

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1. Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran lokasi Pengambilan Data

Pengambilan data dilaksanakan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso, yang merupakan unit pelayanan kegawatdaruratan yang memberikan pelayanan awal pada pasien dengan kondisi mengancam jiwa maupun kegawatan medis lainnya. IGD ini menjadi pintu masuk utama pasien yang datang melalui rujukan maupun non-rujukan, dengan system pelayanan berbasis triase untuk menentukan prioritas penanganan sesuai tingkat kegawatan pasien.

IGD RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso terbagi menjadi beberapa area pelayanan, yaitu area triase untuk penilaian awal pasien, ruang resusitasi untuk penanganan kegawat daruratan yang membutuhkan tindakan segera, ruang observasi untuk pemantauan pasien dengan kondisi stabil namun masih memerlukan pengawasan ketat, serta zona perawatan yang dibagi berdasarkan tingkat kegawatan (zona merah, kuning, dan hijau). Selain itu terdapat ruang tindakan, ruang nurse station, serta akses ambulance bay sebagai jalur masuk pasien gawat darurat. IGD ini melayani berbagai kasus kegawat daruratan seperti gangguan kardiovaskular, respirasi, trauma, dan kondisi kritis lainnya dengan fokus pada stabilisasi cepat, pemantauan hemodinamik, serta penanganan awal sebelum pasien dipindahkan ke ruang perawatan lanjutan.

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Klien

Tabel 4. 1 Identitas Klien

No	Identitas	Klien 1	Klien 2	Klien 3
1.	Nama	Ny.E	Ny.N	Tn.M
2.	Umur	71 tahun	38 tahun	57 tahun
3.	Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan	Laki-laki
4.	Alamat	Perum Bataan	Sukorejo	Jurang sapi, Tapen
5.	Agama	Islam	Islam	Islam
6.	Status	Cerai Mati	Menikah	Menikah

2) Keluhan Utama

Tabel 4. 2 Keluhan Utama

Keterangan	Klien 1	Klien 2	Klien 3
Keluhan Utama	Pasien mengatakan sesak, mual muntah serta lemas	Pasien mengatakan sesak berat hingga dada sakit	Pasien datang dengan penurunan kesadaran dan disertai sesak

3) Riwayat Penyakit

Tabel 4. 3 Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2	Klien 3
Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien datang dengan keluhan sesak napas terasa berat, Ngosor sejak 3 hari sebelum masuk IGD, pasien sesak berat sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit, dengan tambahan mual, muntah, lemas dan wajah bengkak, kaki pitting edema. Di igd pasien tetap mengeluhkan	Pasien datang ke IGD dengan keluhan utama sesak napas, sesak dirasakan sejak kurang lebih 1 bulan yang lalu muncul perlahan dan semakin memberat terutama saat beraktifitas. Berjalan sedikit terasa sesak bahkan saat beraktifitas	Pasien datang ke igd dengan keluhan sesak sejak tadi malam, sesak berkurang saat pasien posisi setengah duduk, keluhan disertai dengan kedua tungkai kaki bengkak sejak 1 bulan yang lalu

	keluhan yang sama sampai dengan pengkajian.	ringan. Pasien juga mengeluh nyeri dada sebelah kiri. Pada saat diIGD dan pengkajian pasien mengeluh sesak, pusing dan mual. Pasien juga mengatakan kedua tungkai kaki bengkak sudah beberapa minggu yang lalu	
Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien post Krs dengan HHHF +DM+AKI	Hipertensi,	DM tidak terkontrol, asam urat, kolestrol
Riwayat Penyakit Keluarga	Ayah pasien memiliki riwayat penyakit Dm dan Hipertensi	Keluarga memiliki riwayat penyakit Hipertensi	Keluarga tidak memiliki riwayat penyakit kronis

4) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4. 4 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Klien 1	Klien 2	Klien 3
Triase Awal	P2	P2	P1
GCS	E4 V5 M6	E4 V5 M6	E2 V3 M4
Kesadaran	Composmentis	Composmentis	Samnolen
Keadaan Umum	Lemah	Lemah	Lemah
Vital Sign	Td : 93/60 mmhg Nadi : 119x/menit RR : 22x/menit Suhu : 36,5 Spo2 : 95%	Td : 86/62 mmhg MAP : 70 mmhg Nadi : 101x/menit RR : 30x/menit Suhu : 36,1 Spo2 : 95%	Td : 80/60 mmhg MAP : 67 mmhg Nadi : 111x/menit RR : 28x/menit Suhu : 36,5 Spo2 : 92%
Airway	Jalan napas paten, tidak terdapat sumbatan jalan napas, tidak terdapat sekret,	Jalan napas paten, tidak terdapat sumbatan jalan napas.	Jalan napas paten, tidak terdapat sumbatan jalan napas, tidak terdapat sekret berlebih, pasien masih mampu

	pasien mampu berbicara dengan baik.		mempertahankan jalan napas secara mandiri.
<i>Breathing</i>	RR 22 x/menit, SpO ₂ 92%, pasien tampak sesak napas, pola napas takipneuringan, ekspansi dada simetris, terdengar ronkibasal pada kedua lapang paru.	RR 30 x/menit, SpO ₂ 95%, takipnea. Sesak napas saat berbaring, ekspansi dada simetris, terdengar ronkhi basah, penggunaan otot bantu napas	RR 28 x/menit, SpO ₂ 92%, pasien tampak sesak napas, penggunaan otot bantu napas ringan, ekspansi dada simetris, terdengar ronki basah bilateral.
<i>Circulation</i>	TD 93/60 mmHg, MAP : 71 mmhg nadi 100 x/menit teraba lemah dan teratur, CRT > 3 detik, akral dingin, Kulit pucat, perfusi perifer menurun, terdapat edema pitting pada kedua tungkai bawah Grade 2	TD 96/72 mmHg, nadi 101 x/menit teraba teratur. Akral dingin, perfusi menurun, pasien tampak lemas Edema kedua tungkai kaki grade 2	TD 80/60 mmHg, nadi 111 x/menit teraba cepat dan lemah, perfusi perifer menurun, akral teraba dingin, CRT > 3 detik, kulit tampak pucat. Bengkak pada kedua kaki dengan grade 3
<i>Disability</i>	Compos mentis, GCS E4V5M6 (15), pasien kooperatif, orientasi baik terhadap orang, tempat, dan waktu, pupil isokor, reflex cahaya positif (+/+), tidak tampak deficit neurologis.	Kesadaran compos mentis, GCS E4V5M6 (15), orientasi baik, pupil isokor, reflex cahaya (+/+).	Kesadaran somnolen, GCS 9 (E2V3M4), pasien tampak mengantuk, respons terhadap panggilan melambat, pupil isokor, reflex cahaya (+/+).
<i>Exposure</i>	Suhu 36,5°C, kulit tampak dingin, terdapat edema pitting pada kedua tungkai bawah Grade 2, tidak ditemukan luka, perdarahan,	Suhu 36,1°C, tidak terdapat luka, perdarahan, maupun deformitas.	Suhu 36,5°C, kulit tampak pucat, tidak terdapat luka maupun perdarahan aktif, tidak ditemukan deformitas.

