

**INFORMED CONSENT**

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa : Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh: **Erlia Wati**, Dengan judul: **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Penyakit Tuberkulosis Paru Di Ruang Perawatan Khusus (RPK) RSUD Ende.**

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun .

Ende, 23 Januari 2025

Saksi

  
Tn. E. Y

Yang Memberi Persetujuan

  
Erlia Y. Wati

Peneliti



Erlia Wati

NIM.PO5303202220039

## **PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS**

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. M. K. E dengan Diagnosa Medis Tuberkulosis Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Tuberkulosis Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende yang dapat memberi manfaat berupa klien dan keluarga mengetahui cara merawat dan pencegahan Tuberkulosis Paru. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari
3. Prosedur pelaksanaa berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara/i.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara/i peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara/i mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara/i sampaikan akan selalu dirahasiakan
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara/i membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 08214551080

Ende, 23 Januari 2025  
Peneliti



Erlia Wati  
PO5303202220039



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG**



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email: [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)

---

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M. K. E DENGAN**  
**TUBERKULOSIS PARU DI RUANGAN PERAWATAN KHUSUS**  
**RSUD ENDE**

**A. Pengkajian**

**1. Pengumpulan Data**

a. Identitas

1) Identitas pasien

Nama	: Tn. M. K. E
Umur	: 45 tahun
Agama	: Katolik
Jenis kelamin	: laki-laki
Status	: Menikah
Pendidikan	: S1
Suku bangsa	: Ende
Alamat	: Nanganesa
Tanggal masuk	: 21 Januari 2025
Tanggal pengkajian	: 23 Januari 2025
No. Register	: 028824

Diagnosa medis : Tuberkulosis Paru

2) Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. E.V. D

Umur : 42 tahun

Alamat : Nanganesa

Pekerjaan : Guru

Hubungan dengan klien : Istri

b. Status kesehatan

1) Status Kesehatan Saat Ini

a) Keluhan utama

Pasien mengatakan batuk berdahak, sedikit sesak, demam hilang timbul, nyeri dada bagian kanan saat batuk, lemas, lemah, mual-muntah, keringat di malam hari tanpa melakukan aktivitas.

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan sesak napas kurang lebih satu minggu sebelum masuk rumah sakit, sesak napas baik saat tidur maupun saat beraktivitas, batuk berdahak kurang lebih 4 bulan, dahaknya keluar sedikit, pasien mengatakan masih ada dahak yang tertahan yang belum bisa keluar, dahak berwarna kuning kental kadang sampai berwarna hijau, mual-muntah, pasien mengatakan muntahnya 1-2x sehari sejak satu minggu ini, nyeri dada

bagian kanan saat batuk, badan lemah, lemas, demamnya naik turun kurang lebih sudah 1 bulan, nafsu makannya menurun,

c) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien dan keluarga mengatakan pasien sesak nafas kurang lebih 1 minggu yang lalu sebelum masuk rumah sakit, sesak dirasakan baik saat tidur maupun saat beraktifitas, keluarga pasien mengatakan saat sesak napas pasien diberi posisi setengah duduk yang dialasi bantal di belakangnya, tetapi sesaknya kadang berkurang kadang tidak, batuk berdahak kurang lebih 4 bulan dahaknya berwarna kuning kental kadang sampai berwarna hijau, saat batuk pasien mengeluh nyeri dada bagian kanan, muntah sehari 1-2x sejak satu minggu. Nafsu makannya berkurang sehingga pasien terlihat lemah dan badannya lemas, karena kondisinya semakin parah keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke RSUD Ende pada hari Selasa tanggal 21 Januari 2025 di IGD. Di IGD perawat melakukan pemberian oksigen 2 lpm, pemberian infus RL 20 tpm, memberi injeksi paracetamol 3x1 gr/iv, memberi injeksi omeprazole 2x40

mg/iv, memberi injeksi ondansetron 3x4 mg/iv, foto toraks, memberi terapi nebulasi combivent 3x1 tube.

d) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga pasien mengatakan saat di rumah pasien selalu diberikan air hangat saat batuk, saat pasien sesak keluarga memberikan posisi setengah duduk dan saat pasien demam keluarga memberikan pasien obat parasetamol yang dibeli di apotik dan mengompres pasien dengan air hangat.

2) Status Kesehatan Masa Lalu

Pasien dan keluarga mengatakan pada tanggal 9 November 2024 pasien pernah masuk di rumah sakit umum Ende terdiagnosa penyakit TB Paru

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga pasien mengatakan bahwa didalam keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit turunan tetapi keluarga pasien mengatakan saudara pasien ada yang menderita penyakit TB Paru juga

4) Diagnosa dan Terapi yang didapat sebelumnya

Pasien dan keluarga mengatakan diagnosa medis sebelumnya yaitu penyakit TB Paru, terapi yang didapatkan sebelumnya yaitu obat anti tuberkulosis (OAT), pasien minum obat selama 2 minggu setelah itu putus obat.

### c. Pola Kebutuhan Dasar

#### 1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien dan keluarga mengatakan saat mengalami batuk pilek biasa pasien tidak dibawa ke rumah sakit, namun saat batuk pileknya semakin parah dan mengganggu maka pasien dibawa ke rumah sakit. Pasien sebelumnya pernah menderita penyakit TB dan hanya mengonsumsi obat selama dua minggu. Pasien dan keluarga mengatakan saat dirumah pasien maupun keluarga tidak menggunakan masker. Pasien dan keluarga mengatakan mereka tahu bahwa penyakit TB adalah penyakit menular.

