

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab III ini penulis melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien dengan bronkitis kronis di ruang paru laki RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 10 Juli – 15 juli 2001.

3.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 10 Juli 2001.

3.1.1. Pengumpulan Data.

a. Identitas Klien.

Nama Tn.A, umur 65 tahun, jenis kelamin laki-laki, suku jawa kebangsaan Indonesia, pendidikan SD, pekerjaan petani, alamat Surabaya, Diagnosa keperawatan bronkitis kronis, nomor register 18661, tanggal masuk rumah sakit (MRS) 8 Juli 2001.

b. Keluhan Utama

Klien mengatakan sesak nafas dan batuk.

c. Riwayat Penyakit sekarang.

Klien mengeluh batuk berdahak sudah lama (3 bulan) dengan dahak berwarna putih kehijauan kental lengket dan banyak (20 ml / hari), oleh klien dibawa ke dokter, setelah diberi obat klien sembuh. Kemudian batuk timbul lagi bila klien selesai merokok dan terasa sesak, oleh keluarga dibawa ke poli penyakit dalam RSUD Dr. Soetomo Surabaya kemudian MRS (masuk rumah sakit) tanggal 8 Juli 2001.

d. Riwayat penyakit dahulu.

Klien tidak pernah mengalami penyakit bronkitis kronis atau asma sebelumnya, klien mempunyai riwayat perokok (2 pak / hari), klien tidak mempunyai penyakit keturunan seperti hipertensi dan diabetes militus.

e. Riwayat penyakit keluarga.

Dalam keluarga tidak ada yang menderita seperti klien atau penyakit menular dan keturunan lainnya seperti hipertensi, diabetes militus.

Keluarga klien termasuk struktur keluarga nuklear family, orang tua klien meninggal akibat proses penuaan.

f. Pola-pola kesehatan.

1. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat.

Klien biasa mandi 3 kali / hari dan menggosok gigi 2 kali / hari, klien biasa merokok 2 pak / hari, bila klien sakit klien pergi ke dokter / puskesmas terdekat, klien tidak mempunyai kebiasaan minum alkohol, klien tidak alergi terhadap obat atau makanan tertentu.

Sesudah MRS (masuk rumah sakit) klien mandi 3 kali / hari, menggosok gigi 2 kali / hari, klien tidak alergi terhadap makanan, obat atau bahan tertentu (seperti plester).

2. Pola nutrisi dan metabolisme.

Sebelum MRS (masuk rumah sakit) klien makan 3 kali / hari dengan porsi sedang dan habis, klien tidak mengalami kesulitan

menelan, klien tidak menggunakan gigi palsu, klien tidak mempunyai pantangan makanan, setiap pagi klien selalu minum kopi, klien minum air putih 6 – 8 gelas / hari.

Sesudah MRS (masuk rumah sakit) klien makan 3 kali / hari, dengan porsi sedang dan habis, klien tidak mengalami kesulitan dalam menelan, klien tidak menggunakan gigi palsu, klien tidak mempunyai pantangan makanan, klien mengalami penurunan berat badan, kulit kering, rambut tidak rontok, diet TKTP (tinggi karbohidrat tinggi protein), minum air putih 6 – 8 gelas / hari.

3. Pola aktivitas.

Sebelum MRS (masuk rumah sakit) klien aktif bekerja di sawah, semua aktivitas dikerjakan sendiri tanpa bantuan orang lain, klien tidak mempunyai kebiasaan untuk olahraga pagi.

Sesudah MRS (masuk rumah sakit) klien bisa melakukan aktivitas sendiri seperti makan, mandi, buang air besar, buang air kecil, klien tiap pagi selalu berjalan-jalan diruangannya, klien tidak menggunakan kruk atau kursi roda untuk aktivitas.

4. Pola eliminasi.

Sebelum MRS (masuk rumah sakit) klien buang air besar 1 kali / hari, dengan konsistensi lembek, warna kuning, bau khas tidak ada komplikasi atau diare, klien buang air kecil 3 – 4 kali / hari dengan konsistensi kuning jernih, tidak ditemukan disuria atau hematuria.