	maupun deformitas.		
--	--------------------	--	--

5) Pemeriksaan Head To Toe Asesment

Tabel 4.5 Pemeriksaan Head To Toe Asesment

Head To Toe	Klien 1	Klien 2	Klien 3
Kepala	Bentuk : simetris Kulit Kepala : tidak ada kelainan Rambut : Kotor Wajah : Pucat Ubun-Ubun : Tidak ada kelainan	Bentuk : simetris Kulit Kepala : tidak ada kelainan Rambut : Bersih Wajah : Pucat Ubun-Ubun : Tidak ada kelainan	Bentuk : simetris Kulit Kepala : bersih Rambut : Bersih Wajah : Pucat Ubun-Ubun : Tidak ada kelainan
Mata	Mata : simetris Kelopak mata : Tidak ada kelainan Konjungtiva : anemis Sklera : tidak ada kelainan Pupil : Refleks positif, Diameter isokor Kornea dan Iris : Tidak ada kelainan Pengerakan bola mata : Keenam arah	Mata : simetris Kelopak mata : Tidak ada kelainan Konjungtiva : tidak anemis Sklera : tidak ada kelainan Pupil : Refleks positif, Diameter isokor Kornea dan Iris : Tidak ada kelainan Pengerakan bola mata : Keenam arah	Mata : simetris Kelopak mata : Tidak ada kelainan Konjungtiva : anemis Sklera : tidak ada kelainan Pupil : Refleks positif, Diameter isokor Kornea dan Iris : Tidak ada kelainan Pengerakan bola mata : tidak terkaji
Hidung	Tulang Hidung : simetris Lubang Hidung : Lembab Mukosa hidung : basah	Tulang Hidung : simetris Lubang Hidung : kering Mukosa hidung : Kering	Tulang Hidung : simetris Lubang Hidung : kering Mukosa hidung : Kering
Telinga	Bentuk : simetris Lubang Telinga	Bentuk : simetris Lubang Telinga : Kotor Prosesus mastoideus :	Bentuk : simetris Lubang Telinga : bersih Prosesus mastoideus :

	: kotor Prosesus mastoides : Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan
Mulut	Bibir : Kering Gigi dan gusi : Tidak ada perdarahan Lidah : Warna merah merata Rongga Mulut : sekret	Bibir : Kering Gigi dan gusi : Tidak ada perdarahan Lidah : Warna merah merata Rongga Mulut : Napas berbau	Bibir : Sianosis Gigi dan gusi : Tidak ada perdarahan Lidah : Warna merah merata Rongga Mulut : Napas berbau
Leher	Trakea : Simetris Vena Jugularis : Tidak ada kelainan	Trakea : Simetris Vena Jugularis : Tidak ada kelainan	Trakea : Simetris Vena Jugularis : Distensi Vena jugularis
Thorax/Paru	Bentuk : Normal Chest Pernapasan : Dyspnea Suara napas : Ronchi basah Perkusi : sonor Palpasi : Kanan=kiri	Bentuk : Normal Chest Pernapasan : Dyspnea Suara napas : tidak ada suara napas tambahan Perkusi : sonor Palpasi : Kanan=kiri	Bentuk : Normal Chest Pernapasan : Dyspnea Suara napas : Ronchi basah bilateral Perkusi : sonor Palpasi : Kanan=kiri
Jantung	Inpeksi : Tidak tampak pulsasi prekordial abnormal, pasien tampak lemah Palpasi : Ictus cordis teraba, CRT > 3 detik, akral dingin, edema pitting kedua tungkai Grade 2 Perkusi : Batas jantung dalam batas normal Auskultasi :	Inpeksi : Tidak tampak pulsasi prekordial abnormal, pasien tampak sesak Palpasi : Ictus cordis teraba, perfusi perifer menurun, akral hangat Perkusi : Batas jantung dalam batas normal Auskultasi : Bunyi jantung S1-S2 terdengar, irama reguler, takikardi ringan	Inpeksi : Tidak tampak pulsasi prekordial abnormal, pasien tampak lemah dan pucat Palpasi : Ictus cordis teraba lemah, CRT > 3 detik, akral dingin, edema kedua tungkai Perkusi : Batas jantung dalam batas normal Auskultasi : Bunyi jantung S1-S2 terdengar lemah, irama takikardi

	Bunyi jantung S1-S2 terdengar, terdapat bunyi tambahan S3 (gallop), irama takikardi		
Abdomen	Bentuk : Simetris Peristaltik Usus : ada 12x/menit Benjolan/masa pada abdomen : tidak ada Turgor kulit : < 2 detik Perkusi : Sonor	Bentuk : Simetris Peristaltik Usus : ada 8x/menit Benjolan/masa pada abdomen : tidak ada Turgor kulit : < 2 detik Perkusi : Sonor	Bentuk : Simetris Peristaltik Usus : ada 8x/menit Benjolan/masa pada abdomen : tidak ada Turgor kulit : < 2 detik Perkusi : Sonor
Ektremitas	Tulang : Simetris Range of Motion : Aktif Palpasi : Kekuatan Otot : 5555/5555 Tanda-tanda fraktur : Tidak ada	Tulang : Simetris Range of Motion : Aktif Palpasi : Kekuatan Otot : 5555/5555 Tanda-tanda fraktur : Tidak ada	Tulang : Simetris Range of Motion : Terbatas Palpasi : Kekuatan Otot : 4444/3333 Tanda-tanda fraktur : Tidak ada
Pelvis dan Genetalia	Tidak ada kelainan	Tidak ada kelainan	Tidak ada kelainan

6) Terapi Obat

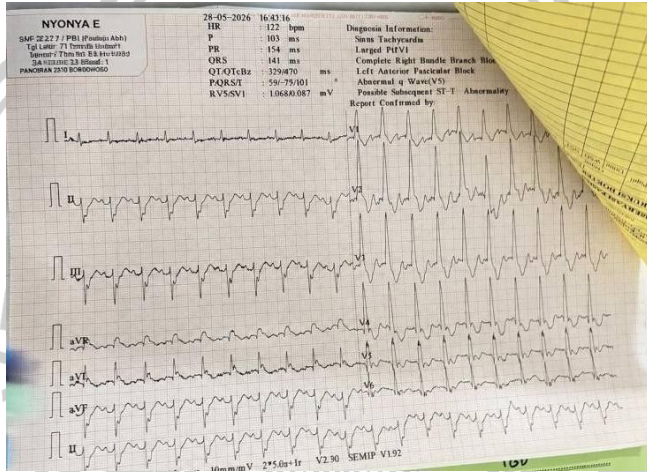
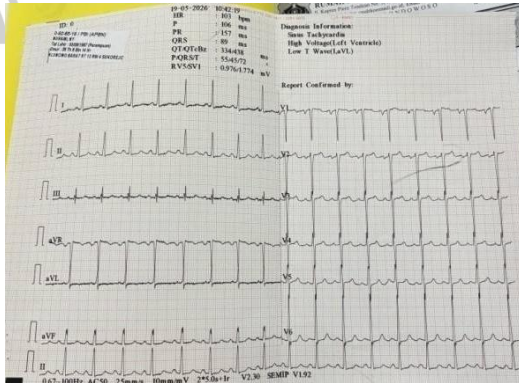
Tabel 4. 6 Terapi Obat

