

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar.

2.1.1 Pengertian.

Bronkitis kronis adalah pembengkakan mukosa dan inflamasi membran mukosa bronkial dengan sekret mukus berlebihan pada percabangan bronchial (Tucker, dkk, 1999).

Bronkitis kronis adalah suatu penyakit, yang ditandai dengan batuk berdahak setiap hari, sekurang – kurangnya 3 bulan pertahun dan berlangsung selama 2 tahun berturut – turut, dan tidak adanya penyakit laian dengan gejala tersebut.(IAB / UPF Ilmu penyakit paru, 1994 : 85).

2.1.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi timbulnya masalah.

2.1.2.1 Anatomi Fisiologi.

Struktur yang membentuk bagian dari traktus respiratori bagian bawah ialah trakea. Trakea dimulai pada batas bagian bawah dari laring yang melintasi dibawah sternum kedalam thorax. (Sascharin, 1996).

Trakea berjalan dari laring sampai rata-rata ketinggian vertebra thorakalis V dan di tempat ini bercabang menjadi dua bronkus. Panjang trakea kira-kira 9 cm, trakea tersusun atas 16-20 cincin yang terdiri dari tulang rawan yang diikat bersama jaringan fibosa dan jaringan otot. Trakea dilapisi oleh selaput lendir yang terdiri dari epitalium bersillia dan sel cangkir, sillia ini bergerak kearah laring untuk mengeluarkan benda asing yang masuk bersama udara pernafasan, kedua

bronkus yang terbentuk dari trakea mempunyai struktur yang sama dengan trakea dan dilapisi oleh sel yang sama pula. Bronkus-bronkus itu berjalan kebelakang dan kesamping kearah tampuk paru. Bronkus kanan lebih pendek, lebih lebar dari bronkus kiri dan sedikit lebih tinggi dari arteri pulmonalis, mengeluarkan cabang yang disebut bronkus lobus atas, cabang dua muncul setelah cabang utama keluar yang disebut bronkus lobus bawah. Bronkus kiri lebih panjang dan lebih langsing dari bronkus kanan, berjalan dibawah arteri pulmonalis. (Pearce, 1995).

2.1.2.2 Patofisiologi.

Adanya infeksi (biasanya kuman haemophilus influenza dan streptococcus pneumonia) dan iritasi bronkus (merokok dan polusi) menyebabkan hipertropi kelenjar bronkus / mukosa bronkus dan peningkatan jumlah sel goblet dengan infiltrasi sel-sel radang dan edema mukosa bronkus. Dapat terjadi penumpukan mukosa yang berlebihan dan timbul gejala batuk produktif dan sesak nafas, sehingga timbul masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif.

Pembentukan mukus yang berlebihan menyebabkan dispneu, dapat terjadi hipoksia sehingga menyebabkan ketidak seimbangan antara ambilan oksigen dan pengeluaran CO₂ maka timbul masalah gangguan pertukaran gas, intoleransi aktivitas serta perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan. (Price, dkk, 1995).

2.1.3 Dampak Masalah.

2.1.3.1 Bagi klien.

1. Gangguan sistem respirasi.

Obstruksi jalan nafas oleh sekret, ventilasi maupun difusi gas tidak berjalan baik karena pembengkakan membran menghalangi udara masuk kedalam paru.

2. Gangguan aktivitas intolerans.

Aktivitas karena ketidak seimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen.

3. Gangguan nutrisi dan metabolisme.

Perubahan nutrisi karena penurunan masukan per oral dan peninhkatan metabolisme yang berkaitan dengan dipsneu, anoreksi dan kelemahan.

2.1.3.2 Bagi Keluarga.

Keluarga akan mengalami kecemasan serta beban biaya yang tidak sedikit bagi pengobatan dan perawatan klien.

2.2 Asuhan Keperawatan.

Untuk dapat melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif, dalam usaha memecahkan masalah klien atau mampu membantu mengembalikan klien ketarap yang optimal melalui pendekatan yang sistematis yaitu menggunakan proses keperawatan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

2.2.1 Pengkajian

Merupakan pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien agar

dapat mengidentifikasi, mengenal masalah kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik fisik, mental dan sosial. Pengkajian yang sistematis dalam keperawatan dibagi empat tahap kegiatan yaitu meliputi pengumpulan data, penentuan analisa dalam sistematika data, menentukan masalah serta diagnosa keperawatan. (Effendi, N. 1995).

