

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Bronkopneumonia di Ruang IGD RSUD Syekh Yusuf Gowa, maka penulis akan menjelaskan korelasi yang ada antara teori, penelitian sebelumnya dan kasus. Tahapan dalam bab ini membahas proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, penegakan diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi.

1. Riwayat Penyakit

Pasien yaitu Tn.S yang berusia 45 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama islam dengan pekerjaan sebagai wiraswasta yang datang ke ruang IGD RSUD Syekh Yusuf Gowa dengan keluhan sesak. Untuk riwayat keluhan utama diperoleh yaitu istri pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas disertai demam sejak 1 hari yang lalu dan batuk berdahak sejak 6 bulan yang lalu.

Pada Pengkajian primer Tn.S memiliki masalah pada *airway* karena jalan napas tidak paten, ada sputum dan suara napas terdengar ronchi. Pada *breathing* frekuensi napas 32x/menit serta SpO₂: 94%. Untuk *circulation*, diperoleh akral hangat, frekuensi nadi 103x/ menit dan teraba lemah, CRT <2 detik, palpitasi. *Disability*, ditemukan tingkat kesadaran composmentis dengan GCS 15 (E4V5M6), pupil isokor dengan diameter 2 mm. *Exposure*, tidak ditemukan masalah yang dimana pasien tidak memiliki trauma serta tidak memiliki keluhan nyeri.

Pada pengkajian sekunder, ditemukan pasien tidak memiliki riwayat alergi, dan tidak memiliki penyakit sebelumnya. Pengkajian fisik pada kepala dan wajah diperoleh bahwa wajah simetris, konjunktiva tidak anemis, sklera berwarna putih, bibir tampak pucat, dan mukosa bibir kering tidak terdapat masalah pada penglihatan, penciuman dan pendengaran pasien. Leher dan *cervical spine* ditemukan normal, tidak

ada pembesaran kelenjar tiroid. Untuk dada, bentuk normal dengan gerakan simetris, suara napas ronkhi, tidak ada retraksi dada. Pada perut dan pinggang, ditemukan abdomen datar, tidak terdapat adanya pembesaran organ abdominal. Pada pelvis dan perineum, tidak ditemukan masalah. Ekstremitas, ditemukan kekuatan otot atas : sebelah kanan kanan dan kiri normal bawah : sebelah kanan dan kiri normal untuk kekuatan ekstremitas atas sebelah kanan dan kiri 5, bawah sebelah kanan dan kiri 5. Pada punggung dan tulang belakang ditemukan tidak ada kelainan. Untuk psikososial dan seksualitas tidak ditemukan masalah.

Pemeriksaan penunjang dilakukan pada tanggal 25 Maret 2024 berupa pemeriksaan Thorax dan laboratorium

Foto Thorax :



Hasil:

- Infiltrat minimal lapangan atas paru kanan
- Cor darta dalam batas normal
- Kedua sinus dan diafragma baik
- Tulang-tulang intak

Kesan : Bronchopneumonia dextra suspek spesifik

Hasil Pemeriksaan Laboratorium :

Pemeriksaan	Nilai Rujukan	Satuan	Nilai
DARAH RUTIN			
WBC	8.44	$10^3/uL$	4-10
Neutrophil#	6.80	$10^3/uL$	2.0-7
Lymphocyte#	1.11	$10^3/uL$	1.0-3.0

Monocyte#	0.39	$10^3/\mu\text{L}$	0.20-0.80
Eosinophil#	0.12	$10^3/\mu\text{L}$	0-0.50
Basophil#	0.02	$10^3/\mu\text{L}$	0-0.15
Neutrophil%	H 80.5	%	40-70
Lymphocyte%	L 13.1	%	18-45
Monocyte%	4.7	%	4-12
Eosinophil%	1.4	%	0.5-7
Basophil%	0.3	%	0-2
RBC (Erythrocyte)	4.55	$10^6/\mu\text{L}$	4.0-6.2
Haemoglobin	14.4	g/dL	11.0-17.0
HCT	43.9	%	35-55
MCV	96.6	fL	80-100
MCH	31.7	pg	26-34
MCHC	32.9	g/dL	31-35
RDW-CV	12.8	%	11-17
RDW-SD	45.3	fL	37-49
Platelet	190	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
MPV	7.8	fL	7-11
PDW	15.8	fL	1-18
PCT	H 0.149	%	0.15-0.40
IMUNOLOGI			
NS-1	Negatif		Negatif