Klien 1	Klien 2	Klien 3
1. Nebul Combivent 1x1 amp 2. Injeksi sansulin rapid 3x4 unit 3. Moxifloaxacin 1x400 mg 4. Ondansetron 1x8 mg 5. Pantoprazole 1x40	1. Infus.Pz 500/24 jam 2. Pump NTE 2 Amp kcl 2cc/jam 3. Injeksi pantoprazole 1x40 mg 4. Pump furosemid 2,5 mg/1jam 5. Injeksi omeprazole	1. Infus PZ 7 tpm 2. Injeksi Furosemid 2 amp 3. Injeksi Omeprazole 4. Injeksi ondansetron 4 mg 5. Pump Norepinephrin 150 nano 4,2 cc/jam

6. Pump Norepinephrine 150 nano 4,2 cc/jam	1x40 mg 6. Injeksi ceftriaxzone 1x49 mg	
7. Pump Furosemid 2 amp		

8. Laboratorium

Tabel 4. 7 EKG Klien

Klien	Laboratorium
Klien 1	 Irama sinus takikardia dengan frekuensi jantung 110–120 kali/menit, irama reguler, gelombang P tampak mendahului setiap kompleks QRS, interval PR dalam batas normal, kompleks QRS sempit. Tidak tampak elevasi maupun depresi segmen ST yang signifikan.
Klien 2	 Irama sinus takikardi dengan frekuensi jantung 107 kali/menit, irama

	reguler. Gelombang P tampak mendahului setiap kompleks QRS. Kompleks QRS sempit (89 ms). Tampak gambaran voltase tinggi yang mengarah pada hipertrofi ventrikel kiri (Left Ventricular Hypertrophy/LVH). Terdapat perubahan gelombang T berupa low T wave pada sadapan I dan aVL. Tidak tampak elevasi segmen ST akut.
Klien 3	ECG strip for Klien 3. The strip shows a regular sinus rhythm with a heart rate of 180 bpm. The P wave is visible before each QRS complex. The QRS complex is narrow (89 ms). The ST segment shows depression in leads V2-V6, and the T wave is abnormal in leads I, II, III, aVF, V4, V5, and V6. The diagnosis information is: Sinus Tachycardia, ST Depression (V2, V3, V4, V5, V6), T Wave Abnormality (I, II, III, aVF, V4, V5, V6). Irama sinus takikardi dengan frekuensi jantung sekitar 180 kali/menit, irama reguler. Kompleks QRS sedikit melebar (116 ms). Tampak depresi segmen ST pada sadapan prekordial V2–V6 disertai abnormalitas gelombang T pada sadapan I, II, III, aVF, V4, V5, dan V6. Gambaran ini menunjukkan adanya gangguan repolarisasi miokard dan kemungkinan iskemia subendokardial.
Klien 1	Chest X-ray for Klien 1. The image shows a frontal view of the chest. The heart silhouette is enlarged (cardiomegaly). There are bilateral bronchovascular markings and opacities in the lower lung fields, suggesting pulmonary congestion. There is no evidence of pneumothorax. Tampak pembesaran siluet jantung (kardiomegali) dengan peningkatan corakan bronkovaskular paru bilateral. Terlihat opasitas pada lapang paru bawah yang mengarah pada kongesti paru. Tidak tampak pneumotoraks.

Klien2	 Tampak pembesaran siluet jantung ringan hingga sedang. Corakan vaskular paru meningkat terutama di daerah perihilar dan basal paru. Tidak tampak infiltrat luas maupun efusi pleura yang jelas.
Klien 3	 Tampak pembesaran siluet jantung (kardiomegali) disertai opasitas difus bilateral terutama pada daerah perihilar dan basal paru yang mengarah pada edema paru kardiogenik. Tampak kongesti vaskular paru yang nyata.
Klien 1	Darah Lengkap <i>Terlampir</i>
Klien 2	Darah Lengkap <i>Terlampir</i>
Klien 3	Darah Lengkap <i>Terlampir</i>