#### 2. Pola nutrisi metabolik

**Sebelum sakit:** keluarga mengatakan sebelum sakit pasien makan sehari 3x porsi 1 piring penuh makan dihabiskan, jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah nasi, ikan, telur, sayur, buah sekali-sekali. Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki pantangan apapun dalam mengonsumsi makanan dan minuman. Pasien mengatakan minum air kurang lebih 8 gelas/hari, berat badan sebelum sakit 60 kg

**Saat sakit:** keluarga pasien mengatakan pasien saat sakit nafsu makannya berkurang, makannya dalam sehari 5x, porsi yang dihabiskan 2-3 sendok, terkadang pasien

mengalami muntah setelah makan, jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah makanan lunak, lauknya kadang ayam, kadang ikan, telur, sayur sup, buah pisang dan biasanya pasien minum air hangat 4-5 gelas (1000 ml), berat badan pasien saat sakit 39 kg

### 3. Pola eliminasi

**Sebelum sakit:** pasien mengatakan sebelum sakit BAB 2-3 × sehari dengan konsistensi padat, warna kuning, bau khas feses, tidak ada nyeri saat BAB. Pasien mengatakan biasanya BAK kurang lebih 4 × sehari warna kuning, aroma khas urine. Tidak ada nyeri saat BAK.

**Saat sakit:** pasien dan keluarga mengatakan pasien BAB 1 × sehari bahkan sampai 2 hari sekali, konsistensi padat, BAB nya sedikit, tidak ada keluhan saat BAB. Pasien BAK 2-3 × sehari, warna kuning, aroma khas urine, tidak ada keluhan saat BAK.

### 4. Pola aktivitas dan latihan

**Sebelum sakit:** pasien mengatakan sebelum sakit pasien beraktivitas seperti biasa duduk kumpul dengan keluarga, kerja (mengajar seperti biasa). Namun pasien mengatakan mudah capek dan lelah

**Saat sakit:** pasien mengatakan saat sakit makan dan minum di bantu istri, lap badan pagi-pagi dibantu istri, toileting di

atas tempat tidur, berpakaian dan berpindah juga dibantu oleh keluarga, jadi kesimpulannya dibantu orang lain : 2

5. Pola kognitif dan persepsi

**Sebelum sakit:** pasien dan keluarga mengatakan masih bisa merespon dengan baik ketika diajak bicara, saat ditanya, pasien mendengar dengan jelas dan menjawab pertanyaannya dengan baik dan nyambung.

**Saat sakit:** pasien masih bisa merespon dengan baik dan harus berbicara agak sedikit keras karena pendengaran pasien sedikit terganggu

6. Pola persepsi dan konsep diri

**Identitas diri:** pasien mampu mengenali identitasnya namanya Marselinus, pasien adalah seorang guru

**Gambaran diri:** pasien mengatakan bahwa dirinya sedang sakit, dan membutuhkan pengobatan

**Harga diri:** pasien mengatakan tidak merasa malu atau minder terhadap penyakitnya, saat keluarganya datang pasien berkomunikasi seperti biasa

**Ideal diri:** pasien mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya dan berkumpul seperti biasa dengan keluarga di rumah

**Peran diri:** pasien mengatakan pasien peran sebagai kepala keluarga, tetapi semenjak sakit biaya keluarga di bantu oleh istri dan saudaranya.

7. Pola tidur dan istirahat

**Sebelum sakit:** pasien mengatakan sebelum sakit tidurnya 2x sehari, di malam hari biasanya pasien tidur di jam 22.00 atau 23.00 dan bangun di jam 05.00 atau jam 06.00 di sore hari pasien tidur di jam 3 sore sampai jam 4 sore atau jam 5

**Saat sakit:** pasien mengatakan saat sakit tidurnya tidak nyenyak, terkadang terbangun karena batuk pada malam maupun siang hari.

8. Pola seksual dan reproduksi

Tidak dikaji

9. Pola peran dan hubungan

**Sebelum sakit:** pasien dan keluarga mengatakan sebelum sakit pasien mempunyai hubungan baik dengan keluarga, tetangga, maupun teman-teman gurunya, maupun dilingkungan sekitar.

**Saat sakit:** pasien dan keluarga mengatakan walaupun pasien sakit, pasien masih berhubungan baik dengan keluarga, tetangga, teman-temannya. Saat pasien sakit, banyak orang yang datang berkunjung ke rumah sakit. Namun, mereka duduk sedikit jauh dari pasien karena

pasien menderita penyakit menular. Sebagai langkah pencegahan, pengunjung juga memakai masker saat menjenguk pasien. Akan tetapi, pasien sendiri tidak memakai masker, yang dapat meningkatkan risiko penyebaran penyakit. Pasien tidak dikucilkan oleh keluarga, tetangga maupun teman-temannya.

10. Pola toleransi stress-koping

**Sebelum sakit:** keluarga pasien mengatakan kalau ada masalah pasien akan melampiaskannya dengan marah-marah, tetapi setelah selesai marah-marah pasien akan kembali berbicara dengan istrinya untuk mendiskusikan masalah yang terjadi untuk memperoleh jalan keluar.

**Saat sakit:** pasien lebih tenang dan selalu berdiskusi tentang sakit yang dialaminya dengan istrinya untuk setiap tindakan yang dilakukan perawat untuk kesembuhan

11. Pola nilai kepercayaan

**Sebelum sakit:** pasien mengatakan sebelum sakit selalu ke gereja tiap hari minggu bersama istrinya.

**Saat sakit:** pasien mengatakan selama sakit pasien selalu berdo'a untuk kesembuhannya, pasien selama sakit tidak pernah pergi ke gereja.

a. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: lemah, tingkat kesadaran: komposmentis, GCS: 15 (E:4, V:5, M:6). Tanda-tanda vital: Tekanan darah: 93/64 mmHg, Nadi: 115x/m, Suhu: 38,5°C, SpO<sub>2</sub>: 97%, RR: 22x/m, berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan:154 cm, IMT:  $\frac{BB \text{ (Kg)}}{TB \text{ (Cm)}^2}$  dibawah ke  $(M)^2$ :  $\frac{39}{(1,54)^2} = \frac{39}{2,3716} = 16,4$  (Kurus).

**Kepala:** bentuk kepala simetris antara sisi kanan dan kiri, kulit kepala tampak bersih, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, rambut tidak rontok

**Mata:** konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, refleks cahaya (+), pupil isokor, bentuk mata simetris, tidak menggunakan alat bantu melihat

**Hidung:** Bentuk simetris, tidak ada pernapas cuping hidung, tidak ada lesi dan nyeri tekan, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm (jika perlu).