Sesudah MRS (masuk rumah sakit) klien buang air besar 1 kali / hari dengan konsistensi lembek dan tidak terjadi konstipasi atau diare, klien buang air kecil 3 – 4 kali / hari dengan konsistensi kuning jernih dengan tidak ditemukan disuria atau hematuria, klien tidak terpasang kateter, klien tidak menggunakan obat-obatan yang dapat membantu melancarkan miksi / defekasi.

5. Pola istirahat dan tidur.

Sebelum MRS (masuk rumah sakit) klien tidur 8 – 10 jam / hari, klien tidak terbiasa tidur siang karena harus pergi kesawah, klien tidur malam jam 23.00 – 05.00 WIB dengan keadaan lampu remang-remang dan ditemani istri.

Sesudah MRS (masuk rumah sakit) klien tidur 8 – 10 jam / hari, klien tidur malam jam 22.00 – 05.00 WIB dengan keadaan lampu remang-remang dengan dijaga istrinya, klien merasa segar bila bangun dari tidur dan tidak mengalami insomnia atau mimpi buruk.

6. Pola persepsi sensorik dan kongnitif.

Daya penglihatan, pendengaran, pembau, peraba, dan pengecap normal, dengan tidak ada gangguan. Kurangnya pengetahuan terhadap penyakit dan penatalaksanaan perawatan dirumah membuat klien merasa cemas, skala kecemasan klien ringan, klien mempunyai persepsi bahwa penyakitnya tidak bisa sembuh.

7. Pola persepsi.

Klien berkeinginan untuk sembuh, klien tidak mengalami penurunan harga diri atau gangguan body image akibat penyakitnya. Klien bertanya pada dokter dan perawat apakah penyakitnya bisa disembuhkan, klien tampak cemas dan gelisah.

8. Pola hubungan dan peran.

Hubung klien dan keluarga baik, dengan tetangga juga baik terbukti saat masuk rumah sakit mereka menjenguk klien di rumah sakit. Peran klien sebagai kepala rumah tangga, tidak mengalami kesulitan terbukti bila ada persoalan dirumah klien masih sebagai pengambil keputusan.

9. Pola reproduksi dan seksual.

Klien berusia 65 tahun, mempunyai istri, mempunyai anak 8 orang, 5 orang anak perempuan dan 3 orang anak laki-laki, selama dirumah sakit klien tidak pernah melakukan hubungan seksual karena klien sadar bahwa dirinya sakit dan berada di rumah sakit.

10. Pola penanggulangan stres.

Bila ada masalah dalam keluarga selalu dipecahkan secara bersama dan klien sebagai pengambil keputusan, mekanisme koping yang sering digunakan klien adalah dengan merokok.

11. Pola Tatanilai dan kepercayaan.

Klien beragama islam, aktif dalam ibadah sholat 5 waktu, klien dan keluarga mempunyai anggapan bahwa penyakitnya tidak bisa sembuh

oleh karena itu klien aktif berdoa pada Tuhan semoga penyakitnya dapat disembuhkan dengan hidayah-Nya.

g. Pemeriksaan fisik.

1. Keadaan umum.

Keadaan klien baik, kesadaran compos mentis, klien terpasang infus RD 5 dengan 20 tetes / menit, suhu 36,5 C.

2. Sistem respirasi.

Hidung tidak ada epitaksis, tidak ada cairan, dinding dada bergerak secara simetris mengikuti irama pernafasan, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, batuk produktif.

Tidak terdapat nyeri tekan pada dada, tidak teraba masa atau pembesaran nodul pada leher, tidak ada pulsasi.

Terdapat suara hiper sonor.

Terdengar suara tambahan ronchi dan rales lembut.

3. Sistem kardiovaskuler.

Iktus dan pulsasi jantung tidak ditemukan, tidak ada cyanosis, tidak ada oedema, tidak ada jari tabuh.