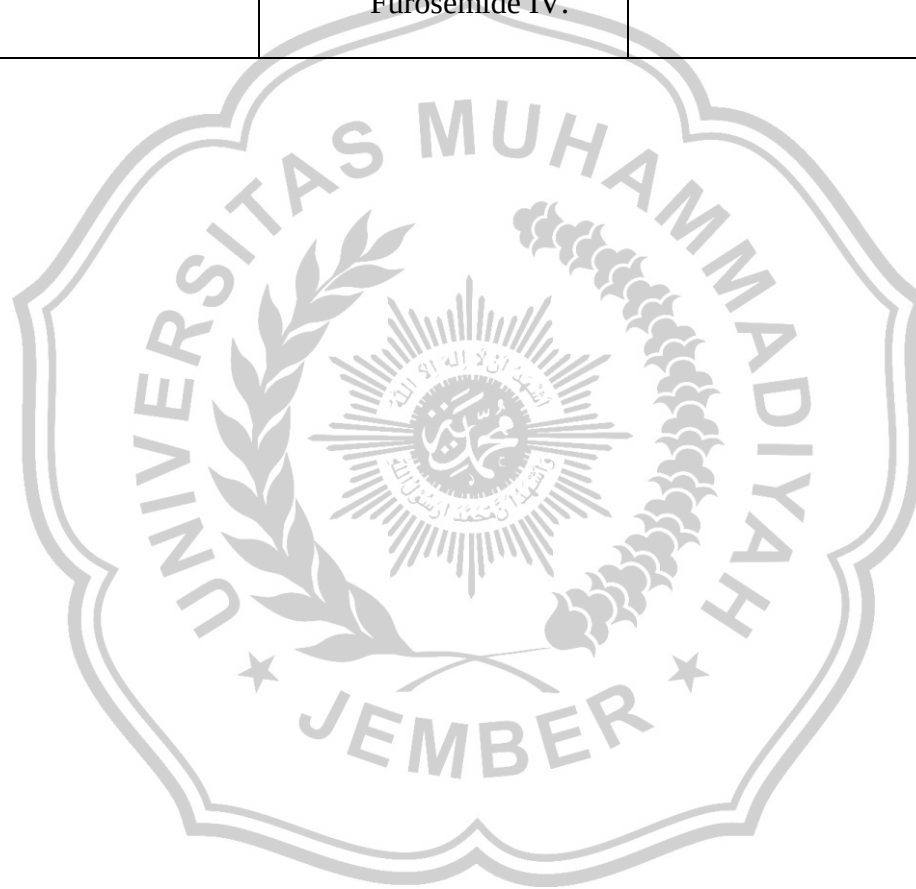
4.1.3 Perencanaan Keperawatan

Tabel 4. 8 Perecanaan Keperawatan

No .	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Penurunan Curah Jantung (D.0008)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tekanan darah membaik. 2. Frekuensi nadi membaik. 3. Kekuatan nadi perifer meningkat. 4. CRT membaik ≤ 2 detik. 5. Akral teraba hangat. 6. Distensi vena jugularis menurun. 7. Edema perifer menurun. 8. Produksi urine meningkat. 9. Saturasi oksigen meningkat $\geq 95\%$. 10. Sesak napas	Perawatan Jantung () Observasi 1. Identifikasi tanda penurunan curah jantung. 2. Monitor tekanan darah. 3. Monitor frekuensi dan irama nadi. 4. Monitor CRT. 5. Monitor warna dan suhu akral. 6. Monitor saturasi oksigen. 7. Monitor frekuensi napas. 8. Monitor penggunaan otot bantu napas. 9. Monitor edema perifer. 10. Monitor distensi vena jugularis. 11. Monitor produksi	1. Mengetahui tingkat keparahan gangguan perfusi dan menjadi dasar penentuan tindakan keperawatan. 2. Hipotensi merupakan indikator utama penurunan curah jantung dan syok kardiogenik. 3. Perubahan frekuensi dan irama nadi menunjukkan kompensasi tubuh atau gangguan hemodinamik akibat penurunan fungsi pompa jantung. 4. CRT menggambarkan perfusi perifer dan kecukupan sirkulasi jaringan. 5. Akral dingin dan pucat menunjukkan hipoperfusi perifer akibat penurunan curah jantung. 6. Menilai kecukupan oksigenasi dan efektivitas pertukaran gas. 7. Takipnea dapat terjadi sebagai kompensasi terhadap hipoksia dan kongesti paru. 8. Menunjukkan peningkatan kerja pernapasan akibat sesak napas dan edema paru. 9. Edema menunjukkan retensi cairan dan kongesti sistemik akibat gagal jantung. 10. Distensi vena jugularis menunjukkan

		menurun.	urine. 12. Monitor tingkat kesadaran. Terapeutik 1. Posisikan pasien semi Fowler 45°. 2. Pertahankan posisisemi Fowler. 3. Batasi aktivitas yang meningkatkan kebutuhan oksigen. 4. Berikan lingkungan tenang. 5. Observasi respon pasien setelah posisi semi Fowler. Edukasi 1. Jelaskan tujuan posisi semi Fowler. 2. Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowler. 3. Anjurkan melaporkan bila sesak bertambah. Kolaborasi Oksigen NRM 10	peningkatan tekanan vena sentral dan kongesti jantung kanan. 11. Produksi urine mencerminkan perfusi ginjal dan status curah jantung. 12. Penurunan kesadaran dapat menunjukkan hipoperfusi serebral. 13. Membantu ekspansi paru, mengurangi kongesti paru, menurunkan preload, dan mengurangi sesak napas. 14. Mempertahankan efek terapeutik terhadap ventilasi paru dan kenyamanan pasien. 15. Mengurangi beban kerja jantung dan konsumsi oksigen miokard. 16. Mengurangi stres dan stimulasi simpatis yang dapat meningkatkan kerja jantung. 17. Mengetahui efektivitas tindakan terhadap status respirasi dan hemodinamik pasien. 18. Meningkatkan pemahaman dan kerjasama pasien selama tindakan. 19. Membantu mempertahankan manfaat posisi terhadap oksigenasi dan curah jantung. 20. Memudahkan deteksi dini perburukan kondisi pasien. 21. Meningkatkan suplai oksigen jaringan dan mengurangi hipoksia. 22. Meningkatkan kontraktilitas miokard sehingga curah jantung meningkat. 23. Meningkatkan tekanan darah dan perfusi organ pada kondisi hipotensi berat. 24. Mengurangi kelebihan volume cairan, menurunkan kongesti paru, dan mengurangi
--	--	----------	--	---

			lpm. Dobutamine drip. Norepinephrine sesuai advis. Furosemide IV.	beban kerja jantung.
--	--	--	---	----------------------



4.1.1 Implementasi

1) Pasien 1

Tabel 4. 9 Implementasi Pasien 1

Diagnosa Keperawatan	04-05-2026		04-05-2026		04-05-2026	
	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi
Penurunan Curah Jantung (D.0008)	Sebelum Implementasi : TD 93/60 mmHg, nadi cepat teratur, CRT > 3 detik, akral dingin, edema tungkai, ronki paru, pasien tampak emfisematis, sesak napas, EKG sinus takikardi					
	15.00 – 15.26 WIB	1. Mengidentifikasi tanda penurunan curah jantung. Respon : Terdapat Penurunan Curah Jantung 2. Memonitor TD, N, RR, SpO ₂ , CRT. Respon : TD: 95/62 mmHg Nadi: 108 x/menit RR: 26 x/menit SpO ₂ : 94% CRT 3 detik. 3. Memposisikan pasien semi Fowler 45°. Respon : Pasien tampak lebih nyaman dalam posisi semi Fowler. 4. Memberikan O ₂ Nasal 3 lpm. Respon : Pasien mengatakan	17.00 – 17.17 WIB	1. Monitoring hemodinamik. Respon : Hemodinamik membaik, pasien tampak lebih rileks. 2. Mempertahankan posisi semi Fowler. Respon : Pasien mengatakan sesak berkurang. 3. Monitoring respon respirasi. Respon : TD: 95/65 mmHg Nadi: 101 x/menit RR: 22 x/menit SpO ₂ : 99% CRT < 3 detik.	18.10-18.32 WIB	1. Memonitor TD, N, RR, SpO ₂ , CRT. Respon : TD: 100/65 mmHg Nadi: 101 x/menit RR: 22 x/menit SpO ₂ : 96% CRT < 3 detik. 2. Monitoring hemodinamik. Respon : Hemodinamik membaik, pasien tampak lebih rileks. 3. Mempertahankan posisi semi Fowler. Respon : Pasien tampak lebih nyaman dalam posisi semi Fowler.

		napas lebih lega. 5. Mengobservasi respon pasien. Respon :Pasien tampak sedikit nyaman				
Sesudah Implementasi :Didapatkan tanda penurunan curah jantung masih ada: CRT memanjang, akral dingin, nadi lemah cepat, perfusi menurun						

