :LIKlikWatil &pongsampe,2023) 21

Bagan 3. 1 Tahap Penelitian 51

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Jantung..... 7

Gambar 2. 2 Posisi Lateral Kanan.....28

DAFTAR GRAFIK

Grafik 4. 1 Saturasi oksigen setelah dilakukan terapi.....95
Grafik 4. 2 Frekuensi pernapasan setelah dilakukan terapi.....96

DAFTAR SINGKATAN

CHF	: Congestive Heart Failure
WHO	: World Health Organization
AHA	: American Heart Association
SKI	: Survei Kesehatan Indonesia
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
ICCU	: Intensive Cardiac Care Unit
PND	: Paroxysmal Nocturnal Dyspnea
SpO_2	: Peripheral Oxygen Saturation
ACE	: Angiotensin-Converting Enzyme
ARB	: Angiotensin Receptor Blocker
AHA/ACC	: American Heart Association / American College of Cardiology
EKG	: Elektrokardiogram
AGD	: Analisa Gas Darah
BUN	: Blood Urea Nitrogen
ARNI	: Angiotensin Receptor–Neprilysin Inhibitor
MRA	: Mineralocorticoid Receptor Antagonist
SGLT2i	: Sodium–Glucose Cotransporter-2 Inhibitor
CRT	: Cardiac Resynchronization Therapy
ICD	: Implantable Cardioverter Defibrillator
LVAD	: Left Ventricular Assist Device
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
CVP	: Central Venous Pressure
EF	: Ejection Fraction
PAWP	: Pulmonary Artery Wedge Pressure
PVR	: Pulmonary Vascular Resistance
SVR	: Systemic Vascular Resistance
CI	: Cardiac Index
RAA	: Renin–Angiotensin–Aldosteron
EKG	: Elektrokardiografi
LAD	: Left Anterior Descending
LCX	: Left Circumflex
SA Node	: Sinoatrial Node
AV Node	: Atrioventricular Node
CO	: Cardiac Output
SV	: Stroke Volume
HR	: Heart Rate
NYHA	: New York Heart Association
ADL	: Activities of Daily Living
HARS	: Hamilton Anxiety Rating Scale
JVP	: Jugular Venous Pressure
BAK	: Buang Air Kecil
RR	: Respiratory Rate
GCS	: Glasgow Coma Scale
PERKI	: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia
HFrEF	: Heart Failure with Reduced Ejection Fraction
Na^+	: Natrium

K^+	: Kalium
Ca^{2+}	: Kalsium
ATP	: Adenosine Triphosphate
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

DAFTAR ISTILAH

Congestive Heart Failure (CHF)	: Ketidakmampuan jantung memompa darah secara efektif.
Oksigenasi	: Proses pemenuhan kebutuhan oksigen jaringan.
Posisi Lateral Kanan	: Posisi miring ke kanan untuk membantu oksigenasi.
Pola Napas Tidak Efektif	: Ventilasi yang tidak adekuat.
Perfusi	: Aliran darah ke jaringan tubuh.
Ventilasi	: Proses keluar masuk udara ke paru-paru.
Hemodinamik	: Kondisi aliran darah dalam sistem kardiovaskular.
Dispnea	: Kondisi sesak napas.
Ortopnea	: Sesak napas saat berbaring.
Paroxysmal Nocturnal Dyspnea	: Sesak napas mendadak pada malam hari.
Saturasi Oksigen	: Persentase oksigen dalam darah.
Hipoksemia	: Kadar oksigen darah rendah.
Kongesti Paru	: Penumpukan cairan pada paru.
Alveoli	: Tempat pertukaran gas di paru-paru.
Intervensi Nonfarmakologis	: Penatalaksanaan tanpa obat.
Curah Jantung	: Jumlah darah yang dipompa jantung per menit.
Preload	: Volume darah sebelum kontraksi jantung.
Afterload	: Tekanan yang dilawan jantung saat memompa.
Kontraktilitas	: Kemampuan otot jantung berkontraksi.
Miokardium	: Lapisan otot jantung.
Epikardium	: Lapisan terluar jantung.
Endokardium	: Lapisan terdalam jantung.
Perikardium	: Selaput pelindung jantung.
Atrium	: Ruang atas jantung.
Ventrikel	: Ruang bawah jantung.
Aorta	: Arteri utama tubuh.
Arteri Pulmonalis	: Pembuluh darah menuju paru-paru.
Vena Pulmonalis	: Pembuluh darah dari paru ke jantung.
Hipertrofi	: Penebalan otot jantung.
Retensi Cairan	: Penumpukan cairan dalam tubuh.
Edema	: Pembengkakan akibat cairan.
Aterosklerosis	: Penyempitan pembuluh darah akibat plak.
Takikardia	: Denyut jantung cepat.
Iskemia Miokard	: Berkurangnya aliran darah ke otot jantung.
Asuhan Keperawatan	: Pelayanan keperawatan pada pasien.
Diagnosis Keperawatan	: Penilaian masalah kesehatan pasien.
Implementasi Keperawatan	: Pelaksanaan tindakan keperawatan.
Evaluasi Keperawatan	: Penilaian hasil tindakan keperawatan.

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Penelitian 103
Lampiran 2 Naskah PSP 104
Lampiran 3 Informed Consent 106
Lampiran 4 Standar Operasional Prosedur 107
Lampiran 5 Penatalaksanaan Responden 109
Lampiran 6 Format Penilaian Frekuensi Napas 110
Lampiran 7 Surat Pengantar Permohonan Pengambilan Data Pra-Penelitian 111
Lampiran 8 Surat Rekomendasi/Balasan Pengambilan Data Pra-Penelitian 112
Lampiran 9 Surat Ethical Clearance /Kode Etik 113
Lampiran 10 Surat Pengantar Izin Penelitian Kesbangpol 114
Lampiran 11 Surat Balasan Kesbangpol 115
Lampiran 12 Surat Pengantar Izin Penelitian 116
Lampiran 13 Surat Rekomendasi/Balasan Pengambilan Data Penelitian 117
Lampiran 14 Dokumentasi Tindakan 118
Lampiran 15 Format lembar observasi tindakan keperawatan 121

BAB I
LATAR BELAKANG

A. Pendahuluan

Penyakit kardiovaskular masih menjadi penyebab utama kematian di dunia dan merupakan salah satu tantangan terbesar dalam pelayanan kesehatan global. *World Health Organization* (WHO) melaporkan bahwa penyakit kardiovaskular menyebabkan sekitar 17,9 juta kematian setiap tahun atau sekitar 32% dari seluruh kematian global. Salah satu manifestasi penyakit kardiovaskular yang memiliki angka morbiditas dan mortalitas tinggi adalah *Congestive Heart Failure* (CHF) atau gagal jantung kongestif. *Congestive heart failure* merupakan sindrom klinis akibat ketidakmampuan jantung memompa darah secara adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh sehingga menyebabkan gangguan perfusi jaringan dan oksigenasi organ vital (Mardhiah et al., 2023). Kondisi ini menjadi masalah kesehatan yang serius karena bersifat progresif, membutuhkan perawatan jangka panjang, serta sering menyebabkan rawat inap berulang.

Secara global, prevalensi gagal jantung terus mengalami peningkatan. *American Heart Association* (2025) melaporkan bahwa terdapat sekitar 55,5 juta kasus gagal jantung di seluruh dunia dengan angka kematian mencapai 19,8 juta jiwa. Peningkatan kasus tersebut dipengaruhi oleh tingginya prevalensi hipertensi, penyakit jantung koroner, diabetes melitus, obesitas, serta meningkatnya usia harapan hidup penduduk. Tingginya angka kejadian dan kematian akibat gagal jantung menunjukkan bahwa penyakit ini masih menjadi masalah kesehatan global yang memerlukan upaya pencegahan dan penatalaksanaan yang efektif.

Di Indonesia, gagal jantung juga masih menjadi masalah kesehatan yang signifikan. Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, prevalensi gagal jantung berdasarkan diagnosis dokter mencapai 0,85% atau sekitar 877.531 jiwa. Selain itu, gagal jantung termasuk salah satu penyebab utama rawat inap dan kematian akibat penyakit tidak menular. Di Provinsi Bengkulu, jumlah penderita penyakit jantung mengalami peningkatan sebesar 0,63% atau sekitar 14.000 penduduk pada tahun 2025 (Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu, 2025). Data tersebut menunjukkan bahwa gagal jantung masih menjadi masalah kesehatan yang memerlukan perhatian serius baik di tingkat nasional maupun daerah.

Kondisi tersebut juga terlihat di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu sebagai rumah sakit rujukan tertinggi di Provinsi Bengkulu. Berdasarkan data rekam medis rumah sakit, jumlah pasien *Congestive heart failure* mengalami peningkatan dari 1.031 kasus pada tahun 2023 menjadi 1.460 kasus pada tahun 2024 dan meningkat kembali menjadi 1.552 kasus pada tahun 2026. Selain itu, selama Januari–Maret 2026 tercatat sebanyak 381 pasien CHF menjalani perawatan di ruang ICCU. Peningkatan jumlah kasus ini menunjukkan bahwa *Congestive heart failure* masih menjadi masalah klinis yang sering ditemukan dan membutuhkan pengelolaan keperawatan yang optimal untuk mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Secara patofisiologis, *Congestive heart failure* terjadi akibat gangguan struktur atau fungsi jantung yang menyebabkan penurunan kemampuan ventrikel dalam memompa darah. Kondisi ini mengakibatkan peningkatan tekanan vena pulmonalis, kongesti paru, dan penumpukan cairan pada alveoli sehingga mengganggu proses ventilasi dan pertukaran gas (Adelia & Manalu, 2024). Akibatnya, pasien mengalami dispnea, ortopnea, *paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND), peningkatan frekuensi napas, serta penurunan saturasi oksigen (SpO_2) (Susilo, 2025). Faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya gangguan pernapasan pada pasien *Congestive heart failure* antara lain usia lanjut, penurunan fungsi ventrikel kiri, retensi cairan, penyakit penyerta seperti hipertensi dan penyakit jantung koroner, serta ketidakstabilan hemodinamik yang dapat memperburuk status oksigenasi pasien (Maghfiroh et al., 2023).

Gangguan oksigenasi yang ditandai dengan sesak napas dan penurunan saturasi oksigen merupakan salah satu penyebab utama munculnya diagnosis keperawatan gangguan pola napas tidak efektif pada pasien *Congestive heart failure.* Kondisi ini tidak hanya berdampak pada individu berupa keterbatasan aktivitas, gangguan tidur, kecemasan, kelelahan, dan penurunan kualitas hidup, tetapi juga berdampak pada keluarga karena meningkatnya kebutuhan pendampingan dan biaya perawatan. Selain itu, pada tingkat pelayanan kesehatan, gangguan pernapasan yang tidak tertangani dengan baik dapat meningkatkan angka rawat inap berulang (*readmission*), memperpanjang lama hari rawat, serta meningkatkan biaya pelayanan kesehatan (*American Heart Association*, 2025).

Penatalaksanaan *Congistive Heart Failure* dilakukan melalui terapi farmakologis dan nonfarmakologis. Terapi farmakologis meliputi pemberian diuretik, ACE inhibitor, ARB, beta blocker, antagonis aldosteron, dan vasodilator yang bertujuan memperbaiki fungsi jantung dan mengurangi gejala klinis. Namun demikian, terapi nonfarmakologis juga memiliki peran penting dalam meningkatkan status oksigenasi pasien. Salah satu intervensi yang mudah dilakukan, aman, dan ekonomis adalah pengaturan posisi tubuh. Perubahan posisi tubuh diketahui dapat memengaruhi ventilasi paru, aliran balik vena, fungsi hemodinamik, serta distribusi oksigen ke jaringan tubuh (Muti, 2020).

Salah satu posisi yang berpotensi meningkatkan status oksigenasi pada pasien *Congestive heart failure* adalah posisi lateral kanan. Posisi lateral kanan dapat meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis, menurunkan aktivitas saraf simpatis, memperbaiki aliran balik vena ke jantung, serta membantu meningkatkan efisiensi kerja jantung. Selain itu, posisi lateral kanan dapat memperbaiki distribusi ventilasi dan perfusi paru sehingga meningkatkan saturasi oksigen serta mengurangi keluhan sesak napas (Lestari & Oktariani, 2020; Maghfiroh et al., 2023). Oleh karena itu, posisi lateral kanan menjadi salah satu intervensi nonfarmakologis yang potensial untuk diterapkan pada pasien *Congestive heart failure* dengan gangguan pola napas tidak efektif.

Beberapa penelitian telah membuktikan efektivitas posisi lateral kanan dalam meningkatkan status oksigenasi. Alexandrina Carvalho (2023) melaporkan bahwa kombinasi posisi lateral kanan dan terapi oksigen mampu meningkatkan saturasi oksigen pasien *Congestive heart failure* dari 84% menjadi 100% dan dari 93% menjadi 98%. Penelitian Faisal Sangadji (2024) juga menunjukkan bahwa kombinasi posisi semi Fowler dan lateral kanan berpengaruh signifikan terhadap peningkatan parameter hemodinamik dan saturasi oksigen pada pasien penyakit jantung koroner ($p<0,05$). Persamaan kedua penelitian tersebut adalah penggunaan intervensi posisi untuk meningkatkan oksigenasi dan status hemodinamik pasien. Namun, penelitian sebelumnya lebih banyak berfokus pada pengukuran hasil fisiologis intervensi, sedangkan kajian yang mengintegrasikan penerapan posisi lateral kanan ke dalam proses asuhan keperawatan secara komprehensif mulai dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi hingga evaluasi pada pasien *Congestive heart failure* dengan gangguan pola napas tidak

efektif masih terbatas. Kondisi ini menunjukkan adanya *research gap* yang perlu diteliti lebih lanjut.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu, masih ditemukan pasien *Congestive heart failure* yang mengalami gangguan pola napas tidak efektif dengan manifestasi sesak napas, peningkatan frekuensi pernapasan, dan saturasi oksigen di bawah 95%. Sebagian besar pasien berada dalam kondisi sadar, berusia dewasa, mampu berkomunikasi dengan baik, dan memiliki kondisi hemodinamik yang relatif stabil dengan tekanan darah sistolik ≥90 mmHg serta frekuensi nadi 60–100 kali per menit. Karakteristik tersebut menjadi dasar pemilihan subjek penelitian karena pasien dengan saturasi oksigen kurang dari 95% masih menunjukkan adanya gangguan oksigenasi yang dapat dievaluasi perubahannya setelah pemberian intervensi posisi lateral kanan. Selain itu, kondisi hemodinamik yang stabil diperlukan untuk menjamin keamanan tindakan, sedangkan pasien dewasa yang mampu berkomunikasi dinilai lebih kooperatif dalam mengikuti prosedur penelitian. Kesediaan pasien atau keluarga untuk menandatangani *informed consent* juga menjadi bagian penting dalam pemenuhan prinsip etik penelitian.

Secara ideal, pasien *Congestive heart failure* dengan gangguan pola napas tidak efektif memerlukan intervensi keperawatan berbasis bukti yang mampu meningkatkan oksigenasi secara aman, mudah diterapkan, dan efektif dalam praktik klinik. Namun, berdasarkan kondisi aktual di lapangan, penerapan posisi lateral kanan sebagai bagian dari asuhan keperawatan masih belum terdokumentasi secara optimal meskipun intervensi tersebut memiliki dasar fisiologis yang kuat dan telah menunjukkan hasil yang menjanjikan pada beberapa penelitian sebelumnya. Kesenjangan antara kondisi ideal dan kondisi aktual tersebut menunjukkan perlunya kajian lebih lanjut mengenai penerapan posisi lateral kanan dalam asuhan keperawatan pasien *Congestive heart failure* .

Penelitian ini penting dilakukan karena diharapkan dapat memberikan kontribusi teoritis dalam pengembangan ilmu keperawatan medikal bedah, khususnya terkait penerapan posisi lateral kanan sebagai intervensi nonfarmakologis untuk mengatasi gangguan pola napas tidak efektif pada pasien *Congestive heart failure*. Secara praktis, hasil penelitian diharapkan dapat menjadi acuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan berbasis bukti untuk

meningkatkan saturasi oksigen, memperbaiki status pernapasan, serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus mengenai **"Asuhan Keperawatan pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan Gangguan Pola Napas Tidak Efektif melalui Penerapan Posisi Lateral Kanan di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu."**

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian yaitu bagaimana gambaran penerapan posisi lateral kanan untuk menurunkan pola napas pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

   Melakukan asuhan keperawatan penerapan terapi posisi lateral kanan untuk menurunkan pola napas tidak efektif pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)

2. Tujuan Khusus
   a. Dilakukan pengkajian keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)
   b. Dilakukan perumusan diagnosis keperawatan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)
   c. Disusun intervensi keperawatan berupa penerapan posisi lateral kanan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)
   d. Dilaksanakan implementasi penerapan posisi lateral kanan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)
   e. Dilakukan evaluasi tindakan keperawatan setelah penerapan posisi lateral kanan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF)

D. Manfaat Penelitan

1. Manfaat Teoritis

   Dapat memberikan ilmu pengetahuan baru bagi perkembangan ilmu keperawatan medikal bedah terutama yang berhubungan dengan penerapan posisi lateral kanan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan gangguan pemenuhan oksigenasi: pola napas tidak efektif, sehingga dapat

meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan efektivitas pemenuhan oksigenasi pasien.

2. Manfaat Praktisi
   a. Bagi Institusi

      Penelitian ini dapat mengembangkan ilmu keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah, terutama dalam penerapan posisi lateral kanan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan gangguan pemenuhan oksigenasi: pola napas tidak efektif

   b. Bagi Mahasiswa

      Menambah wawasan dan pengetahuan bagi mahasiswa tentang implementasi posisi lateral kanan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF), sehingga dapat meningkatkan kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan yang efektif.

   c. Bagi Pasien

      Membantu pasien dalam memperbaiki pola napas dan meningkatkan pemenuhan oksigenasi melalui penerapan posisi lateral kanan, sehingga dapat mengurangi sesak napas serta meningkatkan kenyamanan dan kualitas hidup pasien, baik secara mandiri maupun dengan bantuan keluarga.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

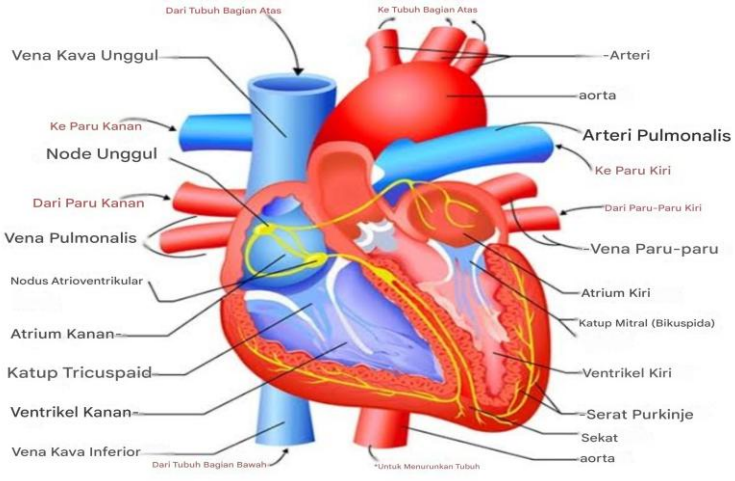
A. Konsep Congistive Heart Failure (CHF)

1. Definisi

Menurut *American Heart Association (AHA)*, CHF didefinisikan sebagai sindrom klinis yang terjadi akibat penurunan kemampuan jantung dalam memompa darah secara efektif, sehingga terjadi penumpukan cairan dan darah di paru-paru maupun jaringan perifer mengakibatkan metabolisme tubuh terganggu. Kondisi ini ditandai oleh kelainan struktural dan fungsional jantung yang menyebabkan gangguan pengisian atau ejeksi ventrikel, serta umumnya disertai gejala seperti sesak napas, kelelahan, dan retensi cairan (*American Heart Association*, 2025).

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi Jantung



Gambar 2. 1 Anatomi Jantung

Jantung merupakan organ berotot dan berongga yang berada di rongga dada (toraks), tepatnya di antara kedua paru-paru dan di atas diafragma. Secara anatomis, jantung terletak di mediastinum anterior dengan posisi sedikit ke kiri dari garis tengah tubuh. Ujung jantung berada di antara sela iga (kosta) V dan VI sebelah kiri, yang dapat dirasakan sebagai denyutan puncak jantung atau *iktus kordis*. Ukuran jantung pada

orang dewasa umumnya sebesar kepalan tangan dengan berat sekitar 250–300 gram. Berat jantung dapat bervariasi tergantung pada usia, jenis kelamin, berat badan, serta tingkat aktivitas dan kebiasaan fisik seseorang (Brunner & Suddarth, 2022).

Fungsi utama jantung adalah memompa darah ke seluruh tubuh untuk mengantarkan oksigen dan nutrisi serta membawa karbon dioksida dan sisa metabolisme. Jantung terdiri atas dua pompa, yaitu jantung kanan yang mengalirkan darah ke paru-paru melalui arteri pulmonalis dan jantung kiri yang memompa darah ke seluruh tubuh melalui aorta. Proses pemompaan terjadi melalui siklus kontraksi (sistol) dan relaksasi (diastol). Saat sistol, darah dipompa keluar dari jantung, sedangkan saat diastol ruang jantung terisi kembali oleh darah. Pada orang dewasa, jantung normal berdetak sekitar 60–80 kali per menit dengan curah jantung rata-rata sekitar 5 liter per menit.

1) Lapisan Selaput Jantung

   Jantung dibungkus oleh selaput perikardium yang terdiri atas tiga lapisan, yaitu lapisan fibrosa, parietal, dan viseral. Lapisan fibrosa merupakan lapisan terluar yang berfungsi melindungi jantung dan menahannya pada posisinya. Lapisan parietal terletak di bagian dalam lapisan fibrosa, sedangkan lapisan viseral menempel langsung pada permukaan jantung (epikardium). Di antara lapisan parietal dan viseral terdapat rongga berisi cairan perikardium sekitar 15–50 ml yang berfungsi mengurangi gesekan saat jantung berkontraksi dan relaksasi.

2) Lapisan Otot Jantung

   Dinding jantung tersusun atas tiga lapisan, yaitu epikardium, miokardium, dan endokardium. Epikardium merupakan lapisan terluar yang berfungsi melindungi jantung serta mengandung pembuluh darah, pembuluh limfe, dan serabut saraf. Miokardium adalah lapisan otot jantung yang paling tebal dan berperan utama dalam proses kontraksi untuk memompa darah. Endokardium merupakan lapisan terdalam yang melapisi ruang dan katup jantung, tersusun dari jaringan epitel dan ikat yang mengandung serat elastis, kolagen, serta serabut Purkinje yang berperan dalam penghantaran impuls listrik jantung.

3) Katup Jantung

Katup jantung berfungsi mengatur aliran darah agar tetap satu arah dan mencegah aliran balik darah saat sistol maupun diastol. Katup jantung dibagi menjadi dua kelompok, yaitu katup atrioventrikular yang terdiri dari katup trikuspid (antara atrium kanan dan ventrikel kanan) serta katup mitral atau bikuspid (antara atrium kiri dan ventrikel kiri), dan katup semilunar yang terdiri dari katup pulmonal (antara ventrikel kanan dan arteri pulmonalis) serta katup aorta (antara ventrikel kiri dan aorta). Katup-katup tersebut ditopang oleh chordae tendineae dan otot papilaris yang membantu menjaga fungsi katup selama proses kontraksi jantung.

4) Bilik Jantung

Jantung terdiri atas empat ruang, yaitu atrium kanan dan kiri sebagai ruang atas serta ventrikel kanan dan kiri sebagai ruang bawah. Atrium kanan menerima darah dari seluruh tubuh melalui vena kava superior dan inferior, kemudian meneruskannya ke ventrikel kanan untuk dipompa ke paru-paru melalui arteri pulmonalis. Setelah mendapatkan oksigen di paru-paru, darah kembali ke atrium kiri melalui vena pulmonalis, lalu diteruskan ke ventrikel kiri untuk dipompa ke seluruh tubuh melalui aorta. Dinding atrium lebih tipis dibandingkan ventrikel, sedangkan ventrikel kiri memiliki dinding paling tebal karena berfungsi memompa darah ke seluruh tubuh.

5) Arteri Koroner

Arteri koroner merupakan pembuluh darah yang menyuplai oksigen dan nutrisi ke otot jantung sehingga jantung dapat berfungsi secara optimal. Arteri ini berasal dari pangkal aorta di daerah sinus Valsalva dan terbagi menjadi arteri koroner kanan dan kiri. Gangguan aliran darah pada arteri koroner dapat menyebabkan iskemia miokard, sedangkan sumbatan total dapat mengakibatkan infark miokard (serangan jantung) yang berpotensi mengancam jiwa.

Arteri koroner adalah cabang pertama dari sirkulasi sistemik, dimana muara arteri koroner berada dekat dengan katup aorta atau tepatnya di sinus valsava. Arteri koroner dibagi dua, yaitu:

a) Arteri Koroner Kiri

Arteri koroner kiri merupakan salah satu pembuluh utama yang menyuplai darah ke jantung dan bercabang menjadi *Left Anterior Descending* (LAD) dan *Left Circumflex* (LCX). Kedua cabang ini berjalan mengikuti lekukan permukaan jantung, yaitu sulkus atrioventrikular dan sulkus interventrikular. Arteri LAD berfungsi menyuplai darah ke sebagian besar ventrikel kiri, sebagian ventrikel kanan, serta septum interventrikular. Sementara itu, arteri LCX menyuplai darah ke atrium kiri dan ventrikel kiri, serta sebagian kecil nodus sinoatrial (SA node). Kedua cabang arteri ini memiliki peran penting dalam menjaga suplai oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan oleh otot jantung.

b) Arteri koroner kanan

Arteri koroner kanan bertanggung jawab mensuplai darah ke atrium kanan, ventrikel kanan, permukaan bawah dan belakang ventrikel kiri, 90% mensuplai AV Node, dan 55% mensuplai SA Node.

6) Pembuluh Darah Besar Jantung

Ada beberapa pembuluh besar, yaitu:

a) Vena kava superior, yaitu vena besar yang membawa darah kotor dari bagian atas diafragma menuju atrium kanan
b) Vena kava inferior, yaitu vena besar yang membawa darah kotor dari bagian bawah diafragma ke atrium kanan.
c) Sinus coronary, yaitu vena besar di jantung yang membawa darah kotor dari jantung sendiri.
d) Pulmonary trunk,yaitu pembuluh darah besar yang membawa darah kotor dari ventrikel kanan ke arteri pulmonalis
e) Arteri pulmonalis, dibagi menjadi 2 yaitu kanan dan kiri yang membawa darah kotor dari pulmonari trunk ke kedua paru-paru.

f) Vena pulmonalis, dibagi menjadi 2 yaitu kanan dan kiri yang membawa darah bersih dari kedua paru-paru ke atrium kiri.
g) Assending aorta, yaitu pembuluh darah besar yang membawa darah bersih dari ventrikel kiri ke arkus aorta ke cabangnya yang bertanggung jawab dengan organ tubuh bagian atas.
h) Desending aorta, yaitu bagian aorta yang membawa darah bersih dan bertanggung jawab dengan organ tubuh bagian bawah (Brunner & Suddarth, 2022).

b. Fisilogi Jantung

1) Hemodinamika Jantung

Hemodinamika jantung merupakan proses peredaran darah yang terjadi melalui siklus sistol (kontraksi) dan diastol (relaksasi). Saat sistol, jantung memompa darah keluar, sedangkan saat diastol jantung terisi kembali oleh darah. Kontraksi dan relaksasi jantung berlangsung secara teratur akibat aktivitas listrik yang menyebar ke seluruh otot jantung.

Darah yang rendah oksigen dari seluruh tubuh masuk ke atrium kanan melalui vena kava, kemudian mengalir ke ventrikel kanan dan dipompa ke paru-paru melalui arteri pulmonalis untuk pertukaran gas. Setelah mendapatkan oksigen, darah kembali ke atrium kiri melalui vena pulmonalis, diteruskan ke ventrikel kiri, dan selanjutnya dipompa ke seluruh tubuh melalui aorta. Proses ini berlangsung terus-menerus untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan tubuh.

2) Sistem Listrik Jantung

Jantung mampu berdenyut secara teratur karena memiliki sistem kelistrikan intrinsik yang menghasilkan impuls secara otomatis. Impuls listrik ini berasal dari nodus sinoatrial (SA node) sebagai pemacu utama denyut jantung dan dipengaruhi oleh elektrolit seperti kalium (K^+), natrium (Na^+), dan kalsium (Ca^{2+}). Ketidakseimbangan elektrolit dapat menyebabkan gangguan pada irama dan fungsi jantung.