**Mulut:** Mukosa bibir kering, lidah tampak sedikit kotor, gigi lengkap.

**Wajah:** Tampak pucat.

**Leher:** Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

**Dada:** Inspeksi: Dada tampak simetris, frekuensi napas 22x/m , tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, tidak ada tarikan

dinding dada. Palpasi: Vokal fremitus teraba seluruh lapang paru. Perkusi: terdengar bunyi pekak. Auskultasi: Terdapat bunyi napas tambahan ronchi.

**Abdomen:** Inspeksi tidak terlihat adanya benjolan atau luka. Auskultasi: terdengar suara bising usus 6x/m. Palpasi: tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar dan lien. Perkusi: terdapat bunyi tympani.

**Ekstermitas atas:** Akral teraba hangat, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus Nacl di tangan kiri 8 tpm, CRT 4 detik, jari-jari tangan lengkap. Ekstermitas bawah: tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, jari-jari kaki lengkap, dapat menggerakkan seperti biasa dan tidak ada kelainan.

b. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan hasil Laboratorium DL

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
WBC	4.33	[10 <sup>3</sup> /uL]	(3.80-10.60)
LYMPH#	0.61 -	[10 <sup>3</sup> /uL]	(1.00-3.70)
MONO#	0.26	[10 <sup>3</sup> /uL]	(0.00-0.70)
EO#	0.00	[10 <sup>3</sup> /uL]	(0.00-0.40)
BASO#	0.00	[10 <sup>3</sup> /uL]	(0.00-0.10)
NEUT#	3.46	[10 <sup>3</sup> /uL]	(1.50-7.00)
LYMPH%	14.1 -	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	6.0	[%]	(2.0-8.0)
EO%	0.0 -	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.0	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	79.9 +	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.09	[10 <sup>3</sup> /uL]	(0.00-7.00)
IG%	2.1	[%]	(0.0-72.0)
RBC	2.11 -	[10 <sup>6</sup> /uL]	(4.40-5.90)
HGB	6.0 -	[g/dL]	(13.2-17.3)
HCT	17.0-	[%]	(40.0-52.0)

MCV	80.6	[fL]	(80.0-100.0)
MCH	28.4	[pg]	(26.0-34.0)
MCHC	35.3	[g/dL]	(32.0-36.0)
RDW-SD	44.9	[fL]	(37.0-54.0)
RDW-CV	15.4 +	[%]	(11.5-14.5)
PLT	157	[10 <sup>3</sup> /uL]	(150-450)
MPV	10.1	[fL]	(9.0-13.0)
PCT	0.16 -	[%]	(0.17-0.35)
PDW	10.6	[fL]	(9.0-17.0)
L-LCR	25.2	[%]	(13.0-43.0)

Hasil pemeriksaan laboratorium (eketrolit dan albumin)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
ALBUMIN	2,97	3.4-4.8 g/Dl
NATRIUM	127.5	135-145 mmol/L
KALIUM	2.59	3.5-5.1 mmol/L
CHLORIDA	94.6	98-106mmol/L

Hasil rontgen/ foto thoraks: cor normal

Pulmo broncovascular kasar disertai infiltrate pada paru-paru kanan. Sinus kanan tumpul. Kesimpulan: TB, efusi pleura kanan minimal

c. Terapi Pengobatan

**Tanggal 21 Januari 2025**

Infus NaCl 0,9 % 20 tpm, paracetamol 3x1 gr/IV, omeprazole 2x40 mg/IV, ondansentron 3x4 mg/IV, nebu combivent 3x1 tube.

**Tanggal 22 Januari 2025**

Infus NaCl 0,9% 20 tpm, paracetamol 3x1 gr/IV, omeprazole 2x40 mg/IV, ondansentron 3x4 mg/IV, nebu combivent 3x1 tube, levemir 1x8 unit

## **Tanggal 23-25 Januari 2025**

Infus NaCl 0,9% 20 tpm, paracetamol 3x1 gr/IV, omeprazole 2x40 mg/IV, ondansentron 3x4 mg/IV, nebu combivent 3x1 tube, levemir 1x8 unit, ceftriaxone 2x1 gr/IV.

### 2. Tabulasi Data

Pasien mengatakan sedikit sesak, batuk  $\pm$  4 bulan, batuk berdahak, dahaknya kadang keluar, kadang susah untuk dikeluarkan, dahaknya berwarna kuning kental kadang sampai berwarna kehijauan, klien dan keluarga mengatakan dahaknya dibuang di ember yang berisi air kosong dan tempatnya tidak ditutup saat di rumah maupun rumah sakit, nyeri dada bagian kanan saat batuk, demam naik turun, pusing saat bangun dari tempat tidur, lemah, lemas, pasien mengatakan saat sakit makan dan minum di bantu istri, lap badan pagi-pagi dibantu istri, BAB di atas tempat tidur di bantu perawat dan keluarga, BAK di tempat tidur dibantu perawat dan keluarga, berpakaian dan berpindah juga dibantu oleh keluarga, nafsu makan menurun, mual, muntah, makan dalam sehari 5x, porsi yang dihabiskan sebanyak 2-3 sendok, keringat di malam hari tanpa melakukan aktivitas, bibir pucat, konjungtiva anemis, akral teraba hangat, BB sebelumnya : 60 kg, sekarang tampak kurus, hasil BTA +, bunyi napas tambahan ronchi, aktivitas sebagian di bantu keluarga, pasien dan keluarga mengatakan saat di rumah pasien maupun keluarga tidak menggunakan masker, pasien sebelumnya pernah menderita penyakit TB Paru dan hanya mengonsumsi OAT selama 2 minggu karena merasa kondisinya semakin

memburuk dan merasa bosan, terpasang infus Nacl di tangan kiri 20 Tpm. Tekanan Darah : 93/64 mmHg, Nadi : 115 x/m, Suhu 38,5°C, RR : 22x/m, SpO2 : 97%, HB 6, lidah tampak kotor, tumbuh bintik putih yang berjamur sejak satu minggu ini, terdapat luka dibagian mulut, terdapat ruam yang membengkak dari seluruh permukaan dada sampai punggung dan bagian abdomen sejak satu minggu yang lalu.