2) Pasien 2

Tabel 4. 10 Implementasi Pasien 2

Diagnosa Keperawatan	19-05-2026		19-05-2026		19-05-2026	
	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi
Penurunan Curah Jantung (D.0008)	Sebelum Implementasi : klien mengalami sesak napas, posisi masih terlentang, terdapat penggunaan otot bantu napas, serta tanda vital menunjukkan kondisi tidak stabil.					
	10.40 - 11.02 WIB	1. Mengidentifikasi tanda penurunan curah jantung. Respon :Pasien mengeluh sesak saat aktivitas ringan. 2. Memonitor TD, N, RR, SpO ₂ , CRT. Respon : TD: 96/72 mmHg Nadi: 101 x/menit RR: 28 x/menit SpO ₂ : 92% CRT 3 detik. 3. Memposisikan pasien semi Fowler 45°. Respon :Pasien kooperatif saat diposisikan semi Fowler.	12.00-12.20 WIB	1. Monitoring hemodinamik. Respon : TD: 98/72 mmHg Nadi: 98 x/menit RR: 25 x/menit SpO ₂ : 95% CRT < 3 detik. 2. Mempertahankan posisi semi Fowler. Respon :Pasien tampak lebih nyaman. 3. Monitoring respon respirasi. Respon :Pasien engatakan sesak mulai	13.00 - 13.25 WIB	1. Memonitor TD, N, RR, SpO ₂ , CRT. Respon : TD: 102/76 mmHg Nadi: 94 x/menit RR: 22 x/menit SpO ₂ : 97% CRT < 3 detik. 2. Monitoring hemodinamik. Respon :Hemodinamik relative stabil. 3. Mempertahankan posisi semi

		4. Memberikan O ₂ Nasal 4 lpm. Respon : Napas pasien sedikit lega 5. Mengobservasi respon pasien. Respon : Pasien tampak sedikit gelisah		rkurang.		Fowler. Respon : Pasien tampak lebih nyaman. 4. Monitoring respon respirasi. Respon : Pasien mengatakan napas lebih lega.
	Sesudah Implementasi : Setelah dilakukan implementasi posisi semi Fowler, klien menunjukkan perbaikan kondisi pernapasan, sesak napas berkurang, penggunaan otot bantu napas menurun, dan kondisi hemodinamik lebih stabil.					

3) Pasien 3

Tabel 4. 11 Implementasi Pasien 3

Diagnosa Keperawatan	28-05-2026		28-05-2026		28-05-2026	
	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi
Penurunan Curah Jantung (D.0008)	Sebelum Implementasi : klien tampak lemah, dispnea, posisi belum optimal untuk respirasi, dan saturasi oksigen cenderung rendah.					
	19.25 – 20.00 WIB	1. Mengidentifikasi tanda penurunan curah jantung. Respon : Pasien mengeluh sesak berat dan badan lemas. 2. Memonitor TD, N, RR, SpO ₂ , CRT. Respon : TD: 80/60 mmHg Nadi: 111 x/menit RR: 32 x/menit SpO ₂ : 89%	20.30-20.47 WIB	1. Monitoring hemodinamik. Respon : TD: 84/60 mmHg Nadi: 108 x/menit RR: 28 x/menit SpO ₂ : 92% CRT 3 detik. 2. Mempertahankan posisi semi Fowler. Respon : Pasien tampak	21.00-21.32 WIB	1. Memonitor TD, N, RR, SpO ₂ , CRT. Respon : TD: 90/64 mmHg Nadi: 102 x/menit RR: 24 x/menit SpO ₂ : 95% CRT < 3 detik. 2. Monitoring hemodinamik.

4.1.6 Evaluasi

1) Klien 1

Tabel 4. 12 Evaluasi Klien 1

Pertemuan	Evaluasi
Pertemuan 1	S:Pasien mengatakan sesak sedikit berkurang saat posisi semi Fowler, masih merasa lemas. O: TD 95/62 mmHg, Nadi 108x/menit, RR 28x/menit, SpO₂ 94%, ronki masih terdengar, CRT 3 detik, edema tungkai . A:Penurunan curah jantung belum teratasi. P:Lanjutkan posisi semi Fowler dan monitor hemodinamik.
Pertemuan 2	S: Pasien mengatakan napas lebih lega dibanding sebelumnya. O: TD 98/64 mmHg, Nadi 102x/menit, RR 26x/menit, SpO₂ 95%, ronki berkurang, CRT <3 detik, edema masih ada. A: Penurunan curah jantung teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi dan observasi.
Pertemuan 3	S: Pasien mengatakan sesak berkurang dan dapat beristirahat lebih nyaman. O: TD 102/66 mmHg, Nadi 96x/menit, RR 24x/menit, SpO₂ 96%, ronki minimal, CRT 2 detik, edema menurun. A: Penurunan curah jantung teratasi sebagian. P: Pertahankan intervensi dan kolaborasi terapi.

2) Klien 2

Tabel 4. 13 Evaluasi Klien 2

Pertemuan	Evaluasi
Pertemuan 1	S: Pasien mengatakan sesak sedikit berkurang setelah diposisikan semi Fowler. O: TD 98/72 mmHg, Nadi 98x/menit, RR 26x/menit, SpO₂ 95%, kulit masih pucat. A: Penurunan curah jantung belum teratasi. P: Lanjutkan posisi semi Fowler dan observasi.
Pertemuan 2	S: Pasien mengatakan sesak berkurang dan pusing mulai menurun. O: TD 102/74 mmHg, Nadi 94x/menit, RR 24x/menit, SpO₂ 96%, perfusi perifer membaik. A: Penurunan curah jantung teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi.

Pertemuan 3	S: Pasien mengatakan sesak hanya muncul saat banyak bergerak. O: TD 106/76 mmHg, Nadi 88x/menit, RR 22x/menit, SpO₂ 97%, warna kulit tampak lebih baik. A: Penurunan curah jantung teratasi sebagian. P: Pertahankan intervensi dan edukasi pasien.
-------------	--

3) Klien 3

Tabel 4. 14 Evaluasi Klien 3

Pertemuan	Evaluasi
Pertemuan 1	S: Pasien mengatakan sesak masih dirasakan. Keluarga mengatakan pasien tampak lebih nyaman setelah posisi semi Fowler. O: TD 82/60 mmHg, Nadi 110x/menit, RR 30x/menit, SpO₂ 93%, CRT >3 detik, edema kedua tungkai . A: Penurunan curah jantung belum teratasi. P: Monitor ketat hemodinamik dan lanjutkan posisi semi Fowler.
Pertemuan 2	S: Pasien mengatakan napas sedikit lebih lega. O: TD 86/62 mmHg, Nadi 106x/menit, RR 28x/menit, SpO₂ 94%, CRT 3 detik, edema masih ada. A: Penurunan curah jantung teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi dan kolaborasi terapi medis.
Pertemuan 3	S: Pasien mengatakan sesak berkurang dibanding hari pertama. O: TD 90/64 mmHg, Nadi 100x/menit, RR 26x/menit, SpO₂ 95%, CRT <3 detik, perfusi perifer mulai membaik. A: Penurunan curah jantung teratasi sebagian. P: Pertahankan posisi semi Fowler dan monitoring lanjut.