Aktivitas listrik jantung menyebar ke seluruh otot jantung sehingga memicu proses kontraksi dan relaksasi. Aktivitas tersebut dapat direkam melalui elektrokardiogram (EKG), yaitu pemeriksaan yang digunakan

untuk menilai frekuensi dan irama jantung serta membantu mendeteksi gangguan konduksi listrik dan kerusakan otot jantung.

3) Curah Jantung

Curah jantung (*cardiac output*) adalah jumlah darah yang dipompa oleh masing-masing ventrikel dalam satu menit. Pada orang dewasa normal, curah jantung rata-rata sekitar 5 liter per menit. Curah jantung dipengaruhi oleh dua faktor utama, yaitu frekuensi denyut jantung (heart rate/HR) dan volume sekuncup (stroke volume/SV), yang dirumuskan sebagai:

$CO=SV\times HR$

Frekuensi jantung normal saat istirahat berkisar antara 60–80 kali per menit, sedangkan volume sekuncup rata-rata sekitar 70 ml per denyut. Curah jantung berperan penting dalam mempertahankan sirkulasi darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan tubuh. Frekuensi jantung diatur oleh sistem saraf otonom, yaitu saraf simpatis yang meningkatkan denyut jantung dan saraf parasimpatis yang menurunkannya. Selain itu, hormon seperti katekolamin dan hormon tiroid juga dapat memengaruhi frekuensi jantung.

Volume sekuncup jantung ditentukan oleh tiga faktor :

a) Kontraktilitas Intrinsik Otot Jantung

Kontraktilitas otot jantung adalah kemampuan miokardium untuk menghasilkan kekuatan kontraksi saat memompa darah. Kontraktilitas dapat meningkat akibat pengaruh katekolamin, stimulasi saraf simpatis, dan obat-obatan seperti digitalis, sedangkan hipoksemia dan asidosis dapat menurunkannya. Peningkatan kontraktilitas akan meningkatkan volume sekuncup dan kemampuan jantung dalam memompa darah.

b) Derajat peregangan otot jantung sebelum kontraksi (preload)

Preload adalah tingkat peregangan otot ventrikel sebelum terjadi kontraksi yang dipengaruhi oleh volume darah di dalam ventrikel pada akhir diastol. Semakin besar volume darah yang mengisi ventrikel, semakin besar pula kekuatan kontraksi dan volume sekuncup yang dihasilkan, hingga mencapai batas tertentu. Kondisi ini sesuai dengan

Hukum *Frank-Starling*, yang menyatakan bahwa peningkatan pengisian ventrikel akan meningkatkan kekuatan kontraksi jantung dan jumlah darah yang dipompa.

c) Tekanan yang harus dilawan otot jantung untuk menyemburkan darah selama kontraksi (afterload).

Afterload adalah suatu tekanan yang harus dilawan ventrikel untuk menyemburkan darah. Tahanan terhadap ejeksi ventrikel kiri dinamakan tahanan vaskuler sistemik. Tahanan oleh tekanan pulmonal terhadap ejeksi ventrikel dinamakan tahanan vaskuler pulmonal. Peningkatan afterload akan mengakibatkan penurunan cvolume sekuncup (Brunner & Suddarth, 2022).

3. Etiologi

Menurut *American Heart Association* 2025, penyebab dari gagal jantung kongestif dibagi menjadi 2 yaitu:

a. Penyebab langsung / Direct causes

1) Penyakit jantung koroner

Penyakit jantung koroner terjadi ketika pembuluh darah koroner yang nyuplai oksigen ke jantung menyempit atau tersumbat karena plak aterosklerosis. Akibatnya otot jantung kekurangan oksigen dan lama-lama mati. Bagian jantung yang mati nggak bisa lagi berkontraksi, jadi kemampuan pompa jantung menurun dan akhirnya memicu CHF. Ini penyebab CHF nomor 1 di negara maju.

2) Infark Miokard / Serangan Jantung

Infark miokard adalah kondisi darurat di mana aliran darah ke sebagian otot jantung terhenti total, biasanya karena sumbatan mendadak. Otot jantung yang mati nggak bisa beregenerasi. Semakin luas area yang rusak, semakin berat CHF yang terjadi setelahnya.

3) Penyakit katup jantung

Katup jantung yang bocor atau menyempit bikin jantung harus bekerja lebih keras buat memompa darah. Misalnya pada stenosis mitral atau aorta, jantung kiri harus berkontraksi lebih kuat melawan tahanan yang tinggi. Lama-lama otot jantung menebal, kaku, dan gagal mempertahankan curah jantung yang cukup.

4) Kardiomiopati

Kardiomiopati adalah penyakit pada otot jantung itu sendiri. Ada 3 jenis utama: dilatasi, hipertrofik, dan restriktif. Semuanya bikin jantung nggak bisa memompa atau mengisi darah dengan normal. Penyebabnya bisa genetik, infeksi virus, atau idiopatik.

5) Aritmis

Gangguan irama jantung seperti atrial fibrilasi dan takikardia yang berlangsung lama bikin jantung berdetak terlalu cepat atau tidak teratur. Akibatnya waktu pengisian diastolik berkurang dan curah jantung turun. Kalau dibiarin terus, ini bisa memicu gagal jantung.

6) Paparan Zat Kardiotoksik

Konsumsi alkohol berlebihan, obat kemoterapi seperti doxorubicin, dan beberapa obat lain bisa langsung merusak sel otot jantung. Kerusakan ini bersifat progresif dan sering kali nggak bisa pulih sepenuhnya.

b. Penyebab tidak langsung

1) Hipertensi

Tekanan darah tinggi bikin jantung kiri harus memompa melawan tekanan yang lebih besar. Awalnya jantung menebal buat kompensasi, tapi lama-lama jadi kaku dan nggak elastis. Kondisi ini jadi penyebab utama CHF dengan fraksi ejeksi terjaga atau HfpEF.

2) Diabetes mellitus

Gula darah tinggi yang kronis merusak pembuluh darah kecil dan besar, termasuk pembuluh darah jantung. Selain itu diabetes juga bikin gangguan metabolisme di otot jantung. Kombinasi ini sering disebut kardiomiopati diabetik.

3) Obesitas & Sindrom Metabolik

Berat badan berlebih ningkatin volume darah dan beban kerja jantung. Selain itu obesitas sering disertai resistensi insulin, inflamasi kronis, dan sleep apnea yang semuanya memperparah beban jantung.

4) Sleep apnea

Henti napas berulang saat tidur bikin kadar oksigen turun dan tekanan di dada naik turun ekstrem. Kondisi ini ningkatin tekanan pada

jantung kanan dan memicu hipertensi pulmonal yang berujung pada CHF sisi kanan.

5) Usia lanjut

Seiring bertambahnya usia, elastisitas otot jantung dan pembuluh darah berkurang. Respons baroreseptor juga menurun. Makanya prevalensi CHF naik tajam pada usia di atas 65 tahun.

c. Faktor risiko lain

Faktor risiko lain seperti obesitas, kurang olahraga, dan stres juga dapatmeningkatkan risiko gagal jantung kronis.

4. Klasifikasi

Tabel 2. 1 Klasifikasi CHF (Noraffandy Yahaya & Nur Fazila i Salleh, 2020).

Klasifikasi berdasarkan tahap gagal jantung (AHA)	Klasifikasi berdasarkan derajat keparahan gagal jantung (NYHA)
Stadium A	**Kelas I**
Pasien dengan risiko tinggi mengalami gagal jantung di masa depan, namun belum memiliki kelainan fungsional maupun struktural jantung.	Pasien dengan penyakit jantung tanpa batasan aktivitas fisik. Aktivitas fisik sehari-hari tidak menyebabkan kelelahan, palpitasi, dispnea, atau angina.
Stadium B	**Kelas II**
Terdapat gangguan struktural jantung, namun belum tampak gejala apa pun.	Pasien dengan penyakit jantung yang mengakibatkan pembatasan aktivitas fisik ringan. Merasa nyaman saat istirahat. Aktivitas fisik sehari-hari menyebabkan kelelahan, palpitasi, dispnea, atau angina.
Stadium C	**Kelas III**
Tampak gejala gagal jantung, namun dapat dikontrol dengan pengobatan farmakologis	Pasien dengan penyakit jantung yang mengalami batasan aktivitas bermakna. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, tetapi aktivitas fisik ringan menyebabkan kelelahan, palpitasi, atau sesak.
Stadium D	**Kelas IV**
Tahap lanjut di mana dibutuhkan perawatan rumah sakit, transplantasi jantung, atau perawatan intensif.	Pasien dengan penyakit jantung yang tidak dapat melakukan aktivitas fisik tanpa keluhan. Terdapat gejala saat istirahat. Keluhan meningkat saat melakukan aktivitas.

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis gagal jantung dapat diamati berdasarkan derajat toleransi terhadap latihan fisik. Pada pasien CHF, toleransi terhadap latihan fisik akan semakin menurun, dan gejala gagal jantung akan muncul lebih awal bahkan dengan aktivitas ringan (Mulyaningsih et al., 2023).

Menurut Lukitasari & Kristianingrum (2021) dalam Milwati et al. (2024) dan Sangadji et al. (2024), gejalanya dapat dikelompokkan menjadi:

a. Gejala umum

Gejala ini muncul karena penurunan perfusi jaringan dan aktivasi sistem neurohormonal. Biasanya dirasakan semua pasien CHF terlepas dari sisi jantung yang gagal:

1) Kelelahan dan lemah, pasien mudah lelah bahkan setelah aktivitas ringan karena otot dan jaringan kekurangan oksigen.
   Cara mengukur/menilai:
   Tanyakan skala kelelahan 0-10. Observasi kemampuan pasien melakukan ADL. Bisa pakai 6-Minute Walk Test untuk ukur toleransi aktivitas.
2) Penurunan toleransi aktivitas, Aktivitas sehari-hari terasa berat.
   Cara mengukur/menilai :
   Observasi respon pasien saat jalan 10-20 meter: lihat frekuensi napas, nadi, dan keluhan. Gunakan klasifikasi NYHA.
3) Cemas dan gelisah, terjadi akibat hipoksia dan penurunan perfusi serebral.
   Cara mengukur/menilai :
   Observasi ekspresi wajah, tanyakan tingkat kecemasan, cek tanda vital. Bisa pakai skala HARS/Hamilton jika perlu.
4) Anoreksia dan mual, akibat bendungan pada sistem pencernaan.
   Cara mengukur/menilai :
   Anamnesis: tanyakan nafsu makan dan keluhan mual. Lihat asupan makan pasien per 24 jam.

b. Gejala berdasarkan lokasi gagal jantung

1) Gagal jantung kiri

a) Sesak napas (dispnea): Terutama saat berbaring/ortopnea dan saat aktivitas.

Cara mengukur/menilai :

1. Tanyakan kapan sesak muncul: saat aktivitas, berbaring, atau istirahat.
2. Hitung frekuensi napas/menit. Normal 16-20x/menit.
3. Observasi penggunaan otot bantu napas, cuping hidung.
4. Auskultasi paru: dengarkan ronki, wheezing.

b) Batuk dan mengi akibat penumpukan cairan di paru-paru.

Cara mengukur/menilai

Anamnesis: tanyakan karakteristik batuk, ada dahak atau tidak.

Auskultasi paru untuk mengi.

c) Pucat dan takikardia, sebagai respon kompensasi tubuh

Cara mengukur/menilai :

Inspeksi warna kulit, mukosa. Hitung nadi/menit. Normal 60 100x/menit.

d) Bunyi jantung S3 dan S4, menandakan ventrikel kaku dan tidak mampu menampung darah.

Cara mengukur/menilai :

Auskultasi jantung di area apex dengan stetoskop. S3 terdengar seperti “lub-dub-ta”, S4 seperti “ta-lub-dub”.

2) Gagal jantung kanan

a) Edema perifer, pembengkakan pada kaki, pergelangan kaki, dan sakrum.

Cara mengukur/menilai :

Inspeksi dan palpasi kaki, pergelangan kaki. Tekan dengan jari 5 detik, lihat ada pitting edema atau tidak. Ukur lingkar ekstremitas dengan meteran.

b) Distensi vena jugularis, peningkatan tekanan vena sentral.
   Cara mengukur/menilai :
   Ukur JVP: pasien posisi 45°, lihat tinggi gelombang vena jugularis dari sudut sternum. Normal <3 cm H2O.
c) Hepatomegali dan nyeri kuadran kanan atas: Akibat bendungan hati.
   Cara mengukur/menilai :
   Palpasi abdomen kuadran kanan atas. Perkusi untuk ukur batas hati.
d) Asites, penumpukan cairan di rongga perut pada kasus berat.
   Cara mengukur/menilai :
   Inspeksi distensi abdomen, lakukan tes shifting dullness dan fluid wave
e) Nokturia, sering buang air kecil di malam hari karena reabsorpsi edema saat berbaring.
   Cara mengukur/menilai :
   Anamnesis pola BAK 24 jam. Tanyakan frekuensi BAK malam hari.

3) Gejala pada kondisi berat
a) Dispnea saat istirahat, pasien sesak bahkan tanpa aktivitas
   Cara mengukur/menilai:
   Observasi pasien saat tidak melakukan aktivitas. Hitung RR, lihat ada sianosis atau tidak. Saturasi O2 <90% dengan pulse oxymeter.
b) Ortopnea berat dan gangguan pola napas terus-menerus
   Cara mengukur/menilai :
   Tanyakan berapa bantal yang dipakai pasien saat tidur.
   Pasien ortopnea berat hanya bisa tidur duduk
c) Edema anasarka, pembengkakan menyeluruh di seluruh tubuh.
   Cara mengukur/menilai :
   Inspeksi seluruh tubuh. Berat badan naik >2kg dalam 3 hari menandakan retensi cairan
d) Sianosis perifer, akibat hipoksia berat.
   Cara mengukur/menilai :
   Inspeksi warna kuku, bibir, ujung jari. Cek saturasi O2.

e) Gelisah, bingung, penurunan kesadaran: Tanda penurunan perfusi otak berat.

Cara mengukur/menilai :

Gunakan GCS untuk menilai tingkat kesadaran. Normal 15.

6. Patofisiologi

Penyebab tersering terjadinya gagal jantung adalah gangguan atau kerusakan fungsi *miokard ventrikel* kiri disamping adanya penyakit pada *pericardium*, *miokardium*, *endokardium* ataupun pembuluh darah besar. Pada disfungsi sistolik terjadi gangguan pada ventrikel kiri yang menyebabkan terjadinya penurunan *cardiac output*. Hal ini menyebabkan aktivasi mekanisme kompensasi *neurohormonal*. Sistem *Renin – Angiotensin – Aldosteron* (sistem RAA) serta kadar *vasopresin* dan *natriuretic peptide* yang bertujuan untuk memperbaiki lingkungan jantung sehingga ativitas jantung dapat terjaga.

Aktivasi sistem simpatis melalui tekanan pada baroreseptor menjaga cardiac output dengan meningkatkan denyut jantung, meningkatkan kontraktilitas serta vasokontriksi perifer (peningkatan katekolamin). Apabila hal ini timbul berkelanjutan dapat menyebabkan gangguan pada fungsi jantung. Aktivasi simpatis yang berlebihan dapat menyebabkan terjadinya apoptosis miosit, hipertrofi dan nekrosis miokard fokal.

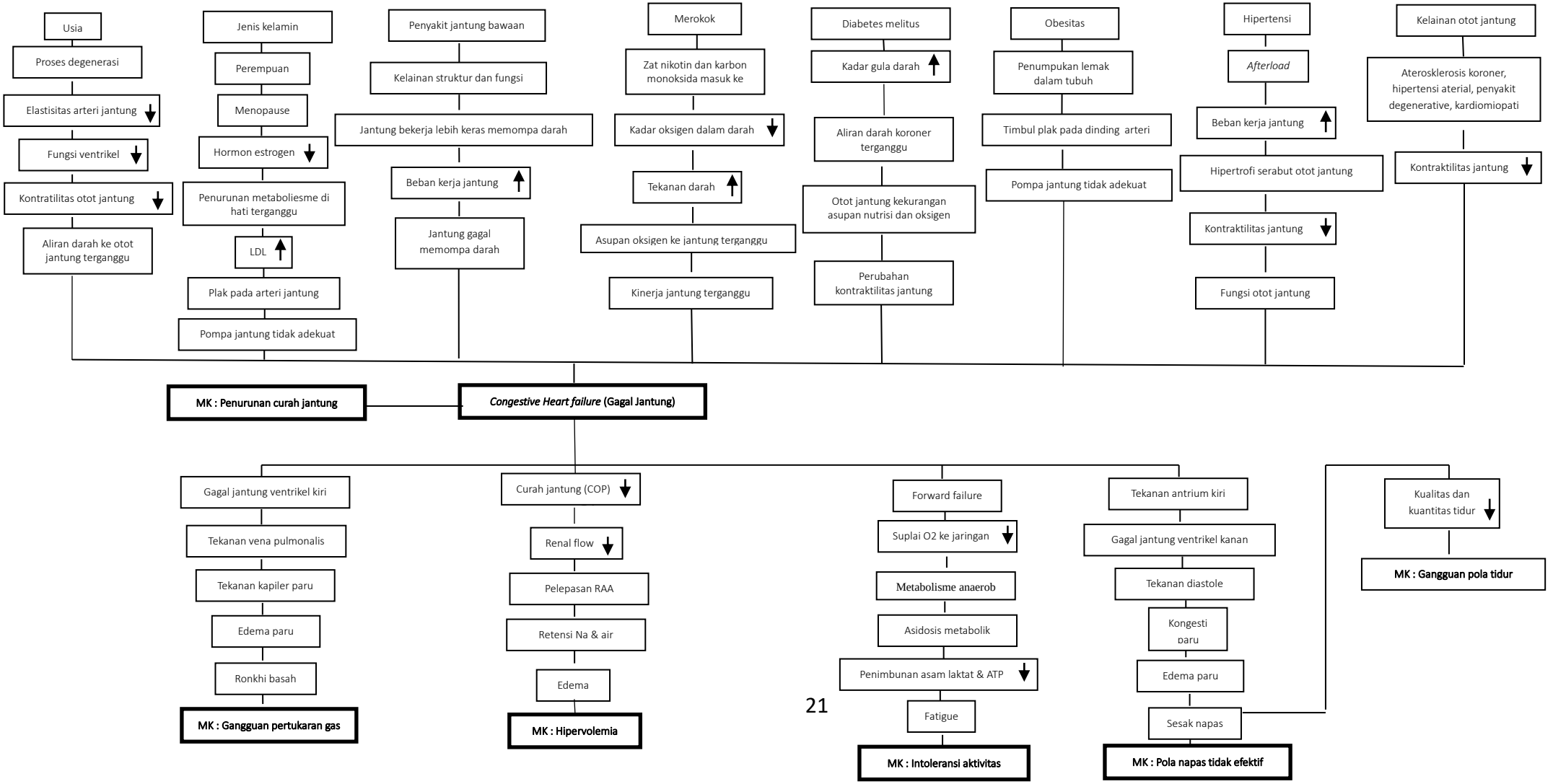
Stimulasi sistem RAA menyebabkan peningkatan konsentrasi renin, angiotensin II plasma dan aldosteron. Angiotensin II merupakan vasokontriktor renal yang poten (arteriol eferen) dan sirkulasi sistemik yang merangsang pelepasan noradrenalin dari pusat saraf simpatis, menghambat tonus vagal dan merangsang pelepasan aldosteron. Aldosteron akan menyebabkan retensi natrium dan air serta meningkatkan sekresi kalium. Angiotensin II juga memiiki efek pada miosit serta berperan pada disfungsi endotel pada gagal jantung.

Disfungsi diastolik merupakan akibat gangguan relaksasi miokard. Kekakuan dinding ventrikel dan berkurangnya compliance ventrikel kiri menyebabkan gangguan pada pengisian ventrikel saat diastolik. Penyebab tersering disfungsi diastolik adalah penyakit jantung koroner, hipertensi dengan hipertrofi ventrikel kiri, dan kardiomiopati hipertrofik. Walaupun masih diperdebatkan, sekitar 30-40% penderita gagal jantung memiliki kontraksi ventrikel yang masih normal. Pada penderita gagal jantung, sering ditemukan

disfungsi sistolik dan diastolik yang timbul bersamaan, meskipun keduanya dapat timbul sendiri-sendiri (Sembiring & Siahaan, 2020)

7. WAY OF CAUSE (WOC)

Bagan 2. 1 WOC CHF (sumber :LIKlikWatil &pongsampe,2023)



8. Pencegahan

Pencegahan Congestive Heart Failure (CHF) merupakan upaya penting yang bertujuan untuk menurunkan angka kejadian serta memperlambat progresivitas penyakit. Upaya pencegahan ini dilakukan melalui pengendalian faktor risiko, perubahan gaya hidup, deteksi dini, serta kepatuhan terhadap terapi medis. Menurut pedoman terbaru dari Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI) tahun 2023, beberapa langkah pencegahan CHF yaitu:

a. Pengendalian faktor risiko kardiovaskular

   Pengendalian faktor risiko seperti hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, dan penyakit jantung koroner merupakan langkah utama dalam pencegahan CHF. Faktor-faktor tersebut dapat meningkatkan beban kerja jantung dan menyebabkan perubahan struktur maupun fungsi miokard sehingga meningkatkan risiko terjadinya gagal jantung. Oleh karena itu, pengelolaan faktor risiko secara optimal sangat diperlukan untuk mencegah perkembangan penyakit kardiovaskular menjadi CHF

b. Penerapan pola hidup sehat

   Pola hidup sehat meliputi konsumsi makanan rendah garam, rendah lemak jenuh, dan rendah kolesterol, melakukan aktivitas fisik secara teratur, menjaga berat badan ideal, serta istirahat yang cukup. Penerapan gaya hidup sehat dapat membantu menjaga fungsi jantung dan mengurangi risiko terjadinya gagal jantung kongestif.

c. Menghindari kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol

   Merokok dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah dan meningkatkan risiko aterosklerosis serta penyakit jantung koroner. Selain itu, konsumsi alkohol berlebihan dapat menyebabkan gangguan fungsi otot jantung atau kardiomiopati. Oleh karena itu, penghentian kebiasaan merokok dan pembatasan konsumsi alkohol sangat dianjurkan sebagai upaya pencegahan CHF.

d. Kepatuhan terhadap terapi medis

   Pasien dengan penyakit kardiovaskular maupun individu dengan faktor risiko tinggi dianjurkan untuk mematuhi terapi yang diberikan

oleh tenaga kesehatan. Penggunaan obat antihipertensi, antidiabetes, maupun terapi kardiovaskular lainnya secara teratur dapat membantu mengontrol kondisi penyakit dan mencegah terjadinya gagal jantung.

e. Deteksi dini dan pemeriksaan kesehatan rutin

   Pemeriksaan kesehatan secara berkala penting dilakukan terutama pada individu dengan faktor risiko penyakit jantung. Deteksi dini terhadap gangguan fungsi jantung memungkinkan penatalaksanaan yang lebih cepat sehingga dapat mencegah progresivitas penyakit menjadi CHF kronis.

f. Edukasi kesehatan

   Edukasi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai faktor risiko, tanda dan gejala, serta cara pencegahan CHF. Dengan meningkatnya pengetahuan masyarakat, diharapkan terjadi perubahan perilaku yang mendukung kesehatan jantung dan mencegah terjadinya gagal jantung.

9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien gagal jantung kongestif antara lain sebagai berikut (Nuzulia, 2020):

a. **Elektrokardiogram (EKG)**: berfungsi memeriksa aktivitas kelistrikan jantung.

b. **Ekokardiografi**: teknik pemeriksaan jantung dan pembuluh darah besar menggunakan gelombang suara ultra (ultrasonografi).

c. **Katerisasi Jantung**: : membantu membedakan gagal jantung kanan dan kiri, serta menilai stenosis katup atau insufisiensi

d. **Analisa Gas Darah (AGD)**: pada gagal ventrikel kiri dapat ditemukan alkalosis respiratorik ringan atau hipoksemia dengan peningkatan PCO2 stadium akhir

e. **Blood Urea Nitrogen (BUN) dan Kreatinin**: peningkatan BUN menunjukkan penurunan fungsi ginjal. Kenaikan BUN dan kreatinin merupakan indikasi gangguan fungsi ginjal.

10. Penatalaksanaan

Menurut *American Heart Association* (AHA), (2025) penatalaksanaan CHF meliputi:

a. Non Farmakologis
   1) Pemberian terapi oksigen pada pasien yang mengalami hipoksemia.
   2) Posisi semi Fowler atau Fowler untuk membantu mengurangi sesak napas akibat kongesti paru.
   3) Pembatasan asupan natrium sekitar 1.500–3.000 mg/hari sesuai kondisi klinis pasien.
   4) Pembatasan cairan 1,5–2 liter/hari pada pasien dengan retensi cairan atau hiponatremia.
   5) Pemantauan berat badan harian untuk mendeteksi retensi cairan secara dini.
   6) Aktivitas fisik dan rehabilitasi jantung secara bertahap sesuai toleransi pasien.
   7) Penghentian merokok dan konsumsi alkohol.
   8) Pengendalian faktor risiko kardiovaskular seperti hipertensi, diabetes melitus, obesitas, dan dislipidemia.
   9) Edukasi pasien dan keluarga mengenai penyakit, kepatuhan pengobatan, serta tanda dan gejala perburukan gagal jantung
   10) Imunisasi influenza dan pneumokokus sesuai rekomendasi.

b. Farmakologis :

   Pada pasien gagal jantung dengan fraksi ejeksi menurun (HFrEF), terapi utama yang direkomendasikan AHA/ACC 2025 dikenal sebagai "Four Pillars of Heart Failure Therapy", yaitu:

   1) Angiotensin Receptor-Neprilysin Inhibitor (ARNI): ARNI merupakan terapi pilihan utama untuk mengurangi mortalitas dan rawat inap akibat gagal jantung. Obat yang digunakan adalah Sacubitril/Valsartan.
   2) Beta Blocker

      Beta blocker terbukti menurunkan mortalitas, memperbaiki fungsi ventrikel kiri, dan mengurangi rawat inap. Obat yang direkomendasikan meliputi:

a) Bisoprolol: Beta blocker selektif yang menurunkan denyut jantung dan meningkatkan fungsi pompa jantung pada gagal jantung.
b) Carvedilol: Beta blocker yang juga melebarkan pembuluh darah sehingga mengurangi beban kerja jantung.
c) Metoprolol succinate: Beta blocker kerja panjang yang membantu memperbaiki fungsi jantung dan menurunkan risiko kematian.

3) Mineralocorticoid Receptor Antagonist (MRA)

Golongan ini membantu mengurangi retensi cairan dan mortalitas pada pasien gagal jantung. Contohnya:

a) Spironolactone: MRA yang mengurangi retensi cairan dan menurunkan mortalitas pada gagal jantung.
b) Eplerenone: MRA selektif yang mengurangi efek aldosteron dengan risiko efek samping hormonal lebih rendah.

4) Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitor (SGLT2i)

SGLT2 inhibitor direkomendasikan baik pada pasien dengan maupun tanpa diabetes melitus karena terbukti menurunkan risiko kematian kardiovaskular dan rawat inap akibat gagal jantung. Contohnya:

a) Dapagliflozin: SGLT2 inhibitor yang menurunkan risiko rawat inap dan kematian akibat gagal jantung.
b) Empagliflozin: SGLT2 inhibitor yang memperbaiki luaran kardiovaskular pada pasien gagal jantung dengan atau tanpa diabetes.

5) Diuretik

Digunakan untuk mengurangi kongesti dan edema akibat retensi cairan. Contoh:

a) Furosemide: Diuretik loop yang membantu mengurangi edema dan sesak akibat kelebihan cairan.
b) Bumetanide: Diuretik loop yang lebih poten untuk mengatasi retensi cairan pada gagal jantung.
c) Torsemide: Diuretik loop dengan durasi kerja lebih panjang untuk mengontrol kelebihan cairan secara berkelanjutan.

6) Obat Tambahan Sesuai Indikasi

1) Digoksin untuk mengurangi rawat inap pada pasien tertentu.

2) Hydralazine dan Isosorbide Dinitrate terutama pada pasien yang tidak toleran terhadap ACE inhibitor, ARB, atau ARNI
3) Antikoagulan pada pasien dengan fibrilasi atrium atau risiko tromboemboli
4) Antiaritmia sesuai indikasi klinis

c. Terapi Alat dan Tindakan Lanjut
1) Cardiac Resynchronization Therapy (CRT) pada pasien yang memenuhi kriteria tertentu.
2) Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD) untuk mencegah sudden cardiac death.
3) Left Ventricular Assist Device (LVAD) pada gagal jantung stadium lanjut.
4) Transplantasi jantung pada pasien gagal jantung terminal yang memenuhi syarat.