2.2.1.1 Pengumpulan Data

Adalah mengumpulkan informasi atau data tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah serta kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien. (Effendi, 1995)

1) Identifikasi klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, alamat, nomer register dan tanggal MRS (masuk rumah sakit).

2) Keluhan Utama

Klien biasanya mengeluh dengan sesak nafas, batuk, berdahak

3) Riwayat penyakit sekarang

Biasanya klien dengan bronkitis kronis akan mengeluh batuk produktif dengan dahak mukus, jumlah banyak (6-60 ml), kental dan lengket terutama pada pagi hari selama dua tahun berturut-turut, dan sesak nafas..

4) Riwayat penyakit dahulu

Biasanya klien dengan bronkitis kronis mempunyai riwayat penyakit asma bronkial, TB paru dan riwayat merokok.

5) Riwayat penyakit keluarga

Berhubungan dengan faktor genetik dalam keluarga, penyakit yang pernah diderita anggota keluarga.

6) Pola-pola fungsi kesehatan :

a. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Biasanya klien dengan bronkitis kronis mempunyai kebiasaan kontak dengan debu, polusi dan merokok dalam kesehariannya dan kurang memperhatikan pelayanan kesehatan.

b. Pola nutrisi dan metabolisme.

Klien dengan bronkitis kronis akan mengalami perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan dikarenakan terjadi penurunan intake makanan dan peningkatan kebutuhan metabolisme yang berkaitan dengan adanya dispneu atau anoreksia.

c. Pola aktifitas.

Biasanya klien dengan bronkitis kronis akan terjadi keterbatasan aktifitas / aktifitas klien dibantu oleh adanya ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen.

c. Pola eliminasi

Klien dengan bronkiutis kronis jarang mengalami kesulitan dalam buang air besar / buang air kecil. Apabila terjadi itu akibat penurunan intake makanan karena adanya dispneu dan anoreksia sehingga akan terjadi gangguan pada pola eliminasi.

d. Pola tidur dan istirahat.

Istirahat dan tidur klien dengan bronkitis kronis dapat terganggu akibat batuk produktif dan disneu, klien akan sering terbangun pada malam hari.

e. Pola persepsi sensorik dan kognitif.

Daya penglihatan, pendengaran, pembauan, pengecap, perabaab klien dengan bronkitis kronis akan normal, kurang pengetahuan dan salah persepsi klien terhadap penyakitnya.

f. Pola persepsi diri.

Persepsi diri dan orang lain terhadap penyakit yang diderita, sikap diri, rasa lebih baik, persepsi mengenai kemampuannya, pola emosional, citra tubuh klien biasanya cemas, gelisah.

g. Pola hubungan dan peran.

Hubungan klien dengan keluarga, tetangga dan team kesehatan. Peran dan tanggung jawab dalam keluarga dan dalam masyarakat.

i. Pola reproduksi dan seksual.

Kebiasaan klien dalam hubungan seksual dan gangguan yang terjadi serta riwayat reproduksi.

j. Pola penanggulangan stres

Mekanisme pembelaan yang digunakan memecahkan masalah, kebiasaan klien dalam menghadapi masalah yang terjadi.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan.

Agama yang dianut, kepercayaan klien terhadap penyakitnya yang dikaitkan dengan agama dan praktek spiritual.

7) Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum :

Inspeksi : biasanya klien dengan bronkitis kronis kesadaran kompos mentis klien terpasang infus, suhu tubuh dalam batas normal (36 / 37 , 5 C)

Palpasi : nadi dalam batas normal (76 – 100 x/ m), pernafasan meningkat (32-34 kali / menit).

Perkusi : -

Auskultasi : tekanan darah dalam batas normal (110/70 mmHg – 140 / 90 mmHg).

b. Sistem respirasi.

Inspeksi: Klien dengan bronkitis kronis biasanya ditandai dengan batuk produktif, dispneu, menggunakan otot bantu pernafasan.

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan pada dada, tidak teraba massa dan pembesaran nodul pada leher, trakea ada digaris tengah, terdapat pulsasi.

Perkusi : terdapat suara hipersonor.

Auskultasi : terdapat suara tambahan ronchi dan rales lembut.

c. Sistem kardiovaskuler.