### 3. Klasifikasi Data

**Data subjektif:** Pasien mengatakan sedikit sesak, batuk  $\pm$  4 bulan, batuk berdahak, dahaknya kadang keluar, kadang susah untuk dikeluarkan, dahaknya berwarna kuning kental kadang sampai berwarna kehijauan, klien dan keluarga mengatakan dahaknya dibuang di ember yang berisi air kosong dan tempatnya tidak ditutup saat di rumah maupun rumah sakit, nyeri dada bagian kanan saat batuk, demam naik turun, pusing saat bangun dari tempat tidur, lemah, lemas, pasien mengatakan saat sakit makan dan minum di bantu istri, lap badan pagi-pagi dibantu istri, BAB dan BAK di atas tempat tidur, berpakaian dan berpindah juga dibantu oleh keluarga, nafsu makan menurun, mual, muntah, makan dalam sehari 5x, porsi yang dihabiskan sebanyak 2-3 sendok, keringat dimalam hari tanpa melakukan aktivitas, BB sebelumnya : 60 kg, kadang memakai masker kadang tidak memakai masker saat di rumah maupun di rumah sakit baik pasien maupun keluarga yang tinggal dalam satu rumah, keluarga mengatakan lebih sering tidak memakai masker, hanya mengonsumsi OAT selama 2

minggu karena merasa kondisinya semakin memburuk dan merasa bosan, aktivitas sebagian dibantu keluarga.

**Data Objektif:** bibir pucat, konjungtiva anemis, tampak lemah, akral teraba hangat, hasil BTA +, sekarang tampak kurus, bunyi napas tambahan ronchi, terpasang infus Nacl di tangan kiri 20 tpm. Tekanan Darah : 93/64 mmHg, Nadi : 115 x/m, Suhu 38,5°C, RR : 22x/m, SpO2 : 97%, HB 6, kesadaran composmentis, GCS: 15 (E: 4, V: 5, M: 6), batuk berdahak, lidah tampak kotor, tumbuh bintik putih yang berjamur sejak satu minggu ini, terdapat luka dibagian mulut, terdapat ruam yang membengkak dari seluruh permukaan dada sampai punggung dan bagian abdomen sejak satu minggu yang lalu.

#### 4. Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
<p><b>DS:</b> pasien mengatakan batuk berdahak, dahaknya kadang keluar, kadang susah untuk dikeluarkan, dahaknya berwarna kuning kental kadang sampai berwarna kehijauan, sedikit sesak.</p> <p><b>DO:</b> batuk berdahak, bunyi napas ronchi, sputum berwarna kuning kental.</p>	Hipersekresi jalan napas	Bersihan jalan napas tidak efektif
<p><b>DS :</b> pasien mengeluh badannya hangat.</p> <p><b>DO:</b> suhu tubuh pasien 38,5°C, akral teraba hangat, kulit kering, bibir kering dan pucat, terdapat ruam yang membengkak dari</p>	Proses penyakit	Hipertermi

<p>seluruh permukaan dada sampai punggung dan bagian abdomen sejak satu minggu yang lalu.</p>		
<p><b>DS:</b> pasien mengatakan nafsu makannya berkurang, lemah, makan dalam sehari 5x, porsi yang dihabiskan sebanyak 2-3 sendok, BB sebelum sakit 60 kg, mual, muntah. <b>DO:</b> sekarang tampak kurus, albumin 2,97 (normal 3.4-4.8 g/Dl). lidah tampak kotor, tumbuh bintik putih yang berjamur sejak satu minggu ini, terdapat luka dibagian mulut,</p>	<p>Peningkatan Kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan</p>	<p>Defisit nutrisi</p>
<p><b>DS :</b> pasien mengatakan pusing saat bangun dari tempat tidur, lemah, lemas. <b>DO :</b> warna kulit nampak pucat, konjungtiva anemis, HB 6, CRT 4 detik.</p>	<p>Penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<p>Perfusi perifer tidak epektif</p>
<p><b>DS:</b> pasien mengatakan lemah, sedikit sesak, aktivitas dibantu keluarga, pusing saat bangun dari tempat tidur. <b>DO:</b> pasien tampak lemah, aktivitas dibantu keluarga</p>	<p>Kelemahan</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>
<p><b>DS:</b> pasien sebelumnya pernah menderita penyakit TB Paru dan hanya mengonsumsi OAT selama 2 minggu karena merasa kondisinya semakin memburuk dan merasa bosan, kadang memakai masker kadang tidak memakai masker saat di rumah maupun di rumah sakit baik pasien maupun keluarga yang tinggal dalam satu rumah, keluarga mengatakan lebih sering</p>	<p>Keterbatasan kognitif</p>	<p>Defisit pengetahuan</p>

tidak memakai masker. <b>DO:</b> saat perawat melakukan pengkajian pasien dan keluarga tidak memakai masker		
<b>DS:</b> pasien mengatakan saat di rumah pasien dan keluarga kadang memakai masker, kadang tidak memakai masker, keluarga mengatakan lebih banyak tidak memakai masker, tempat pembuangan sputumnya tidak di tutup saat di rumah maupun saat di rumah saki. <b>DO:</b> hasil pemeriksaat BTA +, saat perawat melakukan pengkajian nampak pasien dan keluarga tidak menggunakan masker.	Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan	Resiko penyebaran infeksi

## B. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, maka data-data hasil pengkajian dibuat dalam bentuk analisa data. Dari analisa data ditentukan diagnosa keperawatan. Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. M. K. E adalah sebagai berikut :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan :

**DS:** pasien mengatakan batuk berdahak, dahaknya kadang keluar, kadang tidak keluar, dahaknya berwarna kuning kental kadang kehijauan, pasien mengatakan sedikit sesak

DO: batuk berdahak, bunyi napas ronchi, sputum berwarna kuning kental.

- b. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan:

DS : pasien mengeluh badannya hangat

DO: suhu tubuh pasien 38,5°C, akral terasa hangat, kulit kering, bibir kering dan pucat, terdapat ruam yang membengkak dari seluruh permukaan dada sampai punggung dan bagian abdomen sejak satu minggu yang lalu.