Terapi medikasi yang diberikan pada pasien yaitu RL 20 tpm, paracetamol 180 mg/8jam/IV, O2 Nasal kanul 5 lpm, Nebu combivent 1 gr/8 jam.

Hasil pengkajian di RSUD Syekh Yusuf Gowa didapatkan bahwa penanganan pasien dengan Bronkopneumonia saat awal masuk IGD dengan sesak. Langkah awal yang dilakukan adalah menempatkan pasien pada triage kuning yang telah disediakan pada saat pasien datang diantar oleh keluarganya di ruang IGD.

2. Analisa Data

Berdasarkan riwayat penyakit yang diperoleh pada pengkajian, maka penulis menyusun analisa data untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Data subjektif didapatkan hasil pasien mengatakan sesak, pasien mengatakan dirinya batuk berdahak, pasien mengatakan susah mengeluarkan dahak, pasien mengeluh lemas dan lelah. Sedangkan data objektif yaitu, terdengar suara nafas ronkhi, Irama nafas cepat dan dangkal, pasien nampak sesak dan lemah, pasien nampak tidak mampu batuk secara efektif, pasien nampak gelisah, kulit teraba hangat ttv : N: 103x/ menit, RR : 32x/m, S: 39,0 °C, SpO2 : 94% Aktivitas di bantu oleh keluarga Dari data-data tersebut penulis merumuskan masalah berdasarkan keluhan pasien sehingga dapat menegakkan diagnosis keperawatan yaitu Bersihan jalan nafas tidak efektif, Hipertermia, dan Intoleransi aktivitas.

3. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan analisa data diatas terdapat 3 masalah keperawatan yang muncul dan disusun berdasarkan prioritas. Diagnosa keperawatan yang utama adalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. diagnosis keperawatan kedua yaitu hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, dan diagnosa keperawatan ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

4. Intervensi Keperawatan

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan

Tindakan keperawatan yang direncanakan yaitu manajemen jalan napas meliputi, monitor pola nafas, monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum, posisikan semi-fowler, pemberian oksigen, anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, ajarkan teknik batuk efektif serta kolaborasi pemberian bronkodilator.

b. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

Tindakan keperawatan yang direncanakan yaitu manajemen hipertermia yang meliputi monitor suhu tubuh, longgarkan pakaian atau lepaskan pakaian, berikan cairan oral, lakukan pendinginan eksternal, anjurkan tirah baring, dan kolaborasi pemberian antipiretik untuk menurunkan suhu tubuh.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Tindakan keperawatan yang direncanakan yaitu manajemen energi yang meliputi mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Monitor pola dan jam tidur, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan), fasilitasi duduk di tepi tempat tidur dan anjurkan tirah baring, berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

4. Implementasi Keperawatan

Pada tanggal 25 Maret 2024 penulis melakukan implementasi yaitu pada pukul 09.05 memposisikan pasien semi-fowler sesaat pasien datang ke IGD, setelah itu pukul 09.07 memberikan oksigen nasal kanul 5 Lpm ke pasien untuk mempertahankan kepatenan jalan napas karena pasien datang dengan keadaan sesak, kemudian pukul 09.10 dilakukan pemasangan infus, pada pukul 09.12 memonitor pola napas dimana frekuensi pernapasan 32x/menit dan pukul 09.13 memonitor sputum dan memonitor bunyi napas tambahan didapatkan ada sputum dan terdengar suara nafas ronkhi sehingga pada pukul 09.15 dilakukan pemberian bronkodilator combivent 1 gr/ 8 jam, setelah itu mengajarkan teknik batuk efektif dan pada pukul 09.20 memonitor sputum dimana sputum mulai berkurang.