B. Konsep Masalah Keperawatan

1. Diagnosa : Pola napas tidak efektif (SDKI) (D. 0005)

a. Definisi

Menghirup dan/atau menghembus yang tidak memberikan ventilasi adekuat, sehingga proses pertukaran gas oksigen (O_2) dan karbon dioksida CO_2 terganggu di dalam paru-paru terganggu

b. Penyebab

Deformitas dinding dada

c. Tanda dan gejala mayor

Subjektif : dispnea

Objektif : penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekpirasi memanjang, pola napas abnormal

d. Tanda dan gejala minor

Subjektif : -

Objektif : pernapasan *pursed-lip*, pernapasan cuping hidung, diameter thoraks anterio-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah.

2. Diagnosa : Penurunan curah jantung (SDKI) (D. 0008)

a. Definisi

Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh

b. Penyebab

Perubahan kontraktilitas, perubahan preload, perubahan afterload

c. Tanda dan gejala mayor

1) Perubahan *preload*

Subjektif : Lelah

Objektif : Edema, distensi vena jugularis, *central venous pressure* (CVP) meningkat/menurun, hepatomegali

2) Perubahan *afterload*

Subjektif : Dispnea

Objektif : Tekanan darah meningkat/menurun, nadi perifer teraba lemah, capillary refill time >3 detik, oliguria, warna kulit pucat dan/atau sianosis

3) Perubahan kontraktilitas

Subjektif : *Paroxysmal noctumal dyspnea* (PND), ortopnea, batuk

Objektif : Terdengar suara jantung s3 dan/atau s4, *ejection fraction* (EF) menurun

d. Tanda dan gejala minor

1) Perubahan *preload*

Subjektif : -

Objektif : murmur jantung, berat badan bertambah, *pulmonary artery wedge pressure* (PAWP) menurun

2) Perubahan *afterload*

Subjektif : -

Objektif : *pulmonary vascular resistance* (PVR) meningkat/menurun, *systemic vascular resistance* (SVR) meningkat/menurun

3) Perubahan kontraktilitas

Subjektif : -

Objektif : *cardiac index* (CI) menurun, *left ventricular stroke work index* (LVSWI) menurun, *stroke volume index* (SVI) menurun

4) Perilaku/emosional

Subjektif : cemas, gelisah

Objektif : -

3. Diagnosa : Intoleransi aktivitas (SDKI) (D.0056)

a. Definisi

Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

b. Penyebab

Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

c. Tanda dan gejala mayor

1) Subjektif : mengeluh lelah
2) Objektif : frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

d. Tanda dan gejala minor

1) Subjektif :Dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah
2) Objektif : tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, sianosis.

e. Kondisi klinis terkait

1) Anemia
2) Gagagl jantung kongestif
3) Penyakit jantung koroner
4) Penyakit katup jantung
5) Aritmia

C. Konsep Posisi Lateral Kanan

1. Definisi Posisi lateral kanan

Posisi lateral kanan yaitu posisi tidur pasien miring ke kanan dimana pasien bersandar ke samping dengan sebagian besar berat tubuh berada berada pada pinggul dan bahu (Suharto et al., 2023).



Gambar 2. 2 Posisi Lateral Kanan

2. Jenis / Klasifikikasi Posisi Lateral Kanan

Posisi lateral kanan dapat diklasifikasikan dalam beberapa kategori, yaitu:

a. Berdasarkan jenis terapi komplementer

Posisi lateral kanan termasuk dalam terapi komplementer fisik atau body-based therapy yang dilakukan melalui pengaturan posisi tubuh untuk membantu meningkatkan fungsi fisiologis pasien, terutama sistem respirasi dan sirkulasi

b. Berdasarkan teknik posisi

Posisi lateral kanan merupakan teknik positioning dengan cara memiringkan tubuh pasien ke sisi kanan sehingga sisi kanan tubuh menjadi tumpuan utama. Posisi ini dilakukan dengan bantuan bantal pada kepala, punggung, dan di antara lutut untuk meningkatkan kenyamanan dan mempertahankan posisi tubuh pasien.

c. Berdasarkan pendekatan keperawatan

Posisi lateral kanan termasuk dalam intervensi nonfarmakologis mandiri keperawatan yang dapat dilakukan perawat sebagai bagian dari asuhan keperawatan untuk membantu mengurangi sesak napas, meningkatkan ekspansi paru, memperbaiki oksigenasi, serta meningkatkan kenyamanan pasien, khususnya pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).

3. Tujuan Posisi Lateral Kanan

a. Meningkatkan saturasi oksigen
b. Memperbaiki laju pernapasan
c. Mengurangi efek dari immobilisasi
d. Memberikan rasa nyaman
e. Mengurangi tekanan yang menetap pada salah satu sisi tubuh akibat posisi yang menetap.

4. Indikasi Posisi Lateral Kanan

1. Kebutuhan oksigenasi
2. Pasien yang beristirahat dan tidur
3. Pasien dengan posisi fowler atau *dorsal recumbent* dalam waktu yang lama
4. Penderita yang mengalami kelemahan serta pasca operasi.

5. Manfaat Posisi Lateral Kanan

Posisi lateral kanan dapat mempengaruhi perubahan hemodinamik non invasif diantaranya tekanan darah, denyut jantung, mencegah tekanan berlebih pada satu area tubuh dan saturasi oksigen (Pitriani et al., 2025).

6. Standar Oprasional Prosedur (SOP) Posisi Lateral Kanan

Tabel 2. 2 Standar Oprasional Prosedur (SOP)

	Penerapan
Pengertian	Posisi berbaring pada salah satu sisi bagian tubuh menoleh dengan kepala menoleh ke samping.
Tujuan	1. Meningkatkan saturasi oksigen 2. Memperbaiki laju pernapasan
Ruang lingkup	Indikasi : Kebutuhan oksigenasi
Prosedur kerja	1. Fase Orientasi 1) Salam terapeutik 2) Evaluasi/validasi kondisi pasien 3) Kontrak: topik/waktu/tempat 2. Fase Persiapan Alat 1) Tempat tidur 2) Bantal biasa 3) Bantal guling 3. Fase Kerja 1) Memperkenalkan diri 2) Beritahu dan jelaskan pada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan dan lihat respon klien 3) Dekatkan alat ke klien 4) Cuci tangan dan gunakan sarung tangan 5) Baringkan klien telentang mendatar di tengah tempat tidur 6) Gulingkan klien hingga posisinya miring 7) Letakkan bantal di bawah lengan atas 8) Fleksikan bahu bawah dan posisikan ke depan sehingga tubuh tidak menopang pada bahu tersebut 9) Letakkan bantal di bawah lengan atas 10) Letakkan lengan bawah sejajar kepala dan leher 11) Letakkan bantal di bawah paha dan kaki atas sehingga ekstremitas bertumpu parallel dengan permukaan tempat tidur 12) Letakkan bantal guling di belakang punggung klien untuk menstabilkan posisi. 13) Kapikan alat dan klien 14) Kaji respon klien 15) Observasi tanda tanda vital



	16) Lepas sarung tangan dan cuci tangan 17) Dokumentasikan Tindakan 4. Fase Terminasi 1) Memeriksa respon pasien selama tindakan 2) Merapikan alat dan bahan 3) Mengukur laju pernapasan dan memeriksa saturasi oksigen 4) Rencana tindak lanjut 5. Edukasi 1. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi 2. Ajarkan cara mengenakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi
Dokumentasi	1. Catat waktu pelaksanaan 2. Catat respon pasien 3. Paraf dan nama perawat yang melaksanakan

Sumber: Laoh., et al., 2022; Wicaksono & Pujiastuti, 2024

7. State Of The Art (Penelitian Sebelumnya)

Tabel 2. 3 State Of The Art

NO	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Metode penelitian	Hasil penelitian
1.	Case report penerapan posisi lateral kanan dengan kombinasi pemberian terapi oksigen terhadap perubahan saturasi oksigen pada pasien congestive heart failure di ruang igd rsud kota yogyakarta	Alexandrina Carvalho, 2023	Menggunakan metode studi kasus yang dilakukan pada dua pasien Congestive Heart Failure (CHF) dengan penerapan posisi lateral kanan dan kombinasi terapi oksigen selama 15 menit. Instrumen yang digunakan dalam implementasi ini adalah lembar observasi tanda vital dan alat oksimetri untuk mengukur saturasi oksigen sebelum dan sesudah intervensi.	Saturasi oksigen setelah dilakukan penerapan posisi lateral kanan dengan kombinasi terapi oksigen mengalami peningkatan pada kedua subyek. Pada subyek I saturasi oksigen meningkat dari 84% menjadi 100%, sedangkan pada subyek II meningkat dari 93% menjadi 98% setelah dilakukan intervensi selama 15 menit.

2.	Efektivitas Kombinasi Posisi Semi Fowler dengan Lateral Kanan terhadap Hemodinamik Pasien Penyakit Jantung Koroner	Faisal sangadji, 2024	Menggunakan metode *quasi experimental* dengan pendekatan *pretest-posttest* control group yang dilakukan pada pasien penyakit jantung koroner dengan pemberian kombinasi posisi semi Fowler dan lateral kanan. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi hemodinamik meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, dan saturasi oksigen sebelum dan sesudah intervensi.	Parameter hemodinamik setelah dilakukan kombinasi posisi semi Fowler dan lateral kanan mengalami peningkatan pada kelompok intervensi. Tekanan darah sistolik meningkat dari 115,00 mmHg menjadi 126,83 mmHg, tekanan darah diastolik meningkat dari 68,00 mmHg menjadi 79,33 mmHg, frekuensi nadi meningkat dari 83,00 kali/menit menjadi 87,50 kali/menit, frekuensi napas meningkat dari 14,67 kali/menit menjadi 17,33 kali/menit, serta saturasi oksigen meningkat dari 96,50% menjadi 99,17% setelah diberikan intervensi.
3.	Efektifitas Kombinasi Posisi Lateral dan Semi Fowler Terhadap Hemodinamik Pasien Gagal Jantung Kongestif di Rumah Sakit Grandmed Lubuk Pakam	Pitriani, Samuel Ginting, Syatriawati, Kardina Hayati Pratiwi Christa Simarmata, 2025.	Menggunakan metode pra experimental dengan pendekatan one group pretest-posttest design pada pasien gagal jantung kongestif dengan pemberian kombinasi posisi lateral dan semi Fowler. Instrumen yang digunakan dalam	Status hemodinamik setelah dilakukan kombinasi posisi lateral dan semi Fowler mengalami perbaikan pada sebagian besar responden. Sebelum intervensi sebanyak 78,3% pasien mengalami

			penelitian ini adalah lembar observasi status hemodinamik meliputi frekuensi pernapasan dan saturasi oksigen sebelum dan sesudah intervensi.	takipnea dan 52,2% memiliki saturasi oksigen kurang. Setelah intervensi sebanyak 60,9% pasien memiliki pola pernapasan normal, 56,5% memiliki saturasi oksigen cukup, dan hanya 8,7% yang berada pada kategori saturasi oksigen kurang. Hasil uji Wilcoxon menunjukkan terdapat pengaruh signifikan terhadap pernapasan dan saturasi oksigen dengan nilai p-value 0,001.

D. Konsep Pengukuran Dispnea dengan Skala Borg

1. Definisi Skala Borg

Skala Borg atau *Borg CR-10 Scale* (Category Ratio-10) adalah instrumen psikofisik yang digunakan untuk mengukur persepsi subjektif seseorang terhadap tingkat kesulitan bernapas (dispnea) atau tingkat kelelahan (rate of perceived exertion). Skala ini dikembangkan oleh Gunnar Borg dan terdiri dari angka 0 hingga 10 yang disertai dengan deskriptor verbal, sehingga memberikan skala kategori dengan sifat rasio (category scale with ratio properties).

2. Interpretasi Skor

Tabel 2. 4 Interpretasi Skor

Skor	Tingkat Sesak	Deskripsi
0	Tidak sesak	Tidak ada sesak napas sama sekali
0,5 – 1	Sangat ringan	Hampir tidak terasa
2 – 3	Ringan	Sedikit terasa sesak
4 – 6	Sedang	Sesak yang cukup mengganggu

7 – 9	Berat	Sesak yang sangat mengganggu
10	Sangat berat/Maksimal	Sesak terberat yang pernah dirasakan

3. Validitas pada Pasien CHF

Skala Borg telah divalidasi untuk digunakan pada pasien CHF sebagai alat ukur dispnea yang mudah, murah, dan tidak invasif. Penelitian oleh Iellamo et al. (2014) membuktikan bahwa skor Borg berkorelasi signifikan dengan parameter otonomik jantung seperti heart rate variability (HRV) dan baroreflex sensitivity (BRS) pada pasien CHF, dengan nilai korelasi r^2 berkisar 0,77 hingga 0,97 ($p < 0,001$). Hal ini menunjukkan bahwa persepsi subjektif sesak napas pasien mencerminkan kondisi fisiologis objektif tubuhnya.

4. Keunggulan Skala Borg

Skala Borg memiliki beberapa keunggulan dibandingkan alat ukur dispnea lainnya, antara lain: mudah digunakan (user-friendly), tidak memerlukan biaya mahal (inexpensive), dapat diulang dalam waktu singkat, dan tidak memerlukan pelatihan khusus untuk penggunaannya.

E. Konsep Asuhan Keperawatan

Langkah-langkah dalam melakukan proses asuhan keperawatan terdapat lima tahap yaitu pengakajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keparawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses dasar yang bertujuan untuk mengumpulkan data, mengelompokkan data sesuai dengan masalah, serta mengklasifikasikan masalah berdasarkan kebutuhan pasien. Sumber data meliputi klien sebagai sumber utama (primer), orang terdekat, catatan klien, riwayat penyakit (termasuk pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan), hasil konsultasi, pemeriksaan diagnostik, rekam medis, anggota tim kesehatan lainnya, perawat lain, serta sumber kepustakaan (Samosir, 2020).

a. Pengkajian

Tabel 2. 5 Pengkajian Anamnesa

No	Anamnesa	Hasil anamnesa
1.	Identitas	a. Identitas pasien: nama, usia, tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, alamat tempat tinggal, pekerjaan, suku atau kebangsaan, agama, status pernikahan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor registrasi, serta diagnosis medis. b. Identitas penanggung jawab: nama, usia, jenis kelamin, alamat tempat tinggal, pekerjaan, serta hubungan dengan pasien.
2	Keluhan utama	Keluhan utama pada pasien CHF biasanya yaitu sesak napas saat beraktivitas, dispnea nokturnal paroksismal, ortopnea, mudah lelah, pusing, nyeri dada, pembengkakan pada ekstremitas bawah, penurunan nafsu makan, mual, serta distensi abdomen.
3	Riwayat penyakit sekarang	Keluhan saat dikaji pada pasien CHF biasanya yaitu dispnea, ortopnea, batuk, edema pulmonal akut, gelisah dan kelemahan fisik.
4	Riwayat penyakit dahulu	Riwayat penyakit dahulu bertujuan untuk mengidentifikasi penyakit yang pernah diderita pasien sebelumnya. Selain itu, perlu ditanyakan juga riwayat penggunaan obat-obatan yang pernah dikonsumsi, terutama yang masih berkaitan dengan kondisi saat ini
5	Riwayat penyakit keluarga	Biasanya pasien CHF mempunyai faktor resiko keturunan, biasanya keluarga pernah menderita penyakit yang sama yaitu CHF atau penyakit jantung lainnya seperti penyakit jantung koroner, kardiomiopati, penyakit jantung kongenital, penyakit pembuluh darah, perikarditis, penyakit katub jantung dan miokarditis

6	Psikologis	Biasanya pada pasien CHF umumnya menunjukkan adanya gangguan psikologis berupa kecemasan, depresi, dan stres akibat kondisi penyakit kronis yang dialami. Pasien sering mengungkapkan perasaan takut akan kematian, kekhawatiran terhadap kondisi kesehatan yang memburuk, serta ketidakpastian terhadap masa depan.
7	Spiritual	Biasanya pasien CHF umumnya menunjukkan peningkatan kebutuhan spiritual, terutama dalam menghadapi penyakit kronis yang progresif. Hasil anamnesa sering menunjukkan bahwa pasien lebih mendekatkan diri kepada Tuhan, meningkatkan aktivitas ibadah, serta memiliki harapan untuk kesembuhan melalui kekuatan spiritual.
8	Perilaku yang mempengaruhi Kesehatan	Perilaku yang sering ditemukan yaitu Ketidakpatuhan terhadap diet rendah garam dan pembatasan cairan, Kurangnya kepatuhan dalam mengonsumsi obat secara teratur, Aktivitas fisik yang terbatas akibat kelelahan (fatigue), Pola istirahat yang terganggu, Kurangnya kontrol rutin ke fasilitas kesehatan

b. Pola aktivitas sehari-hari

Tabel 2. 6 Pola Aktivitas Sehari-hari

No		Pola aktifitas sehari hari
1.	Pola nutrisi	Biasanya pada pasien CHF mengalami penurunan nafsu makan, mual, muntah, penambahan BB yang signifikan, diit tinggi garam atau makanan yang telah diproses dan penggunaan diuretic
2.	Kebutuhan eliminasi	Biasanya pada pasien CHF mengalami gejala penurunan berkemih, urine bewarna pekat, berkemih pada malam hari (nokturia) dan diare/ konstipasi
3.	Tidur/istirahat	Biasanya pada pasien CHF mengalami insomnia, gelisah, dyspnea pada saat istirahat,, tidur sambil duduk atau dengan beberapa bantal

4.	Aktifitas	Biasanya pada pasien CHF mengalami keletihan, nyeri dada saat beraktivitas, dyspnea saat beraktivitas atau saat istirahat, gelisah dan tanda vital berubah saat beraktivitas5
5.	Kebiasan pasien	Didapatkan pada pasien CHF biasanya merokok, minum berakohol, atau obat tertentu, kurang aktivitas fisik seperti berolahraga, mudah stress dan emosi

c. Pemeriksaan fisik

Tabel 2. 7 Pemeriksaan Fisik

No	Observasi	Hasil observasi (berdasarkan teori)
1.	Keadaan umum	Keadaan umum pada pasien CHF biasanya pasien gelisah karena sesak napas.
	Tingkat kesadaran	Pada pasien CHF biasanya didapatkan kesadaran yang baik yaitu compos mentis (GCS 14-15) dan akan berubah sesuai tingkat gangguan yang melibatkan perfusi sistem saraf pusat
2.	Tanda-tanda vital	Pada pasien CHF biasanya tekanan darah cenderungn hipotensi atau hipertensi, denyut nadi cepat dan lemah, pernapasan cepat dan dangkal akibat dispnea sehingga meningkat dari batas normal >20 x/menit
3.	Pemeriksaan persistem a. Sistem pernapasan (B1 Breathing)	Biasanya pasien dengan CHF ditemukan dispnea, ortopnea, batuk dan edema pulmonal akut. Secara umum crackles atau ronkhi basah halus terdengar pada dasar posterior paru
	b. Sistem kardiovaskuler (B2 Blood)	Pada saat di inspeksi bentuk perikardium simetris, namun pada beberapa kasus tampak cembung akibat pembesaran jantung. Ictus cordis: tampak pada ICS V midklavikula kiri dan dapat terlihat jelas jika terjadi pembesaran ventrikel kiri. Denyut nadi pada dada tidak seirama naik-turun, tampak irreguler jika terdapat aritmia. Warna kulit: sianosis perifer (bibir, ujung jari) menandakan hipoksia jaringan akibat curah jantung rendah. Clubbing finger jarang ditemukan, tetapi bisa terjadi jika ada penyebab lain yang menimbulkan hipoksia kronik. Distensi vena jugularis

		positif terutama pada posisi semi-fowler, menunjukkan adanya kongesti vena sistemik. Pulsasi abnormal dapat ditemukan, khususnya pada area epigastrium akibat dilatasi ventrikel kanan. Edema: edema pitting pada kedua tungkai bawah dan daerah sakral. Bila dilakukan funduskopi dapat menunjukkan retinopati hipertensif (jika CHF disertai hipertensi kronis). Pada saat palpasi ictus cordis teraba pada ICS V midklavikula kiri dengan kekuatan dan karakter yang melemah atau bergeser lateral. Heave dapat ditemukan jika terjadi hipertrofi ventrikel kanan. Thrill tidak ditemukan, namun bisa muncul bila ada murmur grade tinggi. Vena jugularis uji refluks hepatojugularis positif, menunjukkan kongesti sistemik. Hati teraba membesar (hepatomegali), kadang disertai konsistensi lunak dan pulsasi. Nadi perifer teraba lemah dan lambat, kadang tak teratur. Edema pitting positif pada pretibial dan sakral. Pada saat perkusi batas jantung melebar ke lateral kiri, menunjukkan kardiomegali. Efusi pleura dapat ditemukan suara pekak pada daerah basal paru jika terjadi efusi bilateral akibat kongesti paru. Pada saat auskultasi bunyi jantung S1 melemah, S2 bisa normal atau melemah tergantung tekanan paru dan kondisi katup. Bunyi tambahan S3 positif (tanda kelebihan volume), S4 dapat muncul pada tahap lanjut (ventrikel kaku). Gallop rhythm terdengar jika CHF berat. Murmur bisa terdengar murmur sistolik jika terdapat regurgitasi katup mitral atau trikuspid. tekanan darah menurun atau fluktuatif, terutama pada CHF dekompensasi.
1.	Suara Jantung	Dapat terdengar bunyi jantung tambahan **S3** akibat overload volume atau **S4** akibat penurunan compliance ventrikel. Murmur dapat ditemukan apabila terdapat kelainan katup jantung.
2.	Paroxysmal Nocturnal Dyspnea (PND)	Pasien sering mengeluhkan sesak napas mendadak pada malam hari setelah tidur beberapa jam akibat redistribusi cairan ke sirkulasi paru sehingga terjadi kongesti paru.

3. Ortopnea	Pasien merasa lebih nyaman tidur dengan posisi kepala ditinggikan (menggunakan ≥2 bantal) atau dalam posisi semi-Fowler/Fowler karena sesak bertambah saat berbaring.
4. Hipotensi Ortostatik	Terjadi penurunan tekanan darah sistolik ≥20 mmHg atau diastolik ≥10 mmHg yang dapat disertai pusing, lemah, atau sempoyongan akibat penurunan perfusi serebral.
c. Sistem perkemihan (B4 Bladder)	Intake cairan sesuai kebutuhan tubuh, sekitar 2.000 - 2.500 ml/hari pada orang dewasa (disesuaikan dengan kondisi klinis dan terapi yang diberikan). Output urin adekuat, sekitar 1.500 - 2.000 ml/hari atau 0,5 – 1 ml/kgBB/jam, berwarna kuning jernih, tidak keruh, tidak berbau menyengat dan frekuensi berkemih sekitar 4 – 8 kali/hari
d. Sistem pencernaan (B5 Bowel)	Didapatkan mual dan muntah, penurunan nafsu makan serta penurunan berat badan.
e. Sistem muskuloskeletal (B6 Bone)	Biasanya tidak ditemukan perubahan tertentu namun mobilitas fisik pasien menjadi terganggu dan terbatas.

d. Pemeriksaan diagnostic

Tabel 2. 8 Pemeriksaan Diagnostic

Jenis pemeriksaan	Hasil normal
Elektrokardigram (EKG)	Pemeriksaan elektrokardiogram harus dikerjakan pada semua pasien yang diduga gagal jantung. Abnormalitas Elektrokardiogram sering dijumpai pada gagal 22 jantung. Abnormalitas Elektrokardiogram memiliki nilai prediktif yang kecil dalam mendiagnosis gagal jantung. Jika EKG normal, diagnosis gagal jantung khususnya dengan disfungsi sistolik sangat kecil (<10%).
Foto thoraks	merupakan komponen penting dalam diagnosis gagal jantung. Foto thoraks dapat mendeteksi kardiomegali, kongesti paru, efusi pleura dan dapat mendeteksi penyakit infeksi paru yang menyebabkan atau memperberat sesak nafas. Cardiomegaly dapat tidak ditemukan pada gagal jantung akut dan kronik.

Echocardiografi	Pemeriksaan menggunakan gelombang suara untuk mengetahui ukuran dan bentuk jantung, serta menilai keadaan ruang dan fungsi katup jantung. Echocardiografi mempunyai peran penting dalam mendiagnosis gagal jantung dengan fraksi ejeksi normal (55-70%).
Analisis Gas Darah (AGD)	Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratorik ringan atau hipoksemia dengan peningkatan PCO2.
Albumin	Albumin Mungkin menurun sebagai akibat penurunan masukan protein.
BUN (Blood Urea Nitrogen) dan keratin	Peningkatan Blood Urea Nitrogen (BUN) menunjukkan terjadi penurunan fungsi ginjal sebagaimana yang dapat terjadi pada gagal jantung atau sebagai efek samping medikasi yang diresepkan (diuretic dan inhibitor ACE). Peningkatan Blood Urea Nitrogen (BUN) dan kreatinin lazim terjadi pada gagal jantung.
Hemoglobin	(Hb<13 gr/dL pada laki-laki, <12 gr/dL. Pada perempuan)
Peptide Natriuretik	Kadar plasma peptide natriuretik dapat digunakan untuk diagnosis, membuat keputusan merawat atau memulangkan pasien, serta mengidentifikasi pasien-pasien yang beresiko terjadi dekompensasi. Konsentrasi peptide natriuretik yang normal sebelum pasien diobati mempunyai nilai prediksi negative yang tinggi dan membuat kemungkinan gagal jantung sebagai penyebab gejala-gejala yang dikeluhkan pasien menjadi sangat kecil. Peptida natriuretik mempunyai waktu paruh yang panjang, penurunan tiba-tiba tekanan dinding ventrikel tidak langsung menurunkan kadar peptide natriuretik.
Troponin I atau T	Pemeriksaan dilakukan pada penderita gagal jantung jika gambaran klinis disertai dengan dugaan sindrom coroner akut. Peningkatan ringan kadar troponin kardiak sering terjadi pada gagal jantung berat atau selama episode dekompensasi gagal jantung pada penderita tanpa iskemia miokard

e. Penatalaksanaan terapi

Tabel 2. 9 Penatalaksanaan Terapi

No	Nama Obat	Cara Pemberian	Kegunaan	Dosis
1.	Oksigen	Nasal kanul / Masker oksigen	Meningkatkan saturasi oksigen dan mengurangi dispnea pada CHF dengan pola napas tidak efektif	2-4 L/menit, titrasi sesuai SpO2 target >95%
2.	furosemid	Injeksi IV	Mengurangi edema paru & beban volume sehingga napas lebih efektif	20-40 mg IV bolus, sesuai instruksi dokter
3.	Nitroglycerin	Infus IV / SL	Vasodilator untuk mengurangi preload & kongesti paru	Mulai 5 mcg/menit, titrasi sesuai TD
4.	NACL 0,9%	Infus IV	Cairan maintenance. Hati-hati, kecepatan lambat untuk cegah kelebihan volume	500-1000 ml/24 jam, sesuai instruksi

2. Diagnosa Keperawatan

a. Analisis data

Tabel 2. 10 Analisis Data

No.	Analisa data	Etiologi	Masalah keperawatan
1.	**Data mayor** Data subjektif: dispnea Data objektif: pola napas abnormal (mis: takipnea, bradipnea) **Data minor** Data subjektif : ortopnea Data objektif : 1. Pernapasan pursed-lip 2. Pernapasan cuping hidung 3. Kapasitas vital menurun	Kongesti paru ↓ Edema paru ↓ Sesak napas	Pola napas tidak efektif

2.	**Data mayor** 1. Perubahan irama jantung Data subjektif : palpitasi Data objektif: bradikardia/takikardia, gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi 2. Perubahan *preload* Data subjektif : lelah Data objektif : edema, distensi vena jugularis, hepatomegali 3. Perubahan afterload Data subjektif: dipsnea Data objektif : tekanan darah meningkat/menurun, nadi perifer teraba lemah, capillary refill time >3 detik, oliguria, warna kulit pucat dan/atau sianosis 5. Perubahan kontraktilitas Data subjektif : parocysmal noctumal dyspnea (PND), ortopnea, batuk Data objektif : terdengar suara jantung S3 dan/atau S4, ejection fraction (EF) menurun **Data Minor** 1. Perubahan *preload* Data subjektif: - Data objektif : murmur jantung, berat badan bertambah, *pulmonary artery wedge pressure* (PAWP) menurun 2. Perubahan *afterload* Data subjektif : - Data objektif : *pulmonary vascular resistance* (PVR) meningkat/menurun, *systemic vascular resistance* (SVR) meningkat/menurun 3. Perubahan kontraktilitas Data subjektif : - Data objektif : cardiac index (CI) menurun, left ventricular stroke work index (LVSWI) menurun, stroke volume index (SVI) menurun 4. Perilaku/emosional Data subjektif : cemas, gelisah	Gagal jantung kongestif ↓ Penurunan oksigen ke organ dan jaringan ↓ Penurunan perfusi ↓ Penurunan curah jantung	Penurunan curah jantung

	Data objektif : -		
3.	**Data mayor** Data subjektif: mengeluh lelah Data objektif : frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat. **Data minor** Data subjektif : 1. Dispnea saat/setelah beraktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah Data objektif : 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Sianosis.	Suplai darah ke jaringan menurun ↓ Penurunan nutrisi dan O_2 ke sel ↓ Kelemahan	Intoleransi aktivitas

b. Rumusan Diagnosa keperawatan

a. Pola napas tidak efektif b.d deformitas dinding dada d.d pola napas abnormal, pernapasan pursed-lip, pernapasan cuping hidung, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun
b. Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas jantung d.d taikardi, tekanan darah meningkat/menurun, nadi perifer terba lemah, warna kulit pucat/sianosis
c. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen t.d frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, sianosis.