Inspeksi : Klien dengan bronkitis kronis pulsasi jantung tidak ditemukan, tidak ada cianosis, tidak ada odema, tidak ada jari tabuh.

Palpasi : nadi normal (76 – 100 x/m) pernafasan reguler, tidak ditemukan mur-mur jantung atau tidak ada nyeri tekan daerah dada.

Perkusi : Batas jantung kiri dari ICS III, IV, V tidak ada perubahan kepekaan, batas jantung kanan tidak dapat diperkusi.

Auskultasi : Suara S1, S2 tunggal, tekanan darah normal (110 / 70 – 140 / 90 mmHg). Bunyi jantung lembut dan teratur.

d. Sistem genitourinaria.

Inspeksi : Klien dengan bronkitis kronis pada sistem genitourinaria kebersihan genitalia terjaga, tidak ada hematuria, tidak ada disuria, BAK normal 3-4 kali/ hari.

Palpasi : tidak terdapat hemoroid, tidak ada pertumbuhan jaringan abnormal / tumor.

e. Sistem muskuloskeletal.

Inspeksi : Klien dengan bronkitis kronis pergerakan baik, ekstremitas atas terganggu akibat terpasang infus, tidak ada atropi, tidak ada kontraktur.

Perkusi : respon refleks tendon 2+ (normal).

f. Sistem gastrointestinal.

Inspeksi : Klien dengan bronkitis kronis biasanya nafsu makan menurun, tidak mual, tidak muntah, tidak ada nyeri telan, BAB normal 1 kali / hari, abdomen simetris, umbilikus secara sentral berada pada prosesus ximpoideus dan simpisis pubis, bentuk infersi (agak menonjol).

Palpasi : turgor kulit normal, tidak ada hepatomegali, dan splenomegali.

Perkusi : tidak ada meteorismus, suara thimpani pada perkusi diatas lambung dan intestinal, suara peka perkusi diatas limfa dan ginjal.

Auskultasi : bising usus normal (15-20 kali / menit) berupa bunyi dengan nada tinggi dan intensitas bervariasi.

g. Sistem endokrin.

Inspeksi : Klien dengan bronchitis kronis tidak terdapat hiperpigmentasi lokal / umum pada wajah, tidak ada tremor, tidak mengeluarkan keringat dingin.

Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid.

Perkusi : respon refleks tendon 2+ (normal).

Auskultasi :-

h. Sistem persyarafan.

Inspeksi : kesadaran kompos mentis, tidak terdapat kelumpuhan pada syaraf cranial, tidak ada hemiplegi dan paraplegi.

8). Pemeriksaan penunjang.

a. Foto thoraks.

Biasanya tidak menimbulkan kelainan kecuali bila sudah terjadi cor pulmonal, mungkin juga tampak adanya peningkatan bronkovaskuler markings.

a. Pemeriksaan sputum.

Adanya hasil streptococcus pneumoniae dan hemophilus influenzae dan peningkatan leukosit neutrofil.

c. Pemeriksaan analisa gas darah.

Biasanya PaO₂ menurun sampai 70 – 80 %, PaCO₂ normal / meningkat sampai 25 – 35 %. PH normal atau menurun, terjadi acidosis respiratori.

d. Pemeriksaan faal paru.

PVC : normal atau menurun (kurang 80 %)

FeV₁ : normal atau menurun (80 %)

FVC : selalu menurun (75 %)

FEF 25 – 75 % selalu menurun (80 %)

TLC normal / meningkat (normal 80 – 120 %)

RV / TLC % selalu meningkat (normal 25 – 40 %)

Menunjukkan adanya obstruksi.

2.2.1.2 Analisa dan Sintesa Data

Analisa adalah kemampuan mengkaikan dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam melaksanakan / menentukan masalah atau diagnosa keperawatan klien .(Effendy,1995).