4.2. Pembahasan

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada tiga pasien ADHF, ditemukan bahwa 100% pasien mengalami sesak napas, takipnea, edema perifer, intoleransi aktivitas, sinus takikardi pada EKG, serta kardiomegali dan kongesti paru pada foto toraks. Selain itu, 66,7% pasien mengalami

hipotensi, CRT >3 detik, dan tampak lemah, sedangkan 33,3% pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 9. Temuan tersebut menunjukkan adanya gangguan fungsi pompa jantung yang menyebabkan kongesti paru dan sistemik, bahkan pada sebagian pasien telah berkembang menjadi komplikasi syok kardiogenik.

Menurut Ardiyanto dkk. (2024), pasien Acute Decompensated Heart Failure (ADHF) umumnya mengalami dispnea, edema perifer, ronki paru, takikardia, serta penurunan toleransi aktivitas akibat ketidakmampuan jantung memompa darah secara adekuat. Kondisi tersebut menyebabkan peningkatan tekanan pada sirkulasi pulmonal sehingga terjadi kongesti paru. Pada kondisi yang semakin berat, ADHF dapat berkembang menjadi syok kardiogenik, yaitu keadaan kegawatdaruratan yang ditandai dengan penurunan curah jantung sehingga terjadi hipoperfusi jaringan. Manifestasi klinis syok kardiogenik meliputi hipotensi (tekanan sistolik <90 mmHg), takikardia, capillary refill time (CRT) memanjang, akral dingin, penurunan kesadaran, oliguria, serta tanda-tanda hipoperfusi organ lainnya (Ardiyanto *et al.*, 2024).

Penulis berpendapat bahwa hasil pengkajian pada ketiga pasien telah sesuai dengan teori ADHF yang ditandai oleh sesak napas, ronki paru, edema perifer, takikardia, kardiomegali, dan kongesti paru. Selain itu, dua dari tiga pasien (66,7%) telah menunjukkan tanda hipoperfusi berupa hipotensi dan CRT memanjang yang mengarah pada komplikasi syok kardiogenik. Kondisi paling berat ditemukan pada Klien 3 yang mengalami

hipotensi, akral dingin, CRT memanjang, dan penurunan kesadaran (GCS 9), sehingga menunjukkan adanya syok kardiogenik dengan hipoperfusi jaringan yang lebih berat. Sementara itu, Klien 2 masih dominan menunjukkan tanda kongesti tanpa disertai tanda hipoperfusi yang signifikan.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada ketiga pasien ditemukan data yang mendukung penegakan diagnosis penurunan curah jantung, yaitu pasien mengeluh sesak napas, mudah lelah, dan mengalami keterbatasan aktivitas. Pada pemeriksaan objektif ditemukan takikardia, tekanan darah menurun, ronki paru, edema perifer, perfusi perifer menurun, CRT memanjang, serta tanda kongesti paru pada foto toraks. Pada Klien 1 dan Klien 3 juga ditemukan tanda hipoperfusi berupa hipotensi, akral dingin, dan penurunan kesadaran pada Klien 3. Data tersebut menunjukkan adanya gangguan kemampuan jantung dalam memompa darah secara adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

Menurut SDKI, penurunan curah jantung merupakan kondisi ketika jantung tidak mampu memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh. Kondisi ini ditandai oleh sesak napas, kelelahan, takikardia, hipotensi, edema perifer, gangguan perfusi, serta tanda kongesti paru akibat menurunnya fungsi pompa jantung (SDKI, 2019).

Penulis berpendapat bahwa diagnosis penurunan curah jantung merupakan diagnosis utama yang tepat karena data pengkajian yang ditemukan telah sesuai dengan karakteristik diagnosis tersebut. Adanya sesak napas, takikardia, hipotensi, edema perifer, ronki paru, dan gangguan perfusi menunjukkan ketidakmampuan jantung mempertahankan curah jantung secara optimal sehingga menimbulkan gangguan hemodinamik dan kongesti pada pasien.

4.2.3 Intervensi Posisi Semi Fowler

Berdasarkan diagnosis penurunan curah jantung, intervensi utama yang diberikan adalah penerapan posisi semi Fowler untuk membantu memperbaiki status hemodinamik dengan menurunkan aliran balik vena (preload) sehingga beban kerja jantung berkurang. Selain itu, dilakukan pemantauan tanda vital, status hemodinamik, saturasi oksigen, tanda hipoperfusi, serta kolaborasi pemberian terapi oksigen dan farmakologis sesuai kondisi pasien.

Menurut SIKI, intervensi pada penurunan curah jantung meliputi pemantauan status kardiovaskular dan tanda hipoperfusi, pemberian oksigen, serta mempertahankan posisi semi Fowler. Posisi semi Fowler dapat membantu menurunkan preload jantung, mengurangi kongesti paru, dan mendukung peningkatan curah jantung sehingga perfusi jaringan menjadi lebih optimal (SIKI, 2018).

Penulis berpendapat bahwa penerapan posisi semi Fowler merupakan intervensi yang tepat sebagai tindakan utama pada pasien ADHF dengan

syok kardiogenik karena dapat membantu mengurangi beban kerja jantung dan memperbaiki perfusi jaringan. Sementara itu, pemantauan hemodinamik dan kolaborasi terapi berperan sebagai tindakan pendukung untuk mempertahankan stabilitas kardiovaskular dan meningkatkan curah jantung pasien.

4.2.4 Implementasi Posisi Fowler

Implementasi keperawatan dilakukan dengan menerapkan posisi semi Fowler pada ketiga pasien sebagai tindakan utama dalam mengatasi penurunan curah jantung. Hasil observasi menunjukkan bahwa seluruh pasien (100%) mengalami sesak napas, edema perifer, sinus takikardi, serta kongesti paru. Sebagian besar pasien (66,7%) masih menunjukkan tanda hipoperfusi berupa hipotensi dan CRT memanjang, sedangkan satu pasien (33,3%) mengalami penurunan kesadaran sebagai manifestasi komplikasi syok kardiogenik. Selain penerapan posisi semi Fowler, pasien juga mendapatkan terapi oksigen dan kolaborasi terapi farmakologis sesuai program medis.

Selama implementasi berlangsung, ketiga pasien menunjukkan respons yang berbeda sesuai tingkat keparahan penyakitnya. Klien 2 menunjukkan kondisi yang relatif lebih stabil dengan perbaikan status hemodinamik setelah penerapan posisi semi Fowler dan terapi yang diberikan. Klien 1 masih menunjukkan tanda kongesti dan hipoperfusi ringan sehingga memerlukan pemantauan ketat. Sementara itu, Klien 3 membutuhkan observasi yang lebih intensif karena mengalami ADHF

dengan komplikasi syok kardiogenik yang ditandai hipotensi, penurunan kesadaran, dan perfusi perifer yang menurun. Oleh karena itu, implementasi yang dilakukan berfokus pada upaya mempertahankan curah jantung, meningkatkan perfusi jaringan, dan menjaga stabilitas hemodinamik pasien.