3. Intervensi keperawatan

Tabel 2. 11 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Pola napas tidak efektif b.d deformitas dinding dada (D.0005)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapakan pola napas (L.01004) meningkat **Kriteria hasil :** 1. Dispnea menurun (5) 2. Penggunaan otot bantu napas menurun (5) 3. Pernapasan cuping hidung menurun (5) 4. Frekuensi napas membaik (5) 5. Kedalaman nafas membaik (5) 6. Kapasitas vital meningkat (5)	**Intervensi utama: Manajemen jalan napas (I.01011)** **Tindakan** Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1. Berikan posisi lateral kanan sesuai kondisi dan toleransi pasien. 2. Atur posisi kepala, leher, punggung, dan ekstremitas agar pasien tetap nyaman dan posisi tubuh stabil. 3. Pertahankan posisi lateral kanan sesuai durasi yang ditetapkan dalam SOP. 4. Monitor respons pasien selama penerapan posisi lateral kanan, meliputi RR, pola napas, SpO_2, tingkat sesak menggunakan Modified Borg Dyspnea Scale, bunyi napas, dan kenyamanan pasien. 5. Ubah posisi atau hentikan intervensi apabila terdapat tanda intoleransi atau perburukan kondisi pasien. 6. Berikan minum hangat 7. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak *kontraindikasi* 2. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi

			Kolaborasi pemberiaan bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
2.	Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas jantung (D.0008)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawan diharapkan curah jantung (L.02008) meningkat Kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi perifer meningkat (5) 2. Takikardia menurun (5) 3. Lelah menurun(5) 4. Dispnea menurun(5) 5. *pulmonary vascular resistance* (PVR) menurun (5) 6. Tekanan darah membaik(5)	**Intervensi utama : Perawatan jantung (I. 02075)** **Tindakan** Observasi 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, pasrosymal noctumal dyspnea, peningkatan CPV 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor intake dan output cairan 4. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama 5. Monitor saturasi oksigen 6. Monitor keluhan nyeri dada Terapeutik 1. Posisikan pasien lateral kanan 2. Berikan pasien diet jantung (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolestrol dan makanan tinggi lemak) 3. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup 4. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 5. Berikan oksigen untuk mempertahankan satursi oksigen 6. Berikan dukungan emosional dan spiritual Edukasi 1. Anjurkan beraktivitas sesuai toleransi 2. Anjurkan aktivitas fisik secara bertahap 3. Anjurkan berhenti merokok 4. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan 5. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu 2. Rujuk ke program rehabilitas jantung

3.	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kelelahan menurun, aktivitas (L.05047) meningkat **Kriteria hasil :** 1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (5) 2. Keluhan lelah menurun (5) 3. Dispnea saat aktivitas menurun (5) 4. Dispnea setelah aktivitas menurun (5) 5. Perasaan lemah menurun (5) 6. Frekuensi nadi membaik (5) 7. Saturasi oksigen membaik (5) 8. Frekuensi napas membaik(5)	**Intervensi utama :** Manjemen energi (I.05178) **Tindakan** Observasi 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Monitor pola dan jam tidur Terapeutik 1. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 2. Berian aktivitas distraksi yang menenangkan 3. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan dan pengobatan dan tindakan untuk memperbaiki kondisi dan pendidikan untuk klien keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan & strategi implementasi keperawatan& dan kegiatan komunikasi (Zebua F, 2020).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi da lam asuhan keperawatan merupakan suatu proses terstruktur yang meliputi pengumpulan data, analisis hasil, serta penarikan kesimpulan mengenai sejauh mana tujuan perawatan telah tercapai dan bagaimana respons pasien terhadap intervensi yang diberikan. Proses ini juga mencakup pemantauan secara terus-menerus terhadap kondisi pasien, respons terhadap tindakan keperawatan, serta perubahan kebutuhan perawatan yang terjadi seiring waktu (Mersi et al., 2024).

BAB III
METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien Congestive Heart Failure (CHF) dengan gangguan pemenuhan oksigenasi: pola napas tidak efektif melalui penerapan posisi lateral kanan di Ruang ICCU RSUD dr. M. Yunus Bengkulu. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini meliputi proses asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Penerapan posisi lateral kanan dilakukan sebagai intervensi nonfarmakologis untuk membantu meningkatkan saturasi oksigen, memperbaiki pola napas, dan meningkatkan kenyamanan pasien CHF.

B. Subjek penelitian

Subjek dalam studi kasus ini adalah satu Pasien dengan diagnosis medis Congestive Heart Failure (CHF) yang dibuktikan dengan rekam medis di ICCU RSUD dr. M. Yunus Bengkulu dengan kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi
    1) Pasien dengan tingkat kesadaran compos mentis.
    2) Pasien *congestive heart failure* (CHF) dengan klasifikasi NYHA (*New York Heart Association*) kelas II dan III
    3) Pasien mengalami dispnea yang ditandai dengan frekuensi abnormal, yaitu cepat (takipnea) dan lambat (bradipnea), dengan skor ≥ 4 pada *Modified Borg Dyspnea Scale* (kategori sedang hingga sangat berat) berdasarkan hasil pengukuran awal.
    4) Pasien dalam kondisi tekanan darah sistolik ≥90 mmHg dan frekuensi nadi 60-100 kali per menit.
    5) Pasien bersedia menjadi responden dan menandatangani informed consent (oleh pasien atau keluarga terdekat).

2. Kriteria Ekslusi

   1) Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS <15 atau tidak compos mentis)
   2) Pasien tidak mengalami gangguan muskuloskeletal yang menghambat perubahan posisi lateral kanan (misalnya: fraktur tulang rusuk, nyeri hebat pada posisi lateral, keterbatasan gerak sendi).
   3) Pasien tidak terpasang alat bantu napas invasif (ventilator mekanik) atau membutuhkan oksigen aliran tinggi non-rebreathing.
   4) Pasien menunjukkan tanda-tanda perburukan kondisi akut selama proses penelitian (peningkatan sesak napas progresif, SpO_2 terus menurun, atau aritmia berat).
   5) Pasien tidak kooperatif (menolak perubahan posisi, gelisah berlebihan, atau tidak mampu mempertahankan posisi lateral kanan minimal 15-30 menit).
   6) Pasien tidak memiliki kontraindikasi medis terhadap posisi lateral kanan (luka terbuka pada sisi kanan tubuh, baru menjalani operasi toraks/abdomen sisi kanan, atau fistula arteriovenous pada ekstremitas kanan).

C. Definisi Operasional

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur
1.	Pasien *Congistive Heart Failure*	Kondisi ketidakmampuan jantung memompa darah secara adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh, yang ditegakkan berdasarkan diagnosis medis oleh dokter yang tercantum dalam rekam medis pasien di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu	1) Rekam Medis 2) Status pasien 3) Lembar Observasi	Mengidentifikasi diagnosis medis dari rekam medis dan catatan perkembangan pasien	1) Pasien terdiagnosis CHF 2) Pasien tidak terdiagnosis CHF
2.	Gangguan pola napas tidak efektif	Kondisi di mana proses inspirasi dan ekspirasi tidak memberikan ventilasi secara adekuat, yang ditandai dengan dispnea (sesak napas), penggunaan otot bantu napas, takipnea, dan/atau hipoksemia	1) *Pulse oximeter* 2) *Respiratory rate monitor* / hitung manual 3) Stetoskop 4) Skala Borg (0-10)	1) Mengukur frekuensi napas selama 1 menit 2) Mengobservasi otot bantu napas 3) Menilai keluhan sesak napas (wawancara) 4) Mengukur Spo2 Sebelum dan sesudah intervensi	Gangguan pola napas tidak efektif dinilai berdasarkan tanda dan gejala klinis berupa dispnea, perubahan frekuensi, kedalaman dan irama napas, serta saturasi oksigen. Tingkat sesak dinilai menggunakan Modified Borg Dyspnea Scale.
3	Posisi lateral kanan	Tindakan keperawatan memposisikan pasien dalam keadaan miring ke sisi kanan dengan sudut 90° (lateral penuh) atau 30-45° (lateral miring), sesuai prosedur tetap (SOP) yang bertujuan	1) SOP posisi lateral kanan 2) Lembar observasi tindakan 3) Stopwath	Observasi	Penilaian: • **Terlaksana sesuai SOP (skor 100%)**: Semua langkah dilakukan dengan benar

		untuk meningkatkan oksigenasi dan memperbaiki hemodinamik pada pasien CHF			• **Terlaksana tidak sesuai SOP (skor <100%)**: Ada langkah yang terlewat atau salah • Tidak terlaksana : Intervensi tidak dilakukan

D. Lokasi Dan Waktu Penelitian

1. Lokasi

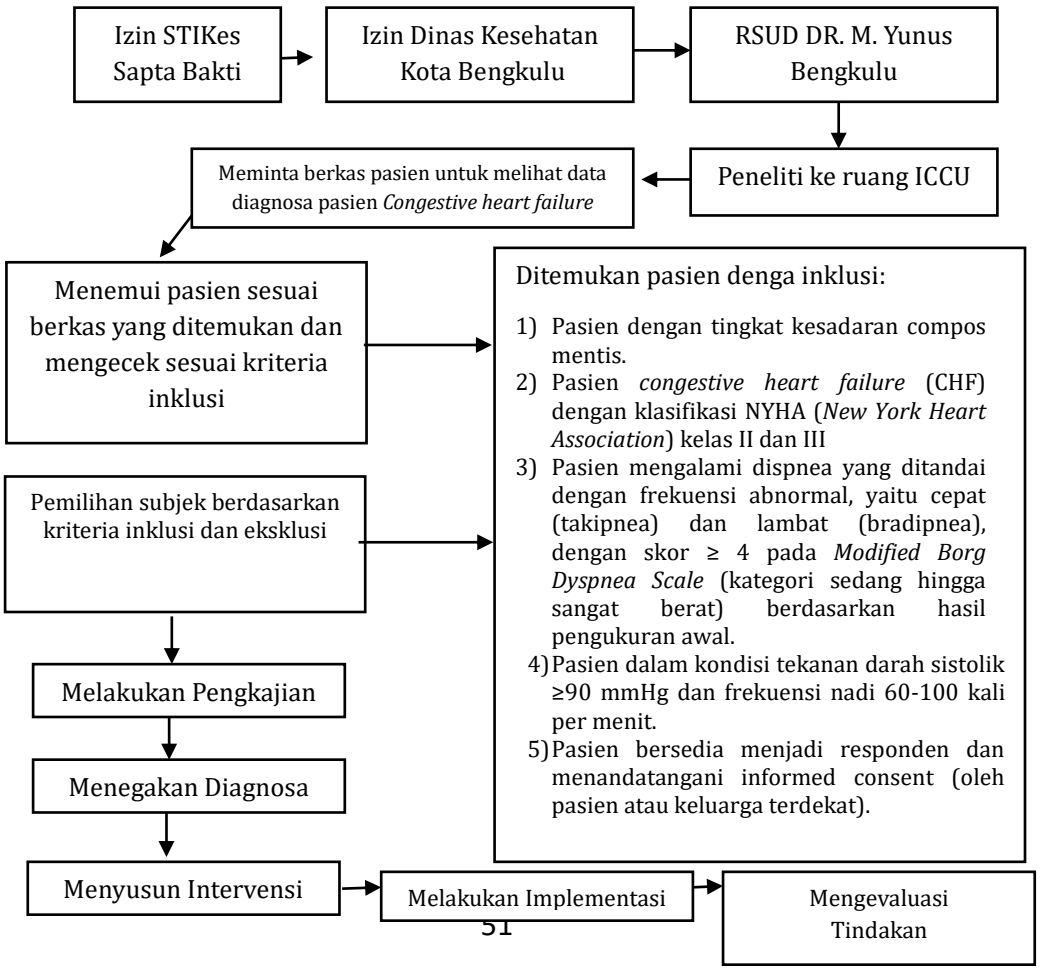
   Penelitian ini direncanakan akan dilakukan di ruang ICCU di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu.

2. Waktu

   Penelitian ini dilakukan selama 3 hari berturut-turut tanggal 5 s.d 7 September 2026.

E. Tahap Penelitian

Bagan 3. 1 Tahap Penelitian



F. Jenis data, Instrumen Pengumpulan Data

1. Jenis Data

   a. Data Sekunder

      Data sekunder adalah data yang diperoleh peneliti dari dokumen dan sumber yang telah tersedia untuk melengkapi data primer. Data dikumpulkan melalui telaah rekam medis pasien, hasil pemeriksaan penunjang seperti EKG, foto toraks, dan pemeriksaan laboratorium, serta dokumentasi asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Selain itu, data sekunder juga diperoleh dari buku register ruangan dan berbagai literatur ilmiah, seperti buku, jurnal, SDKI, SLKI, SIKI, dan pedoman AHA yang digunakan sebagai landasan teori penelitian.

   b. Data Primer

      Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari pasien melalui proses pengkajian keperawatan. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dengan pasien dan/atau keluarga, observasi kondisi pasien, pemeriksaan fisik, serta pengukuran tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu tubuh, dan saturasi oksigen (SpO_2). Selain itu, data diperoleh dari hasil observasi sebelum dan sesudah penerapan posisi lateral kanan untuk menilai perubahan frekuensi napas, saturasi oksigen, tingkat sesak napas, dan kenyamanan pasien.

2. Metode Pengumpulan Data

   a. Wawancara

      Peneliti melakukan wawancara kepada pasien dan keluarga untuk menggali data subjektif meliputi identitas pasien, keluhan utama (sesak napas sejak kapan, faktor pencetus, gejala penyerta), riwayat kesehatan, terapi yang dijalani, aktivitas sehari-hari, serta tindakan yang sudah dilakukan untuk mengatasi sesak. Pertanyaan juga menanyakan apakah pasien pernah mendapatkan posisi lateral kanan sebelumnya.

b. Pengamatan/observasi

Observasi dilakukan langsung oleh peneliti meliputi pola napas (frekuensi, kedalaman, irama, penggunaan otot bantu napas), kondisi umum, serta tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, suhu, SpO_2). Pengukuran SpO_2, RR, dan skala Borg dilakukan sebelum intervensi serta pada menit ke-15, ke-30, dan ke-60 setelah penerapan posisi lateral kanan. Observasi juga menilai kepatuhan, kenyamanan, dan respons pasien selama posisi diberikan.

c. Studi dokumentasi dan format keperawatan medical bedah

Peneliti mengumpulkan data dari rekam medis, catatan perkembangan keperawatan, dan format asuhan keperawatan medikal bedah. Data yang diambil meliputi diagnosis medis, hasil pemeriksaan penunjang, riwayat penyakit, terapi obat, serta perkembangan tanda-tanda vital pasien selama perawatan.

3. Intrumen Pengumpulan Data

No	Instrumen	Fungsi	Spesifikasi / Keterangan
1	Format pengkajian keperawatan medikal bedah	Mengumpulkan data awal pasien CHF meliputi identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pola aktivitas sehari-hari	Format standar ruang rawat inap RSUD dr. M. Yunus Bengkulu
2	Standar Operasional Prosedur (SOP) penerapan posisi lateral kanan	Sebagai panduan pelaksanaan intervensi posisi lateral kanan yang baku dan terstandar	SOP dari rumah sakit atau referensi terbaru (memuat langkah-langkah: persiapan alat, pelaksanaan, monitoring, terminasi)
3	*Pulse oximeter*	Mengukur saturasi oksigen (SpO_2) pasien sebelum dan sesudah penerapan posisi lateral kanan	1) Merek:..... 2) Akurasi: ±2% 3) Pengukuran pada jari yang tidak terpasang infus/alat pengukur TD
4	Tensimeter (sphygmomanometer)	Mengukur tekanan darah pasien sebelum dan sesudah intervensi	1) Jenis: aneroid/air raksa/digital 2) Ukuran cuff disesuaikan dengan lingkar lengan pasien
5	Stetoskop	Mengauskultasi bunyi napas dan frekuensi nadi	1) Diafragma untuk suara napas 2) Bell untuk suara jantung

6	Termometer	Mengukur suhu tubuh pasien	1) Jenis: digital/aksiler 2) Satuan: ℃
7	Jam tangan / *stopwatch*	Menghitung frekuensi pernapasan (RR) dan frekuensi nadi selama 1 menit penuh	1) Ketelitian: 0,01 detik 2) Dilakukan saat pasien tenang
8	Lembar penetapan subjek (screening)	Menentukan kelayakan pasien sebagai subjek studi kasus berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi	Berisi daftar centang (checklist) kriteria inklusi (6 item) dan eksklusi (6 item)
9	Lembar observasi	Mencatat hasil pengukuran sebelum dan sesudah intervensi posisi lateral kanan	1) Mencatat: SpO_2, RR, TD, nadi, skala Borg 2) Waktu pengukuran: sebelum, menit ke-15, 30, 60

G. Analisis Data

Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, kemudina dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasika jawaban jawaban yang didapat dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah yang ada. Teknik analisis dengunakan dengan cara observasi oleh penelitian dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya di interpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Menurut Siyoto & Sodik (2022) menjabarkan urutan dalam analisis data sebagai berikut:

1. Pengumpulan data

   Teknik ini data dikumpulkan berdasarkan dari wawancara, observasi dan dokumentasi kemudian ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkip (catatan terstruktur).

2. Penyajian data

   Penyajian data ini dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif.

3. Kesimpulan

   Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkandengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

H. Etika Penelitian

1. Informed Consent (persetujuan menjadi responden)

   Peneliti memberikan penjelasan mengenai tujuan, manfaat, prosedur, dan tindakan penelitian kepada pasien. Setelah pasien memahami penjelasan tersebut, pasien diminta menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.

2. Anonimity (kerahasiaan identitas)

   Peneliti tidak mencantumkan nama lengkap pasien pada lembar pengumpulan data untuk menjaga kerahasiaan identitas responden.

3. Confidentiality (kerahasiaan informasi)

   Semua informasi dan data pasien dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Jalannya Penelitian

a. Persiapan

Tahap persiapan penelitian diawali dengan pengurusan surat izin penelitian dari Program Studi DIII Keperawatan STIKes Sapta Bakti Bengkulu yang ditujukan kepada pihak terkait dan RSUD dr. M. Yunus Bengkulu sebagai lokasi penelitian. Setelah memperoleh izin penelitian, peneliti melakukan koordinasi dengan petugas di ruang ICCU RSUD dr. M. Yunus Bengkulu untuk memperoleh responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.

Sebelum pelaksanaan penelitian, peneliti mempersiapkan alat dan bahan yang diperlukan berupa format pengkajian keperawatan medikal bedah, lembar observasi, lembar screening responden, Standar Operasional Prosedur (SOP) posisi lateral kanan, pulse oximeter, tensimeter, stetoskop, termometer, jam tangan atau stopwatch, serta Modified Borg Dyspnea Scale. Penelitian dilakukan dengan judul "Penerapan Posisi Lateral Kanan pada Gangguan Pola Napas Tidak Efektif Pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu."

b. Pelaksanaan

Pelaksanaan penelitian dilakukan selama 3 hari berturut-turut, yaitu pada tanggal 05 sampai dengan 07 September 2026 di ruang Intensive Cardiac Care Unit (ICCU) RSUD dr. M. Yunus Bengkulu. Penelitian diawali dengan melakukan pemilihan calon responden berdasarkan diagnosis medis dan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Setelah diperoleh pasien yang sesuai dengan kriteria penelitian, peneliti memperkenalkan diri serta menjelaskan tujuan, manfaat, prosedur, dan rangkaian tindakan penelitian kepada pasien dan/atau keluarga. Setelah pasien dan keluarga memahami penjelasan

yang diberikan dan menyatakan bersedia menjadi responden, selanjutnya dilakukan penandatanganan lembar informed consent.

Selajutnya peneliti melakukan pengkajian keperawatan secara menyeluruh yang meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit, pola aktivitas sehari-hari, pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital, saturasi oksigen, frekuensi pernapasan, serta tingkat sesak napas menggunakan *Modified Borg Dyspnea Scale*. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, peneliti melakukan analisis data untuk menentukan masalah dan menegakkan diagnosis keperawatan, kemudian menyusun intervensi keperawatan yang sesuai.

Selanjutnya implementasi keperawatan dilakukan dengan memberikan intervensi utama berupa penerapan posisi lateral kanan sebagai tindakan nonfarmakologis pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan gangguan pola napas tidak efektif pukul 10.00 WIB, sebelum intervensi dilakukan pengukuran keadaan umum, tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, SpO_2, pola napas, penggunaan otot bantu napas, serta tingkat sesak menggunakan *Modified Borg Dyspnea Scale*. Selanjutnya pasien diposisikan lateral kanan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP), kemudian dilakukan pemantauan respons pasien pada menit ke-15, ke-30, ke-45, dan ke-60. Pasien juga diberikan edukasi mengenai manfaat posisi lateral kanan serta cara mempertahankan posisi tersebut secara aman dan nyaman.

Pada hari kedua, tanggal 06 September 2026 pukul 10.00 WIB, peneliti kembali melakukan pengukuran frekuensi pernapasan, SpO_2, dan tingkat sesak menggunakan *Modified Borg Dyspnea Scale*. Selanjutnya posisi lateral kanan kembali diterapkan sesuai SOP dan respons pasien dievaluasi pada menit menit ke-15, ke-30, ke-45, dan ke-60.

Pada hari ketiga, tanggal 07 September 2026 pukul 10.00 WIB, dilakukan pengukuran ulang terhadap pola napas, frekuensi pernapasan, SpO_2, tingkat dispnea, dan kenyamanan pasien. Setelah pengkajian, pasien kembali diberikan posisi lateral kanan sesuai SOP

dan dilakukan evaluasi akhir terhadap respons pasien setelah tindakan. Setelah seluruh rangkaian intervensi selama tiga hari selesai, peneliti mendokumentasikan hasil pengukuran dan perkembangan kondisi pasien untuk mengetahui perubahan pola napas dan status oksigenasi setelah penerapan posisi lateral kanan.

2. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) RSUD dr. M. Yunus Bengkulu. Beralamat di Jalan Bhayangkara, kelurahan Sido Mulyo, Kecamatan Gading Cempaka, Kota Bengkulu, Provinsi Bengkulu. RSUD dr. M. Yunus Bengkulu merupakan rumah sakit rujukan tertinggi di Provinsi Bengkulu dan merupakan rumah sakit tipe B yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Salah satu pelayanan yang tersedia adalah pelayanan kardiovaskular, termasuk pelayanan perawatan intensif bagi pasien dengan gangguan sistem kardiovaskular.

Ruang *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) merupakan ruang perawatan khusus bagi pasien dengan gangguan kardiovaskular yang membutuhkan pemantauan dan perawatan secara intensif. Ruang ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu memiliki kapasitas sebanyak 15 tempat tidur pasien. Pelayanan di ruang ICCU didukung oleh dokter spesialis jantung dan pembuluh darah serta 25 orang perawat yang memberikan pelayanan selama 24 jam secara bergantian sesuai dengan jadwal dinas yang telah ditetapkan.

Dalam mendukung pelaksanaan pelayanan pasien dengan kondisi kritis, RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu memiliki berbagai sarana dan prasarana pelayanan intensif, meliputi fasilitas ICU, ICCU, dan Intermediate Care. Selain itu, tersedia berbagai fasilitas penunjang pelayanan kesehatan, meliputi instalasi laboratorium, instalasi radiologi, kamar bedah, Instalasi Gawat Darurat (IGD), instalasi rehabilitasi medik, serta instalasi hemodialisis. Berbagai fasilitas tersebut berperan dalam menunjang pemeriksaan diagnostik, pemantauan kondisi pasien, pelaksanaan tindakan medis dan keperawatan, pemberian terapi, serta

penanganan pasien secara komprehensif sesuai dengan kondisi klinis pasien.

Ruang ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu dipilih sebagai lokasi studi kasus karena merupakan unit pelayanan yang secara khusus menangani pasien dengan gangguan kardiovaskular, termasuk pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) yang dapat mengalami gangguan pola napas. Kondisi tersebut sesuai dengan fokus studi kasus, yaitu penerapan penerapan posisi lateral kanan sebagai intervensi pendukung dalam pengelolaan pola napas tidak efektif pada pasien CHF. Oleh karena itu, Ruang ICCU RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu dinilai sesuai sebagai lokasi pelaksanaan studi kasus.

3. Hasil Studi Kasus

a. Pengkajian

1) Anamnesa

Tabel 4. 1 Anamnesa

No	Anamnesa	Hasil anamnesa
1.	Identitas	Identitas pasien: Tn. S, berusia 57 tahun, lahir di Tanjung Ganti II pada 17 Juli 1969, jenis kelamin laki-laki, dan bertempat tinggal di Tanjung Ganti II. Pasien bekerja sebagai petani, bersuku Melayu, beragama Islam, dan status menikah. Pasien masuk rumah sakit (MRS) pada tanggal 04 September 2026 dengan nomor registrasi 92xxxx. Diagnosis medis pasien adalah *Congistive heart failure*
2	Keluhan utama	Pasien datang dengan keluhan utama sesak napas yang dirasakan sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit dan memberat pada malam sebelum dilakukan pengkajian. Pasien juga mengeluhkan nyeri ulu hati.
3	Riwayat penyakit sekarang	Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 05 September 2026 pukul 08.30 WIB, Tn. S mengeluhkan sesak napas (dispnea) yang dirasakan saat istirahat dan tidak hanya muncul setelah melakukan aktivitas. Pasien mengatakan sesak napas bertambah ketika berbaring datar dan

		berkurang ketika posisi kepala ditinggikan. Pasien mengatakan biasanya menggunakan 2–3 bantal saat beristirahat atau tidur agar lebih nyaman. Sesak napas terkadang muncul pada malam hari hingga menyebabkan pasien terbangun dan harus duduk untuk mengurangi sesak. Kondisi tersebut menyebabkan pasien merasa gelisah, lemah, mudah lelah, dan mengalami gangguan tidur.
4	Riwayat penyakit dahulu	Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit terdahulu yang pernah didiagnosis dan menjalani pengobatan secara rutin. Pasien juga mengatakan tidak pernah menjalani perawatan atau rawat inap sebelumnya terkait keluhan jantung maupun pernapasan.
5	Riwayat penyakit keluarga	Tn. S mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan dalam keluarga. Pasien juga mengatakan tidak terdapat anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit jantung, hipertensi, diabetes melitus, atau penyakit kronis lainnya.
6	Psikologis	Saat mengetahui kondisi Congestive Heart Failure (CHF) yang dialaminya, pasien mengatakan merasa cemas dan khawatir terhadap kondisi kesehatannya serta memikirkan kondisi kesehatannya di masa yang akan datang. Setelah mendapatkan penjelasan dan menjalani perawatan, pasien mengatakan mulai menerima kondisi kesehatannya dengan ikhlas dan berusaha menjadikannya sebagai pembelajaran untuk lebih memperhatikan kesehatan.
7	Spiritual	Pasien beragama Islam dan mengatakan bahwa dirinya tetap menjalankan ibadah salat lima waktu. Kondisi kesehatan yang dialami tidak menghambat pasien dalam melaksanakan ibadah.
8	Perilaku yang mempengaruhi Kesehatan	Pasien mengatakan berusaha menjaga kesehatan dengan mengikuti anjuran yang diberikan oleh tenaga kesehatan dan menjalankan pengobatan secara teratur. Pasien mengatakan telah berhenti merokok setelah sebelumnya memiliki kebiasaan merokok sekitar 1–2 bungkus per hari. Pasien juga mengatakan berusaha menghindari hal-hal yang dapat memperburuk kondisi kesehatannya dan mulai menerapkan pola hidup yang lebih

sehat.