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan ditandai dengan :

DS: pasien mengatakan nafsu makannya berkurang, lemah, dalam sehari makannya 5x, porsi yang dihabiskan sebanyak 2-3 sendok, BB sebelum sakit 60 kg, mual, muntah

DO: sekarang nampak kurus, albumin 2,97(normal 3.4-4.8 g/Dl), lidah tampak kotor, tumbuh bintik putih yang berjamur sejak satu minggu ini, terdapat luka dibagian mulut.

- d. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan :

DS : pasien mengatakan pusing saat bangun dari tempat tidur, lemah, lemas.

DO : warna kulit nampak pucat, konjungtiva anemis, HB 6, CRT 4 detik.

- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :
- DS: pasien mengatakan lemah, sedikit sesak, aktivitas dibantu keluarga, pusing saat bangun dari tempat tidur.
- DO: pasien tampak lemah, aktivitas dibantu keluarga
- f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif ditandai dengan :
- DS: pasien mengatakan sebelumnya pernah menderita penyakit TB Paru dan hanya mengonsumsi OAT selama 2 minggu karena merasa kondisinya semakin memburuk dan merasa bosan, kadang memakai masker kadang tidak memakai masker saat di rumah maupun di rumah sakit baik pasien maupun keluarga yang tinggal dalam satu rumah, keluarga mengatakan lebih sering tidak memakai masker.
- DO: saat perawat melakukan pengkajian pasien tidak memakai masker
- g. Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan ditandai dengan :
- DS: pasien mengatakan saat di rumah pasien dan keluarga kadang memakai masker, kadang tidak memakai masker, keluarga mengatakan lebih sering tidak memakai masker, tempat pembuangan sputum tidak ditutup saat di rumah maupun di rumah sakit.
- DO: hasil pemeriksaan BTA +, saat perawat melakukan pengkajian pasien dan keluarga tidak memakai masker

### C. Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan :</p> <p>DS: pasien mengatakan batuk berdahak, dahaknya kadang keluar, kadang tidak keluar, dahaknya berwarna kuning kental kadang kehijauan, pasien mengatakan sedikit sesak</p> <p>DO: batuk berdahak, bunyi napas ronchi, sputum berwarna kuning kental.</p>	<p><b>Luaran utama : latih batuk efektif dan manajemen jalan napas</b></p> <p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>a. sputum berkurang b. batuk berkurang c. bunyi napas ronchi berkurang d. sesaknya berkurang</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>a. Identifikasi kemampuan batuk b. Monitor sputum (jumlah, warna, oroma)</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>c. Posisikan pasien fowler-semi fowler d. Beri minum air hangat</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>a. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari b. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif c. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir dalam posisi dibulatkan selama 8 detik. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali d. Anjurkan batuk kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ketiga.</p>	<p>a. Teknik batuk yang dilakukan dengan benar untuk mengeluarkan dahak secara maksimal dan menghemat energi (Pattirousamal, 2022)</p> <p>b. Karakteristik sputum dapat menunjukkan berat ringannya obstruksi (Pattirousamal, 2022)</p> <p>c. posisi fowler/ semi fowler diberikan untuk meningkatkan kenyamanan saat bernapas (Pattirousamal, 2022)</p> <p>d. minum air hangat membantu mengencerkan sputum atau dahak yang ada di jalan napas sehingga</p>

			e. Penatalaksanaan combivent)	nebu	<p>mudah dikeluarkan (pattirousamal, 2022)</p> <p>e. cairan diperlukan untuk menggantikan kehilangan cairan dan memobilisasi sekret (pattirousamal, 2022)</p> <p>f. pasien dapat memahami tentang tujuan dan prosedur dari batuk efektif (Pattirousamal, 2022)</p> <p>g. merelaksasikan otot-otot pernapasan pada saat melakukan teknik napas dalam (Pattirousamal, 2022)</p> <p>h. sekret yang tertumpuk atau tertahan dapat dikeluarkan dengan mudah (Pattirousamal, 2022)</p> <p>i. Pemberian nebu combivent dapat membantu mengencerkan sekret (Pattirousamal, 2022)</p>
--	--	--	----------------------------------	------	--

2.	<p>Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan:  DS : pasien mengeluh badannya hangat  DO: suhu tubuh pasien 38,5°C, akral teraba hangat, kulit kering, bibir kering dan pucat, terdapat ruam yang membengkak dari seluruh permukaan dada sampai punggung dan bagian abdomen sejak satu minggu yang lalu.</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:  a. suhu tubuh membaik.</p>	<p><b>Observasi :</b>  a. Monitor suhu tubuh  b. Monitor kadar elektrolit  <b>Terapeutik :</b>  c. Sediakan lingkungan yang dingin  d. Berikan cairan oral  e. Longgarkan atau lepaskan pakaian  f. Lakukan pendinginan eksternal (mis. Kompres pada dahi, aksila, lipatan paha).  <b>Edukasi :</b>  g. Anjurkan tirah baring  <b>Kolaborasi :</b>  h. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu  i. Kolaborasi pemberian paracetamol</p>	<p>a. memantau perubahan suhu tubuh pasien (Matte, 2021)  b. kadar elektrolit mengindikasikan status hipertermia (Matte, 2021)  c. untuk mencegah suhu tubuh semakin meningkat (Matte, 2021)  d. cairan yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi (Matte, 2021)  e. pakaian yang tebal dan sempit dapat meningkatkan suhu tubuh pasien (Matte, 2021)  f. sebagai strategi penanganan hipertermi secara non farmakologis (Matte, 2021)  g. untuk mengurangi potensi komplikasi yang dapat membuat</p>
----	---	--	--	---