Pada pukul 09.23 memonitor suhu tubuh hasil didapatkan suhu tubuh 39,0 °C, kemudian pukul 09.25 memberikan cairan oral dimana pasien diberikan air hangat, pukul 09.27 melakukan pendinginan

eksternal yaitu memberikan kompres pada dahi, sehingga pada jam 09.30 dilakukan kolaborasi pemberian antipiretik untuk menurunkan suhu tubuh yaitu paracetamol 500mg/8 jam/IV.

Pada pukul 09.35 penulis melakukan implementasi mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengalami gangguan sehingga mengakibatkan kelelahan di dapatkan hasil bahwa pasien mengatakan lelah karena sesak dan batuk, selanjutnya pada pukul 10.10 memonitor pola dan jam tidur hasil didapatkan bahwa pasien sering terbangun dan tidur tidak teratur, menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus hasilnya perawat menyediakan lingkungan yang nyaman bagi pasien, kemudian pada pukul 10.15 menganjurkan pasien tirah baring didapatkan hasil pasien nampak istirahat. Pada pukul 10.25 berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan hasil yang didapatkan pasien diberi makanan untuk meningkatkan energi oleh petugas gizi.

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi pada diagnosa pertama bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan di dapatkan hasil pasien mengatakan sesak berkurang, pasien mengatakan batuk berlendir berkurang, pasien mengatakan mampu melakukan batuk efektif, tampak sesak pasien berkurang, tampak batuk pasien berkurang, tampak pasien melakukan batuk efektif, suara nafas ronkhi TTV: RR: 26x/ menit, dan SpO₂ : 98%

Pre	Implementasi	Post
Frekuensi napas: 32x/ menit	Memonitor pola napas	Frekuensi napas : 26x/menit
Terdengar suara napas tambahan ronkhi	Memonitor bunyi napas tambahan	Suara napas ronkhi berkurang
Tampak ada sputum berlebih	Memonitor sputum	Sputum tampak berkurang

Pasien tampak gelisah	Memposisikan semi fowler	Pasien merasa nyaman dengan posisi semi fowler
Pasien tampak sesak	Memberikan oksigen	Pasien mengatakan sesaknya mulai berkurang
Tampak ada sputum berlebih	Mengajarkan teknik batuk efektif	Tampak pasien melakukan teknik batuk efektif
Terdengar suara nafas tambahan ronkhi	Melakukan kolaborasi pemberian bronkodilator	Suara tambahan ronkhi mulai berkurang

Assessment yang diperoleh yaitu bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi sehingga *planning* yang dilakukan yaitu intervensi tetap dilanjutkan dengan monitor pola napas, monitor sputum, monitor bunyi nafas tambahan, berikan oksigen, posisikan semi fowler, ajarkan teknnik batuk efektif dan kolaborasi pemberian bronkodilator.

Hasil evaluasi diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan proses penyakit didapatkan data objektif kulit pasien teraba hangat dan suhu 39,0 °C.

Pre	Implementasi	Post
Suhu tubuh 39,0 °C.	Memonitor suhu tubuh	Suhu tubuh 37,8 °C.
Pasien masih menggunakan pakaian	Melonggarkan atau melepaskan pakaian	Baju pasien dilepaskan dan memakai selimut
Pasien mengalami peningkatan suhu	Memberikan cairan oral	Keluarga pasien sering memberikan air hangat

Pasien mengalami peningkatan suhu	Melakukan pendinginan eksternal	Keluarga pasien memberikan kompres pada dahi
Pasien datang ke IGD dengan demam tinggi	Berkolaborasi dalam pemberian antipiretik	Pasien diberikan antipiretik untuk menurunkan suhu tubuh : paracetamol 500mg/8jam/IV

Assessment yang diperoleh yaitu hipertermia belum teratasi sehingga *planning* yaitu intervensi tetap dilanjutkan dengan monitor suhu tubuh, longgarkan atau lepaskan pakaian, berikan cairan oral, lakukan pendinginan eksternal, anjurkan tirah baring, kolaborasi pemberian antipiretik.