2) Aktifitas sehari-hari

Tabel 4. 2 Aktivitas sehari-hari

No.	Pola Aktivitas Sehari-hari	Frekuensi	Interprestasi
1.	Pola nutrisi		
	Makan		
	a. Jenis makanan	Nasi, lauk, sayur, buah	
	b. Jumlah	¼ - ½ porsi	
	c. Jadwal	3 kali sehari (pagi, siang, malam)	Pola makan pasien mengalami penurunan, ditandai dengan kemampuan pasien mengonsumsi makanan hanya sekitar ½ porsi. Penurunan asupan makanan tersebut diduga berkaitan dengan keluhan sesak napas dan mudah lelah selama mengalami sakit.
	Minum	Air putih ± 1000 cc/ hari sesuai pembatasan cairan	Asupan cairan dibatasi sesuai kondisi pasien untuk membantu mengontrol kelebihan cairan pada pasien CHF dengan hipervolemia.
2.	Pola eliminasi		
	BAB	2x/hari	Pola BAB masih dalam batas normal, tidak menunjukkan gangguan eliminasi berdasarkan data yang dikaji.
	BAK	7-9x/hari	Frekuensi BAK pasien sedikit lebih sering dari rentang umum, dengan jumlah urine ±1.300 cc/24 jam. Warna urine kuning jernih dan tidak terdapat keluhan nyeri saat berkemih.
	Jumlah Urin	± 1500 cc/24 jam	Produksi urin masih ada dan terpantau, dengan jumlah ±1500 cc/24 jam.

			Data ini digunakan dalam pemantauan keseimbangan cairan pasien.
	Balance cairan	- 200 cc/24 jam	Balance cairan positif, menunjukkan jumlah intake lebih besar daripada output. Kondisi ini perlu dipantau bersama tanda klinis dan terapi diuretik untuk mengevaluasi status cairan pasien.
3.	Istirahat dan tidur		
	Siang	15-30 menit	Istirahat siang relatif singkat, kemungkinan berkaitan dengan ketidaknyamanan dan kondisi sesak selama sakit.
	Malam	3- 5 jam	Pola tidur terganggu/berkurang, ditandai dengan lama tidur malam hanya 3–5 jam. Kondisi ini dapat berkaitan dengan sesak napas, rasa tidak nyaman, dan edema pada ekstremitas.
4.	Aktivitas	Aktivitas terbatas karena sesak napas dan mudah lelah	Aktivitas sehari-hari mengalami keterbatasan akibat sesak napas dan mudah lelah
5.	Mobilitas	Pergerakan terbatas karena kedua kaki bengkak dan terasa sulit digerakkan.	Mobilitas pasien mengalami keterbatasan karena terdapat edema pitting +1 pada kedua ekstremitas bawah, disertai kelemahan dan ketidaknyamanan saat bergerak.

3) Pemeriksaan fisik

Tabel 4. 3 Pemeriksaan fisik

No	Observasi	Hasil observasi
1.	Keadaan umum	Keadaan compos mentis tetapi pasien tampak lemah dan gelisah
	Tingkat kesadaran	Pasien dalam keadaan compos mentis, dapat diajak berkomunikasi dengan baik, mampu membuka mata secara spontan (E4), mampu memberikan respons verbal yang sesuai dan berorientasi (V5), serta mampu mengikuti perintah dengan baik (M6). Total GCS 15 (E4V5M6).
2.	Tanda-tanda vital	Tekanan darah: 109/85mmHg ; Nadi: 75x/menit ; Frekuensi napas: 30x/menit; Suhu: 36,1 °C ; SpO_2: 89% .
3.	Pemeriksaan persistem a. Sistem pernapasan (B1 Breathing)	Pasien mengeluh sesak napas saat istirahat. Frekuensi napas 30x/menit, irama napas cepat dan dangkal. Terdengar ronkhi basah halus (crackles) pada kedua basal paru, lebih jelas pada bagian posterior. Pasien mengatakan sesak bertambah ketika berbaring dan merasa lebih nyaman dengan posisi kepala ditinggikan.
	b. Sistem kardiovaskuler (B2 Blood) 1. Suara Jantung	Bunyi jantung S1 dan S2 terdengar, terdengar bunyi tambahan S3. Nadi perifer teraba cepat dan agak lemah. Ictus cordis teraba pada ICS V linea midklavikula kiri.
	2. Paroxysmal Nocturnal Dyspnea (PND)	Pasien mengatakan sesak napas terkadang muncul pada malam hari sehingga pasien terbangun dan membutuhkan posisi duduk untuk mengurangi sesak.
	3. Ortopnea	Pasien mengatakan sesak bertambah ketika berbaring datar dan lebih nyaman tidur menggunakan 2–3 bantal.
	4. Hipotensi Ortostatik	Tidak ditemukan tanda hipotensi ortostatik. Tekanan darah saat perubahan posisi tidak menunjukkan penurunan bermakna.

c. Sistem perkemihan (B4 Bladder)	BAK sekitar 7–9 kali/hari, warna urine kuning jernih. Tidak terdapat keluhan nyeri saat berkemih.
d. Sistem pencernaan (B5 Bowel)	Pasien mengeluh nyeri ulu hati ringan dan nafsu makan sedikit menurun. Abdomen teraba lunak, tidak terdapat muntah.
e. Sistem muskuloskeletal (B6 Bone)	Pasien tampak lemah dan mudah lelah. Kekuatan ekstremitas masih baik dan pasien mampu melakukan aktivitas ringan dengan bantuan minimal. Tampak edema pitting derajat +1 pada kedua ekstremitas bawah

4) Pemeriksaan Diagnostic

Tabel 4. 4 Pemeriksaan Diagnostic

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Keterangan
Intake cairan	Pada tanggal 05 September 2026 pukul 08.30 WIB, total intake cairan ±1.550 cc/24 jam, terdiri dari infus NaCl 0,9% 500 cc, minum 1.000 cc, dan cairan dari makanan 50 cc.	2.000–2.500 ml/hari pada orang dewasa, disesuaikan dengan kondisi klinis dan terapi.	Jumlah intake cairan masih di bawah kebutuhan umum. Pada pasien CHF, pemberian cairan perlu dipantau secara ketat untuk mencegah kelebihan volume cairan.
Output urine	Pada tanggal 05 September 2026, pasien BAK sekitar 7–9 kali/hari dengan jumlah urine ±1.300 cc/24 jam. Urine berwarna kuning jernih dan tidak terdapat nyeri saat berkemih.	Output urin sekitar 1.500–2.000 ml/hari atau 0,5–1 ml/kgBB/jam, berwarna kuning jernih, tidak keruh, tidak berbau menyengat, frekuensi 4–8 kali/hari.	Frekuensi BAK pasien sedikit lebih sering dari rentang umum, dengan jumlah urine ±1.300 cc/24 jam. Warna urine kuning jernih dan tidak terdapat keluhan nyeri saat berkemih.
Elektrokardigram (EKG)	Irama sinus dengan frekuensi jantung 73x/menit, interval PR 163 ms dan kompleks QRS 83 ms dalam batas normal, QTc 486 ms mengalami pemanjangan, serta aksis QRS 101° menunjukkan deviasi aksis ke kanan ringan..	Irama sinus dengan frekuensi jantung 60–100 kali/menit, interval PR 120–200 ms, durasi kompleks QRS 60–120 ms, QTc <450 ms pada laki-laki, serta aksis QRS sekitar −30° sampai +90°.	Irama dan frekuensi jantung dalam batas normal, interval PR dan kompleks QRS normal, namun terdapat pemanjangan QTc serta deviasi aksis QRS ke kanan ringan
Foto thoraks	Tampak kardiomegali dengan	Ukuran jantung dan lapangan paru	Menunjukkan adanya pembesaran

	peningkatan gambaran vaskular paru dan kongesti paru bilateral	dalam batas normal	jantung dan kongesti paru
Echocardiografi	LVEF ±40%, terdapat penurunan fungsi sistolik ventrikel kiri	LVEF 55–70%	Menunjukkan penurunan fungsi pompa ventrikel kiri
Analisis Gas Darah (AGD)	pH 7,45; PCO_2 34 mmHg; PO_2 78 mmHg; HCO_3 23 mmol/L	pH 7,35–7,45; PCO_2 35–45 mmHg; PO_2 80–100 mmHg; HCO_3 22–26 mmol/L	Menunjukkan adanya hipoksemia ringan yang berkaitan dengan gangguan pernapasan
Albumin	3.92 g/dL	(3.97 – 4.94) g/dL	Indikasi gangguan fungsi hati atau status nutrisi
BUN (Blood Urea Nitrogen)	67.00 mg/dL	(16.65 – 48.54) mg/dL	Gangguan ginjal atau dehidrasi
Keratin	0.80 mg/dL	Pria: 0,74-1,35 mg/dL. Wanita: 0,59-1,04 mg/dL	Fungsi ginjal dalam batas normal
Hemoglobin	12,0	Laki-laki 13–17 g/dL; perempuan 12–16 g/dL	Kadar hemoglobin pasien laki-laki berada di bawah nilai normal
Peptide Natriuretik	850 pg/mL	<100 pg/mL	Peningkatan BNP mendukung adanya gagal jantung
Troponin I atau T	20,9	<34 ng/L	Dalam batas normal

5) Penatalaksaan Terapi

Tabel 4. 5 Penatalaksaan terapi

No	Nama Obat	Cara Pemberian	Dosis	Kegunaan
1.	Oksigen	Non-rebreathing mask	10Lpm, sesuai respon SpO_2	Meningkatkan saturasi oksigen dan mengurangi dispnea pada CHF dengan pola napas tidak efektif
2.	furosemid	Injeksi IV	40 mg	Mengurangi edema paru & beban volume sehingga napas lebih efektif
3.	Nitroglycerin	Infus IV / SL	10 mcg/menit	Vasodilator untuk mengurangi preload & kongesti paru
4.	NACL 0,9%	Infus IV	500 mL/24 jam	Cairan maintenance. Hati-hati, kecepatan lambat untuk cegah kelebihan volume

b. Diagnosa Keperawatan

1) Analisa Data

No.	Analisa data	Etiologi	Masalah keperawatan
1.	**Data mayor** Data subjektif: Tn. S mengatakan sesak napas. Data objektif: 1. Frekuensi pernapasan 30x/menit 2. Pernapasan cepat dan dangkal 3. SpO_2 89% 4. *modified borg dyspnea scale* skor 7 (berat) **Data minor** Data subjektif : Tn. S mengatakan sesak napas meskipun tidak melakukan aktivitas apapun. Data objektif : 1. Pernapasan pursed-lip: tidak ditemukan 2. Pernapasan cuping hidung: tidak ditemukan 3. Kapasitas vital menurun: tidak ditemukan 4. Terdengar fine crackles pada kedua basal paru, terutama posterior.	Kongesti paru ↓ Edema paru ↓ Sesak napas	Pola napas tidak efektif
2.	**Data mayor** 1. Perubahan irama jantung Data subjektif : Tn. S mengatakan tidak mengeluh palpitasi atau jantung berdebar Data objektif: Frekuensi nadi 73 kali/menit dan hasil EKG menunjukkan irama sinus 2. Perubahan *preload* Data subjektif : Tn. S mengatakan mudah lelah Data objektif : Terdapat edema pitting +1 pada	Gagal jantung kongestif ↓ Penurunan oksigen ke organ dan jaringan ↓ Penurunan perfusi ↓ Penurunan curah jantung	Penurunan curah jantung

kedua ekstremitas bawah.

3. Perubahan afterload
   Data subjektif: Tn. S mengatakan mengalami dispnea atau sesak napas
   Data objektif : Tekanan darah 109/85 mmHg dan nadi perifer teraba agak lemah
4. Perubahan kontraktilitas Data subjektif : parocysmal noctumal dyspnea (PND), ortopnea, batuk
   Data objektif :
   Terdengar suara jantung S3 dan hasil ekokardiografi menunjukkan EF ±40%

Data Minor

1. Perubahan *preload*
   Data subjektif: Tn. S tidak mengeluhkan keluhan khusus terkait perubahan preload
   Data objektif : -
2. Perubahan *afterload*
   Data subjektif : Tn. S tidak mengeluhkan keluhan khusus terkait perubahan afterload
   Data objektif : -
3. Perubahan kontraktilitas
   Data subjektif : Tn. S tidak mengeluhkan keluhan khusus terkait perubahan kontraktilitas
   Data objektif :-
4. Perilaku/emosional
   Data subjektif : Tn. S mengatakan merasa cemas dan khawatir terhadap kondisi kesehatan dan masa depan kesehatannya
   Data objektif : Tn. S tampak cemas dan gelisah

3.	**Data mayor** Data subjektif: Tn. S mengatakan merasa lelah dan lemah setelah melakukan aktivitas Data objektif : Tn. S tampak mudah lelah setelah melakukan aktivitas ringan. **Data minor** Data subjektif : 1. Tn. S mengatakan mengalami dispnea atau sesak napas saat/setelah melakukan aktivitas ringan 2. Tn. S mengatakan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Tn. S mengatakan merasa lemah setelah melakukan aktivitas Data objektif : 1. Tn. S mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas fisik ringan dan membutuhkan bantuan minimal dalam melakukan aktivitas ringan 2. Sianosis tidak ditemukan	Suplai darah ke jaringan menurun ↓ Penurunan nutrisi dan O_2 ke sel ↓ Kelemahan	Intoleransi aktivitas

c. Rumusan diagnosa keperawatan

1) Pola napas tidak efektif (D.0005)

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan pasien mengatakan sesak napas meskipun tidak melakukan aktivitas apapun, RR : 30x/menit, SpO_2 : 89%, pola napas cepat dan dangkal, terdengar fine crackles pada kedua basal paru terutama posterior, serta *modified borg dyspnea scale* 7 (sesak berat).

2) Penurunan curah jantug (D.0008)

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung ditandai dengan pasien mengatakan mudah

lelah dan lemah, mengalami sesak napas terutama saat berbaring, terkadang terbangun pada malam hari karena sesak (paroxysmal nocturnal dyspnea), nadi : 73x/menit, TD : 109/85 mmHg, nadi perifer teraba agak lemah, terdapat edema pitting +1 pada kedua ekstremitas bawah, terdengar bunyi jantung S3, hasil EKG menunjukkan irama sinus, dan hasil ekokardiografi menunjukkan LVEF ±40%.

3) Intoleransi aktivitas (D.0056)

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan pasien mengatakan merasa lelah dan lemah setelah melakukan aktivitas, mengalami sesak napas saat/setelah melakukan aktivitas ringan, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, tampak mudah lelah setelah aktivitas ringan, aktivitas fisik terbatas dan membutuhkan bantuan minimal dalam melakukan aktivitas ringan, serta sianosis tidak ditemukan.

3) Intervensi keperawatan

Tabel 4. 6 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005) ditandai pasien mengatakan sesak napas meskipun tidak melakukan aktivitas apapun, RR : 30x/menit, SpO_2 : 89%, pola napas cepat dan dangkal, terdengar fine crackles pada kedua basal paru terutama posterior, serta Modified Borg Dyspnea Scale skor 7 (sesak berat).	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas (L.01004) meningkat **Kriteria hasil :** 1. Dispnea menurun (5) 2. Penggunaan otot bantu napas menurun (5) 3. Pernapasan cuping hidung menurun (5) 4. Frekuensi napas membaik (5) 5. Kedalaman nafas membaik (5) 6. Kapasitas vital meningkat (5)	**Intervensi utama: Manajemen jalan napas (I.01011)** Tindakan Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1. Berikan posisi lateral kanan sesuai kondisi dan toleransi pasien. 2. Atur posisi kepala, leher, punggung, dan ekstremitas agar pasien tetap nyaman dan posisi tubuh stabil. 3. Pertahankan posisi lateral kanan sesuai durasi yang ditetapkan dalam SOP. 4. Monitor respons pasien selama penerapan posisi lateral kanan, meliputi RR, pola napas, SpO_2, tingkat sesak menggunakan Modified Borg Dyspnea Scale, bunyi napas, dan kenyamanan pasien. 5. Ubah posisi atau hentikan intervensi apabila terdapat tanda intoleransi atau perburukan kondisi pasien. 6. Berikan minum hangat 7. Berikan oksigen, jika perlu

			Edukasi 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak *kontraindikasi*Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberiaan bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
2.	Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas jantung (D.0008) ditandai dengan pasien mengatakan mudah lelah dan lemah, mengalami sesak napas terutama saat berbaring, terkadang terbangun pada malam hari karena sesak (paroxysmal nocturnal dyspnea), nadi : 73x/menit, TD : 109/85 mmHg, nadi perifer teraba agak lemah, terdapat edema pitting +1 pada kedua ekstremitas bawah, terdengar bunyi jantung S3, hasil EKG menunjukkan irama sinus, dan hasil ekokardiografi menunjukkan LVEF ±40%.	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawan diharapkan curah jantung (L.02008) meningkat Kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi perifer meningkat (5) 2. Takikardia menurun (5) 3. Lelah menurun(5) 4. Dispnea menurun(5) 5. *pulmonary vascular resistance* (PVR) menurun (5) 6. Tekanan darah membaik(5)	**Intervensi utama : Perawatan jantung (I. 02075)** **Tindakan** Observasi 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, pasrosymal noctumal dyspnea, peningkatan CPV 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor intake dan output cairan 4. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama 5. Monitor saturasi oksigen 6. Monitor keluhan nyeri dada Terapeutik 1. Posisikan pasien lateral kanan 2. Berikan pasien diet jantung (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolestrol dan makanan tinggi lemak) 3. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup 4. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 5. Berikan oksigen untuk mempertahankan satursi oksigen 6. Berikan dukungan emosional dan spiritual Edukasi 1. Anjurkan beraktivitas sesuai toleransi 2. Anjurkan aktivitas fisik secara bertahap 3. Anjurkan berhenti merokok 4. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan 5. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output

			cairan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu 2. Rujuk ke program rehabilitas jantung
3.	Intoleransi aktivitas b.d ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056) ditandai dengan pasien mengatakan merasa lelah dan lemah setelah melakukan aktivitas, mengalami sesak napas saat/setelah melakukan aktivitas ringan, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, tampak mudah lelah setelah aktivitas ringan, aktivitas fisik terbatas dan membutuhkan bantuan minimal dalam melakukan aktivitas ringan, serta sianosis tidak ditemukan.	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kelelahan menurun, aktivitas (L.05047) meningkat **Kriteria hasil :** 1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (5) 2. Keluhan lelah menurun (5) 3. Dispnea saat aktivitas menurun (5) 4. Dispnea setelah aktivitas menurun (5) 5. Perasaan lemah menurun (5) 6. Frekuensi nadi membaik (5) 7. Saturasi oksigen membaik (5) 8. Frekuensi napas membaik(5)	**Intervensi utama :** Manjemen energi (I.05178) **Tindakan** Observasi 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Monitor pola dan jam tidur Terapeutik 1. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 2. Berian aktivitas distraksi yang menenangkan Edukasi 1. Anjurkan tirah baring

4) Implementasi keperawatan

Tabel 4. 7 Implementasi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan dan Kolaborasi	Evaluasi Formatif/Respons Tindakan	Paraf/Nama
1	Pola Napas Tidak Efektif; Intoleransi Aktivitas; Penurunan Curah Jantung	Hari ke I, Senin, 05-09-2026 08.00 WIB	Mengobservasi pola, frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu serta SpO_2; mengkaji tingkat kelemahan dan toleransi aktivitas; memantau tekanan darah, frekuensi nadi, perfusi perifer dan tanda kongesti. Berkolaborasi dalam pemberian Furosemid injeksi IV 40 mg, Nitroglycerin IV/SL 10 mcg/menit, dan NaCl 0,9% infus IV 500 mL/24 jam sesuai program medis.	Pasien tampak lemah dan sesak. RR 30 x/menit, napas cepat dan dangkal, penggunaan otot bantu, SpO_2 89% dengan O_2 non-rebreathing mask 10 L/menit. TD 107/70 mmHg, nadi 107 x/menit. Terdengar fine crackles pada basal kedua paru. Skor Modified Borg 7, menunjukkan sesak berat.	Jumadil
2	Penurunan curah jantung	Senin, 05-09-2026 08.30 WIB	Berkolaborasi dalam pemberian Furosemid IV sesuai dosis yang diprogramkan serta memantau respons diuresis dan kondisi hemodinamik pasien	Terapi diberikan sesuai program medis. Respons diuresis dan kondisi hemodinamik dipantau.	Jumadil
3	Pola napas tidak efektif	Senin, 05-09-2026 09.00–09.15 WIB	Membimbing pasien melakukan posisi lateral kanan selama 15 menit dalam 4 sesi dengan mengatur inspirasi dan ekspirasi secara perlahan dan teratur.	Pasien mampu mengikuti latihan dengan bimbingan dan tampak lebih tenang.	Jumadil
		09.15–09.30 WIB	Berkolaborasi dalam pemberian oksigen melalui non-rebreathing mask 10 L/menit dan Nitroglycerin infus IV 10 mcg/menit sesuai program medis.	Terapi diberikan sesuai program dan respons pasien dipantau.	Jumadil
		09.30–09.45 WIB	Berkolaborasi dalam pemberian oksigen melalui non-rebreathing mask 10 L/menit dan Nitroglycerin infus IV 10 mcg/menit sesuai program medis.	Terapi diberikan sesuai program dan respons pasien dipantau.	Jumadil

		09.45–10.00 WIB	Mengarahkan pasien melakukan lateral kanan sesi ke 4 dengan mempertahankan ritme pernapasan yang tenang dan teratur	Pasien mampu menyelesaikan latihan dan tampak lebih rileks.	Jumadil
4	Intoleransi aktivitas	Senin, 05-09-2026 10.30 WIB	Membantu pasien melakukan perubahan posisi dan aktivitas sederhana di tempat tidur sesuai kemampuan, kemudian memberikan waktu istirahat untuk mengurangi kelelahan.	Pasien mengeluh mudah lelah dan sesak saat beraktivitas. Aktivitas disesuaikan dengan kondisi pasien dan tidak dipaksakan	Jumadil
5	Penurunan curah jantung	Senin, 05-09-2026 11.00 WIB	Menilai perfusi perifer, kondisi edema perifer, kenyamanan dan tanda-tanda kongesti selama periode istirahat.	Edema pitting +1 masih ditemukan.	Jumadil
6	Intoleransi aktivitas	Senin, 05-09-2026 11.30 WIB	Memfasilitasi aktivitas ringan di tempat tidur dengan mempertimbangkan keluhan sesak, kelemahan dan kemampuan kardiopulmoner pasien.	Pasien dapat melakukan aktivitas sesuai toleransi dan memerlukan istirahat setelah aktivitas.	Jumadil
7	Pola Napas Tidak Efektif; Intoleransi Aktivitas; Penurunan Curah Jantung	Hari ke II, Selasa, 06-09-2026 08.00 WIB .	Mengevaluasi perubahan pola respirasi, tingkat kelelahan dan kemampuan aktivitas; menilai status hemodinamik serta perfusi perifer. Berkolaborasi dalam pemberian Furosemid injeksi IV 40 mg, Nitroglycerin IV/SL 10 mcg/menit, dan NaCl 0,9% infus IV 500 mL/24 jam sesuai program medis.	Kondisi respirasi, toleransi aktivitas dan status kardiovaskular dievaluasi. Terapi diberikan sesuai instruksi medis.	
8	Penurunan curah jantung	Selasa, 06-09-2026 08.30	Berkolaborasi dalam pemberian Furosemid IV sesuai program terapi serta mengobservasi respons terhadap terapi diuretik.	Terapi terlaksana dan respons pasien dipantau.	Jumadil
9	Pola napas tidak efektif	Selasa, 06-09-2026 09.00–09.15 WIB	Melatih posisi lateral dengan memberikan arahan pada pola inspirasi dan ekspirasi serta mempertahankan posisi yang nyaman selama latihan.	Pasien mampu mengikuti latihan dan tampak lebih rileks.	Jumadil

		Selasa, 06-09-2026 09.15–09.30 WIB	Berkolaborasi dalam pemberian oksigen melalui non-rebreathing mask 10 L/menit dan Nitroglycerin infus IV 10 mcg/menit sesuai program medis, serta mengevaluasi kenyamanan pasien	Obat diberikan sesuai program dan respons pasien dipantau.	
		Selasa, 06-09-2026 09.30–09.45 WIB	Berkolaborasi dalam pemberian oksigen melalui non-rebreathing mask 10 L/menit dan Nitroglycerin infus IV 10 mcg/menit sesuai program medis, serta mengevaluasi kenyamanan pasien	Obat diberikan sesuai program dan respons pasien dipantau.	
		Selasa, 06-09-2026 09.45–10.00 WIB	Memfasilitasi pelaksanaan posisi lateral kanan sesi ke 4 dengan menyesuaikan latihan terhadap kemampuan pasien.	Pasien mampu menyelesaikan latihan tanpa peningkatan keluhan sesak	Jumadil
10	Intoleransi aktivitas	Selasa, 06-09-2026 10.30 WIB	Membantu pasien meningkatkan aktivitas secara bertahap di tempat tidur dengan memperhatikan munculnya sesak dan kelelahan.	Pasien mampu mengikuti aktivitas ringan sesuai toleransi.	Jumadil
11	Penurunan curah jantung	Selasa, 06-09-2026 11.00 WIB	Mengamati sirkulasi perifer, edema dan respons pasien selama istirahat.	Kondisi perfusi dan edema tetap dipantau.	Jumadil
12	Pola Napas Tidak Efektif; Intoleransi Aktivitas; Penurunan Curah Jantung	Hari ke III, Rabu, 07-09-2026 08.00 WIB .	Melakukan pengkajian akhir pola pernapasan meliputi frekuensi, kedalaman, irama, penggunaan otot bantu pernapasan dan SpO_2; menilai toleransi aktivitas, status hemodinamik, perfusi perifer dan tanda kongesti. Pasien sudah tidak menggunakan oksigen suplemental. Berkolaborasi dalam pemberian Furosemid injeksi IV 40 mg, Nitroglycerin IV/SL 10 mcg/menit, dan NaCl 0,9% infus IV 500 mL/24 jam sesuai program medis.	Pasien mengatakan sesak berkurang dan merasa lebih nyaman. RR 26 x/menit, SpO_2 95% tanpa oksigen suplemental. Pola napas teratur, kedalaman napas membaik dan tidak tampak penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas tampak lebih teratur dan bunyi napas tambahan berkurang dibandingkan kondisi awal, dan Pasien tampak lebih tenang. Skor Modified Borg 3,	Jumadil

				menunjukkan sesak sedang	
13	Penurunan curah jantung	Rabu, 07-09-2026 08.30	Berkolaborasi dalam pemberian Furosemid IV sesuai program medis serta menilai respons diuresis dan kondisi hemodinamik pasien.	Terapi diberikan sesuai program dan respons diuresis serta hemodinamik dipantau.	Jumadil
14	Pola napas tidak efektif	Rabu, 07-09-2026 09.00-09.15	Melaksanakan posisi lateral kanan pada sesi 1 selama 15 menit dengan membimbing pasien mengatur inspirasi dan ekspirasi secara perlahan, teratur dan bergantian.	Pasien mampu melakukan posisi lateral kanan dengan arahan minimal, mengikuti latihan sampai selesai dan tampak nyaman.	Jumadil
		Rabu, 07-09-2026 09.15-09.30	Melaksanakan posisi lateral kanan pada sesi 2 selama 15 menit dengan membimbing pasien mengatur inspirasi dan ekspirasi secara perlahan, teratur dan bergantian.	Pasien mampu melakukan posisi lateral kanan dengan arahan minimal, mengikuti latihan sampai selesai dan tampak nyaman.	Jumadil
		Rabu, 07-09-2026 09.30-09.45	Melaksanakan posisi lateral kanan pada sesi 3 selama 15 menit dengan membimbing pasien mengatur inspirasi dan ekspirasi secara perlahan, teratur dan bergantian.	Pasien mampu melakukan posisi lateral kanan dengan arahan minimal, mengikuti latihan sampai selesai dan tampak nyaman.	Jumadil
		Rabu, 07-09-2026 09.45-10.00	Melaksanakan posisi lateral kanan sesi 4 sebagai sesi terakhir, kemudian melakukan evaluasi langsung terhadap frekuensi, kedalaman dan irama napas, penggunaan otot bantu, keluhan sesak serta SpO_2 setelah latihan.	Setelah posisi lateral kanan, pasien mengatakan sesak berkurang dan merasa lebih nyaman. RR 23 x/menit, SpO_2 97% tanpa oksigen suplemental. Pola napas teratur, kedalaman napas baik, tidak tampak penggunaan otot bantu , Pola napas tampak lebih teratur dan bunyi napas tambahan berkurang dibandingkan kondisi awal, dan pasien tampak rileks. Skor Modified Borg 1, menunjukkan sesak sangat ringan	Jumadil

15	Intoleransi aktivitas	Rabu, 07-09-2026 10.30	Memfasilitasi aktivitas ringan sesuai kemampuan pasien dengan memberikan bantuan seperlunya serta mengatur waktu istirahat.	Pasien mampu melakukan aktivitas ringan sesuai toleransi dan beristirahat setelah aktivitas.	Jumadil
16	Penurunan curah jantung	Rabu, 07-09-2026 11.00 WIB	Melakukan penilaian terhadap perfusi perifer, edema ekstremitas, kenyamanan, tekanan darah, frekuensi nadi dan tanda kongesti.	Pasien tampak lebih nyaman. Kondisi perfusi perifer, edema dan status hemodinamik dipantau.	Jumadil

5) Evaluasi keperawatan

Tabel 4. 8 Evaluasi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	SOAP	Hasil Evaluasi
1	Pola napas tidak efektif b.d. hambatan upaya napas (D.0005)	07 September 2026	**S:** Pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang dan merasa lebih nyaman setelah dilakukan penerapan posisi lateral kanan. **O:** Frekuensi napas 23 x/menit, SpO_2 97%, *Modified Borg Dyspnea Scale* **1**. Pola napas tampak lebih teratur dan bunyi napas tambahan berkurang dibandingkan kondisi awal. **A:** Masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian/membaik. **P:** Lanjutkan pemantauan frekuensi, kedalaman dan pola napas, SpO_2, bunyi napas, tingkat sesak, serta kenyamanan pasien. Pertahankan posisi yang nyaman sesuai kondisi pasien dan lanjutkan terapi sesuai program medis.	Masalah membaik, ditandai dengan penurunan RR dari 30 menjadi 23 x/menit, peningkatan SpO_2 dari 89% menjadi 97%, dan penurunan Borg dari 7 menjadi 1.
2	Penurunan curah jantung b.d. perubahan kontraktilitas jantung (D.0008)	07 September 2026	**S:** Pasien mengatakan kondisi tubuh terasa lebih nyaman dan keluhan sesak berkurang. **O:** Kondisi kardiovaskular dan perfusi perifer dipantau. Edema perifer dan kekuatan nadi dievaluasi sesuai hasil observasi.	Masalah teratasi sebagian, pemantauan kondisi kardiovaskular tetap diperlukan karena pasien masih dalam perawatan CHF.