				<p>kondisi pasien semakin memburuk (Matte, 2021)</p> <p>h. mengganti kebutuhan cairan yang hilang di dalam tubuh (Matte, 2021)</p> <p>i. paracetamol dapat membantu mengurangi demam</p>
3.	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan ditandai dengan :</p> <p>DS: pasien mengatakan nafsu makannya berkurang, lemah, dalam sehari makannya 5x, porsi yang dihabiskan sebanyak 2-3 sendok, BB sebelum sakit 60 kg, mual, muntah</p> <p>DO: sekarang nampak kurus, albumin 2,97(normal 3.4-4.8 g/Dl), lidah tampak kotor, tumbuh bintik putih yang berjamur sejak satu minggu ini, terdapat luka dibagian mulut.</p>	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>a. porsi makan yang dihabiskan meningkat</p> <p>b. berat badan membaik</p> <p>c. nafsu makan membaik.</p>	<p><b>Observasi :</b></p> <p>a. Identifikasi status nutrisi</p> <p>b. Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>c. Monitor asupan makanan</p> <p>d. Monitor berat badan</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>e. Lakukan oral hygiene sebelum makan dan sesudah makan</p> <p>f. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>g. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>h. Anjurkan makan sering tapi sedikit</p>	<p>a. identifikasi status nutrisi dapat membantu mendeteksi kekurangan nutrisi yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien (Matte, 2021)</p> <p>b. mengetahui makanan yang disukai untuk meningkatkan nafsu makan klien (Matte, 2021)</p> <p>c. monitor asupan makanan dapat membantu mengoptimalkan</p>

			<p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>a. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</p>	<p>status nutrisi pasien dengan memastikan bahwa mereka menerima nutrisi yang cukup dan seimbang (Matte, 2021)</p> <p>d. monitor berat badan dapat membantu mendeteksi perubahan berat badan yang tidak diinginkan, seperti penurunan berat badan yang cepat atau peningkatan berat badan yang tidak terkendali (Matte, 2021)</p> <p>e. mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan (Matte, 2021)</p> <p>f. makanan yang menarik yang tersaji dalam keadaan hangat akan meningkatkan keinginan untuk makan (Matte, 2021)</p>
--	--	--	---	---

				<p>g. diet yang seimbang dapat memperbaiki kebutuhan nutrisi (Matte, 2021)</p> <p>h. makan sering tapi sedikit dapat membantu mempertahankan asupan nutrisi</p> <p>i. diet yang tepat dapat menurunkan masalah kebutuhan nutrisi (Matte, 2021)</p>
4.	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan :</p> <p>DS : pasien mengatakan pusing saat bangun dari tempat tidur, lemah, lemas.</p> <p>DO : warna kulit nampak pucat, konjungtiva anemis, HB 6, CRT 4 detik</p>	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>a. warna kulit pucat menurun</p> <p>b. kelemahan otot menurun</p> <p>c. pengisian kapiler membaik akral membaik</p> <p>d. tekanan dara membaik</p>	<p><b>Intervensi :</b></p> <p>a. Periksa sirkulasi perifer</p> <p>b. Anjurkan untuk meningkatkan makanan yang kaya zat besi (mis. Sayuran hijau, kacang hijau)</p> <p>c. Kolaborasi pemberian transfusi dara</p>	<p>a. periksa sirkulasi perifer dapat membantu mendeteksi gangguan sirkulasi yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>b. zat besi sangat penting untuk produksi hemoglobin, yang membawa oksigen keseluruh tubuh. Meningkatkan konsumsi makanan yang kaya zat besi</p>

				<p>dapat mencegah anemia</p> <p>c. pemberian transfusi darah dapat mengembalikan serta mempertahankan volume dalam darah</p>
5.	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :  DS: pasien mengatak lemah, sedikit sesak, aktivitas dibantu keluarga, pusing saat bangun dari tempat tidur.  DO: pasien tampak lemah, aktivitas dibantu keluarga</p>	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitasnya meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>a. kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat  b. keluhan lelah menurun  c. sesak saat beraktivitas menurun  d. perasaan lemah menurun.</p>	<p><b>Observasi :</b></p> <p>a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan  b. Monitor kelelahan fisik  c. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>d. Sediakan lingkungan yang nyaman renda stimulus  e. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif  f. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan  g. Bantu pasien dalam melakukan aktifitas dan latihan sehari-hari</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>h. Anjurkan tirah baring</p>	<p>a. untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien (Matte, 2021)  b. untuk mengetahui tingkat akibat kelelahan fisik (Matte, 2021)  c. untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidaknyamanan pasien selama melakukan aktifitas (Matte, 2021)  d. untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien (Matte, 2021)  e. membantu meningkatkan rentang gerak pasien dalam</p>

			<p>i. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>j. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>a. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk meningkatkan asupan makanan</p>	<p>beraktivitas (Matte, 2021)</p> <p>f. untuk melatih gerak mobilisasi pasien selama dirawat (Matte, 2021)</p> <p>g. aktifitas latihan sehari-hari dapat membantu meningkatkan mobilitas dan fleksibilitas pasien, sehingga mereka dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan lebih mudah.</p> <p>h. agar tidak memperberat kondisi pasien karena beraktivitas (Matte, 2021)</p> <p>i. untuk melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi (Matte, 2021)</p>
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> <li>j. untuk mengidentifikasi rencana tindakan selanjutnya yang dapat dilakukan oleh perawat (Matte, 2021)</li> <li>k. kalori yang adekuat dapat meningkatkan intoleransi aktifitas dan mencegah keletihan (Matte, 2021)</li> </ul>
6.	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif ditandai dengan :</p> <p>DS: pasien mengatakan sebelumnya pernah menderita penyakit TB Paru dan hanya mengonsumsi OAT selama 2 minggu karena merasa kondisinya semakin memburuk dan merasa bosan, kadang memakai masker kadang tidak memakai masker saat di rumah maupun di rumah sakit baik pasien maupun keluarga yang tinggal</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keterbatasan kognitif membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. perilaku sesuai anjuran meningkat</li> <li>b. kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat</li> <li>c. perilaku sesuai pengetahuan meningkat.</li> </ul>	<p><b>Intervensi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.</li> <li>c. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>d. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</li> <li>e. Ajarkan perilaku hidup sehat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dengan mengidentifikasi kesiapan pasien dapat menentukan Teknik penyampaian Pendidikan kesehatan.</li> <li>b. Dengan mengidentifikasi faktor-faktor yang meningkatkan motivasi dapat memacu semangat merubah perilaku sehat.</li> <li>c. Kesempatan bertanya meningkatkan</li> </ul>