Pada evaluasi diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen di dapatkan data subjektif pasien merasa lemah dan lelah. Data objektif yang diperoleh yaitu SpO2 : 94%

Pre	Implementasi	Post
Pasien merasa lelah	Mengidentifikasi adanya kelelahan akibat gangguan fungsi tubuh	Pasien mengatakan lelah berkurang
Pasien merasa lemas	Memonitor pola tidur	Pasien mengatakan masih lemas
Pasien nampak tidak nyaman	Menyediakan lingkungan yang nyaman	Tampak pasien lebih nyaman
Pasien nampak istirahat dengan posisi semi fowler	Menganjurkan tirah baring	Pasien nampak beristirahat

Pasien tampak lemas	Kolaborasi dengan ahli gizi	Pasien tampak makan makanan yang diberikan oleh petugas gizi
---------------------	-----------------------------	--

Assessment yang diperoleh yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen belum teratasi sehingga *planning* yang dilakukan yaitu intervensi tetap dilanjutkan dengan identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor pola dan jam tidur, sediakan lingkungan yang nyaman, anjurkan tirah baring dan kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

B. Pembahasan

Pada pembahasan di bab ini penulis akan membahas mengenai adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara landasan teori dan hasil asuhan keperawatan pada klien Tn.S kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan

1. Pengkajian

Pada studi kasus ini, klien Tn.S berusia 45 tahun masuk RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa pada hari senin tanggal 25 Maret 2024 masuk di ruang IGD dengan diagnosa medis Bronkopneumonia. Pada tahap pengkajian didapatkan data fokus yaitu sesak napas, batuk, demam, terdengar suara nafas ronkhi, irama nafas cepat dan dangkal, pasien tampak tidak mampu batuk secara efektif, pasien mengeluh lemas, pasien mengeluh lelah, kesadaran composmentis, keadaan umum: lemah, Nadi: 103x/menit, RR: 32x/menit, SpO₂ : 94% suhu: 39,0 °C, pasien tampak lemah, pasien nampak sesak, pasien nampak gelisah. Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Rahmayani et al., 2023) yang menyatakan dalam pengkajiannya didapatkan keluhan sesak napas, suara napas ronkhi, dan tidak mampu batuk secara efektif.

Berdasarkan hasil yang telah dikemukakan diatas maka peneliti menghubungkan dengan teori menurut (Putri & Amalia, 2023) yang menyatakan bahwa manifestasi klinis bronkopneumonia adalah demam, sesak napas, batuk berdahak, kecepatan nadi meningkat, kehilangan selera makan, mudah lelah, mual dan muntah,

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa utama yang diangkat pada kasus Tn. S yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. S didapatkan data subjektif pasien mengeluh sesak, pasien mengatakan dirinya batuk berdahak, pasien mengatakan susah mengeluarkan dahak, dan untuk data objektif didapatkan irama nafas cepat dan dangkal, terdengar suara nafas ronkhi, pasien tampak tidak mampu batuk secara efektif, pasien tampak gelisah, RR: 32 x/menit, SpO₂ : 94%. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Azzahra et al., 2022) dengan menggunakan 2 responden pasien bronkopneumonia didapatkan ke 2 responden tersebut mengalami masalah keperawatan utama yaitu bersihan jalan napas tidak efektif. Begitupun dengan penelitian yang dilakukan oleh (Cahya Putra & Utami, 2023) didapatkan bahwa masalah keperawatan pada pasien bronkopneumonia yang paling banyak muncul adalah bersihan jalan napas tidak efektif.