Nadi 88 kali / menit, tidak ditemukan murmur jantung, tidak ada nyeri tekan pada dada. RR : 24 kali /m, tekanan darah 130/90 mmhg.

Batas jantung kiri dari ICS III, IV, dan V tidak terdapat perubahan kepekaan, batas jantung kanan tidak dapat diperkusi.

Suara S1 dan S2 tunggal, tekanan darah 130 / 90 mmHg, bunyi jantung lembut dan teratur.

4. Sistem genitourinaria.

Kebersihan genital terjaga, BAK 3 – 4 kali / hari dengan konsistensi kuning jernih, tidak ada disuria, tidak ada hematuria.

Tidak terdapat pertumbuhan jaringan abnormal pada genital, tidak terdapat hemoroid.

5. Sistem gastrointestinal.

Nafsu makan normal, tidak mual, tidak muntah, tidak ada nyeri telan, BAB 1 kali / hari, dengan konsistensi lembek, abdomen simetris, umbilikus secara sentral berada pada prosesus ximphoideus dan symphisis pubis, bentuk dengan insersi (agak menonjol).

Bising usus 20 kali / menit, berupa bunyi nada tinggi dengan intensitas bervariasi.

Turgor kulit normal, tidak ada hepatomegali dan splenomegali.

Tidak ada meteorismus, suara timpani pada perkusi diatas lambung dan intestinal, suara pekak perkusi pada limpa dan ginjal.

6. Sistem muskuloskeletal.

Pergerakan baik hanya ekstremitas atas bagian kiri terbatas karena terpasang infus RD 5, tidak ada atropi, tidak kontraktur.

7. Sistem endokrin.

Tidak terdapat hiperpigmentasi lokal / umum pada wajah, tidak tremor, tidak mengeluarkan keringat dingin.

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

8. Sistem persyarafan.

Kesadaran compos mentis, tidak ada kelumpuhan pada syaraf kranial, tidak ada hemiplegi, tidak ada paraplegi.

Respon reflek tendon : 2+ (normal).

h. Pemeriksaan penunjang.

1. Foto thorax (P.A) tanggal 8 Juli 2001.

Cor : membesar dan tampak normal.

Pulmo : tak tampak spesifikasi / non spesifikasi.

Kedua sinus phericuostalis tajam.

2. Pemeriksaan sputum (tanggal 8 Juli 2001).

Tidak ditemukan adanya basil streptococcus pneumoniae dan haemophilus influenzae pada sputum.

3. Pemeriksaan analisa gas darah (tanggal 8 Juli 2001).

Ph : 7,35, PaO₂ : 80 mmHg, PaCO₂ : 48 mmHg, HCO₃ : 2mEq/l.

3.1.2. Analisa dan Sintesa Data.

a. Tanggal 8 Juli 2001.

1. Data subyektif.

a) Klien mengatakan batuk produktif.

b) Klien mengatakan dahak berwarna putih kehijauan kental dan lengket.

2. Data obyektif.

a) Dahak berwarna putih kehujauan, kental dan lengket.

b) Ada suara tambahan ronchi dan rales lembut.

c) Tanda-tanda vital : tensi : 130/90 mmhg, N : 88 kali /m, Suhu: 36 C

RR : 24 kali/m.

3. Kemungkinan penyebab : Obstruksi trakeobronkial akibat sekret.

4. Masalah keperawatan : Ketidak efektifan bersihan jalan nafas.

b. Tanggal 8 Juli 2001.

1. Data subyektif :

a) Klien mengatakan merasa takut terhadap penyakitnya.

b) Klien mengatakan tidak mengerti tentang proses penyakitnya dan penatalaksanaan perawatan dirumah.

c) Klien mengatakan bahwa penyakitnya tidak bisa sembuh.