	<p>dalam satu rumah, keluarga mengatakan lebih sering tidak memakai masker.</p> <p>DO: saat perawat melakukan pengkajian pasien tidak memakai masker</p>			<p>pemahaman pasien tentang materi pendidikan kesehatan.</p> <p>d. Dengan mengetahui faktor resiko yang mempengaruhi Kesehatan dapat meningkatkan keluarga dalam pengenalan masalah kesehatan.</p> <p>e. Dengan menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat meningkatkan kualitas hidup keluarga.</p>
7.	<p>Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan ditandai dengan :</p> <p>DS: pasien mengatakan saat di rumah pasien dan keluarga kadang memakai masker, kadang tidak memakai masker, keluarga mengatakan lebih sering tidak memakai masker,</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah tingkat infeksi teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>a. pasien dapat memperlihatkan perilaku hidup sehat (menutup mulut ketika batuk atau bersin)</p> <p>b. tidak ada tanda-tanda infeksi lanjutan dan tidak ada anggota keluarga yang tertular.</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>a. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>b. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.</p> <p>c. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>d. Batasi pengunjung</p> <p>e. Ajarkan etika batuk</p>	<p>a. monitor tanda dan gejala infeksi lokal dapat membantu mendeteksi infeksi dini, sehingga dapat dilakukan intervensi yang tepat untuk mencegah penyebaran infeksi.</p> <p>b. Penyebaran infeksi dapat terjadi ketika</p>

	<p>tempat pembuangan sputum tidak di tutup saat di rumah maupun di rumah sakit.  DO: hasil pemeriksaat BTA +, saat perawat melakukan pengkajian pasien dan keluarga tidak memakai masker</p>			<p>kontak dengan pasien yang mengalami tuberculosis, cuci tangan dapat mengurangi resiko infeksi.  c. Mengurangi penyebaran infeksi  d. Mencegah terjadinya penularan infeksi tuberculosis.  e. etika batuk yang baik dapat mencegah penyebaran penyakit yang disebabkan oleh virus, bakteri, dan mengurangi resiko infeksi pada orang lain</p>
--	--	--	--	---

## D. Implementasi Keperawatan

### a. Implementasi hari Rabu, 24 Januari 2025

NO	Diagnosa Keperawatan	Hari/tgl	Jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan : DS: pasien mengatakan batuk berdahak, dahaknya kadang keluar, kadang tidak keluar, dahaknya berwarna kuning kental kadang kehijauan, pasien mengatakan sedikit sesak DO: batuk berdahak, bunyi napas ronchi, sputum berwarna kuning kental.	Rabu, 23 Januari 2025	07.30 WITA  07.40 WITA  07.50 WITA	1. mengukur tanda-tanda vital  Hasil : Tekanan Darah : 93/64 mmHg, Nadi : 115 x/m, RR : 22x/m, SpO2 : 97%.  2. Mengidentifikasi kemampuan batuk  Hasil :Pasien mampu batuk tetapi sputum yang dikeluarkan cuman sedikit.  3. memonitor sputum  Hasil : Sputum berwarna kuning, sedikit, dan bertekstur kental.  4. 07.50 Memposisikan pasien semi fowler  Hasil : Pasien mengatakan sedikit sesak dan posisi yang diberikan membuat pasien lebih nyaman ketimbang dengan bantal pasien	Jam 15.00 wita <b>S</b> : pasien mengatakan sedikit sesak, masih batuk, batuk berdahak. Dahak yang keluar cuman sedikit, dahaknya masih tertahan sedikit  <b>O</b> : Keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis, TD : 90/78 mmHg, N : 119 x/m, suhu : 36,7°C, RR : 22 x/m, SpO2 : 97%, pasien masih batuk dan sputum yang dikeluarkan sedikit, warna sputum kuning kental, bunyi napas ronchi. <b>A</b> : Masalah bersihan jalan napas belum teratasi. <b>P</b> : Intervensi dilanjutkan. (1, 2, 3, 4, 5, 6,7,8,9)

			08.00 WITA	5. 08.00 memberi pasien terapi nebu combiven 1 tube  Hasil : Pasien mengatakan setelah selesai melakukan nebu pasien merasa sedikit longgar.	
			08.10 WITA	6. 08.10 menjelaskan dan mengajarkan pasien cara batuk efektif untuk membantu mengeluarkan sputum  Hasil : pasien mengerti dan mampu melakukan teknik batu efektif.	
			08.30 WITA	7. 08.30 memberi minum air hangat.  Hasil : pasien minum air hangat 1 gelas (250 ml). Menganjurkan pasien minum air kurang lebih 2000ml/hari takaran 8 gelas ukuran sedang : pasien berjanji akan minum air sesuai yang dianjurkan	
2.	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan: DS : pasien mengeluh badannya hangat DO: suhu tubuh pasien 38,5°C,	Rabu, 23 Januari 2025	07.30 WITA 07.35 WITA	1. wita mengukur tanda-tanda vital Hasil : Suhu 38,5°C. 2. Melakukan kompres di dahi dan ketiak pada pasien Hasil : perawat melakukan kompres	Jam 15.00 wita S : pasien mengatakan sudah tidak lagi demam. O : suhu tubuh pasien saat di cek 36,7°C, akral sudah

	<p>akral teraba hangat, kulit kering, bibir kering dan pucat, terdapat ruam yang membengkak dari seluruh permukaan dada sampai punggung dan bagian abdomen sejak satu minggu yang lalu.</p>		<p>08.00 WITA 08.03 WITA  08.18 WITA  08.30 WITA  08.40 WITA</p>	<p>3. pada dahi dan ketiak pasien menggunakan handuk kecil. Jam memonitor suhu tubuh Hail : suhu tubuh 38,3°C. Jam 4. Melakukan pemberian paracetamol 1 gr/IV Hasil : perawat menaikan obat paracetamol dan tetes pelan. 5. Jam 08.18 memonitor suhu tubuh pasien Hasil : suhu tubuh pasien turun 36,1°C. 6. Memberi pasien minum air Hasil : pasien minum air satu gelas (250 ml). Menganjurkan banyak mengonsumsi air kurang lebih 8 gelas ukuran sedang setiap hari : pasien berjanji akan minum air sesuai yang dianjurkan. Memonitor kadar elektrolit : natrium 127.5 mmol/L, kalium 2.59 mmol/L, chlorida 94.6 mmol/L. 7. Menganjurkan tirah baring. Menggantikan cairan infus NaCl 0,9 % yang telah habis Hasil : memasang kembali cairan infus NaCl yang baru 20 tpm.</p>	<p>tidak hangat, klien nampak berkeringat, kulit nampak pucat, bibir pucat. <b>A</b> : masalah hipertermi teratasi. <b>P</b> : Intervensi (1, 4, 6, 7, 8,9) dilanjutkan</p>
--	---	--	--	---	---