Pada Tn.S didapatkan hasil pengkajian istri pasien mengatakan pasien demam sejak 1 hari yang lalu, kulit teraba hangat, suhu: 39,0 °C. Berdasarkan data yang didapat ditemukan data yang sesuai untuk menunjang masalah keperawatan hipertermia, sejalan dengan teori

(Muthahharah & Nia, 2020) yang menyatakan bahwa seorang penderita bronkopneumonia mengalami inflamasi pada bronkus dan mikroorganisme menyerang daerah alveoli, ketika terjadinya inflamasi maka tubuh akan menyesuaikan diri sehingga menyebabkan seseorang penderita bronkopneumonia mengalami demam. Jadi dapat disimpulkan bahwa diagnosa keperawatan kedua yang dapat diangkat adalah hipertermia berhubungan dengan proses penyakit.

Pengkajian yang dilakukan pada Tn.S didapatkan data subjektif yaitu pasien mengeluh lemas, pasien mengeluh lelah, pasien mengeluh sesak sedangkan data objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak lemas, pasien tampak sesak, RR: 32 x/menit, SpO₂ : 94%. Dari analisis kasus pada Tn.S ditemukan data yang sesuai dan menunjang untuk mengangkat diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Sejalan dengan teori menurut (PPNI, 2018a) yang mengatakan bahwa ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen adalah keadaan dimana ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehingga penulis mengangkat diagnosis ini dikarenakan sesuai data yang didapatkan dari pasien dengan teori yang ada.

3. Intervensi Keperawatan

Dalam penyusunan intervensi keperawatan pada Tn.S dengan masalah Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Yang akan dilaksanakan untuk menanggulangi masalah

sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditentukan sesuai prioritas masalah, tujuan, dan kriteria hasil agar terpenuhi kebutuhan pasien. Pada kasus Tn. S penulis berpedoman penuh dengan buku SDKI, SLKI, dan SIKI yang telah direncanakan pada teori sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Dari hasil pengkajian didapatkan intervensi keperawatan utama yaitu manajemen airway dengan monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (misalnya : Gurgling, mengi, wheezing, ronchi), Monitor Sputum (jumlah, warna, aroma), Posisikan semi fowler, berikan oksigen, Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, mengajarkan teknik batuk efektif, kolaborasi pemberian bronkodilator (PPNI, 2018b).

Pada kasus Tn. S dengan masalah keperawatan hipertermia maka diberikan intervensi yaitu manajemen hipertermia yaitu dengan mengidentifikasi penyebab hipertermi, memonitor suhu tubuh, melonggarkan atau lepaskan pakaian, memberikan cairan oral, melakukan pendinginan eksternal, menganjurkan tirah baring, menimalisir jumlah kegiatan pasien, berkolaborasi memberikan antipiretik untuk menurunkan suhu tubuh (PPNI, 2018b).

Intervensi yang diberikan pada Tn.S dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas adalah manajemen energi yaitu dengan mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor pola dan jam tidur, menyediakan lingkungan yang nyaman

dan rendah stimulus, menganjurkan tirah baring, berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan (PPNI, 2018b).

4. Implementasi Keperawatan

Pada kegiatan implementasi, peneliti melakukan kontrak keperawatan sebelumnya untuk pelaksanaan yang meliputi kapan dilaksanakan, berapa lama waktu yang dibutuhkan, siapa yang melaksanakan, tujuan dan tindakan apa saja yang dilakukan, serta peralatan yang perlu dipersiapkan. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien berupa memonitor pola napas hasil : 32x/menit, memonitor bunyi nafas tambahan hasil: terdapat suara nafas ronkhi, monitor sputum hasil : Terdapat sputum berlebih $\pm$ 4 ml, berwarna kehijauan, memberikan posisi semi-fowler hasil: pasien merasa nyaman dengan posisi semi fowler yang diberikan sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Muhsinin & Kusumawardani, 2019) mengatakan bahwa sesak nafas dapat berkurang dengan dilakukan tindakan pemberian posisi semi fowler.

Implementasi selanjutnya adalah pemberian terapi oksigen. Dari implementasi keperawatan yang dilakukan kepada Tn. S dengan diberikan terapi oksigen nasal kanul 5 lpm untuk menurunkan sesak napas serta meningkatkan saturasi oksigen. Setelah dilakukan implementasi tindakan keperawatan pukul 09.05 didapatkan hasil sebelum diberikan nasal kanul frekuensi napas 32x/menit, SpO₂ : 94%.