2.2.1.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan yang jelas tentang masalah kesehatan klien yang dapat diatasi dengan tindakan keperawatan .(H. Lismindar, 1990)

Diagnosa Keperawatan yang terjadi pada klien dengan bronkitis kronis menurut Tucker, 1999 adalah sebagai berikut :

1. Ketidak efektifan bersihan jalan nafas b/d obstruksi trakeo bronkial akibat peningkatan secret ditandai dengan klien batuk, sesak, dahak berwarna putih kehijauan terdapat suara nafas tambahan ronchi dan roles lembut.
2. Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membran kapiler alvioler yang ditandai dengan sesak, pernafasan cuping hidung, RR : 32 x/ m, nadi : 104 x/m.
3. Perubahan nutrisi (kurang dari kebutuhan) b/d penurunan masukan per oral dan peningkatan kebutuhan metabolik yang berkaitan dengan dispneu dan anoreksia ditandai dengan BB : menurun, rambut : rontok, kulit : kering, makan habis setengah porsi, klien lemah.
4. Anxietas B/d perubahan status kesehatan ditandai dengan klien wajah klien tegang.
5. Intoleransi aktivitas B/d ketidak seimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen ditandai dengan kebutuhan klien dibantu keluarga dan perawat.
6. Kurangnya pengetahuan B/d kurangnya informasi tentang proses penyakitnya ditandaai dengan klien sering menanyakan tentang penyakitnya, pendidikan klien rendah.

2.2.2 Perencanaan.

Perencanaan adalah membuat rencana keperawatan dan menentukan pendekatan untuk memecahkan masalah klien. Ada tiga tahap

pada perencanaan adalah menentukan prioritas, menentukan tujuan dan merencanakan serta menentukan tujuan. (H. Lismidar, 1990)

2.2.2.1 Diagnosa keperawatan pertama : ketidak efektifan bersihan jalan nafas B/d obstruksi trakeo bronkial akibat peningkatan sekret.

1. Tujuan : jalan nafas efektif.

2. Kriteria hasil :

a). Klien dapat bernafas dengan efektif.

b). Klien dapat membatukan / mengeluarkan sekret.

c). Tidak terdapat dispneu.

d). Bunyi nafas bersih.

e). Produksi sekret berkurang / tidak ada.

f). Respirasi rete 16 – 20 x/m.

3. Rencana tindakan

a). Askultasi dan catat bunyi nafas.

b). Bantu klien untuk mengambil posisi batuk yang nyaman (missal dengan posisi folwer yang tinggi dan bantal diatas abdomen).

c). Bantu serta ajarkan klien untuk batuk setiap pagi hari.

d). Ajarkan klien untuk batuk efektif.

e). Bantu dan pantau fisioterapi dada (fibrasi dan klaping).

f). Tinggikan masukan cairan dengan memberikan air hangat.

g). Hisap sekret dengan suction.

h). Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian anti biotik dan bronkodilator.

4. Rasional.

- a). Obstruksi jalan nafas dapat di manifestasikan dengan adanya bunyi nafas yang abnormal dan adanya sekret.
- b). Batuk efektif membutuhkan nafas dalam dan kontraksi otot-otot pernafasan khususnya otot-otot abdomen untuk meningkatkan tekanan intra torakal dan pengeluaran sekret.
- c). Merangsang pengeluaran sekret yang menyumbat jalan nafas.
- d). Cara yang baik untuk mengeluarkan sekret.
- e). Vibrasi dan clapping dilakukan pada dinding dada bersama dengan gaya gravitasi dan exhalasi perlahan setelah nafas dalam, mengeluarkan lendir yang tersembunyi pada jalan nafas dan memberikan bersihan lendir.
- f). Hidrasi membantu menurunkan kekentalan sekret, mempermudah pengeluaran. Penggunaan air hangat dapat menurunkan spasme bronkus.
- g). Membebaskan jalan nafas dengan / melalui penghisapan sekret.
- h). Membantu membebaskan jalan nafas dengan cara melaksanakan program detendent.