2. Data obyektif.

a) Klien tidak mengerti penyakitnya dan penatalaksanaan perawatan dirumah.

b) Klien bertanya pada dokter atau perawat.

c) Nadi 88 kali / menit.

d) Pendidikan keluarga rendah

3. Kemungkinan penyebab : Kurangnya informasi tentang penyakitnya dan penatalaksanaan perawatan dirumah.

4. Masalah keperawatan : kurang pengetahuan.

3.1.3.Diagnosa Keperawatan.

Diagnosa keperawatan yang terjadi pada Tn. A dengan bronkitis kronis adalah sebagai berikut.

- a. Ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi trakeobronkial akibat sekret ditandai dengan klien batuk berdahak, dahak berwarna putih, kehijauan dan lengket, adanya suara tambahan ronchi dan rales lembut.
- b. Kurangnya pengetahuan sehubungan dengan kurang informasi tentang penyakitnya ditandai klien merasa takut terhadap penyakitnya, klien banyak bertanya pada dokter tentang penyakitnya, tekanan darah 130 / 90 mmHg, nadi 88 kali / menit.

3.2. Perencanaan.

1. Diagnosa keperawatan pertama.

Ketidak efektifan jalan nafas sehubungan dengan obstruksi trakeo bronkial akibat sekret.

a. Tujuan : jalan nafas kembali efektif dalam waktu 5 x 24 jam.

b. Kriteria hasil :

- 1) Klien dapat bernafas dengan efektif.
- 2) Tidak terdapat dispneu (RR 16-20 kali / menit, irama teratur).
- 3) Bunyi nafas normal / bersih.
- 4) Produksi sekret berkurang berkurang.

c. Rencana tindakan.

- 1) Bantu klien untuk mengambil posisi batuk yang nyaman (misalnya dengan posisi fowler meningkat dengan lutut lurus dan bantal diatas abdomen).
- 2) Bantu serta ajarkan klien untuk batuk setiap satu sampai 2 jam.

- 3) Ajarkan cara batuk efektif kepada klien.
- 4) Bantu dan pantau fisioterapi pada pemberian (vibrasi dan clabing).
- 5) Tingkatkan masukan cairan dengan memberikan air hangat.
- 6) Hisap sekret dengan suction bila perlu.
- 7) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi Bronkodilator.
- 8) Observasi tanda-tanda vital.

d. Rasional.

- 1) Batuk efektif membutuhkan nafas dalam dan kontraksi otot pernafasan.
- 2) Merangsang pengeluaran sekret yang menyumbat jalan nafas.
- 3) Cara yang baik untuk mengeluarkan sekret.
- 4) Vibrasi dan clabing dilakukan pada dinding dada bersama dengan gaya grafitasi dan eksalasi perlahan setelah nafas dalam, mengeluarkan lendir yang tersembunyi pada jalan nafas membersihkan lendir.
- 5) Hidrasi membantu menurunkan kekentalan sekret, mempermudah pengeluaran, penggunaan air hangat dapat menurunkan spasme bronkus.
- 6) Membebaskan jalan nafas dengan / melalui penghisapan sekret.
- 7) Membantu membebaskan jalan nafas dengan cara melaksanakan program dependent.
- 8) Mengetahui perkembangan selanjutnya.

2. Diagnosa keperawatan kedua.

Kurang pengetahuan sehubungan dengan kurang informasi tentang penyakit dan perawatan dirumah.

a. Tujuan : Pengetahuan klien bertambah tentang penyakit dan perawatan dirumah dalam waktu 1x24 jam.

b. Kriteria hasil :

- 1) Klien mengerti tentang penyakit dan penatalaksanaan di rumah.
- 2) Klien mampu mendemonstrasikan dalam usaha pencegahan.
- 3) Klien tidak cemas, tanda-tanda vital dalam batas normal.
- 4) Tidak terjadi serangan ulang pada klien.

c. Rencana tindakan.