			A: Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian. **P:** Lanjutkan pemantauan tanda-tanda vital, frekuensi dan irama nadi, perfusi perifer, edema, keluhan sesak, keseimbangan cairan, serta respons pasien terhadap aktivitas. Lanjutkan terapi sesuai program medis.	
3	Intoleransi aktivitas b.d. ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	07 September 2026	**S:** Pasien mengatakan sesak dan rasa lelah berkurang dibandingkan sebelumnya. **O:** Pasien mampu melakukan aktivitas sesuai toleransi dengan bantuan. Respons pasien terhadap aktivitas dan kebutuhan istirahat dipantau. **A:** Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian. **P:** Lanjutkan aktivitas secara bertahap sesuai toleransi, berikan periode istirahat yang cukup, monitor respons pasien sebelum, selama, dan setelah aktivitas, serta lanjutkan terapi sesuai program medis.	Masalah teratasi sebagian, pasien masih membutuhkan pemantauan dan pengaturan aktivitas sesuai kondisi klinis.

B. Pembahasan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 05 September 2026. Berdasarkan hasil pengkajian, pasien mengatakan mengalami sesak napas dan nyeri ulu hati sejak tiga hari sebelum dilakukan pengkajian dan keluhan semakin memberat pada malam sebelumnya. Pasien juga mengatakan merasa lemah dan mudah lelah serta tampak gelisah. Hasil pengukuran tingkat sesak menggunakan *Modified Borg Dyspnea Scale* menunjukkan skor **7**, yang menggambarkan tingkat sesak berat. Keluhan sesak napas dan kelelahan merupakan gejala yang umum ditemukan pada pasien *heart failure*. American Heart Association menjelaskan bahwa pasien gagal jantung dapat mengalami sesak napas, kelelahan, serta penurunan kemampuan melakukan aktivitas, sedangkan sesak dapat muncul saat aktivitas maupun saat istirahat pada kondisi yang lebih berat (American Heart Association, 2025).

Pada riwayat penyakit sekarang, pasien mengatakan mengalami sesak napas meskipun sedang tidak melakukan aktivitas, disertai rasa lemah dan lelah. Pasien juga tampak gelisah dan mengatakan mengalami kesulitan tidur. Keluhan sesak yang dirasakan pasien pada saat pengkajian dinilai menggunakan *Modified Borg Dyspnea Scale* dengan skor 7 (sesak berat). Kondisi sesak saat istirahat dan gangguan tidur yang berkaitan dengan sesak merupakan gejala yang perlu diperhatikan pada pasien gagal jantung. American Heart Association menjelaskan bahwa sesak saat istirahat, kesulitan bernapas saat berbaring, terbangun pada malam hari karena sesak, serta peningkatan kelelahan dapat menjadi tanda memburuknya kondisi gagal jantung.

Sesak napas pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) berkaitan dengan gangguan fungsi pompa jantung yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan pengisian jantung dan kongesti pulmonal. Peningkatan tekanan pada sirkulasi pulmonal dapat menyebabkan cairan berpindah ke jaringan paru sehingga mengganggu proses pernapasan dan menimbulkan keluhan sesak. Pedoman 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure

menjelaskan bahwa penilaian kongesti merupakan bagian penting dalam pemeriksaan pasien gagal jantung karena peningkatan tekanan pengisian jantung dapat berhubungan dengan gejala seperti sesak dan ortopnea (Heidenreich et al., 2022).

Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan tekanan darah 109/85 mmHg, frekuensi nadi 75 kali/menit, frekuensi napas 30 kali/menit, dan SpO_2 89%. Pada pemeriksaan sistem pernapasan didapatkan pasien mengeluh sesak napas saat istirahat, frekuensi napas 30 kali/menit, pola napas cepat dan dangkal, serta terdengar *fine crackles* pada kedua basal paru. Hasil pengukuran *Modified Borg Dyspnea Scale* menunjukkan skor 7 (sesak berat). Temuan tersebut menunjukkan adanya gangguan status pernapasan berupa peningkatan frekuensi napas, penurunan saturasi oksigen, perubahan pola napas, dan adanya bunyi napas tambahan. Pada pasien gagal jantung, kongesti paru akibat peningkatan tekanan pengisian dapat berkontribusi terhadap timbulnya sesak dan gangguan pernapasan (Heidenreich et al., 2022).

Berdasarkan hasil pemeriksaan secara keseluruhan, keluhan utama pasien berupa sesak napas didukung oleh data objektif berupa RR 30 kali/menit, SpO_2 89%, pola napas cepat dan dangkal, *fine crackles* pada kedua basal paru, serta skor *Modified Borg Dyspnea Scale* 7. Data tersebut menunjukkan adanya masalah pada status pernapasan pasien yang perlu mendapatkan pemantauan dan intervensi keperawatan. American Heart Association menyebutkan bahwa sesak napas, terutama ketika terjadi saat istirahat, serta kelelahan merupakan gejala yang perlu dipantau pada pasien gagal jantung karena dapat menunjukkan adanya perubahan kondisi klinis.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, dapat disimpulkan bahwa pasien mengalami gangguan pada pola pernapasan yang ditandai dengan sesak napas saat istirahat, frekuensi napas meningkat, pola napas cepat dan dangkal, SpO_2 89%, adanya *fine crackles* pada kedua basal paru, serta tingkat sesak berat dengan skor Modified Borg 7. Data tersebut selanjutnya menjadi dasar dalam penetapan diagnosis keperawatan pola napas tidak efektif (D.0005) berhubungan dengan hambatan upaya napas.

Penetapan diagnosis didasarkan pada kesesuaian antara keluhan subjektif dan temuan objektif pasien yang menunjukkan adanya perubahan pola pernapasan.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisis data yang dilakukan pada Tn. S dengan Congestive Heart Failure (CHF), ditemukan tiga diagnosis keperawatan, yaitu pola napas tidak efektif (D.0005), penurunan curah jantung (D.0008), dan intoleransi aktivitas (D.0056). Ketiga diagnosis tersebut ditetapkan berdasarkan kesesuaian antara data subjektif dan objektif yang ditemukan pada pasien. Data yang mendukung meliputi keluhan sesak napas, mudah lelah dan lemah, keterbatasan dalam melakukan aktivitas, edema pada kedua ekstremitas bawah, bunyi jantung S3, serta hasil ekokardiografi dengan LVEF ±40%. Temuan tersebut menunjukkan adanya masalah pada aspek pernapasan, fungsi kardiovaskular, dan toleransi aktivitas pasien.

a. Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)

Diagnosis keperawatan pola napas tidak efektif (D.0005) berhubungan dengan hambatan upaya napas ditegakkan berdasarkan data pasien yang mengatakan mengalami sesak napas meskipun tidak melakukan aktivitas. Data objektif menunjukkan frekuensi napas 30 kali/menit, SpO_2 89%, pola napas cepat dan dangkal, serta terdengar fine crackles pada kedua basal paru terutama bagian posterior. Selain itu, hasil pengukuran tingkat sesak menggunakan Modified Borg Dyspnea Scale menunjukkan skor 7, yang menggambarkan sesak berat. Data tersebut menunjukkan adanya perubahan pola pernapasan yang ditandai dengan peningkatan frekuensi napas, perubahan kedalaman dan pola napas, penurunan saturasi oksigen, serta adanya bunyi napas tambahan.

Kondisi tersebut dapat berkaitan dengan patofisiologi CHF, yaitu gangguan fungsi pompa jantung yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan pengisian dan kongesti paru. Kongesti paru dapat berkontribusi terhadap munculnya sesak napas dan gangguan proses

pernapasan. Pedoman 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure menjelaskan bahwa penilaian kongesti dan gejala seperti sesak merupakan bagian penting dalam evaluasi pasien dengan gagal jantung (Heidenreich et al., 2022). (ahajournals.org)

Berdasarkan kesesuaian antara data subjektif dan objektif tersebut, pola napas tidak efektif menjadi diagnosis keperawatan utama dalam studi kasus ini. Diagnosis ini dipilih sebagai fokus utama karena intervensi yang diterapkan dalam studi kasus adalah posisi lateral kanan, dengan pemantauan respons pernapasan melalui frekuensi napas, SpO_2, pola napas, bunyi napas, tingkat sesak menggunakan Modified Borg Dyspnea Scale, dan kenyamanan pasien. Hal tersebut sesuai dengan fokus studi kasus yang mendeskripsikan penerapan posisi lateral kanan pada pasien CHF dengan gangguan pola napas tidak efektif.

b. Penurunan Curah Jantung (D.0008)

Diagnosis keperawatan penurunan curah jantung (D.0008) berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung ditegakkan berdasarkan adanya data pasien yang mengatakan mudah lelah dan lemah, mengalami sesak terutama saat berbaring, serta terkadang terbangun pada malam hari karena sesak atau paroxysmal nocturnal dyspnea (PND). Data objektif menunjukkan tekanan darah 109/85 mmHg, frekuensi nadi 73 kali/menit, nadi perifer teraba agak lemah, edema pitting +1 pada kedua ekstremitas bawah, terdengar bunyi jantung S3, dan hasil ekokardiografi menunjukkan LVEF ±40%. Hasil EKG menunjukkan irama sinus.

Adanya LVEF ±40%, bunyi jantung S3, edema perifer, nadi perifer yang agak lemah, serta keluhan mudah lelah dan sesak menunjukkan adanya gangguan fungsi jantung yang perlu mendapatkan pemantauan dalam asuhan keperawatan. Pada pasien gagal jantung, penurunan kemampuan jantung dalam memompa darah dapat disertai peningkatan tekanan pengisian dan tanda kongesti, sehingga gejala seperti sesak, kelelahan, dan edema dapat muncul. Pedoman

AHA/ACC/HFSA menekankan pentingnya menilai tanda dan gejala kongesti serta status hemodinamik pada pasien dengan gagal jantung (Heidenreich et al., 2022). (ahajournals.org)

Berdasarkan kesesuaian data pengkajian dengan kondisi klinis pasien, diagnosis penurunan curah jantung dapat ditegakkan sebagai diagnosis penyerta. Diagnosis ini perlu tetap dipantau selama pemberian asuhan karena kondisi fungsi jantung pasien dapat memengaruhi status pernapasan, perfusi perifer, edema, dan kemampuan melakukan aktivitas.

c. Intoleransi Aktivitas (D.0056)

Diagnosis keperawatan intoleransi aktivitas (D.0056) berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditegakkan berdasarkan data pasien yang mengatakan merasa lelah dan lemah setelah melakukan aktivitas, mengalami sesak saat atau setelah melakukan aktivitas ringan, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, serta tampak mudah lelah setelah aktivitas ringan. Aktivitas fisik pasien juga terbatas dan pasien membutuhkan bantuan minimal dalam melakukan aktivitas ringan.

Sebelum mengalami sakit, pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri, sedangkan setelah mengalami CHF kemampuan aktivitas menjadi terbatas dan pasien membutuhkan bantuan minimal untuk melakukan aktivitas ringan. Kondisi tersebut menunjukkan adanya perubahan toleransi aktivitas dibandingkan kondisi sebelum sakit. Pada pasien gagal jantung, keterbatasan kemampuan melakukan aktivitas dapat berkaitan dengan berkurangnya kemampuan sistem kardiovaskular memenuhi kebutuhan metabolik selama aktivitas, sehingga dapat muncul keluhan mudah lelah, lemah, dan sesak. Pedoman AHA/ACC/HFSA juga menempatkan keterbatasan aktivitas dan gejala yang muncul saat aktivitas sebagai bagian penting dalam penilaian kondisi pasien gagal jantung (Heidenreich et al., 2022).

Berdasarkan data tersebut, diagnosis intoleransi aktivitas dapat ditegakkan sebagai diagnosis keperawatan ketiga. Penatalaksanaan diarahkan pada pengaturan aktivitas sesuai toleransi

pasien, pemberian waktu istirahat yang cukup, serta pemantauan respons pasien sebelum, selama, dan setelah aktivitas.

d. Sintesis Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisis data, dapat disimpulkan bahwa tiga diagnosis keperawatan pada Tn. S adalah pola napas tidak efektif (D.0005), penurunan curah jantung (D.0008), dan intoleransi aktivitas (D.0056). Ketiga masalah tersebut saling berkaitan dengan kondisi CHF yang dialami pasien. Pola napas tidak efektif menjadi fokus utama studi kasus karena pasien menunjukkan gangguan pernapasan berupa sesak saat istirahat, RR 30 kali/menit, SpO_2 89%, pola napas cepat dan dangkal, fine crackles, serta Borg 7.

Penerapan posisi lateral kanan kemudian dilakukan sebagai salah satu intervensi nonfarmakologis untuk membantu meningkatkan kenyamanan dan memperbaiki kondisi pernapasan pasien. Evaluasi selama tiga hari menunjukkan adanya perubahan positif, yaitu pada hari pertama Borg menurun dari 7 menjadi 4, pada hari kedua dari 4 menjadi 3, dan pada hari ketiga dari 3 menjadi 1. Pada evaluasi akhir hari ketiga, frekuensi napas menjadi 23 kali/menit, SpO_2 97%, pola napas lebih teratur, fine crackles berkurang, dan pasien mengatakan sesak semakin berkurang serta merasa lebih nyaman.

Dengan demikian, hasil studi kasus menunjukkan adanya perbaikan kondisi pernapasan selama tiga hari penerapan posisi lateral kanan. Namun, peningkatan SpO_2 perlu diinterpretasikan secara hati-hati karena pasien juga mendapatkan terapi sesuai program medis selama pelaksanaan studi kasus. Oleh karena itu, perubahan SpO_2 tidak dapat dikaitkan sepenuhnya dengan posisi lateral kanan, tetapi posisi tersebut dapat dipertimbangkan sebagai salah satu intervensi nonfarmakologis yang mendukung kenyamanan dan perbaikan pola pernapasan pasien.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian dan penetapan diagnosis keperawatan, tahap selanjutnya adalah menyusun intervensi keperawatan sebagai dasar pelaksanaan tindakan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. Intervensi keperawatan disusun berdasarkan masalah dan kebutuhan pasien serta mempertimbangkan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Pada studi kasus ini, peneliti berfokus pada diagnosis keperawatan pola napas tidak efektif (D.0005) berhubungan dengan hambatan upaya napas, yang ditandai dengan pasien mengatakan sesak napas meskipun tidak melakukan aktivitas, frekuensi napas 30 kali/menit, SpO_2 89%, pola napas cepat dan dangkal, serta terdengar fine crackles pada kedua basal paru terutama bagian posterior. Tingkat sesak pasien berdasarkan Modified Borg Dyspnea Scale menunjukkan skor 7 (sesak berat). Data tersebut menjadi dasar dalam menentukan intervensi yang berfokus pada pemantauan status pernapasan dan penerapan posisi lateral kanan.

Intervensi utama yang digunakan adalah manajemen jalan napas, dengan penerapan posisi lateral kanan sebagai tindakan terapeutik yang menjadi fokus studi kasus. Tindakan observasi meliputi memonitor frekuensi, kedalaman, irama, pola, dan usaha napas; memonitor saturasi oksigen; mengauskultasi bunyi napas; serta memantau tingkat sesak menggunakan Modified Borg Dyspnea Scale. Tindakan terapeutik meliputi membantu pasien mengambil posisi lateral kanan, mengatur posisi kepala, leher, punggung, dan ekstremitas agar stabil serta nyaman, dan mempertahankan posisi sesuai toleransi pasien. Pemberian oksigen dilakukan sesuai kebutuhan dan program medis. Tindakan edukasi meliputi menjelaskan tujuan dan prosedur penerapan posisi lateral kanan serta menganjurkan pasien mempertahankan posisi yang nyaman ketika mengalami sesak. Kolaborasi dilakukan dalam pemberian terapi sesuai program medis.

Pelaksanaan intervensi diawali dengan pengkajian kondisi pernapasan pada pukul 08.00 WIB, sebelum pasien diberikan posisi lateral kanan. Pada tahap ini dilakukan pengkajian keluhan sesak, pemantauan frekuensi, kedalaman dan pola napas, pengukuran SpO_2, auskultasi bunyi

napas tambahan, serta pengukuran tingkat sesak menggunakan Modified Borg Dyspnea Scale. Pengkajian awal tersebut dilakukan untuk memperoleh data dasar kondisi pernapasan pasien sebelum diberikan intervensi. Pada pengkajian tanggal 05 September 2026 diperoleh RR 30 kali/menit, SpO_2 89%, pola napas cepat dan dangkal, fine crackles pada kedua basal paru, serta skor Modified Borg 7.

Setelah pengkajian awal, pada pukul 09.00 WIB peneliti menjelaskan tujuan dan prosedur penerapan posisi lateral kanan kepada pasien. Setelah pasien memahami prosedur dan menyatakan bersedia, pasien dibantu mengambil posisi lateral kanan. Kepala, leher, punggung, dan ekstremitas diatur sedemikian rupa agar posisi tubuh stabil, aman, dan nyaman. Selama penerapan posisi lateral kanan, kondisi pasien dipantau secara berkala untuk mengetahui toleransi terhadap posisi dan perubahan respons pernapasan. Pelaksanaan tersebut sesuai dengan prosedur studi kasus yang menempatkan pasien dalam posisi miring ke kanan dengan kondisi senyaman mungkin.

Pemantauan selama penerapan posisi lateral kanan dilakukan setiap 15 menit, yaitu pada pukul 09.15, 09.30, 09.45, dan 10.00 WIB. Parameter yang dipantau meliputi frekuensi napas, SpO_2, pola dan usaha napas, bunyi napas, tingkat sesak menggunakan Modified Borg Dyspnea Scale, serta kenyamanan pasien. Pemantauan berkala dilakukan untuk mengetahui perubahan kondisi pernapasan selama intervensi dan memastikan pasien mampu mempertahankan posisi lateral kanan dengan baik. Tingkat sesak dinilai sebelum dan setelah intervensi menggunakan Modified Borg Dyspnea Scale sebagai salah satu indikator perubahan subjektif sesak pasien.

Penerapan posisi lateral kanan dilakukan selama tiga hari berturut-turut, yaitu tanggal 05–07 September 2026. Hasil pelaksanaan menunjukkan adanya perubahan tingkat sesak pasien. Pada hari pertama, skor Modified Borg Dyspnea Scale menurun dari 7 sebelum tindakan menjadi 4 setelah tindakan. Pada hari kedua, skor menurun dari 4 menjadi 3, sedangkan pada hari ketiga menurun dari 3 menjadi 1. Pada evaluasi akhir hari ketiga, frekuensi napas pasien menjadi 23 kali/menit, SpO_2 97%, pola napas tampak lebih normal dengan irama teratur, fine crackles pada kedua basal paru

berkurang, dan pasien mengatakan sesak semakin berkurang serta merasa lebih nyaman.

Dengan demikian, intervensi pada studi kasus ini tidak hanya berfokus pada penerapan posisi lateral kanan, tetapi juga mencakup pengkajian kondisi awal, pemantauan respons pernapasan secara berkala, evaluasi tingkat sesak, dan pemantauan kenyamanan pasien. Pasien juga tetap mendapatkan terapi sesuai program medis selama pelaksanaan studi kasus. Oleh karena itu, perubahan kondisi pernapasan yang terjadi selama tiga hari perlu dipahami sebagai respons pasien selama mendapatkan keseluruhan asuhan keperawatan dan terapi medis, sehingga perubahan SpO_2 khususnya tidak dapat dikaitkan sepenuhnya hanya dengan penerapan posisi lateral kanan

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan tindakan yang telah direncanakan berdasarkan diagnosis dan kebutuhan pasien. Pada studi kasus ini, implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari, yaitu tanggal 05–07 September 2026, dengan fokus utama pada diagnosis pola napas tidak efektif (D.0005) berhubungan dengan hambatan upaya napas pada pasien Congestive Heart Failure (CHF). Pelaksanaan tindakan diarahkan pada pemantauan status pernapasan, penerapan posisi lateral kanan, pemantauan respons pasien, serta kolaborasi terapi sesuai program medis. Pemantauan gejala secara berkala merupakan bagian penting dalam perawatan pasien gagal jantung karena perubahan sesak, kelelahan, penggunaan oksigen, dan tanda kongesti dapat menunjukkan perubahan kondisi klinis pasien (American Heart Association, 2025).

Implementasi pada diagnosis pola napas tidak efektif dilakukan melalui tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Pada tahap observasi dilakukan pemantauan frekuensi, kedalaman, irama dan pola napas, saturasi oksigen, bunyi napas tambahan, tingkat sesak menggunakan Modified Borg Dyspnea Scale, serta kenyamanan pasien. Pada tahap terapeutik dilakukan penerapan posisi lateral kanan dengan membantu pasien mengambil posisi miring ke kanan dalam kondisi aman dan nyaman.

Posisi kepala, leher, punggung, dan ekstremitas diatur agar tubuh tetap stabil selama tindakan. Pemberian oksigen dan terapi medis lainnya dilakukan sesuai indikasi dan program medis. Pemantauan terhadap sesak, saturasi oksigen, dan tanda kongesti penting dilakukan pada pasien gagal jantung karena sesak dapat berkaitan dengan peningkatan tekanan pengisian dan kongesti pulmonal (Heidenreich et al., 2022).

Sebelum penerapan posisi lateral kanan, dilakukan pengkajian kondisi pernapasan sebagai data dasar. Pada tanggal 05 September 2026, pasien mengatakan masih mengalami sesak napas meskipun tidak melakukan aktivitas. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 109/85 mmHg, nadi 75 kali/menit, frekuensi napas 30 kali/menit, dan SpO_2 89%. Pada pemeriksaan sistem pernapasan ditemukan pola napas cepat dan dangkal serta fine crackles pada kedua basal paru, sedangkan tingkat sesak berdasarkan Modified Borg Dyspnea Scale menunjukkan skor 7. Temuan tersebut sesuai dengan gambaran klinis gagal jantung yang dapat disertai sesak napas, kelelahan, dan kongesti paru (American Heart Association, 2025).

Setelah pengkajian awal, pada pukul 09.00 WIB dilakukan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur penerapan posisi lateral kanan kepada pasien. Setelah pasien memahami tindakan dan bersedia dilakukan intervensi, pasien dibantu mengambil posisi lateral kanan. Kepala, leher, punggung, dan ekstremitas diatur agar posisi tubuh stabil dan nyaman. Selama tindakan, pasien dipantau untuk memastikan mampu mempertahankan posisi tersebut dan tidak mengalami perburukan sesak atau ketidaknyamanan. Hal ini penting karena respons pasien terhadap perubahan posisi dapat berbeda, sehingga posisi harus disesuaikan dengan toleransi dan kondisi klinis pasien.

Pemantauan selama penerapan posisi lateral kanan dilakukan secara berkala setiap 15 menit, yaitu pada pukul 09.15, 09.30, 09.45, dan 10.00 WIB. Parameter yang dipantau meliputi frekuensi napas, SpO_2, pola dan usaha napas, bunyi napas, tingkat sesak menggunakan Modified Borg Dyspnea Scale, serta kenyamanan pasien. Pemantauan tersebut dilakukan untuk mengetahui toleransi pasien terhadap posisi dan perubahan respons

pernapasan selama tindakan. Pengukuran gejala secara serial sesuai dengan prinsip pemantauan pasien gagal jantung, terutama terhadap perubahan sesak, kemampuan bernapas, dan kebutuhan oksigen (American Heart Association, 2025).

Pada hari pertama, 05 September 2026, sebelum dilakukan tindakan pasien mengatakan masih mengalami sesak napas meskipun tidak melakukan aktivitas, dengan frekuensi napas 30 kali/menit dan SpO_2 89%. Tingkat sesak berdasarkan Modified Borg Dyspnea Scale berada pada skor 7. Pasien tampak bernapas cepat dan dangkal dan terdengar fine crackles pada kedua basal paru terutama bagian posterior. Setelah penerapan posisi lateral kanan, pasien tampak lebih nyaman dan keluhan sesak mulai berkurang. Skor Modified Borg Dyspnea Scale setelah tindakan menurun menjadi 4.

Pada hari kedua, 06 September 2026, pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang dibandingkan hari sebelumnya. Frekuensi napas tercatat 26 kali/menit dan SpO_2 94%. Tingkat sesak berdasarkan Modified Borg Dyspnea Scale sebelum tindakan berada pada skor 4, kemudian setelah penerapan posisi lateral kanan menurun menjadi 3. Pola napas tampak lebih teratur dan fine crackles mulai berkurang. Pasien juga tampak lebih tenang dan nyaman dalam mempertahankan posisi lateral kanan.

Pada hari ketiga, 07 September 2026, setelah dilakukan kembali penerapan posisi lateral kanan, pasien mengatakan sesak napas semakin berkurang dan merasa lebih nyaman. Frekuensi napas menjadi 23 kali/menit dan SpO_2 meningkat menjadi 97%. Hasil pengukuran Modified Borg Dyspnea Scale menunjukkan penurunan tingkat sesak dari skor 3 sebelum tindakan menjadi skor 1 setelah tindakan. Pola napas tampak lebih normal dengan irama teratur, sedangkan fine crackles pada kedua basal paru berkurang. Pasien juga mampu mempertahankan posisi lateral kanan dengan nyaman.

Secara keseluruhan, implementasi selama tiga hari menunjukkan perubahan positif pada kondisi pernapasan pasien. Frekuensi napas menurun dari 30 kali/menit pada pengkajian awal menjadi 23 kali/menit pada evaluasi akhir, sedangkan tingkat sesak berdasarkan Modified Borg Dyspnea Scale mengalami penurunan dari 7 menjadi 1. SpO_2 juga mengalami perubahan dari 89% menjadi 97%. Selain itu, pola napas menjadi lebih

teratur, fine crackles berkurang, dan pasien melaporkan peningkatan kenyamanan. Hasil tersebut menunjukkan adanya perbaikan kondisi pernapasan selama periode pelaksanaan studi kasus.

Namun, perubahan SpO_2 perlu diinterpretasikan secara hati-hati. Pasien tidak hanya mendapatkan posisi lateral kanan, tetapi juga tetap mendapatkan terapi sesuai program medis selama pelaksanaan studi kasus. Oleh karena itu, peningkatan SpO_2 dari 89% menjadi 97% tidak dapat dikaitkan sepenuhnya dengan penerapan posisi lateral kanan. Posisi lateral kanan dalam studi kasus ini lebih tepat dinyatakan sebagai salah satu intervensi nonfarmakologis yang dilakukan bersamaan dengan asuhan keperawatan dan terapi medis untuk mendukung kenyamanan serta perbaikan status pernapasan pasien. Pendekatan ini sesuai dengan prinsip pengelolaan gagal jantung yang menekankan pemantauan gejala dan penatalaksanaan secara komprehensif, bukan mengandalkan satu intervensi saja (Heidenreich et al., 2022; American Heart Association, 2025).