2.2.2.2 Diagnosa keperawatan kedua : gangguan pertukaran gas b/d perubahan membran kapiler alveolar.

1. Tujuan : klien akan mempertahankan pertukaran gas dan oksigenasi adekuat.

2. Kriteria hasil :
 - a). Jalan nafas bersih.
 - b). Frekuensi nafas normal (16 – 20 kali / menit).
 - c). Analisa gas darah terutama PaO₂ (80 – 100 mmHg), PaCO₂ (35 – 45 mmHg), HCO₃ : 2 mEq/l.
3. Rencana tindakan.
 - a). Pantau nadi, frekuensi pernafasan dan bunyi nafas.
 - b). Sediakan oksigen melalui masker dan kanule.
 - c). Tinggikan posisi kepala dari tempat tidur dengan ketinggian 45 – 90 derajat.
 - d). Beri posisi postural drainage pada klien.
 - e). Ajarkan teknik relaksasi.
 - f). Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian anti biotik dan bronkodilator.
4. Rasional.
 - a). Berguna dalam evaluasi distres pernafasan dan atau kronisnya pnyalit.
 - b). Membantu memberikan pernafasan oksigen melalui kanule.
 - c). Pengiriman oksigen dapat diperbaiki denganposisi tinggi.
 - d). Membebaskan jalan nafas dari obstruksi sekret dan memperbaiki ventilai pada segmen dasar paru.
 - e). Teknik relaksasi dengan nafas dalam dapat menurunkan kolaf jalan nafas.

f). Membantu melaksanakan program dependent.

2.2.2.3 Diagnosa keperawatan ketiga : pemenuhan kebutuhan nutrisi (kurang dari kebutuhan) b/d penurunan masukan per oral dan peningkatan kebutuhan metabolik yang berkaitan dengan dispneu dan anoreksia ditandai dengan BB : turun, rambut : rontok, kulit : kering.

1. Tujuan : kebutuhan nutrisi terpenuhi.
2. Kriteria hasil :
 - a). Porsi habis.
 - b). Tidak ada anoreksia dan dispneu.
 - c). Intake adekuat.
 - d). Tidak terjadi penurunan BB (10 – 20 % dibawah BB normal).
3. Rencana tindakan.
 - a). Kaji status nutrisi.
 - b). Berikan makanan yang menarik dalam posisi kecil tapi sering.
 - c). Berikan posisi semi fowler pada waktu makan.
 - d). Hindari makanan penghasil gas dan minuman berkarbonasi.
 - e). Lakukan oral hygiene dan buang sekret pada tempat khusus.
 - f). Berikan dirongan untuk beristirahat.
 - g). Timbang BB setiap 2 hari.
 - h). kolaborasi dengan tim gizi dalam diit.
4. Rasional.
 - a). Mengetahui status nutrisi sehingga dapat menentukan tindakan selanjutnya.

- b). Memberikan kesempatan untuk meningkatkan masukan kalori sesuai dengan kebutuhan.
- c). Mengurangi dispneu dan aspirasi waktu makan.
- d). Dapat menghasilkan distensi abdomen yang mengganggu nafas abdomen dan gerakan diafragma dan dapat meningkatkan dispneu.
- e). Rasa tak enak, bau adalah pencetus utama terhadap nafsu makan dan menimbulkan mual dan muntah dengan peningkatan kesulitan nafas.
- f). Mengurangi kelelahan klien setelah makan.
- g). Diketahui perubahan dalam status nutrisi melalui peningkatan dan penurunan berat badan.
- h). Membantu memenuhi kebutuhan nutrisi klien dengan melakukan kolaborasi dengan tim gizi.

2.2.2.4 Diagnosa keperawatan keempat : anxietas b/d perubahan status kesehatan.

1. Tujuan : rasa cemas berkurang / hilang.
2. Kriteria hasil :
 - a). Klien mengatakan perasaan cemasnya berkurang.
 - b). Klien mengerti tentang proses penyakitnya dan mampu mendemonstrasikan.
 - c). Klien tidak bertanya lagi.
3. Rencana tindakan :
 - a). Kaji tingkat kecemasan klien.

- b). Berikan dukungan emosional pada klien.
 - c). Berikan lingkungan yang aman, jauh dari stres.
 - d). Berikan dorongan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya.
 - e). Jelaskan tentang proses penyakit dan pengobatan.
 - f). Berikan penjelasan pada klien tentang persepsi penyakitnya yang tidak benar.
4. Rasional.
- a). Mengetahui derajat kecemasan klien.
 - b) Membantu klien dalam mensupport mental klien.
 - c). Lingkungan yang nyaman dapat menjauhkan faktor predisposisi terjadinya stres bagi klien.
 - d). Mengetahui dan membantu klien dalam mengungkapkan perasaannya.
 - e). Menambah pengetahuan klien tentang proses penyakitnya dan pengobatanya sehingga kecemasan berkurang.
 - f). Menghindarkan salah persepsi klien terhadap penyakitnya.

2.2.2.5 Diagnosa keperawatan kelima : intoleransi aktivitas b/d ketidak seimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen.