Berdasarkan hasil implementasi dan pemantauan hemodinamik, ketiga pasien menunjukkan kondisi yang mengarah pada syok kardiogenik berdasarkan nilai Shock Index (SI). Pasien 1 memiliki tekanan darah 93/60 mmHg dan frekuensi nadi 100 kali/menit sehingga diperoleh nilai Shock Index sebesar 1,08. Pasien 2 memiliki tekanan darah 96/72 mmHg dan frekuensi nadi 101 kali/menit dengan nilai Shock Index sebesar 1,05. Sementara itu, pasien 3 memiliki tekanan darah 80/60 mmHg dan frekuensi nadi 111 kali/menit sehingga diperoleh nilai Shock Index sebesar 1,39. Nilai Shock Index normal berkisar antara 0,5–0,7, sedangkan nilai >1,0 menunjukkan adanya gangguan hemodinamik yang mengarah pada kondisi syok. Berdasarkan hasil tersebut, pasien 1 dan pasien 2 termasuk dalam kategori syok, sedangkan pasien 3 termasuk kategori syok berat. Temuan ini didukung oleh manifestasi klinis berupa hipotensi, takikardia, sesak napas, perfusi perifer menurun, serta penurunan curah jantung yang ditemukan pada ketiga pasien.

Menurut SIKI, implementasi keperawatan pada pasien ADHF dengan komplikasi syok kardiogenik meliputi pemantauan status hemodinamik, pemantauan tanda kongesti dan hipoperfusi, pemberian terapi oksigen,

serta kolaborasi terapi farmakologis sesuai kondisi pasien (SIKI, 2018). Salah satu tindakan yang dapat diberikan adalah posisi semi Fowler, yaitu posisi dengan elevasi kepala 30° – 45° yang bertujuan membantu memperbaiki status hemodinamik dan oksigenasi pasien. Posisi semi Fowler dapat menurunkan aliran balik vena ke jantung (preload), sehingga mengurangi beban kerja jantung dan kongesti paru. Selain itu, posisi ini juga meningkatkan ekspansi paru dan pertukaran gas sehingga mendukung pemenuhan kebutuhan oksigen jaringan. Pada pasien dengan komplikasi syok kardiogenik, terapi farmakologis seperti diuretik dan vasopresor diberikan untuk mengurangi kongesti serta mempertahankan tekanan darah dan perfusi organ (Ardiyanto *et al.*, 2024).

Penulis berpendapat bahwa implementasi yang dilakukan telah sesuai dengan kebutuhan pasien dan teori yang ada. Pemantauan tanda-tanda vital secara berkala sangat penting karena pasien ADHF dengan komplikasi syok kardiogenik memiliki risiko tinggi mengalami ketidakstabilan hemodinamik akibat penurunan curah jantung. Melalui pemantauan tersebut, perubahan kondisi pasien dapat diketahui lebih awal sehingga tindakan yang diperlukan dapat segera diberikan.

Pemberian posisi semi Fowler merupakan implementasi utama pada ketiga pasien karena dapat membantu menurunkan preload, mengurangi beban kerja jantung, dan mendukung peningkatan curah jantung. Pada pasien yang mengalami komplikasi syok kardiogenik, posisi ini juga membantu mempertahankan status hemodinamik dan mengurangi kongesti

paru sehingga perfusi jaringan menjadi lebih optimal (Ardiyanto *et al.*,2024).

Implementasi berupa pemberian terapi oksigen juga dinilai tepat karena pasien menunjukkan tanda-tanda gangguan oksigenasi berupa sesak napas, takipnea, dan penurunan saturasi oksigen. Terapi oksigen membantu meningkatkan ketersediaan oksigen dalam darah sehingga kebutuhan oksigen jaringan tetap terpenuhi meskipun fungsi pompa jantung mengalami penurunan.

Kolaborasi pemberian furosemid sesuai dengan kondisi pasien yang mengalami kongesti paru dan edema perifer. Furosemid membantu mengurangi kelebihan volume cairan sehingga kongesti paru dan edema perifer dapat berkurang, yang pada akhirnya membantu menurunkan beban kerja jantung.

Pada pasien yang mengalami syok kardiogenik, kolaborasi pemberian norepinefrin sangat penting untuk mempertahankan tekanan darah dan perfusi organ. Tanda-tanda hipoperfusi seperti hipotensi, CRT memanjang, akral dingin, dan penurunan kesadaran menunjukkan adanya gangguan perfusi jaringan akibat penurunan curah jantung. Oleh karena itu, pemberian norepinefrin membantu meningkatkan tekanan darah dan mempertahankan perfusi organ vital.

Secara keseluruhan, implementasi yang dilakukan telah sesuai dengan kondisi klinis pasien ADHF dengan komplikasi syok kardiogenik. Implementasi tersebut berfokus pada peningkatan curah jantung, stabilisasi

hemodinamik, pengurangan kongesti, dan perbaikan perfusi jaringan sehingga mendukung proses pemulihan pasien.

4.2.5 Evaluasi Pemberian Posisi Semi Fowler

Berdasarkan hasil evaluasi setelah penerapan posisi semi Fowler dan terapi pendukung selama masa perawatan, ditemukan adanya perubahan kondisi pada ketiga pasien. Sebelum implementasi dilakukan, seluruh pasien mengalami sesak napas, takipnea, edema perifer, dan tanda kongesti paru yang menunjukkan adanya peningkatan tekanan pada sirkulasi pulmonal akibat penurunan kemampuan pompa jantung. Selain itu, ditemukan tanda hipoperfusi berupa CRT memanjang, perfusi perifer menurun, hipotensi, dan akral dingin pada beberapa pasien. Pada Klien 3 ditemukan penurunan kesadaran yang menunjukkan kondisi lebih berat karena telah disertai komplikasi syok kardiogenik.

Setelah penerapan posisi semi Fowler dan terapi pendukung, kondisi pasien menunjukkan perkembangan yang berbeda sesuai tingkat keparahan penyakitnya. Klien 2 menunjukkan perbaikan yang paling baik dengan berkurangnya sesak napas, kondisi hemodinamik yang lebih stabil, serta tidak ditemukan tanda hipoperfusi yang bermakna. Pasien tampak lebih nyaman saat beristirahat dan mampu mempertahankan oksigenasi dengan lebih baik dibandingkan saat awal pengkajian. Pada Klien 1, sebelum implementasi ditemukan sesak napas, edema perifer, tekanan darah yang cenderung rendah, dan CRT memanjang yang menunjukkan adanya gangguan perfusi jaringan. Setelah implementasi dilakukan, keluhan sesak

napas berkurang, perfusi perifer menunjukkan perbaikan, dan kondisi pasien tampak lebih stabil. Meskipun demikian, edema perifer dan beberapa tanda kongesti masih ditemukan sehingga pasien tetap memerlukan pemantauan lanjutan untuk mencegah terjadinya perburukan kondisi.