Dan setelah dilakukan tindakan pada pukul 13.30 didapatkan frekuensi napas 26x/menit dan SpO₂ : 98%.

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan (Nais, 2019) menyatakan dalam penelitiannya bahwa didapatkan pasien dengan keluhan sesak napas, batuk berdahak, pernapasan 34x/menit, SpO₂ : 92% dan setelah diberikan terapi oksigen nasal kanul 5 lpm maka SpO₂ : 98% dan pernapasan 28x/menit. Sehingga disimpulkan bahwa pemberian terapi oksigen pada pasien yang mengalami gangguan ventilasi tujuannya untuk mengoptimalkan oksigenasi ke jaringan, mencegah asidosis respiratorik, dan hipoksia jaringan.

Implementasi selanjutnya yaitu menganjurkan pemberian asupan cairan 2000ml/hari hasil : keluarga pasien sering memberikan minum air hangat, kemudian diajarkan bagaimana cara teknik batuk efektif. Teknik batuk efektif adalah suatu metode batuk dengan benar Dimana dapat menggunakan energi untuk batuk dengan seefektif mungkin sehingga tidak mudah lelah dalam pengeluaran dahak secara maksimal (Lestiani et al., 2020).

Dari hasil implementasi keperawatan yang dilakukan kepada pasien Tn. S dimana dilakukan tindakan keperawatan batuk efektif dan didapatkan hasil pengeluaran sputum dan frekuensi napas mulai membaik. Sebelum dilakukan tindakan keperawatan didapatkan hasil data objektif pernapasan : 32x/ menit, irama napas cepat, pasien nampak tidak mampu batuk secara efektif, pasien tampak susah mengeluarkan

sputum, pasien nampak gelisah, dan terdengar suara ronki. Setelah dilakukan tindakan pada pukul 13.30 didapatkan frekuensi napas menurun menjadi 26x/menit, pasien sudah mampu batuk secara aktif.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Safitri & Suryani, 2022) tentang pengaruh batuk efektif terhadap pengeluaran sputum pada pasien bronkopneumonia terbukti dapat memudahkan pengeluaran sputum pada pasien bronkopneumonia didapatkan data bahwa setelah diberikan teknik batuk efektif pasien tersebut dapat mengeluarkan sputum, dengan pernapasan sebelum penerapan teknik batuk efektif yaitu : 27x/ menit dan setelah penerapan teknik batuk efektif didapatkan 22x/ menit. Penerapan batuk efektif ini dapat mempermudah mengeluarkan sputum pada pasien Bronkopneumonia.

Penelitian lain yang sejalan dilakukan oleh (R. Handayani et al., 2022) menunjukkan bahwa setelah dilakukan teknik batuk efektif menunjukkan bahwa pasien dapat mengeluarkan dahak, frekuensi napas menurun. Pasien dengan Bronkopneumonia yang memiliki masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif sangat cocok dilakukan implementasi teknik batuk efektif. Teknik batuk efektif ini adalah metode batuk yang dilakukan dengan benar untuk mengeluarkan lendir yang terdapat dalam saluran pernafasan secara maksimal, teknik batuk efektif yang dilakukan dengan benar tidak akan membuat penderita kehilangan energi sehingga mengalami kelelahan. Memahami pengertian batuk efektif beserta teknik melakukannya akan memberikan banyak manfaat,

diantaranya untuk melonggarkan pernafasan maupun mengatasi lendir baik dalam bentuk sputum maupun secret dalam hidung yang timbul akibat adanya infeksi pada saluran pernafasan maupun karena sejumlah penyakit yang diderita seseorang (Marlina et al., 2023).