1. Tujuan : aktivitas dapat dilakukan tanpa bantuan.
2. Kriteria hasil :
 - a). Klien mengatakan mampu melakukan aktivitas sehari-hari.
 - b). Aktivitas klien tidak dibantu.

3. Rencana tindakan.
 - a). Kaji tingkat aktivitas klien.
 - b). Instruksikan klien untuk melakukan tindakan yang dapat menghemat energi.
 - c). Pantau tanda kelebihan selama aktivitas.
 - d). Berikan oksigen sesuai dengan kebutuhan.
 - e). Ajarkan klien melakukan latihan progresif yang dikondisikan misalnya latihan gerak.
 - f). Berikan dorongan pada klien untuk ikut serta dalam kegiatan rehabilitasi pulmoner (bila perlu).
4. Rasional.
 - a). Mengetahui tingkat derajat dan aktivitas klien.
 - b). Menghemat energi dalam tindakan akan memperkecil tenaga / oksigen yang digunakan.
 - c). Mengetahui tanda-tanda keletihan klien selama melakukan aktivitas.
 - d). Membantu memenuhi kebutuhan oksigenasi.
 - e). Membantu klien dalam melakukan aktivitas yang dapat memperkecil tenaga yang digunakan.
 - f). Meningkatkan toleransi latihan pada klien dan membantu dalam penatalaksanaan penyakit klien.

2.2.2.6 Diagnosa keperawatan keenam : Kurang pengetahuan B/d kurang informasi tentang penyakitnya dan penatalaksanaan perawatan dirumah.

1. Tujuan : pengetahuan klien bertambah tentang penyakitnya dan penatalaksanaan perawatan dirumah.
2. Kreteria hasil :
 - a). Klien mengerti tentang penyakitnya dan penatalaksanaan perawatan dirumah.
 - b). Klien mampu memdemonstrasikan dalam usaha pencegahan.
 - c). Tidak terjadi serangan ulang pada klien.
 - d). Klien tidak tegang.
3. Rencana tindakan.
 - a). Kaji tingkat pengetahuan klien tentang penyakitnya dan penatalaksanaan dirumah.
 - b). Beri dorongan pada klien untuk mengajukan pertanyaan.
 - c). Jelaskan tentangnya mempertahankan fungsi pernafasan yang optimal dengan minum obat-obatan dan tidak merokok serta menghindari orang yang merokok.
 - d). Jelaskan pada klien dan keluarga untuk menghindari bahan-bahan yang menimbulkan iritasi pernafasan.
 - e). Luruskan persepsi klien yang salah tentang penyakitnya yang tidak bisa disembuhkan.
 - f). Pastikan klien mampu memdemonstrasikan dalam usaha pencegahan.

4. Rasional

- a). Mengetahui tingkat pengetahuan klien tentang penyakit dan penatalaksanaan perawatan di rumah.
- b). Membantu klien dalam mengatasi ketidak tahuan pengetahuan.
- c). Fungsi pernafasan klien dapat efektif dengan menghindari merokok dan minum obat sesuai dosis.
- d). Mencegah terjadi serangan ulang dengan diberikan penyuluhan kesehatan pada klien.
- e). Menghindarkan salah persepsi klien terhadap penyakitnya sehingga kecemasan klien dapat teratasi / berkurang.
- f). Mengetahui respon klien terhadap penjelasan prawat dalam usaha pencegahan terjadinya serangan ulang.

2.2.3 Pelaksanaan.

Pelaksanaan merupakan realisasi dari kegiatan yang direncanakan. Ada beberapa petunjuk dalam pelaksanaan sesuai dengan rencana yaitu keterampilan inter personal, intelektual tehnikal dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat. Keamanan fisik dan psikologis dilindungi dokumentasi intervensi dan respon klien (Kelliat, 1991).

2.2.4 Evaluasi.

Evaluasi adalah bagian terakhir dari proses keperawatan. Ada tiga tahap dalam evaluasi yaitu tujuan berhasil bila klien menunjukkan perilaku sesuai dengan tujuan, tujuan berhasil sebagian bila klien menunjukkan

prilaku tetapi hanya sebagian yang diharapkan, tujuan tidak berhasil bila klien menunjukkan prilaku yang tidak sesuai dengan yang diharapkan(H. Lismidar, 1991).