- 1) Berikan dorongan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya.
- 2) Jelaskan pentingnya mempertahankan fungsi pernafasan yang optimal dengan minum obat-obatan dan tidak merokok.
- 3) Jelaskan pada klien dan keluarga untuk menghindari bahan-bahan yang menimbulkan iritasi pernafasan.
- 4) Luruskan persepsi klien yang salah tentang penyakitnya yang tidak disembuhkan.
- 5) Pastikan klien mampu melaksanakan dalam usaha pencegahan.

d. Rasional.

- 1) Memantu klien dalam mengatasi ketidaktahuan fungsi pernafasan klien dapat efektif dengan menghindarkan merokok dan minum obat teratur.

- 2) Mencegah terjadi serangan ulang dengan diberikan penyuluhan kesehatan pada klien.
- 3) Menghindari salah persepsi klien terhadap penyakit sehingga kecemasan klien dapat berkurang / teratasi.
- 4) Mengetahui respon klien terhadap penjelasan perawat dalam usaha pencegahan terjadinya serangan ulang.

3.3. Pelaksanaan (Tanggal 8 Juli 2001).

1. Diagnosa keperawatan pertama.

- a. Mengajarkan klien cara batuk efektif. (klien kooperatif, klien tidak mengalami kesulitan dalam melakukan batuk efektif meskipun harus diulang-ulang).
- b. Membantu klien untuk mengambil posisi klien batuk yang nyaman dengan semi fowler. (Klien mampu melaksanakan dengan dibantu perawat).
- c. Membantu dan memantau fisioterapi dada (vibrasi dan clabing).
- d. Menghisap sekret dngan section (klien kooperatif).
- e. Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian ekspektorant, bronkodilator, mukolitik, bromheksim (klien mau meminum obat sesuai dengan yang diadviskan dokter).

2. Diagnosa keperawatan kedua.

- a. Memberi dorongan kepada klien untuk bertanya. (sebelumnya klien merasa takut untuk bertanya tapi setelah didorong perawat untuk bertanya, klien banyak bertanya tentang penyakitnya).
- b. Memberi penjelasan tentang penyakitnya dan perawatan dirumah. (klien kooperatif dan mendengarkan dengan baik).
- c. Menjelaskan kepada klien dan keluarga untuk menghindari bahan ealergen yang menimbulkan iritasi pernafasan seperti merokok, debu, asap pabrik dan lain-lain. (Klien kooperatif dan klien berjanji akan menghindari bahan iritan).
- d Memastikan bahwa klien mampu mendemonstrasikan penjelasan perawat dengan bertanya kembali tentang penyakitnya.

3.4.Evaluasi.

1. Diagnosa keperawatan pertama.

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi trakeo bronkiale akibat peningkatan sekret. (Tanggal 10 Juli 2001).

a) Subyektif (S).

- 1) Klien mengatakan batuk berkurang terutama pada pagi hari.
- 2) Klien mengatakan dahak dapat dikeluarkan.

b) Obyektif (O).

- 1) Dahak klien berkurang dan dapat dikeluarkan.
- 2) Tidak ada suara tambahan ronchi.

c) Assesement : Klien mengatakan batuk berkurang dan dahak dapat dikeluarkan serta tidak adanya suara tambahan ronchi, sehingga masalah klien dapat teratasi.

d) Planning : Rencana tindakan dihentikan dan dilakukan follow up.

2. Diagnosa keperawatan kedua.

Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penatalaksanaan dirumah. (tanggal 8 Juli 2001).

a) Subyektif (S).

1) Klien mengatakan mengerti tentang proses penyakitnya dan penatalaksanaan dirumah.

2) Klien mengatakan mampu melaksanakan dalam usaha pencegahan dengan menghindari merokok dan polusi.

b) Obyektif (O).

1) Klien tidak tegang.

2) Nadi 88 kali / menit.