Implementasi terakhir yang diberikan pada manajemen airway adalah melakukan kolaborasi pemberian bronkodilator hasil : pemberian Nebu combivent 1 gr/8 jam. Pada penelitian yang dilakukan oleh (Astuti et al., 2019) didapatkan bahwa pemberian nebulizer atau terapi inhalasi ini dipilih karena pemberian terapi inhalasi memberikan efek sputum menjadi encer sehingga mempermudah mengeluarkan sputum dan dapat meningkatkan bersihan jalan napas, begitupun dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Modjo et al., 2023) didapatkan hasil bahwa adanya perubahan sebelum dan setelah pemberian nebulizer seperti sputum sudah mulai mudah dikeluarkan, frekuensi napas normal. Jadi dapat disimpulkan bahwa penerapan manajemen airway yang terdiri dari pemberian posisi semi fowler, terapi oksigen, mengajarkan teknik batuk efektif, kolaborasi pemberian bronkodilator pada pasien bronkopneumonia dapat meningkatkan bersihan jalan napas tidak efektif.

Implementasi keperawatan pada Tn. S dengan diagnosis hipertermia berhubungan dengan proses penyakit yaitu mengidentifikasi penyebab hipertermia, memonitor suhu tubuh, melonggarkan atau lepaskan pakaian, memberikan cairan oral, melakukan pendinginan eksternal, menganjurkan tirah baring, menimalisir jumlah kegiatan pasien,

berkolaborasi memberikan antipiretik untuk menurunkan suhu tubuh didapatkan hasil suhu tubuh Tn.S mulai turun yang sebelum diberikan manajemen hipertermi suhu tubuhnya 39,0°C dan setelah diberikan manajemen hipertermia suhu tubuhnya menjadi 37,8°C. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Maghfiroh, 2023) yang menyatakan bahwa manajemen hipertermia efektif untuk menurunkan suhu tubuh pada pasien hipertermia.

Implementasi keperawatan untuk diagnosis intoleransi aktifitas berhubungan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen di dapatkan hasil pasien masih mengeluh lemas, pasien masih mengeluh lemah, pasien mengatakan sesak berkurang, pasien tampak sudah tidak terlalu sesak. Yang awalnya frekuensi pernapasan 34x/menit, SpO₂ : 92% dan setelah diberikan terapi oksigen nasal kanul 5 lpm dan penerapan manajemen energi maka SpO₂ : 98% dan pernapasan 28x/menit Sejalan dengan penelitian (Nirmala & Nurhakim, 2023) mengatkan bahwa setelah dilakukan penerapan manajemen energi didapatkan keadaan pasien berangsur membaik sesak pasien sudah berkurang dan keluhan lelah menurun.

5. Evaluasi Keperawatan

Dari hasil evaluasi implementasi yang dilakukan menunjukkan bahwa penerapan manajemen airway sangat berpengaruh dalam peningkatan bersihan jalan napas yang dibuktikan dengan data sebelum penerapan manajemen airway Tn.S mengeluh sesak, batuk berdahak

sulit dikeluarkan, RR : 32x/menit, SpO₂ : 94% sedangkan data yang didapatkan setelah dilakukan manajemen airway Tn.S mengatakan sesaknya mulai berkurang, batuk berdahak berkurang dan sputum mulai mudah dikeluarkan, RR : 26x/menit, SpO₂ : 98%.

Setelah dilakukan penerapan manajemen hipertermia pada pasien bronkopneumonia dengan masalah keperawatan hipertermia didapatkan sebelum diberikan manajemen hipertermi suhu tubuhnya 39,0°C dan setelah diberikan manajemen hipertermia suhu tubuhnya menjadi 37,8°C.

Setelah penerapan manajemen energi didapatkan data pasien masih mengeluh lemas, pasien masih mengeluh lemah, pasien mengatakan sesak berkurang, pasien tampak sudah tidak terlalu sesak. Yang awalnya frekuensi pernapasan 34x/menit, SpO₂ : 92% dan setelah diberikan terapi oksigen nasal kanul 5 lpm dan penerapan manajemen energi maka SpO₂ : 98% dan pernapasan 28x/menit.