Dengan demikian, hasil implementasi menunjukkan bahwa selama tiga hari penerapan posisi lateral kanan terdapat perbaikan pola pernapasan dan penurunan tingkat sesak pasien, yang ditunjukkan oleh penurunan frekuensi napas, penurunan skor Modified Borg Dyspnea Scale, pola napas yang lebih teratur, berkurangnya fine crackles, dan peningkatan kenyamanan pasien. Hasil tersebut mendukung penggunaan posisi lateral kanan sebagai bagian dari intervensi keperawatan nonfarmakologis pada pasien CHF dengan pola napas tidak efektif, dengan tetap mempertimbangkan kondisi klinis, toleransi pasien, dan terapi medis yang diberikan secara bersamaan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang dilakukan untuk mengetahui respons pasien terhadap tindakan keperawatan dan sejauh mana tujuan serta kriteria hasil yang telah ditetapkan dapat tercapai. Evaluasi pada studi kasus ini dilakukan selama tiga hari, yaitu tanggal 05–07 September 2026, setelah penerapan posisi lateral kanan pada pasien Congestive Heart Failure (CHF) dengan diagnosis keperawatan pola napas tidak efektif. Parameter yang digunakan dalam evaluasi meliputi frekuensi napas, saturasi oksigen, pola napas, bunyi napas, tingkat sesak

menggunakan Modified Borg Dyspnea Scale, dan kenyamanan pasien. Pemantauan gejala dan perubahan kondisi secara berkala merupakan bagian penting dalam evaluasi pasien dengan gagal jantung (Heidenreich et al., 2022).

Pada pertemuan pertama tanggal 05 September 2026, sebelum dilakukan penerapan posisi lateral kanan, pasien masih mengeluhkan sesak napas meskipun tidak melakukan aktivitas. Hasil pemeriksaan menunjukkan frekuensi napas 30 kali/menit, SpO_2 89%, dan tingkat sesak berdasarkan Modified Borg Dyspnea Scale sebesar 7. Pasien tampak bernapas cepat dan dangkal serta terdengar fine crackles pada kedua basal paru terutama bagian posterior. Setelah dilakukan penerapan posisi lateral kanan, pasien mengatakan sedikit lebih nyaman dan sesak mulai berkurang. Hasil pengukuran Modified Borg Dyspnea Scale setelah tindakan menunjukkan penurunan dari 7 menjadi 4.

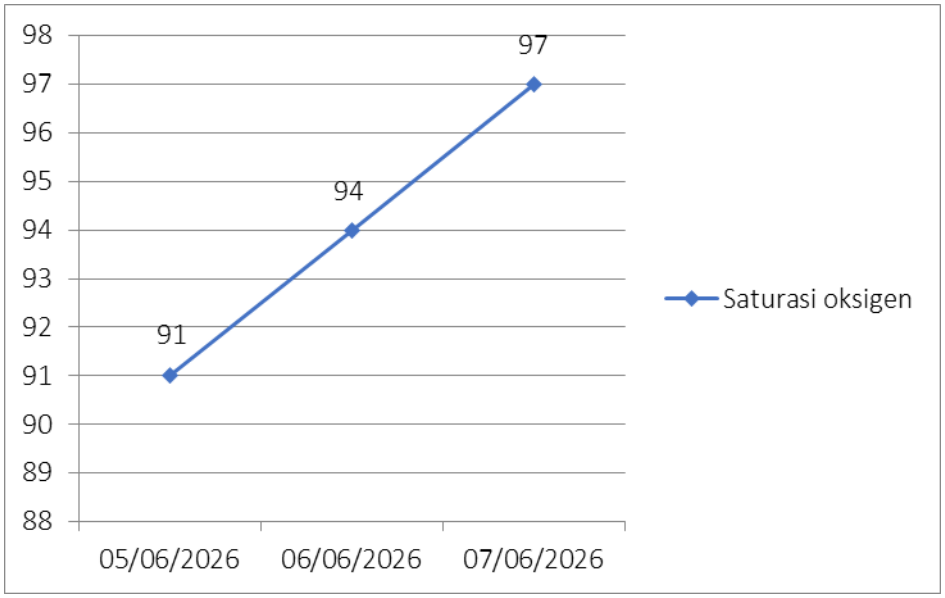
Pada pertemuan kedua tanggal 06 September 2026, kondisi pernapasan pasien menunjukkan perkembangan dibandingkan pertemuan pertama. Frekuensi napas tercatat 26 kali/menit dan SpO_2 94%. Tingkat sesak berdasarkan Modified Borg Dyspnea Scale sebelum tindakan berada pada skor 4, kemudian setelah penerapan posisi lateral kanan menurun menjadi 3. Pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang dibandingkan hari sebelumnya. Pola napas mulai lebih teratur, fine crackles pada kedua basal paru mulai berkurang, dan pasien tampak lebih tenang serta nyaman mempertahankan posisi lateral kanan.

Pada pertemuan ketiga tanggal 07 September 2026, sebelum dilakukan tindakan, frekuensi napas pasien tercatat 26 kali/menit, SpO_2 95%, dan tingkat sesak berdasarkan *Modified Borg Dyspnea Scale* sebesar 3. Setelah penerapan posisi lateral kanan, frekuensi napas menurun menjadi 23 kali/menit, SpO_2 meningkat menjadi 97%, dan skor Modified Borg Dyspnea Scale menurun menjadi 1. Pasien mengatakan sesak napas semakin berkurang dan merasa lebih nyaman. Pola napas tampak lebih normal denganirama teratur, sedangkan fine crackles pada kedua basal paru berkurang. Pasien juga mampu mempertahankan posisi lateral kanan dengan nyaman.

Berdasarkan hasil evaluasi selama tiga hari, terdapat perbaikan kondisi pernapasan pasien yang ditunjukkan oleh perubahan frekuensi napas, saturasi oksigen, tingkat sesak, pola napas, bunyi napas, dan kenyamanan pasien. Frekuensi napas mengalami penurunan dari 30 kali/menit pada pengkajian awal menjadi 23 kali/menit pada evaluasi akhir, sedangkan tingkat sesak berdasarkan *Modified Borg Dyspnea Scale* mengalami penurunan dari 7 menjadi 1. SpO_2 mengalami peningkatan dari 89% menjadi 97%. Selain itu, pola napas menjadi lebih teratur, fine crackles berkurang, dan pasien merasa lebih nyaman. Hasil tersebut menunjukkan adanya perbaikan pada masalah pola napas tidak efektif selama pelaksanaan studi kasus.

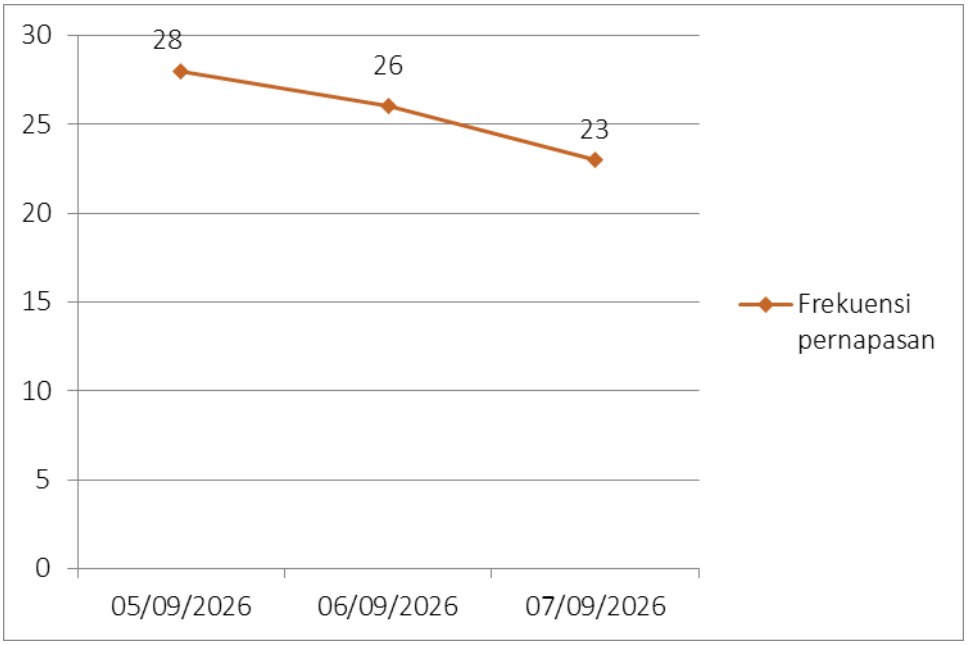
Meskipun terdapat peningkatan SpO_2 selama pelaksanaan studi kasus, hasil tersebut perlu diinterpretasikan secara hati-hati karena pasien juga mendapatkan terapi sesuai program medis, termasuk terapi oksigen. Dengan demikian, peningkatan SpO_2 dari 89% menjadi 97% tidak dapat dikaitkan sepenuhnya dengan penerapan posisi lateral kanan. Perubahan frekuensi napas, tingkat sesak, pola napas, dan kenyamanan pasien juga perlu dipertimbangkan sebagai bagian dari respons terhadap keseluruhan asuhan keperawatan dan terapi yang diberikan. Pendekatan evaluasi yang mempertimbangkan kondisi klinis secara keseluruhan sesuai dengan prinsip pengelolaan pasien gagal jantung yang memerlukan pemantauan gejala, kongesti, dan respons terhadap terapi secara berkelanjutan (Heidenreich et al., 2022).

Grafik 4. 1 Saturasi oksigen setelah dilakukan terapi



Berdasarkan Gambar 4.1, saturasi oksigen terlihat adanya peningkatan saturasi oksigen (SpO_2) Tn. S selama periode pelaksanaan studi kasus. SpO_2 meningkat dari 91% pada tanggal 5 September 2026 menjadi 94% pada tanggal 6 September 2026 dan 97% pada tanggal 7 September 2026. Perubahan tersebut menunjukkan adanya perbaikan saturasi oksigen selama periode observasi. Namun, perubahan SpO_2 tidak dapat dikaitkan hanya dengan intervensi yang diberikan karena kondisi pasien juga dipengaruhi oleh terapi dan penatalaksanaan medis lainnya.

Grafik 4. 2 Frekuensi pernapasan setelah dilakukan terapi



Berdasarkan Gambar 4.2, frekuensi pernapasan Tn. S menunjukkan penurunan secara bertahap selama tiga hari pelaksanaan intervensi. Pada tanggal 5 September 2026, frekuensi pernapasan tercatat 28 kali/menit, kemudian menurun menjadi 26 kali/menit pada 6 September 2026, dan kembali menurun menjadi 23 kali/menit pada 7 September 2026. Dengan demikian, terjadi penurunan frekuensi pernapasan sebesar 5 kali/menit, dari 28 kali/menit menjadi 23 kali/menit selama periode observasi.

Penurunan frekuensi pernapasan tersebut menunjukkan adanya perbaikan pola pernapasan selama periode pelaksanaan studi kasus. Namun, perubahan frekuensi pernapasan tidak dapat dikaitkan hanya dengan intervensi yang diberikan karena kondisi pasien juga dapat dipengaruhi oleh terapi dan penatalaksanaan medis lainnya.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus penerapan posisi lateral kanan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan pola napas tidak efektif di ruang Intensive Cardiac Care Unit (ICCU) RSUD dr. M. Yunus Bengkulu yang dilaksanakan pada tanggal 05–07 September 2026, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian keperawatan pada Tn. S menunjukkan adanya keluhan sesak napas meskipun sedang tidak melakukan aktivitas, disertai kelemahan, mudah lelah, dan gelisah. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 109/85 mmHg, nadi 75 kali/menit, frekuensi napas 30 kali/menit, SpO_2 89%, pola napas cepat dan dangkal, serta terdengar *fine crackles* pada kedua basal paru. Tingkat sesak berdasarkan *Modified Borg Dyspnea Scale* menunjukkan skor 7 atau sesak berat.
2. Berdasarkan hasil analisis data, ditemukan tiga diagnosis keperawatan**,** yaitu pola napas tidak efektif (D.0005) berhubungan dengan hambatan upaya napas**,** penurunan curah jantung (D.0008) berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung**,** dan intoleransi aktivitas (D.0056) berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Diagnosis pola napas tidak efektif menjadi fokus utama dalam studi kasus karena didukung oleh keluhan sesak saat istirahat, RR 30 kali/menit, SpO_2 89%, pola napas cepat dan dangkal, *fine crackles*, serta skor Modified Borg 7.
3. Intervensi keperawatan difokuskan pada masalah pola napas tidak efektif melalui pemantauan status pernapasan dan penerapan posisi lateral kanan sebagai intervensi nonfarmakologis. Pemantauan meliputi frekuensi, kedalaman dan pola napas, SpO_2, bunyi napas, tingkat sesak menggunakan *Modified Borg Dyspnea Scale*, serta kenyamanan pasien. Penerapan posisi lateral kanan dilakukan dengan memperhatikan keamanan, kestabilan, dan kenyamanan pasien.

4. Implementasi keperawatan dilakukan selama tiga hari, yaitu tanggal 05–07 September 2026**.** Pada hari pertama, tingkat sesak menurun dari skor Modified Borg 7 menjadi 4 setelah penerapan posisi lateral kanan. Pada hari kedua, skor menurun dari 4 menjadi 3**,** sedangkan pada hari ketiga menurun dari 3 menjadi 1. Perubahan tersebut disertai dengan pola napas yang semakin teratur dan berkurangnya *fine crackles* pada kedua basal paru.
5. Hasil evaluasi akhir menunjukkan adanya perbaikan kondisi pernapasan pasien. Frekuensi napas menurun dari 30 kali/menit pada pengkajian awal menjadi 23 kali/menit pada evaluasi akhir, sedangkan SpO_2 mengalami peningkatan dari 89% menjadi 97%**.** Tingkat sesak berdasarkan *Modified Borg Dyspnea Scale* menurun dari 7 menjadi 1. Pasien mengatakan sesak semakin berkurang dan merasa lebih nyaman, pola napas tampak lebih normal dengan irama teratur, dan *fine crackles* pada kedua basal paru berkurang.
6. Berdasarkan hasil tersebut, masalah pola napas tidak efektif menunjukkan perbaikan atau teratasi sebagian setelah dilakukan penerapan posisi lateral kanan selama tiga hari. Peningkatan SpO_2 dari 89% menjadi 97% perlu diinterpretasikan secara hati-hati karena pasien juga mendapatkan terapi sesuai program medis selama pelaksanaan studi kasus. Oleh karena itu, perubahan SpO_2 tidak dapat dikaitkan sepenuhnya dengan penerapan posisi lateral kan.

B. SARAN

1. Bagi Instituisi Pendidikan STIKes Sapta Bakti

Diharapkan penelitian ini dapat memberikan tambahan referensi bagi mahasiswa keperawatan dalam memahami dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah pola napas tidak efektif, khususnya pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF). Selain itu, hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai bahan pembelajaran dalam latihan menyusun asuhan keperawatan secara sistematis dan terstruktur, serta sebagai pedoman dalam kegiatan praktikum yang

berkaitan dengan pengelolaan dan pemenuhan kebutuhan pernapasan pada pasien dengan penyakit kronis.

2. Bagi Tempat Penelitian

Diharapkan perawat di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu, khususnya di ruangan ICCU, dapat mengoptimalkan penerapan terapi posisi lateral kanan sebagai salah satu intervensi non-farmakologis dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah pola napas tidak efektif, terutama pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF). Penerapan intervensi tersebut diharapkan dapat membantu mengurangi keluhan sesak napas, meningkatkan kenyamanan pasien, serta mendukung peningkatan kualitas pelayanan dan proses pemulihan pasien.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan Penelitian ini dapat menjadi sumber referensi dan informasi bagi peneliti berikutnya dalam mengembangkan penelitian yang lebih mendalam pada bidang yang sejenis, khususnya mengenai penerapan terapi non-farmakologis posisi lateral kanan dalam mengatasi gangguan pernapasan pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF). Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat menambah sumber literatur mengenai intervensi atau terapi pernapasan serta memberikan kontribusi dalam pengembangan pengetahuan dan praktik keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

American Heart Association. (2025). *2025 Heart Disease and Stroke Statistics Update: Focus on Heart Failure Care Guidelines*. *Circulation*, 151(5), e120–e350. https://www.ahajournals.org/journal/circ

Adelia, W., & Manalu, L. O. (2024). *Analisis Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn . H dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular Akibat Congestive Heart Failure dan Chronic Kidney Disease dengan Penerapan Intervensi Posisi Semi Fowler terhadap Peningkatan Oksigenasi di Ruang ICU Oetomo Hospital*. *6*(1), 19131–19134.

Maghfiroh, N. A., Irdawati, & Pardosi, H. (2023). Pemberian Posisi Lateral Kanan Pada Anak Dengan Kebutuhan Oksigenasi : Studi Kasus. *Prosiding Seminar Nasional Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta (SEMNASKEP)*, *1*, 60–71. https://proceedings.ums.ac.id/index.php/semnaskep/article/view/2830

Mardhiah, A., Savitri, D. I., Fonna, T. R., Kedokteran, F., & Malikussaleh, U. (2023). *Congestive Heart Failure (CHF) atau gagal jantung*. *2*(3), 104–116.

Mersi, E., Giri, S., Paryono, Dwi, P. H. K., Aisyah, Naryati, & Muhammad, F. A. F. (2024). Buku Proses Keperawatan konsep, implememntasi, dan evaluasi. In *Universitas Nusantara PGRI Kediri* (Vol. 01). https://tahtamedia.co.id/index.php/issj/article/view/989/1002

Mulyaningsih, A. E., Handayani, R. N., & Siwi, A. S. (2023). Asuhan Keperawatan Penurunan Curah Jantung dengan Congestive Heart Failure di Ruang Ar Rahman RSI Purwokerto. *Journal of Management Nursing*, *2*(3), 222–225. https://doi.org/10.53801/jmn.v2i3.103

Muti, R. T. (2020). PENGARUH POSISI SEMI FOWLER DENGAN KOMBINASI LATERAL KANAN TERHADAP PERUBAHAN HAEMODINAMIK PADA PASIEN GAGAL JANTUNG DI RUANG ICCU RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MARGONO SOEKARJO PURWOKERTORefa Teja MutiProgram Studi Sarjana Keperawatan Universitas Harapan Bangs. *Viva Medika: Jurnal Kesehatan, Kebidanan, Dan Keperawatan*, *13*(02), 124–140. https://ejournal.uhb.ac.id/index.php/VM/article/view/519/450

Noraffandy Yahaya & Nur Fazila i Salleh. (2020). *FAKTOR RESIKO PENDERITA CONGESTIVE HEART FAILURE*. *21*(1), 1–9.

Nuzulia, A. (2020). ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG TULIP RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG. *Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952.*, 5–24.

Pitriani, P., Simarmata, P. C., Ginting, S., Syatriawati, S., & Hayati, K. (2025). Efectivity of The Combination of Lateral and Semi fowler Positions Against Hemodynamics of Heart Failure Congestive in GrandMed Hospital Lubuk pakam. *Jurnal Keperawatan Dan Fisioterapi (Jkf)*, *8*(1), 237–243.

https://doi.org/10.35451/nsrbff34

Samosir, E. (2020). Konsep pengkajian sebagai elemen kunci asuhan keperawatan berkualitas. *Jurnal Kesehatan*, *2*(1), 1–11. http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/c4u5f

Sembiring, B. D., & Siahaan, J. M. (2020). BRAIN NATRIURETIC PEPTIDE (BNP) SEBAGAI BIOMARKER GAGAL JANTUNG KONGESTIF Budi Darmanta Sembiring 1 , Jekson Martiar Siahaan 2,3. *Majalah Ilmiah Metodha*, *10*(3), 130–138.

Suharto, D. N., Agusrianto, D., Darmi Manggasa, F., Dita, M., Liputo, P., & Kemenkes, P. (2023). Posisi Tidur dalam Meningkatkan Kualitas Tidur Pasien Congestive Heart Failure: Sleep Position in Improving Sleep Quality of Congestive Heart Failure Patients. *Madago Nursing Journal*, *1*(2), 43–47.

Susilo, M. &. (2025). *EFEKTIVITAS PEMBERIAN POSISI HEAD UP 30-45O TERHADAP PENINGKATAN SATURASI OKSIGEN PADA PASIEN CONGESTI HEART FAILUR (CHF) DI RUANG IGD RS NATAR MEDIKA*. *10*(2).

Zebua F. (2020). PERENCANAAN & IMPLEMENTASI KEPERAWATAN. *Iosf*.

Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Laporan Nasional Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023*. Jakarta: Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) Kemenkes RI

Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu. (2025). *Profil Kesehatan Provinsi Bengkulu Tahun 2024*. Bengkulu: Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI

L A M P I R A N

Lampiran 1 Jadwal Penelitian

Jadwal Kegiatan	Maret		April				Mei				Juni				Juli				Agustus			
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pengajuan judul LTA																						
Penyusunan Laporan LTA																						
1. Proses bimbingan BAB I																						
2. Proses bimbingan BAB II																						
3. Proses bimbingan BAB III																						
Melengkapi persyaratan ujian																						
Ujian seminar Laporan LTA																						
Perbaikan/revisi Laporan LTA																						
Perijinan penelitian																						
Pelaksanaan Penelitian																						
Pengolahan Data dan proses bimbingan																						
Ujian Seminar hasil LTA																						

Lampiran 2 Naskah PSP

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN (PSP)

1. Saya adalah peneliti yang berasal dari perguruan tinggi Stikes Sapta Bakti Bengkulu Program Studi Dlll Keperawatan, dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul"Penerapan Posisi Lateral Kanan Pada Gangguan Pola Napas Tidak Efektif Pasien Dengan *Congistive Heart Failure* (CHF) "Di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu".
2. Tujuan dari penelitian Studi kasus ini adalah untuk menurunkan kecemasan. Adapun manfaat bagi tempat penelitian hasil yang diperoleh dari penelitian ini di harapkan memberikan pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khusunya studi kasus tentang Penerapan posisi lateral kanan untuk menurunkan pola napas tidak efektif pada pasien *Congestive Heart Failure*"Di RSUD DR. M. Yunus Bengkulu, dapat memberikan manfaat berupa informasi baru kepada masyarakat dan dapat menambah wawasan pengetahuan sehingga bermanfaat untuk pengembangan pendidikan serta dapat dijadikan referensi bagi lahan dan penelitian selanjutnya.
3. Prosedur pengambilan data dengan cara observasi, wawancara, dan dokumentasi terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 20-30 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan keperawatan/ pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam ke ikut sertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan dan tindakan yang diberikan.

5. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada nomor HP: 08561491394

Peneliti

Jumadi Zuliansyah

Lampiran 3 Informed Consent

INFORMED CONSENT
(Persetujuan menjadi partisipan)

Nama : Tn. S
Umur : 57 Tahun
Alamat : Tanjung Ganti II

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa atas nama Jumadi Zuliansyah Dengan judul **"Penerapan posisi lateral kanan pada gangguan pola napas tidak efektif pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu"**

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara suka rela tanpa ada paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengudurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Saksi Bengkulu,……..2026

…… ……

Bengkulu,……..2026
Peneliti

(Jumadi Zuliansyah)

Lampiran 4 Standar Operasional Prosedur

Standar Operasional Prosedur (SOP) Posisi Latereal Kanan

	Penerapan
Pengertian	Posisi berbaring pada salah satu sisi bagian tubuh menoleh dengan kepala menoleh ke samping.
Tujuan	1. Meningkatkan saturasi oksigen 2. Memperbaiki laju pernapasan
Ruang lingkup	Indikasi : Kebutuhan oksigenasi
Prosedur kerja	1. Fase Orientasi 1) Salam terapeutik 2) Evaluasi/validasi kondisi pasien 3) Kontrak: topik/waktu/tempat 2. Fase Persiapan Alat 1) Tempat tidur 2) Bantal biasa 3) Bantal guling 3. Fase Kerja 1) Memperkenalkan diri 2) Beritahu dan jelaskan pada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan dan lihat respon klien 3) Dekatkan alat ke klien 4) Cuci tangan dan gunakan sarung tangan 5) Baringkan klien telentang mendatar di tengah tempat tidur 6) Gulingkan klien hingga posisinya miring 7) Letakkan bantal di bawah lengan atas 8) Fleksikan bahu bawah dan posisikan ke depan sehingga tubuh tidak menopang pada bahu tersebut 9) Letakkan bantal di bawah lengan atas 10) Letakkan lengan bawah sejajar kepala dan leher 11) Letakkan bantal di bawah paha dan kaki atas sehingga ekstremitas bertumpu parallel dengan permukaan tempat tidur 12) Letakkan bantal guling di belakang punggung klien untuk menstabilkan posisi. 13) Kapikan alat dan klien 14) Kaji respon klien 15) Observasi tanda tanda vital 16) Lepas sarung tangan dan cuci tangan 17) Dokumentasikan Tindakan



	4. Fase Terminasi 1) Memeriksa respon pasien selama tindakan 2) Merapikan alat dan bahan 3) Mengukur laju pernapasan dan memeriksa saturasi oksigen 4) Rencana tindak lanjut 5. Edukasi 1. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi 2. Ajarkan cara mengenakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi
Dokumentasi	1. Catat waktu pelaksanaan 2. Catat respon pasien 3. Paraf dan nama perawat yang melaksanakan

Sumber: Laoh., et al., 2022; Wicaksono & Pujiastuti, 2024

Lampiran 5 Penatalaksanaan Responden

No	Kriteria Inklusi	Responden
1	Pasien dengan tingkat kesadaran compos mentis	✔
2	Pasien *congestive heart failure* (CHF) dengan klasifikasi NYHA (*New York Heart Association*) kelas II dan III.	✔
3	Pasien mengalami dispnea yang ditandai dengan frekuensi abnormal, yaitu cepat (takipnea) dan lambat (bradipnea), dengan skor ≥ 4 pada *Modified Borg Dyspnea Scale* (kategori sedang hingga sangat berat) berdasarkan hasil pengukuran awal	✔
4	Pasien dalam kondisi hemodinamik stabil (tekanan darah sistolik ≥90 mmHg dan frekuensi nadi 60-100 kali per menit).	✔
5	Pasien bersedia menjadi responden dan menandatangani informed consent (oleh pasien atau keluarga terdekat)	✔

No	Kriteria Esklusi	Responden
1	Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS <15 atau tidak compos mentis)	X
2	Pasien mengalami gangguan muskuloskeletal yang menghambat perubahan posisi lateral kanan (misalnya: fraktur tulang rusuk, nyeri hebat pada posisi lateral, keterbatasan gerak sendi).	X
3	Pasien terpasang alat bantu napas invasif (ventilator mekanik) atau membutuhkan oksigen aliran tinggi non-rebreathing.	X
4	Pasien menunjukkan tanda-tanda perburukan kondisi akut selama proses penelitian (peningkatan sesak napas progresif, SpO_2 terus menurun, atau aritmia berat).	X
5	Pasien tidak kooperatif (menolak perubahan posisi, gelisah berlebihan, atau tidak mampu mempertahankan posisi lateral kanan minimal 15-30 menit)	X
6	Pasien memiliki kontraindikasi medis terhadap posisi lateral kanan (luka terbuka pada sisi kanan tubuh, baru menjalani operasi toraks/abdomen sisi kanan, atau fistula arteriovenous pada ekstremitas kanan)	X

Lampiran 6 Format Penilaian Frekuensi Napas

Hari dan Tanggal	Sebelum		Pelaksanaan							
			15 Menit		30 Menit		45 Menit		60 Menit	
	SpO_2	RR	SpO_2	RR	SpO_2	RR	SpO_2	RR	SpO_2	RR
05-09-2026	89%	30x/menit	89%	30x/menit	90%	29x/menit	91%	29x/menit	91%	28x/menit
06-09-2026	91%	28x/menit	92%	28x/menit	93%	27x/menit	93%	27x/menit	94%	26x/menit
07-09-2026	95%	26x/menit	96%	26x/menit	96%	25x/menit	97%	24x/menit	97%	23x/menit

Catatan

1. Hari Pertama
   - Respirasi setelah implementasi : 28x/menit
   - Saturasi setelah implementasi : 91%

2. Hari Kedua
   - Respirasi setelah implementasi : 26x/menit
   - Saturasi setelah implementasi : 94%

3. Hari Ketiga
   - Respirasi setelah implementasi : 23x/menit
   - Saturasi setelah implementasi : 97%

Lampiran 7 Surat Pengantar Permohonan Pengambilan Data Pra-Penelitian

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN saptabakti	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI UNIT PENJAMIN MUTU Jalan Mahakam Raya No 16 Lingkar Barat Bengkulu telp 0736-346300 Web www.stikessaptabakti.ac.id		
	FORM SURAT PRA PENELITIAN		
No. Dok FRM/PS.KEP/008-01	No.Rev 0	Tanggal Terbit 2026	Hal

Bengkulu, 21 April 2026

Nomor : 03.02. 280 /STIKES SB/ IV/ 2026
Lampiran :
Perihal : **Permohonan Pengambilan Data Pra-Penelitian**

Kepada Yth.
Direktur RSUD Dr. M. Yunus Provinsi Bengkulu
di-
BENGKULU

Dengan hormat,
Dengan ini kami mohon bantuan bapak/ ibu agar dapat mengizinkan mahasiswa tersebut dibawah ini:

Nama	:	Jumadi Zuliansyah
NIM	:	202301117
Prodi	:	DIII Keperawatan
Judul Penelitian	:	Penerapan Posisi Lateral Kanan pada Pasien *Congestive Heart Failure (CHF)* dengan Gangguan Pemenuhan Oksigenasi Pola Nafas Tidak Efektif di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu

Untuk mendapatkan data dalam rangka penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA) sebagai salah satu syarat Ujian Akhir Program di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Tahun Akademik 2025/2026.
Demikian harapan kami, agar kiranya bapak/ ibu dapat mengabulkannya. Atas bantuan dan kerjasamanya, diucapkan terima kasih.