Klien 3 merupakan pasien dengan kondisi klinis yang paling kompleks. Sebelum implementasi, pasien mengalami sesak napas berat, hipotensi, CRT memanjang, akral dingin, perfusi perifer menurun, serta penurunan kesadaran yang mengarah pada komplikasi syok kardiogenik. Setelah implementasi dilakukan, tekanan darah menunjukkan perbaikan, tingkat kesadaran meningkat, dan tanda hipoperfusi berkurang. Walaupun telah terjadi perbaikan klinis, kondisi pasien belum sepenuhnya stabil sehingga observasi hemodinamik secara ketat tetap diperlukan untuk mempertahankan perfusi organ vital.

Berdasarkan hasil perhitungan, Shock Index (SI) pada ketiga pasien menunjukkan nilai di atas rentang normal (0,5–0,7), yang mengindikasikan masih adanya kondisi syok kardiogenik dan gangguan perfusi jaringan. Setelah dilakukan implementasi posisi semi Fowler, kondisi respirasi pasien tampak lebih nyaman, sesak napas berkurang, saturasi oksigen tetap terjaga, dan status hemodinamik menunjukkan kecenderungan lebih stabil dibandingkan saat pengkajian awal. Walaupun telah terjadi perbaikan klinis, nilai Shock Index yang masih berada di atas batas normal

menunjukkan bahwa pasien tetap memerlukan pemantauan ketat dan terapi lanjutan untuk mengatasi kondisi syok kardiogenik yang mendasari.

Secara keseluruhan, hasil evaluasi menunjukkan adanya perbaikan kondisi klinis pada seluruh pasien dibandingkan sebelum implementasi. Perbaikan tersebut ditandai dengan penurunan keluhan sesak napas, peningkatan kenyamanan, serta perbaikan parameter hemodinamik dan perfusi jaringan. Meskipun derajat perbaikan berbeda pada setiap pasien, implementasi posisi semi Fowler memberikan respons klinis yang positif.

Menurut McDonagh et al. (2023), evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan yang digunakan untuk menilai keberhasilan intervensi berdasarkan tujuan dan luaran yang telah ditetapkan. Pada pasien ADHF dengan komplikasi syok kardiogenik, indikator keberhasilan meliputi membaiknya status hemodinamik, menurunnya tanda kongesti paru dan sistemik, meningkatnya perfusi jaringan, membaiknya tingkat kesadaran, serta terpenuhinya kebutuhan oksigen tubuh. Keberhasilan intervensi juga dapat ditunjukkan dengan berkurangnya manifestasi klinis akibat penurunan curah jantung seperti sesak napas, edema perifer, dan tanda hipoperfusi (McDonagh et al, 2023).

Secara fisiologis, posisi semi Fowler membantu menurunkan aliran balik vena ke jantung (preload) sehingga beban kerja jantung menjadi lebih ringan. Penurunan preload akan mengurangi tekanan pada sirkulasi pulmonal dan membantu mengurangi kongesti paru. Selain itu, posisi semi Fowler memungkinkan ekspansi paru yang lebih optimal sehingga ventilasi

dan pertukaran gas meningkat. Kondisi tersebut berkontribusi terhadap perbaikan oksigenasi jaringan dan membantu mempertahankan fungsi organ pada pasien dengan penurunan curah jantung (McDonagh *et al*, 2023).

Pasien yang mengalami komplikasi syok kardiogenik, keberhasilan perbaikan kondisi tidak hanya dipengaruhi oleh posisi semi Fowler, tetapi juga oleh terapi kolaboratif yang diberikan. Pemberian oksigen membantu meningkatkan suplai oksigen ke jaringan, diuretik membantu mengurangi kelebihan cairan dan kongesti, sedangkan vasopresor membantu mempertahankan tekanan darah dan perfusi organ. Kombinasi tindakan tersebut mendukung stabilisasi kondisi pasien dan mencegah terjadinya hipoperfusi yang lebih berat.

Berdasarkan hasil evaluasi, penerapan posisi semi Fowler diikuti oleh perbaikan kondisi klinis pada pasien. Sebelum implementasi, pasien menunjukkan manifestasi kongesti dan hipoperfusi akibat ketidakmampuan jantung mempertahankan curah jantung secara adekuat. Setelah implementasi dilakukan, pasien menunjukkan perbaikan klinis berupa berkurangnya sesak napas, meningkatnya kenyamanan, membaiknya perfusi perifer, serta stabilisasi status hemodinamik. Temuan tersebut menunjukkan bahwa penerapan posisi semi Fowler memberikan manfaat dalam membantu mempertahankan fungsi kardiovaskular dan meningkatkan kenyamanan pasien ADHF.

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa perbedaan respons pada ketiga pasien dipengaruhi oleh tingkat keparahan penyakit, kondisi hemodinamik awal, serta adanya komplikasi syok kardiogenik. Pasien dengan kondisi yang lebih stabil menunjukkan perbaikan klinis yang lebih cepat dibandingkan pasien yang mengalami hipoperfusi berat. Meskipun demikian, seluruh pasien menunjukkan perkembangan kondisi yang lebih baik dibandingkan sebelum implementasi sehingga tujuan keperawatan tercapai sesuai dengan kondisi klinis masing-masing pasien.

Implementasi posisi semi Fowler memberikan manfaat dalam membantu memperbaiki oksigenasi dan mengurangi sesak napas pada pasien ADHF dengan komplikasi syok kardiogenik. Namun, perbaikan status hemodinamik belum terjadi secara optimal dalam waktu yang singkat. Hal ini terlihat dari nilai Shock Index pada ketiga pasien yang masih berada di atas rentang normal (0,5–0,7), sehingga menunjukkan bahwa proses pemulihan perfusi jaringan dan curah jantung masih berlangsung secara bertahap. Lambatnya penurunan Shock Index kemungkinan dipengaruhi oleh beratnya kondisi dasar pasien, adanya gangguan fungsi pompa jantung, serta syok kardiogenik yang memerlukan terapi komprehensif tidak hanya melalui intervensi keperawatan, tetapi juga terapi farmakologis dan penanganan medis lanjutan. Oleh karena itu, posisi semi Fowler lebih berperan sebagai terapi pendukung yang membantu memperbaiki kondisi klinis pasien, sementara perbaikan

hemodinamik secara menyeluruh memerlukan waktu dan penatalaksanaan multidisiplin yang berkesinambungan.

Berdasarkan keseluruhan hasil evaluasi, dapat disimpulkan bahwa penerapan posisi semi Fowler yang didukung oleh pemantauan hemodinamik, terapi oksigen, dan terapi farmakologis memberikan dampak positif terhadap kondisi pasien. Intervensi tersebut membantu mempertahankan curah jantung, memperbaiki perfusi jaringan, mengurangi kongesti paru dan sistemik, serta mendukung stabilisasi kondisi pasien ADHF dengan komplikasi syok kardiogenik selama masa perawatan.