3) Klien mengerti tentang penyakitnya dan penatalaksanaan perawatan dirumah.

c) Assesement : Klien mengatakan mengerti tentang penyakitnya dan penatalaksanaan perawatan dirumah dan klien mengatakan mampu melaksanakan dalam usaha pencegahan dan menghindari merokok dan polusi, sehingga masalah dapat teratasi.

d) Planning : Rencana tindakan dihentikan dan follow up.

penurunan berat badan, dan juga pada pola aktivitas terdapat kesenjangan dikarenakan pada tinjauan kasus klien dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari tanpa bantuan orang lain.. Untuk pola respirasi terdapat kesenjangan antara tinjauan pustakan dan tinjauan kasus, ditinjau pustaka disebutkan gangguan pertukaran gas berhubungan dengan membrane kapiler alveolar dan di tinjauan kasus terdapat kesenjangan karena pada waktu pengkajian klien tidak mengalami penurunan pemasukan oksigen dan karbon dioksida dan pada lab. Pada pola kognitif terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada waktu melakukan pengkajian didapatkan bahwa klien sudah menderita penyakit sejak lama sehingga klien tidak terbiasa dengan kondisi sekarang sehingga tidak terjadi kecemasan. Dan untuk pola-pola lainnya tidak diketemukan kesenjangan, ditinjau pustaka didalam pemeriksaan fisik yaitu pada keadaan umum dicantumkan bahwa pernafasan klien pada bronkitis kronis meningkat tetapi pada tinjauan kasus tidak ditemukan peningkatan pernafasan dikarenakan keadaan klien sudah kembali normal, dan untuk sistem-sistem lainnya pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan.

4.1.2 Analisa data

Pada analisa data dalam landasan teori tidak ditemukan proses analisisnya tetapi langsung merumuskan diagnosa keperawatan. Hal ini karena pada landasan teori tidak ada kliennya, jadi tidak diperoleh data yang nyata dalam menunjang munculnya masalah / diagnosa keperawatan. Sedangkan pada tinjauan kasus sudah menghadapi klien secara langsung

penurunan berat badan, dan juga pada pola aktivitas terdapat kesenjangan dikarenakan pada tinjauan kasus klien dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari tanpa bantuan orang lain.. Untuk pola respirasi terdapat kesenjangan antara tinjauan pustakan dan tinjauan kasus, ditinjau pustaka disebutkan gangguan pertukaran gas berhubungan dengan membrane kapiler alveolar dan di tinjauan kasus terdapat kesenjangan karena pada waktu pengkajian klien tidak mengalami penurunan pemasukan oksigen dan karbon dioksida dan pada lab. Pada pola kognitif terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada waktu melakukan pengkajian didapatkan bahwa klien sudah menderita penyakit sejak lama sehingga klien tidak terbiasa dengan kondisi sekarang sehingga tidak terjadi kecemasan. Dan untuk pola-pola lainnya tidak ditemukan kesenjangan, ditinjau pustaka didalam pemeriksaan fisik yaitu pada keadaan umum dicantumkan bahwa pernafasan klien pada bronkitis kronis meningkat tetapi pada tinjauan kasus tidak ditemukan peningkatan pernafasan dikarenakan keadaan klien sudah kembali normal, dan untuk sistem-sistem lainnya pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan.

4.1.2 Analisa data

Pada analisa data dalam landasan teori tidak ditemukan proses analisisnya tetapi langsung merumuskan diagnosa keperawatan. Hal ini karena pada landasan teori tidak ada kliennya, jadi tidak diperoleh data yang nyata dalam menunjang munculnya masalah / diagnosa keperawatan. Sedangkan pada tinjauan kasus sudah menghadapi klien secara langsung

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen.

Merupakan suatu keadaan dimana terjadi penurunan kapasitas fisiologis seseorang untuk mempertahankan aktivitas sampai ketinggian yang diperlukan.

Ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus tidak terjadi diagnosa keperawatan tersebut karena klien tidak mengalami penurunan kapasitas fisiologi untuk mempertahankan aktivitas sampai ketinggian yang diperlukan akibat ketidak seimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen, segala aktivitas mandiri.

- d. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

Merupakan suatu keadaan dimana klien mengalami perasaan yang sulit (kecemasan) dan aktivasi sistem syaraf otonom dalam berespon terhadap ketidak jelasan, ancaman tidak spesifik.

Ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, pada waktu melakukan anamnesa didapatkan bahwa klien sudah menderita sakit sudah lama sehingga klien sudah terbiasa dengan kondisinya sekarang sehingga tidak terjadi kecemasan.

- e. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penatalaksanaan perawatan di rumah.

Merupakan suatu kondisi dimana klien mengalami kekurangan pengetahuan kognitif atau keterampilan psikomotor dan ketidak jelasan mengenai suatu keadaan serta rencana tindakan pengobatan.

Tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus hal ini terjadi karena klien tidak mengerti tentang proses penyakitnya

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen.

Merupakan suatu keadaan dimana terjadi penurunan kapasitas fisiologis seseorang untuk mempertahankan aktivitas sampai ketinggian yang diperlukan.

Ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus tidak terjadi diagnosa keperawatan tersebut karena klien tidak mengalami penurunan kapasitas fisiologi untuk mempertahankan aktivitas sampai ketinggian yang diperlukan akibat ketidak seimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen, segala aktivitas mandiri.

- d. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

Merupakan suatu keadaan dimana klien mengalami perasaan yang sulit (kecemasan) dan aktivasi sistem syaraf otonom dalam berespon terhadap ketidak jelasan, ancaman tidak spesifik.

Ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, pada waktu melakukan anamnesa didapatkan bahwa klien sudah menderita sakit sudah lama sehingga klien sudah terbiasa dengan kondisinya sekarang sehingga tidak terjadi kecemasan.

- e. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penatalaksanaan perawatan di rumah.

Merupakan suatu kondisi dimana klien mengalami kekurangan pengetahuan kognitif atau keterampilan psikomotor dan ketidak jelasan mengenai suatu keadaan serta rencana tindakan pengobatan.

Tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus hal ini terjadi karena klien tidak mengerti tentang proses penyakitnya

yang berupa kegiatan yang sesuai dengan perencanaan dan semua itu tergantung dari situasi dan kondisi saat ini.

Pada tinjauan pustaka tidak dijelaskan tahap pelaksanaan sebagaimana yang diuraikan pada tinjauan kasus. Hal ini karena belum ada klien secara nyata. Adapun pelaksanaan perawatan dan rencana tindakan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus adalah sama.

4.4 Evaluasi

Pada tinjauan pustak tidak disebutkan hasil evaluasi dari pelaksanaan perawatan. Hal ini karena belum ada klien secara nyata. Sedangkan pada tinjauan kasus dilaksanakan evaluasi sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Tujuan yang di harapkan dari diagnosa keperawatan ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obtruksi trakebronkial akibat sekter dan axietas berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang proses penyakitnya, setelah diberi tindakan keperawatan serta diberi pendidikan kesehatan / penyuluhan dapat tercapai sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Hal ini karena kerjasama yang baik antara perawat dan klien dalam melaksanakan Asuhan keperawatan.

yang berupa kegiatan yang sesuai dengan perencanaan dan semua itu tergantung dari situasi dan kondisi saat ini.

Pada tinjauan pustaka tidak dijelaskan tahap pelaksanaan sebagaimana yang diuraikan pada tinjauan kasus. Hal ini karena belum ada klien secara nyata. Adapun pelaksanaan perawatan dan rencana tindakan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus adalah sama.

4.4 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka tidak disebutkan hasil evaluasi dari pelaksanaan perawatan. Hal ini karena belum ada klien secara nyata. Sedangkan pada tinjauan kasus dilaksanakan evaluasi sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Tujuan yang diharapkan dari diagnosa keperawatan ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obtruksi trakebronkial akibat sekter dan axietas berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang proses penyakitnya, setelah diberi tindakan keperawatan serta diberi pendidikan kesehatan / penyuluhan dapat tercapai sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Hal ini karena kerjasama yang baik antara perawat dan klien dalam melaksanakan Asuhan keperawatan.