Mengetahui,
Ketua LTA

Ns. Dimas Dewa Darma, M.Tr.Kep.,Sp.Kep. MB
NIK. 2023.148

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 8 Surat Rekomendasi/Balasan Pengambilan Data Pra-Penelitian

PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
DINAS KESEHATAN
UPTD KHUSUS RSUD dr. M. YUNUS
Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax (0736) 52007

Bengkulu, 22 April 2026

Nomor : 074/ 190 /BID-DIK/IV/2026
Lampiran : -
Perihal : Permohonan izin Pra Penelitian

Kepada Yth.
1. Kabid Pelayanan Keperawatan
2. Kabag. Penyusunan Program & Evaluasi
Cq. Subkoor. Rekam Medis
di-
Bengkulu

Menindaklanjuti surat dari STIKES Sapta Bakti Bengkulu Nomor : 03.02.288/STIKES SB/IV/2026, Perihal pra penelitian :

Nama	:	**Jumadi Zuliansyah**
NIM	:	202301117
Prodi	:	D3 Keperawatan
Judul Penelitian	:	Penerapan Posisi Lateral Kanan pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan Gangguan Pemenuhan *Oksigenasi* Pola Nafas Tidak Efektif di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu
Ruangan	:	MR, ICCU & Poli Jantung

Dengan ini kami mohon kesediaan unit bersangkutan untuk memberikan izin terhitung mulai 22 April s/d 22 Mei 2026. Setelah melakukan pra penelitian yang bersangkutan wajib melaporkan kembali hasil pra penelitian ke Bidang Pendidikan.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

KEPALA BIDANG PENDIDIKAN

ATMAN GUSMADI, SKM
Pembina Tk I/IV.B
NIP. 19730809 199303 1 003

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 9 Surat Ethical Clearance /Kode Etik

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN saptabakti

KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
STIKes SAPTA BAKTI
SURAT LAYAK ETIK
No: 056/DIII/KEPKSTIKesSaptaBakti/2026

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :

Peneliti utama: *Principal Investigator*	Jumadil Zuliansyah
Nama Institusi: *Name of The Institution*	STIKes Sapta Bakti
Judul:	Penerapan Posisi Lateral Kanan Pada Gangguan Pola Napas Tidak Efektif Pasien Dengan Congestuve Heart Failure (CHF) Di RSUD Dr. M. Yunus Kota Bengkulu ***Application of the Right Lateral Position for Ineffective Breathing Patterns in Patients with Congestive Heart Failure (CHF) at Dr. M. Yunus Regional General Hospital, Bengkulu City***

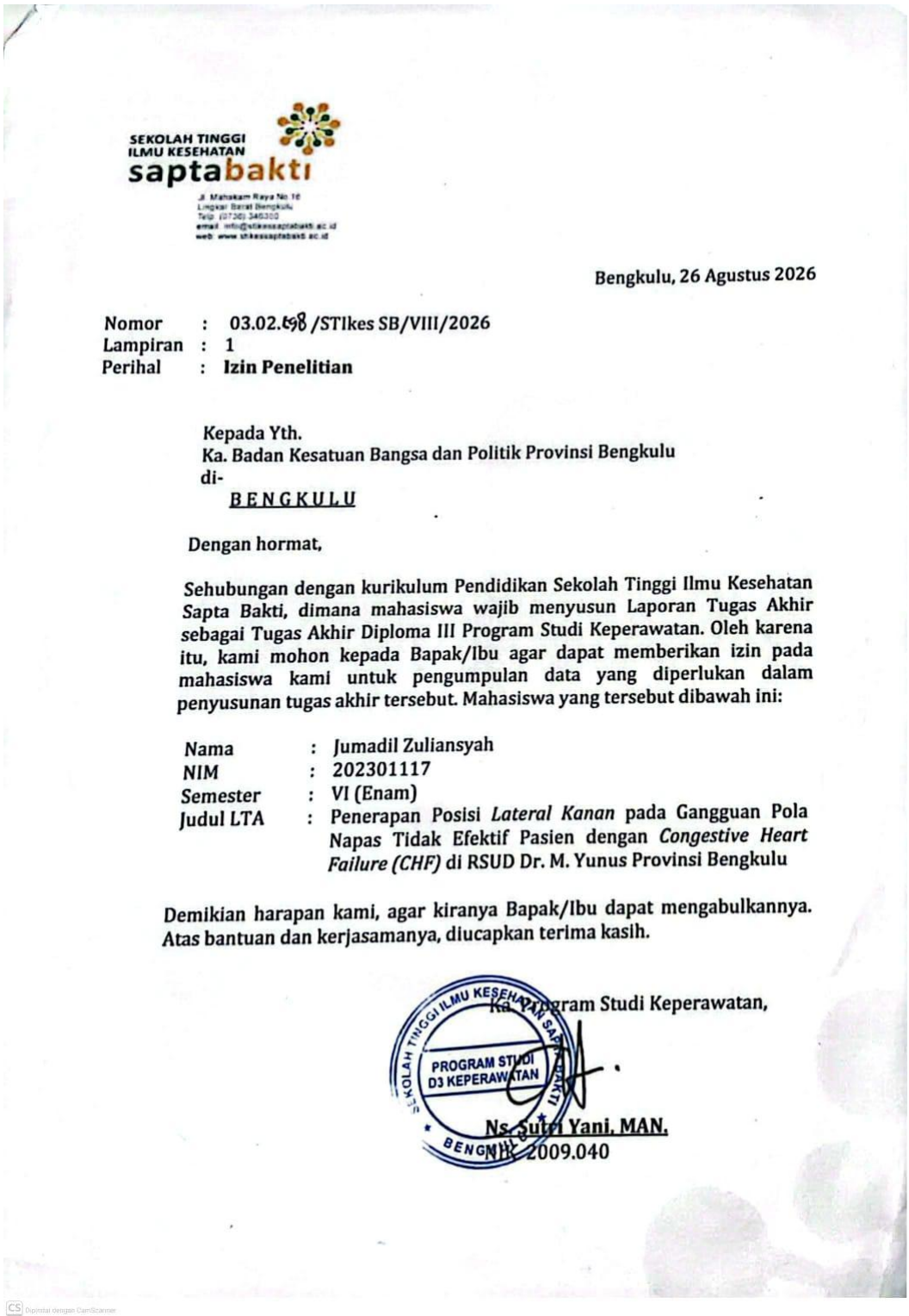
Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.
On behalf of the Research Ethics Committee (REC), I hereby give ethical approval in respect of the undertakings contained in the above mention research protocol. The approval is based on 7 (seven) WHO 2011 Standard and Guidance part III, namely Ethical Basis for Decision-making with reference to the fulfilment of 2016 CIOMS Guideline (see enclosed).
Pernyataan Layak Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 03 Agustus 2026 sampai dengan tanggal 03 Agustus 2027.
This declaration of ethichs applies during the period 03 August *2026 until* 03 August *2027.*

03 Agustus 2026
Ketua Komite Etik Penelitian

Ns. Novi Lasmadasari, M. Kep

CS Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 10 Surat Pengantar Izin Penelitian Kesbangpol



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
saptabakti

Jl. Mahakam Raya No. 16
Lingkar Barat Bengkulu
Telp. (0736) 346300
email : info@stikessaptabakti.ac.id
web : www.stikessaptabakti.ac.id

Bengkulu, 26 Agustus 2026

Nomor : 03.02.698 /STIkes SB/VIII/2026
Lampiran : 1
Perihal : **Izin Penelitian**

Kepada Yth.
Ka. Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bengkulu
di-
BENGKULU

Dengan hormat,

Sehubungan dengan kurikulum Pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti, dimana mahasiswa wajib menyusun Laporan Tugas Akhir sebagai Tugas Akhir Diploma III Program Studi Keperawatan. Oleh karena itu, kami mohon kepada Bapak/Ibu agar dapat memberikan izin pada mahasiswa kami untuk pengumpulan data yang diperlukan dalam penyusunan tugas akhir tersebut. Mahasiswa yang tersebut dibawah ini:

Nama	:	Jumadil Zuliansyah
NIM	:	202301117
Semester	:	VI (Enam)
Judul LTA	:	Penerapan Posisi *Lateral Kanan* pada Gangguan Pola Napas Tidak Efektif Pasien dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* di RSUD Dr. M. Yunus Provinsi Bengkulu

Demikian harapan kami, agar kiranya Bapak/Ibu dapat mengabulkannya. Atas bantuan dan kerjasamanya, diucapkan terima kasih.

Ka. Program Studi Keperawatan,

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
BENGKULU

Ns. Sutri Yani, MAN.
NIK. 2009.040

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 11 Surat Balasan Kesbangpol

PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jalan Batang Hari No.108, Kelurahan Tanah Patah, Kecamatan Ratu Agung, Kota Bengkulu
Website: https://dpmptsp.bengkuluprov.go.id I Email: dpmptsp@bengkuluprov.go.id
BENGKULU 38224

REKOMENDASI
Nomor : 503/82.650/1069/DPMPTSP-P.4/2026

TENTANG PENELITIAN

Dasar :
1. Peraturan Gubernur Bengkulu Nomor 13 Tahun 2022 Tentang Pendelegasian Wewenang Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan Berusaha Berbasis Resiko dan Non perizinan Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
2. Surat Ka. Program Studi Keperawatan STIKES Sapta Bakti Bengkulu
Nomor : 03.02.543/STIKes SB/VIII/2026, Tanggal 15 Agustus 2026 Perihal Rekomendasi Penelitian. Permohonan diterima tanggal 18 Agustus 2026.

Nama / NPM	:	JUMADIL ZULIANSYAH/202301117
Pekerjaan	:	Mahasiswa
Maksud	:	Melakukan Penelitian
Judul Proposal Penelitian	:	Penerapan Posisi Lateral Kanan pada Gangguan Pola Napas Tidak Efektif Pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di RSUD Dr. M. Yunus Provinsi Bengkulu
Daerah Penelitian	:	UPTD Khusus RSUD dr. M. Yunus Bengkulu
Waktu Penelitian/Kegiatan	:	19 Agustus 2026 s.d 19 September 2026
Penanggung Jawab	:	Ka. Program Studi Keperawatan STIKES Sapta Bakti Bengkulu

Dengan ini merekomendasikan penelitian yang akan diadakan dengan ketentuan :

a. Sebelum melakukan penelitian harus melapor kepada Gubernur/Bupati/Walikota Cq.Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik atau sebutan lain setempat.
b. Harus mentaati semua ketentuan Perundang-undangan yang berlaku.
c. Selesai melakukan penelitian agar melaporkan/menyampaikan hasil penelitian kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bengkulu.
d. Apabila masa berlaku Rekomendasi ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan penelitian belum selesai, perpanjangan Rekomendasi Penelitian harus diajukan kembali kepada instansi pemohon.
e. Rekomendasi ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku, apabila ternyata pemegang surat rekomendasi ini tidak mentaati/mengindahkan ketentuan-ketentuan seperti tersebut di atas.

Demikian Rekomendasi ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

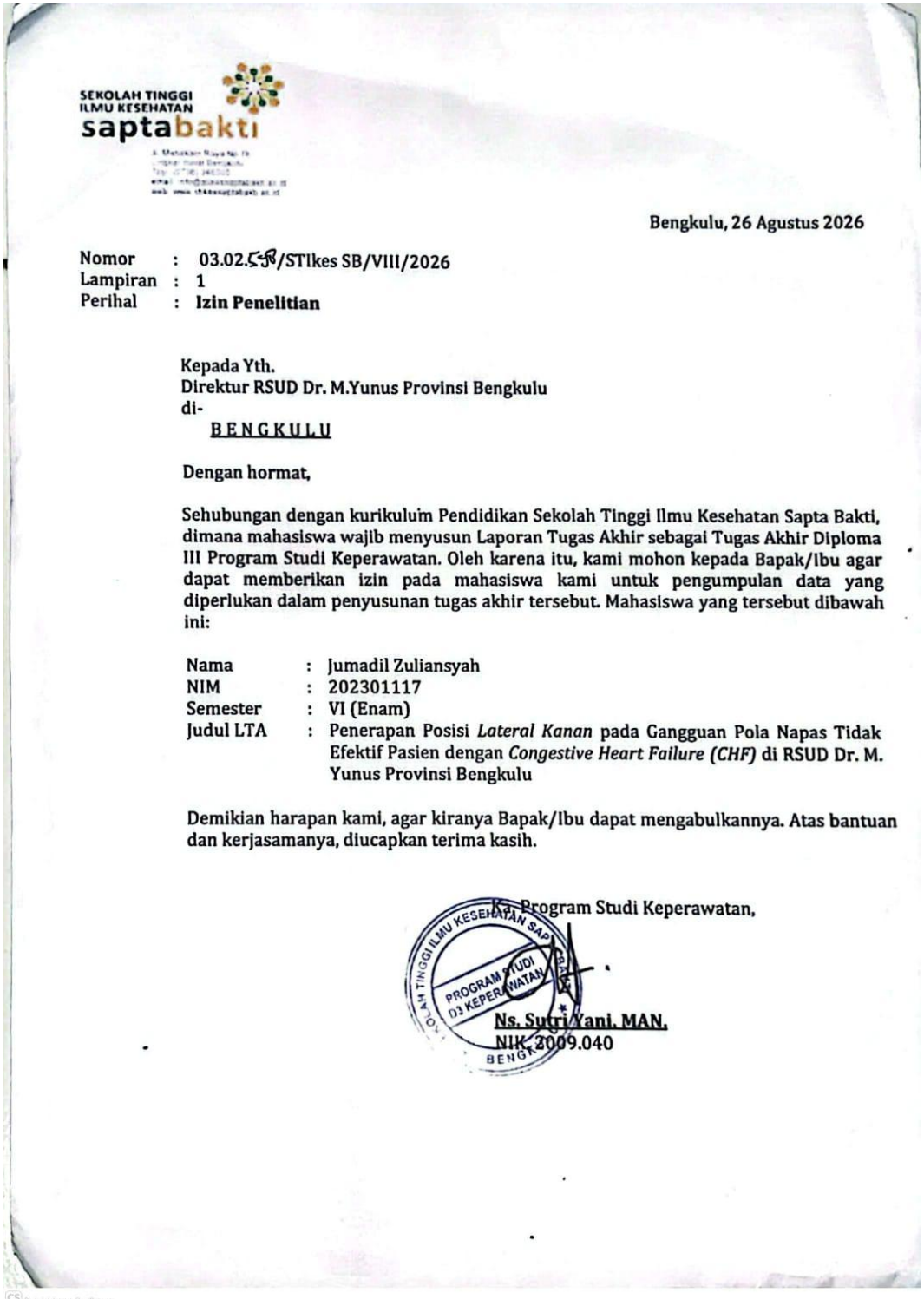
Ditetapkan di : Bengkulu
Pada tanggal : 18 Agustus 2026

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU PROVINSI BENGKULU

KHIRDES LAPENDO PASJU, S.STP.,M.Si
Pembina Utama Muda (IV/c)
NIP. 198112282000121001

Tembusan disampaikan kepada Yth :
1. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bengkulu
2. Ka. Program Studi Keperawatan STIKES Sapta Bakti Bengkulu
3. Yang Bersangkutan

Lampiran 12 Surat Pengantar Izin Penelitian



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN saptabakti

Bengkulu, 26 Agustus 2026

Nomor : 03.02.[illegible]/STIkes SB/VIII/2026
Lampiran : 1
Perihal : **Izin Penelitian**

Kepada Yth.
Direktur RSUD Dr. M.Yunus Provinsi Bengkulu
di-
BENGKULU

Dengan hormat,

Sehubungan dengan kurikulum Pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti, dimana mahasiswa wajib menyusun Laporan Tugas Akhir sebagai Tugas Akhir Diploma III Program Studi Keperawatan. Oleh karena itu, kami mohon kepada Bapak/Ibu agar dapat memberikan izin pada mahasiswa kami untuk pengumpulan data yang diperlukan dalam penyusunan tugas akhir tersebut. Mahasiswa yang tersebut dibawah ini:

Nama	:	Jumadil Zuliansyah
NIM	:	202301117
Semester	:	VI (Enam)
Judul LTA	:	Penerapan Posisi *Lateral Kanan* pada Gangguan Pola Napas Tidak Efektif Pasien dengan *Congestive Heart Failure (CHF)* di RSUD Dr. M. Yunus Provinsi Bengkulu

Demikian harapan kami, agar kiranya Bapak/Ibu dapat mengabulkannya. Atas bantuan dan kerjasamanya, diucapkan terima kasih.

Ka. Program Studi Keperawatan,

Ns. Sutri Yani, MAN.
NIK. 2009.040

Lampiran 13 Surat Rekomendasi/Balasan Pengambilan Data Penelitian

PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
DINAS KESEHATAN
UPTD KHUSUS RSUD dr. M. YUNUS
Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax (0736) 52007

Bengkulu, 31 Agustus 2026

Nomor : 074/ 491 /BID-DIK/VIII/2026
Lampiran : -
Perihal : Permohonan izin Penelitian

Kepada Yth.
Kabid. Pelayanan Keperawatan
di-
Bengkulu

Menindaklanjuti surat dari Ka. Program Studi Keperawatan Stikes Sapta Bakti Bengkulu Nomor : 03.02.558/STIkes SB/VIII/2026, Perihal penelitian mahasiswa:

Nama	:	**JUMADI ZULIANSYAH**
NIM	:	202301117
Prodi	:	DIII Keperawatan
Judul Penelitian	:	Penerapan Posisi Lateral Kanan pada Gangguan Pola Napas Tidak Efektif Pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu
Ruangan	:	ICCU

Bersama ini kami mohon kesediaan unit bersangkutan untuk memberikan izin dan pendampingan terhadap mahasiswa yang akan melakukan penelitian dalam bentuk perlakuan terhadap perawat, terhitung mulai 31 Agustus s.d 30 September 2026. Setelah melakukan penelitian yang bersangkutan wajib melaporkan hasil penelitian ke Bidang Pendidikan.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

KEPALA BIDANG PENDIDIKAN

ATMAN CUSMADI, SKM
Pembina Tk I/IV.B
NIP. 19730809 199303 1 003

Bengkulu, 31/08 2026
Bidang Pelayanan Keperawatan
Katim Rawat Inap

HERRY NOVERIZAL, SKM
NIP. 19701119 199903 1 001

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 14 Dokumentasi Tindakan




6 Sep 2026 09.04.00
3.8345581S 102.3149938E
54° NE
Sido Mulyo
Kecamatan Gading Cempaka
Kota Bengkulu
Bengkulu
Altitude:25.0msnm
Index number: 8
Jl. Hibrida
Jl. Hibrida XII
RSUD Dr. M.
Bebek Sambal
Pecut Bengkulu
Google


N
E
S
W
7 Sep 2026 09.55.12
3.8345583S 102.3149948E
11° N
Sido Mulyo
Kecamatan Gading Cempaka
Kota Bengkulu
Bengkulu
Altitude:25.0msnm
Index number: 4
Jl. Hibrida
Jl. Hibrida XIII
RSUD Dr. M.
hus Bengkulu
Bebek Sambal
Pecut Bengkulu
Google

Lampiran 15 Format lembar observasi tindakan keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Target Evaluasi	Respon Pasien				
				Sebelum Intervensi	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3	Setelah Intervensi
1	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005) ditandai pasien mengatakan sesak napas meskipun tidak melakukan aktivitas apapun, RR : 30x/menit, SpO_2 : 89%, pola napas cepat dan dangkal, terdengar fine crackles pada kedua basal paru terutama posterior, serta *modified borg dyspnea scale*	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapakan pola napas (L.01004) meningkat **Kriteria hasil :** 1. Dispnea menurun (5) 2. Penggunaan otot bantu napas menurun (5) 3. Pernapasan cuping hidung menurun (5) 4. Frekuensi napas membaik (5) 5. Kedalaman nafas membaik (5) 6. Kapasitas vital meningkat (5)	1. Pasien mengatakan sesak napas berkurang 2. Frekuensi napas normal (16–20×/menit) 3. SpO_2 meningkat ≥ 95%. 4. Pasien tampak lebih tenang, tidak gelisah	S: 1. Tn. S mengatakan sesak napas meskipun tidak melakukan aktivitas apapun O: 1. Tn. S tampak sesak napas 2. TD : 109/85 mmHg 3. N: 73x/menit 4. RR : 30x/menit 5. SPO_2 : 89% A: Masalah belum tertasi	S: 1. Tn. S mengatakan masih sesak napas 2. Tn mengatakan masih lemah O: 1. Tn S. Mengatakan masih sesak napas namun sudah berkurang dari hari sebelumnya 2. RR:28x/menit	S: 1. Tn. S mengatakan masih sesak napas namun sudah berkurang 2. Tn. S mengatakan masih merasa masih lemah namun sedikit lebih nyaman O: 1. Tn. S tampak lebih tenang dibandingkan hari sebelumnya	S: 1. Tn. S Mengatakan sesak napas sudah jauh berkurang 2. Tuan. S mengatakan lebih merasa nyaman dan tidak terlalu lemah O: 1. Tn S Tampak lebih tenang dan nyaman 2. Tn. S Tidak tampak gelisah 3. TD: 110/80 mmhg N:72x/menit RR: 23x/menit	S: 1. Pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang dan merasa lebih nyaman setelah dilakukan penerapan posisi lateral kanan O: 1. Pasien tampak lebih rileks dan tidak

	skor 7 (sesak berat).			P: Intervensi dilanjutkan	SPO_2 : 91% modified borg dyspnea scale: 4 (sesak sedang) pola napas cepat dan dangkal, pasien mengeluh sesak, terdengar fine crackles pada kedua basal paru terutama posterior A: Masalah Belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	2. Tn. S tampak gelisah berkurang 3. TD: 107/82 mmhg N:75x/menit RR: 26x/menit SPO_2 : 94% Modified borg dyspnea scale: 3 (sesak ringan) Keluhan sesak napas berkurang diabndingkan hari pertama A: Masalah belum Teratasi P: Intervensi dilanjutkan	SPO_2 : 97% Modified borg dyspnea scale: 1 (sesak sangat ringan) Pola napas lebih teratur dan kedalaman napas membaik, fine crackles berkurang A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan	terlalu gelisah seperti awal masuk rumah sakit 2. TTV TD: 110/80 mmhg N:72x/menit RR: 26x/menit SPO_2 : 97% Modified borg dyspnea scale: 1 (sesak sangat ringan) Pola napas lebih teraturdan kedalaman napas membaik, fine crackles berkurang 3. Keluarga mampu melakukan terapi sesuai dengan SOP A: Masalah teratasi

								P: Intervensi dihentikan
2.	Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas jantung (D.0008) ditandai dengan pasien mengatakan mudah lelah dan lemah, mengalami sesak napas terutama saat berbaring, terkadang terbangun pada malam hari karena sesak (paroxysmal nocturnal dyspnea), nadi : 73x/menit, TD : 109/85 mmHg, nadi perifer teraba agak lemah, terdapat edema pitting +1 pada	Setelah dilakukan tindakan keperawan diharapkan curah jantung (L.02008) meningkat Kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi perifer meningkat (5) 2. Takikardia menurun (5) 3. Lelah menurun(5) 4. Dispnea menurun(5) 5. *pulmonary vascular resistance* (PVR) menurun (5) 6. Tekanan darah membaik(5)	1. Pasien mengungkapkan bahwa sesak dan kelelahan **berkurang** dibanding sebelumnya. 2. TD stabil di bawah 140/90 mmHg tanpa menimbulkan hipotensi. 3. Nadi normal dalam kisaran 60–100 ×/menit secara konsisten 4. Pasien mampu melakukan aktivitas ringan tanpa mengalami sesak atau kelelahan berat.	S: 1. Tn. S mengatakan sesak napas meskipun tidak melakukan aktivitas apapun O: 1. Tn. S tampak sangat sesak jika tidak terpasang oksigen 2. TD:109/85 mmhg 3. N: 73x/menit 4. RR: 30x/menit 5. SPO_2 : 89% 6. Nadi perifer agak lemah 7. Edema pitting +1 pada kedua ekstremitas	S: Pasien masih tampak sesak O: TD: 109/85 mmhg, N: 73x/menit, SPO_2 : 91%. edema pitting +1 Nadi perifer masih agak lemah A: Masalah belum teratasi P: Intervsensi dilanjutkan	S: Tn. S mengatakan sesak mulai berkurang dan masih merasa lemah, tetapi lebih nyaman O: TD 107/82 mmHg, N 75x/menit, RR 26x/menit, SpO_2 94%. Sesak dan kelelahan berkurang. A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan	S: Tn. S mengatakan sesak jauh berkurang, badan lebih nyaman dan tidak terlalu lelah saat melakukan aktivitas ringan. O: Tn. S tampak lebih tenang dan nyaman. TD 110/80 mmHg, N 72x/menit, RR 23x/menit, SpO_2 97%. Toleransi aktivitas ringan membaik dan keluhan lelah berkurang A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi dihentikan	S: Tn. S mengatakan sesak dan kelelahan sudah berkurang serta merasa lebih nyaman. O: Tn. S tampak nyaman dan tidak gelisah. TD 110/80 mmHg, N 72x/menit, RR 23x/menit, SpO_2 97%. Sesak dan kelelahan berkurang A: Masalah teratasi sebagian

	kedua ekstremitas bawah, terdengar bunyi jantung S3, hasil EKG menunjukkan irama sinus, dan hasil ekokardiografi menunjukkan LVEF ±40%.			bawah A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan				P: Intervensi dihentikan
3.	Intoleransi aktivitas b.d ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056) ditandai dengan pasien mengatakan merasa lelah dan lemah setelah melakukan aktivitas, mengalami sesak napas saat/setelah melakukan aktivitas ringan, merasa tidak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kelelahan menurun, aktivitas (L.05047) meningkat **Kriteria hasil :** 1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (5) 2. Keluhan lelah menurun (5) 3. Dispnea saat	1. Pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara bertahap. 2. Keluhan lelah berkurang. 3. Dispnea saat aktivitas berkurang. 4. Dispnea setelah aktivitas berkurang. 5. Perasaan lemah berkurang. 6. Frekuensi nadi berada dalam rentang normal. 7. SpO_2 meningkat ≥95%. 8. Frekuensi napas	S: Tn. S mengatakan mudah lelah dan lemah setelah melakukan aktivitas. Pasien mengatakan sesak saat melakukan aktivitas ringan dan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas. O: Pasien tampak	S: Tn. S mengatakan masih merasa lelah dan lemah setelah melakukan aktivitas ringan serta masih merasa sesak. O: Pasien masih tampak lemah dan mudah lelah setelah aktivitas ringan. RR 28x/menit, N	S: Tn. S mengatakan rasa lelah masih ada tetapi sudah berkurang. Pasien mengatakan sesak saat aktivitas ringan mulai berkurang. O: Pasien tampak lebih mampu melakukan aktivitas ringan. RR 26x/menit, N 75x/menit, SpO_2 94%. Keluhan sesak dan lelah	S: Tn. S mengatakan lebih kuat melakukan aktivitas ringan dan rasa lelah serta sesak sudah jauh berkurang. O: Pasien tampak lebih kuat dan mampu melakukan aktivitas ringan dengan bantuan minimal. RR 23x/menit, N 72x/menit, SpO_2 97%. Tidak tampak sianosis	S: Tn. S mengatakan mampu melakukan aktivitas ringan dengan lebih nyaman, tidak mudah lelah dan sesak seperti sebelumnya. O: Pasien tampak lebih nyaman dan mampu melakukan aktivitas ringan dengan lebih mandiri. RR

	nyaman setelah beraktivitas, tampak mudah lelah setelah aktivitas ringan, aktivitas fisik terbatas dan membutuhkan bantuan minimal dalam melakukan aktivitas ringan, serta sianosis tidak ditemukan	aktivitas menurun (5) 4. Dispnea setelah aktivitas menurun (5) 5. Perasaan lemah menurun (5) 6. Frekuensi nadi membaik (5) 7. Saturasi oksigen membaik (5) 8. Frekuensi napas membaik(5)	membaik menuju 16–20x/menit	lemah dan mudah lelah. Aktivitas fisik terbatas dan membutuhkan bantuan minimal. RR 30x/menit, N 73x/menit, SpO_2 89%. A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan	73x/menit, SpO_2 91%. Aktivitas masih membutuhkan bantuan minimal. A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	berkurang A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan	23x/menit, N 72x/menit, SpO_2 97%. Keluhan lelah dan sesak setelah aktivitas berkurang. A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan