

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis paru di Indonesia kembali muncul sebagai penyebab kematian utama setelah penyakit jantung dan saluran pernafasan. Penyakit tuberkulosis paru masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Hasil SKRT (survey kesehatan rumah tangga) tahun 2000 menunjukkan bahwa tuberkulosis paru merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit jantung dan saluran pernafasan pada semua golongan usia dan nomor satu dari golongan infeksi. Diperkirakan setiap tahun 450.000 kasus baru tuberkulosis paru dimana sekitar sepertiga penderita terdapat di puskesmas, sepertiga ditemukan dipelayanan rumah sakit atau klinik pemerintah swasta, praktek swasta, dan sisanya belum terjangkau unit pelayanan kesehatan

Penyakit Tuberkulosis Paru (TB Paru) sudah lebih dari 100 tahun yang lalu ada di permukaan bumi kita ini. Abad ke-19 merupakan abad ketika banyak terdapat penemuan ilmiah termasuk konsep penyakit Tuberkulosis. Di Indonesia penyakit ini sudah lama ada, dapat diketahui dari salah satu relief di candi Borobudur yang tampaknya menggambarkan suatu kasus Tuberkulosis. Berarti pada masa itu (tahun 750 sesudah Masehi) orang sudah mengenal penyakit ini ada diantara mereka (Taufan Situmeang, 2004).

Indonesia berada pada tingkat ketiga terbesar di dunia dalam jumlah penderita Tuberkulosis (TB), setelah India dan China. Di dunia diperkirakan penyakit ini dapat menyebabkan kematian kurang lebih 8.000 orang per hari atau 2 hingga 3 juta orang setiap tahunnya. Di Indonesia sendiri terdaftar hampir 400 kematian yang berhubungan dengan TB setiap harinya, atau 140.000 per tahun, dan kurang lebih 1/4 juta penduduk diduga terinfeksi TB setiap tahun (Jakarta Pos, 2008).

Penyakit Tuberkulosis Paru merupakan penyakit infeksi yang penyebarannya sangat mudah sekali, yaitu melalui batuk, bersin dan berbicara. Untuk mengurangi bertambahnya TB Paru dan masalah yang ditimbulkan oleh penyakit TB Paru, perlu dilakukan penanganan awal yang dapat dilakukan adalah di lingkungan keluarga. Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (DEPKES RI, 2009).

Penyebaran penyakit Tuberkulosis Paru yang sangat mudah ini, sangat rentan pada keluarga yang anggota keluarganya sedang menderita penyakit tersebut. Penyakit dapat menular pada anggota keluarga yang lain. Oleh karena itu, penyakit Tuberkulosis harus mendapat penanganan yang tepat. Karena penyakit ini menyerang tidak memandang kelompok usia produktif, kelompok ekonomi lemah dan berpendidikan rendah. Penyakit TB Paru lebih banyak ditemukan di daerah miskin. Karena faktor lingkungan yang kurang mendukung menjadi penyebab TB Paru.

Beberapa faktor yang erat hubungannya dengan terjadinya infeksi hasil tuberculosis yaitu adanya sumber penularan, jumlah basil yang cukup banyak dan terus menerus memapar calon penderita, virulensi (keganasan basil serta daya tahan tubuh dimana daya tahan tubuh ini mempunyai hubungan erat dengan faktor lingkungan, misalnya perumahan dan pekerjaan, faktor imunologis, keadaan penyakit yang memudahkan infeksi seperti diabetes militus dan campak, serta faktor genetik.

Pada penderita TB Paru bila penanganan di rumah sakit kurang baik, maka penderita TB Paru akan mengalami komplikasi perdarahan dari saluran pernafasan bagian bawah yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas, penyebaran infeksi ke organ lain misalnya otak, tulang, persendian, ginjal dan sebagainya.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Dapat melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien Tn. S dengan Tuberculosis Paru di Ruang Bougenvil Rumah Sakit daerah koesnadi Bondowoso

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien Tn. S dengan Tuberculosis Paru.
- b. Menegakkan diagnosis keperawatan pada klien Tn. S dengan Tuberculosis Paru.

- c. Menentukan perencanaan tindakan keperawatan pada klien Tn. S dengan Tuberkulosis Paru.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Tn. S dengan Tuberkulosis Paru.
- e. Mengidentifikasi evaluasi pada klien Tn. S dengan Tuberkulosis Paru.

3. Metodologi

a. Pendekatan Proses Keperawatan

1) Pengkajian

a) Pengertian dan Kegiatan Dalam Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data. Pengumpulan data adalah kegiatan menghimpun informasi tentang status kesehatan klien.

b) Macam Data

- (1) Data dasar adalah seluruh informasi tentang status kesehatan klien meliputi : Data umum, data demografi, riwayat keperawatan, pola fungsi kesehatan dan pemeriksaan. Data dasar yang menunjukkan pola fungsi kesehatan efektif / optimal merupakan data yang dipakai dasar untuk menegakan diagnosis keperawatan.
- (2) Data fokus adalah informasi tentang status kesehatan klien yang menyimpang dari keadaan normal. Data fokus dapat berupa ungkapan klien maupun hasil pemeriksaan langsung

oleh perawat. Data ini nantinya mendapat porsi lebih banyak dan menjadi dasar timbulnya masalah keperawatan.

- (3) Data subjektif merupakan ungkapan keluhan klien secara langsung dari klien maupun tak langsung melalui orang lain yang mengetahui keadaan klien secara langsung dan menyampaikan masalah yang terjadi kepada perawat berdasarkan keadaan yang terjadi pada klien.
- (4) Data objektif yang diperoleh perawat secara langsung melalui observasi dan pemeriksaan klien.

c) Sumber Data

- (1) Data primer adalah klien. Sebagai sumber data primer, bila klien dalam keadaan tidak sadar, mengalami gangguan bicara, gangguan pendengaran klien masih bayi atau karena beberapa sebab klien tidak memberikan data subjektif secara langsung, maka perawat menggunakan data objektif untuk menegakan diagnosa keperawatan. Namun bila perlu dilakukan klarifikasi data subjektif, perawat melakukan anamnesis pada keluarga.
- (2) Data sekunder adalah data yang diperoleh dari tenaga kesehatan yang lain seperti dokter, ahli gizi, ahli fisioterapi, laboratorium, dan radiologi.

d) Teknik Pengumpulan Data

- (1) Anamnesis adalah tanya jawab komunikasi secara langsung dengan klien (*auto-anamnesis*) maupun tak langsung (*allo-anamnesis*) dengan keluarga klien untuk menggali informasi

tentang status kesehatan klien. Komunikasi yang digunakan disini adalah komunikasi terapeutik, yaitu suatu pola hubungan interpersonal antara klien dan perawat yang bertujuan menggali informasi mengenai status kesehatan klien dan membantu menyelesaikan masalah yang terjadi.

(2) Observasi

Pada tahap ini dilakukan pengamatan secara umum terhadap perilaku dan keadaan klien. Observasi memerlukan keterampilan, disiplin dan praktik klinik.

- (a) Pemeriksaan Fisik, yakni dengan menggunakan empat cara :
inspeksi (dengan cara melihat), palpasi (dengan cara perabaan), perkusi (dengan cara mengetuk), dan auskultasi (dengan cara mendengar dibantu alat stetoskop).
- (b) Pemeriksaan penunjang, dilakukan sesuai indikasi, contoh :
radiologi, laboratorium, rekam jantung dan lain-lain.

2) Diagnosis Keperawatan

a) Pengertian dan Tujuan Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan pernyataan yang menggambarkan respons manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok ketika perawat secara legal mengidentifikasi dan dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan.

Tujuan diagnosis keperawatan adalah : memungkinkan perawat untuk menganalisis dan mentesis data yang telah dikelompokkan dibawah pola kesehatan, dan untuk mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah, kemampuan klien dapat mencegah masalah.

b) Langkah–langkah Menentukan Diagnosis Keperawatan

- (1) Klasifikasi data adalah mengelompokkan data–data klien atau keadaan tertentu ketika klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya.
- (2) Interpretasi data atas data yang sudah dikelompokkan dalam bentuk masalah keperawatan atau masalah kolaboratif.
- (3) Menentukan hubungan sebab akibat dengan menentukan faktor–faktor yang berhubungan atau faktor resiko yang kemungkinan menjadi penyebab dari masalah yang terjadi.
- (4) Merumuskan diagnosis keperawatan berdasarkan pada identifikasi masalah dan kemungkinan penyebab.

c) Pernyataan Diagnosis Keperawatan

Pernyataan diagnosis keperawatan GORDON dengan Format P.E.S adalah sebagai berikut :

- (1) P = Problem/masalah, menjelaskan status kesehatan dengan singkat dan jelas.
- (2) E = Etiologi/ Penyebab, penyebab masalah yang meliputi faktor penunjang dan faktor resiko yang terdiri dari :

- (a) Patofisiologis, yaitu semua proses penyakit yang dapat menimbulkan tanda/gejala yang menjadi penyebab timbulnya masalah keperawatan.
 - (b) Situasional, yaitu situasi *personal* (berhubungan dengan klien sebagai individu), dan *environment* (berhubungan dengan lingkungan yang berinteraksi dengan klien).
 - (c) *Medicational treatment*, yaitu pengobatan atau tindakan yang diberikan yang memungkinkan terjadinya efek yang tidak menyenangkan yang dapat diantisipasi atau dicegah dengan tindakan keperawatan.
 - (d) Maturasional, yaitu tingkat kematangan atau kedewasaan klien, dalam hal ini berhubungan dengan tingkat pertumbuhan dan perkembangan.
- (3) Symtom/tanda, yaitu definisi karakteristik tentang data subjektif atau objektif sebagai pendukung diagnosis aktual.

d) Tipe Diagnosis Keperawatan

- (1) Diagnosis aktual adalah diagnosis yang menjelaskan masalah yang nyata terjadi saat ini.
- (2) Diagnosis keperawatan resiko/resiko tinggi adalah keputusan klinis bahwa individu, keluarga atau komunitas sangat rentan untuk mengalami masalah dibanding yang pada situasi yang sama atau hampir sama.

- (3) Diagnosis keperawatan kemungkinan adalah pernyataan tentang masalah yang diduga akan terjadi, masih memerlukan data tambahan.
- (4) Diagnosis keperawatan sindrom yang terdiri dari kelompok diagnosis keperawatan aktual/resiko/resiko tinggi yang diperkirakan akan muncul karena suatu kejadian atau situasi tertentu.
- (5) Diagnosis keperawatan sejahtera/positif adalah keputusan klinis yang divalidasi oleh ungkapan subjektif “positif“ dimana pola fungsi dalam keadaan efektif.
- (6) Masalah kolaboratif adalah komplikasi fisiologis yang diakibatkan oleh patofisiologis, berhubungan dengan pengobatan, dan situasi yang lain, tugas perawat adalah memonitor untuk mendeteksi status klien dan berkolaborasi dengan tim medis.

3) Perencanaan

a) Pengertian dan Tujuan Perencanaan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah–masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Tujuan perencanaan ini meliputi :

(1) Administrasi

- (a) Mengidentifikasi fokus keperawatan.

- (b) Membedakan tanggung jawab perawat dan profesi kesehatan yang lain.
- (c) Menyediakan kriteria guna mengevaluasi hasil keperawatan.

(2) Klinik

- (a) Merupakan petunjuk dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.
- (b) Alat komunikasi.
- (c) Merupakan gambaran intervensi yang spesifik. Adapun kegiatan yang dilakukan dalam tahap perencanaan itu adalah :
 - ((1)) Menentukan prioritas utama masalah keperawatan.
 - ((2)) Menetapkan tujuan dan kriteria hasil.
 - ((3)) Merumuskan rencana tindakan keperawatan.
 - ((4)) Menetapkan rasional rencana tindakan keperawatan.

b) Menentukan Prioritas Masalah Keperawatan

Beberapa teknik membuat skala prioritas antara lain :

(1) Standar V, Standar Asuhan Keperawatan

Dalam standar V asuhan keperawatan prioritas dititik beratkan pada masalah yang mengancam kehidupan. Skala prioritasnya ditentukan dengan konsep. :

- (a) Prioritas pertama masalah yang mengancam.
- (b) Prioritas kedua yang mengancam kesehatan.
- (c) Prioritas ketiga yang mengancam perilaku manusia.

- (2) Depkes RI, 1992 Pedoman Asuhan Keperawatan menetapkan bahwa :
 - (a) Prioritas pertama dilakukan pada masalah aktual.
 - (b) Prioritas kedua pada masalah potensial.
 - (3) Hierarki Maslow yang telah membuat 5 hierarki kebutuhan dasar manusia yang menjadi prioritas pemenuhan terletak pada kebutuhan dasar :
 - (a) Fisiologis : oksigenasi, cairan dan elektrolit, eliminasi, nutrisi, istirahat tidur, aktivitas dan mobilitas, seks dan lain-lain.
 - (b) Rasa aman dan nyaman.
 - (c) Cinta dan kasih sayang.
 - (d) Harga diri.
 - (e) Aktualisasi diri.
 - (4) Pendekatan *Body system* (B1 - B6)
 - (a) B1 *Breathing* (jalan napas dan pernapasan).
 - (b) B2 *Blood* (darah dan sirkulasi darah).
 - (c) B3 *Brain* (kesadaran).
 - (d) B4 *Bladder* (perkemihan).
 - (e) B5 *Bowel* (pencernaan).
 - (f) B6 *Bone* (kulit, selaput lendir dan tulang).
- c) Menetapkan Tujuan dan Kriteria Hasil
- (1) Tujuan adalah perubahan perilaku pasien yang diharapkan oleh perawat setelah tindakan berhasil dilakukan.

(2) Kriteria tujuan (standar V asuhan keperawatan)

- (a) Rumusan singkat dan jelas.
- (b) Disusun berdasarkan diagnosis keperawatan.
- (c) Spesifik.
- (d) Dapat diukur/dioobservasi.
- (e) Realistis/dapat dicapai.
- (f) Terdiri dari : subyek, perilaku pasien, kondisi dan kriteria hasil.

(3) Rumusan Masalah

(a) SPHTK, pengertiannya adalah sebagai berikut :

- ((1)) S : Subyek, siapa yang mencapai tujuan.
- ((2)) P : Predikat, kata kerja yang dapat diukur, tulis sebelum kata kerja.
- ((3)) H : Hasil, respons fisiologis dan gaya hidup yang diharapkan dari klien terhadap intervensi.
- ((4)) K : Kriteria, mengukur kemajuan klien dalam mencapai hasil.
- ((5)) T : *Time*, target waktu, periode tertentu untuk mencapai kriteria hasil.

(b) SPK, pengertiannya adalah sebagai berikut :

- ((1)) S : Subjek.
- ((2)) P : Predikat/perilaku yang diinginkan setelah klien mencapai tujuan.
- ((3)) K : Kriteria/kondisi pencapaian tujuan.

- (c) SMART, pengertiannya adalah sebagai berikut :
- ((1)) S : Spesifik, berfokus pada klien, singkat dan jelas.
 - ((2)) M : *Measurable*, dapat diukur.
 - ((3)) A : *Achievable*, realistik.
 - ((4)) R : *Reasonable*, ditentukan oleh perawat dan klien.
 - ((5)) T : *Time*, kontrak waktu.
- (d) Dari ketiga rumusan diatas dapat diambil kesimpulan bahwa menetapkan tujuan harus ada tiga unsur, yaitu :
- ((1)) Subyek : yaitu orang yang akan mencapai tujuan.
Orang yang dimaksud adalah klien, keluarga klien, atau bagian predikat klien.
 - ((2)) Predikat : yaitu perilaku yang diinginkan berubah dari klien setelah tujuan itu tercapai. Perilaku ditunjukkan dengan menggunakan kata kerja yang dapat diukur.
 - ((3)) Kriteria/kondisi : yaitu kriteria/kondisi yang menunjukkan kapan atau pada saat bagaimana perilaku telah mencapai tujuan yang diinginkan. Penetapan kriteria/kondisi ini harus realistis berdasarkan kondisi klien dan relevan dengan situasi pendukung yang lain.
- (4) Menetapkan Kriteria Hasil
- (a) Kriteria hasil adalah batasan karakteristik atau indikasi keberhasilan dari tujuan yang telah diicapai.
 - (b) Berorientasi pada masalah dan kemungkinan penyebab dan merujuk simtom.

(c) Meliputi empat aspek :

- ((1)) Kognitif (pengetahuan).
- ((2)) Afektif (perubahan status emosi).
- ((3)) Psikomotor (prilaku).
- ((4)) Perubahan fungsi tubuh.

d) Merumuskan Rencana Tindakan Keperawatan

(1) Rencana tindakan keperawatan adalah desain spesifik untuk membantu klien dalam mencapai tujuan dan kriteria hasil.

(2) Karakteristik rencana tindakan keperawatan berdasarkan standar

V asuhan keperawatan :

- (a) Berdasarkan tujuan.
- (b) Merupakan alternatif tindakan terbaik.
- (c) Melibatkan pasien dan keluarga.
- (d) Mempertimbangkan latar belakang budayanya.
- (e) Mempertimbangkan kebijaksanaan dan peraturan yang berlaku, lingkungan, sumber daya dan fasilitas.
- (f) Menjamin rasa aman dan nyaman bagi klien.
- (g) Berupa kalimat instruksi, ringkas, tegas dan penulisan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti.
- (h) Menggunakan formulir yang baku.

(3) Tipe Rencana Tindakan Keperawatan

- (a) Diagnostik/observasi.
- (b) Terapeutik/*Nursing Treatment*.
- (c) Penyuluhan/*Health Education*/pendidikan kesehatan.

(d) Rujukan/kolaborasi/*Medical Treatment*.

(4) Komponen dalam Penulisan Rencana Tindakan Keperawatan

(a) Waktu yang ditetapkan (tanggal dan jam).

(b) Verb (kata kerja) dalam kalimat instruksi.

(c) Subyek, siapa yang menerima tindakan keperawatan.

(d) Hasil, hasil akhir yang dituju.

(e) Target waktu, periode dimana perawat melaksanakan instruksi keperawatan.

(f) Tanda tangan perawat.

(5) Karakteristik Dokumentasi Rencana Tindakan keperawatan

(a) Ditulis oleh perawat profesional.

(b) Dilaksanakan setelah kontak pertama dengan klien.

(c) Tempat strategis.

(d) Informasi baru.

e) Menetapkan Rasional Rencana Tindakan Keperawatan

Rasional adalah dasar pemikiran atau alasan ilmiah yang mendasari ditetapkannya rencana tindakan keperawatan. Kegiatan ini pada umumnya diperlukan untuk proses pembelajaran, dengan harapan mahasiswa dapat menerapkan prinsip dan konsep ilmiah yang mendasari ditetapkannya desain rencana keperawatan.

4) Pelaksanaan

a) Pengertian

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam

pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengamati respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru.

b) Faktor–faktor yang mempengaruhi dan tahap–tahap dalam

Pelaksanaan :

- (1) Kemampuan intelektual, teknis dan interpersonal kemampuan menilai data baru.
- (2) Kreativitas dan inovasi dalam membuat modifikasi rencana tindakan.
- (3) Penyesuaian selama berinteraksi dengan klien.
- (4) Kemampuan mengambil keputusan dalam memodifikasi pelaksanaan.
- (5) Kemampuan untuk menjamin keamanan dan kenyamanan serta kreativitas tindakan.

c) Sementara tahap–tahap yang harus dilaksanakan dalam

Pelaksanaan adalah :

- (1) Tahap Persiapan
 - (a) *Review* rencana tindakan keperawatan.
 - (b) Analisis pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan.
 - (c) Antisipasi komplikasi yang akan timbul.
 - (d) Mempersiapkan peralatan yang diperlukan.
 - (e) Mengidentifikasi aspek–aspek hukum dan etik.
 - (f) Memperhatikan hak–hak klien, antara lain :

((1)) Hak atas pelayanan kesehatan sesuai dengan standart pelayanan kesehatan.

((2)) Hak atas informasi.

((3)) Hak untuk menentukan nasib sendiri.

((4)) Hak atas *second opinion*.

(2) Tahap Pelaksanaan

(a) Berfokus pada klien.

(b) Berorientasi pada tujuan dan kriteria hasil.

(c) Memperhatikan keamanan fisik dan psikologis klien.

(d) Kompeten.

(3) Tahap Sesudah Pelaksanaan

(a) Menilai keberhasilan tindakan.

(b) Mendokumentasikan tindakan yang meliputi :

((1)) Aktivitas/tindakan keperawatan.

((2)) Hasil/respon klien.

((3)) Tanggal/jam, nomor diagnosis keperawatan, tanda tangan.

5) Evaluasi

a) Pengertian dan Tujuan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi ini adalah :

(1) Mengakhiri rencana tindakan keperawatan.

(2) Memodifikasi rencana tindakan keperawatan.

(3) Meneruskan rencana tindakan keperawatan.

b) Proses Evaluasi

(1) Mengukur Pencapaian Tujuan

(a) Tujuan dari aspek kognitif dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu : *interview* (tanya jawab) dan tulis.

(b) Tujuan aspek afektif. Untuk mengukur pencapaian tujuan dari aspek afektif dapat dilakukan dengan dua cara yaitu : observasi dan *feed back* (umpan balik, masukan dan pengamatan dari staf lain).

(c) Psikomotor, yaitu pengukuran perubahan aspek psikomotor dapat dilakukan melalui observasi secara langsung terhadap perubahan perilaku klien.

(d) Perubahan fungsi tubuh.

(2) Penentuan Keputusan

(a) Klien telah mencapai hasil yang telah ditentukan dalam tujuan. Kondisi ini dicapai apabila semua data yang ditentukan dalam kriteria hasil sudah terpenuhi.

(b) Klien masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan. Kondisi ini dicapai apabila sebagian saja dari hasil kriteria hasil yang ditentukan terpenuhi.

(c) Klien dapat mencapai hasil yang telah ditentukan. Kondisi ini ditentukan apabila hanya sebagian kecil atau tidak sama sekali dari kriteria hasil yang dipenuhi. Dapat juga terjadi kondisi klien semakin buruk sehingga timbul masalah baru.

c) Macam Evaluasi

(1) Evaluasi Proses (formatif)

- (a) Evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan.
- (b) Berorientasi pada etiologi.
- (c) Dilakukan secara terus–menerus sampai tujuan telah ditentukan tercapai.

(2) Evaluasi Hasil (sumatif)

- (a) Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna.
- (b) Berorientasi pada masalah keperawatan.
- (c) Menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan.
- (d) Rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

d) Kerangka Waktu dalam Evaluasi

Evaluasi pada dasarnya dilakukan untuk mengetahui apakah tujuan yang ditetapkan sudah dicapai atau belum, karena itu evaluasi dilakukan sesuai dengan kerangka waktu penetapan tujuan (kriteria hasil), namun selama proses pencapaian tujuan perubahan yang terjadi pada klien juga harus selalu dipantau (evaluasi proses).

e) Komponen SOAP/SOAPIER

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien digunakan komponen SOAP/SOAPIE/

SOAPIER. Penggunaanya tergantung dari kebijakan setempat.

Yang dimaksud dengan SOAPIER adalah :

- (1) S : Data Subjektif adalah keluhan klien.
- (2) O : Data Objektif adalah observasi pemeriksaan perawat.
- (3) A : Analisis adalah interpretasi dari data subjektif dan data objektif.
- (4) P : Planing adalah perencanaan yang dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan sebelumnya
- (5) I : Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (planing)
- (6) E : Evaluasi adalah respons klien setelah dilakukan tindakan keperawatan
- (7) R : *Reasesment* adalah pengkajian ulang yang dilakukan perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi (Rohmah & Walid, 2010).

4. Manfaat

a. Bagi Penulis

Memperluas wawasan tentang cara memberikan Asuhan Keperawatan yang tepat pada klien dengan penyakit TB Paru.

b. Bagi Masyarakat

Memberi informasi atau pengetahuan bagi masyarakat tentang penanganan klien dengan penyakit TB Paru.

c. Bagi Instansi

Sebagai bahan kepustakaan dari sumber bacaan untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan khususnya pada penyakit TB Paru.

d. Bagi Tenaga Kesehatan

Menambah wawasan dalam bagaimana membuat Asuhan Keperawatan yang tepat pada penyakit TB paru.