3.	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan ditandai dengan :</p> <p>DS: pasien mengatakan nafsu makannya berkurang, lemah, dalam sehari makannya 5x, porsi yang dihabiskan sebanyak 2-3 sendok, BB sebelum sakit 60 kg, mual, munta</p> <p>DO: sekarang nampak kurus, albumin 2,97(normal 3.4-4.8 g/Dl), lidah tampak kotor, tumbuh bintik putih yang berjamur sejak satu minggu ini, terdapat luka dibagian mulut.</p>	Rabu, 23 Januari 2025	07.30 WITA  08.15 WITA  08.22 WITA 08.34 WITA  08.35 WITA   11.45 WITA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengukur tanda-tanda vital Hasil : Tekanan Darah : 93/64 mmHg, Nadi : 115 x/m, Suhu 38,5°C, RR : 22x/m, SpO2 : 97%.</li> <li>2. mengidentifikasi makanan yang disukai Hasil : pasien menyukai makanan yang berkuah dan hangat.</li> <li>3. Membantu pasien menyikat gigi : gigi dan lidah pasien tampak bersih.</li> <li>4. 08.34 Menganjurkan pasien untuk makan dalam porsi kecil tapi sering : pasien mengerti apa yang disampaikan.</li> <li>5. menganjurkan pasien untuk makan-makanan TKTP (telur, daging, ikan, tempe/tahu sayuran hijau, dan bubur) : pasien mengerti apa yang disampaikan dan berjanji mengikuti yang telah dianjurkan.</li> <li>6. memberi pasien makanan yang hangat. 12.05 memonitor asupan makanan pasien : pasien makan 5 sendok makan, pasien makan bubur, telur, dan sayur sop.</li> </ol>	<p>Jam 15.00</p> <p><b>S</b> : pasien mengatakan tidak ada nafsu makan.</p> <p><b>O</b>: keadaan pasien tampak lemah, tampak kurus, pasien makan 7 sendok makan, tampak ada sisa makanan di ompreng ½ lebih porsi yang tidak dihabiskan, TD : 90/78 mmHg, N : 119 x/m, suhu : 36,7°C, RR : 22 x/m, SpO2 : 97%, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm di tangan kiri.</p> <p><b>A</b> : Masalah defisit nutrisi belum teratasi.</p> <p><b>P</b> : Intervensi dilanjutkan (1, 3, 4, 5,6,7,8)</p>
4.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai	Rabu, 23 Januari 2025	07.30 WITA	1. Jam 07.30 wita mengukur tanda-tanda vital Tn. M. K. E Hasil : Tekanan Darah : 93/64 mmHg,	<p>Jam 15.00</p> <p><b>S</b> : pasien mengatakan pasien masih pusing saat bangun</p>

	<p>dengan :</p> <p>DS: pasien mengatakan pusing saat bangun dari tempat tidur, lemah, lemas.</p> <p>DO: warna kulit nampak pucat, konjungtiva anemis, HB 6, CRT 4 detik</p>		<p>07.55 WITA</p> <p>08.05 WITA</p> <p>08.18 WITA</p> <p>09.00 WITA</p>	<p>2. Nadi : 115 x/m, Suhu 38,5°C, RR : 22x/m, SpO2 : 97%.</p> <p>3. memeriksa sirkulasi perifer Hasil : pasien nampak pucat, konjungtiva anemis, CRT 4 detik.</p> <p>4. menganjurkan pasien untuk banyak mengonsumsi makanan yang kaya zat besi (bayam, brokoli, daging, ikan, kacang-kacangan). Hasil : pasien dan keluarga mengerti apa yang disampaikan</p> <p>5. Jam 08.18 memonitor suhu tubuh pasien Hasil : suhu tubuh pasien turun 36,1°C.</p> <p>6. Jam 09.00 melakukan pemberian transfusi dara 1 bag/4 Jam.</p>	<p>dari tempat tidur.</p> <p><b>O</b> : pasien masih nampak pucat, konjungtiva anemis, HB 6, CRT 4 detik, TD : 90/78 mmHg, N : 119 x/m, suhu : 36,7°C, RR : 22 x/m, SpO2 : 97%, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm di tangan kiri.</p> <p><b>P</b> : Masalah perfusi perifer belum teratasi.</p> <p><b>A</b> : Intervensi dilanjutkan (1-3)</p>
5.	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :</p> <p>DS: pasien mengatak lemah, sedikit sesak, aktivitas dibantu keluarga, pusing saat bangu dari tempat tidur.</p> <p>DO: pasien tampak lemah, aktivitas dibantu keluarga</p>	Rabu, 23 Januari 2025	<p>07.30 WITA</p> <p>07.49 WITA</p>	<p>1. mengukur tanda-tanda vital Tn. M. K. E Hasil : Tekanan Darah : 93/64 mmHg, Nadi : 115 x/m, Suhu 38,5°C, RR : 22x/m, SpO2 : 97%.</p> <p>2. memonitor keadaan pasien apakah pasein merasa sesak dan merasa pusing saat bangun dari tempat tidur Hasil : pasien mengatakan sedikit sesak, tidak mampu beraktivitas</p>	<p>Jam 15.00 wita</p> <p><b>S</b>: pasien mengatakan masih lemah, aktivitas dibantu perawat dan keluarga, sesak napas saat beraktifitas, masih merasa pusing saat bangun dari tempat tidur.</p> <p><b>O</b> : pasien tampak lemah, kesadaran composmentis, aktifitas dibantu perawat</p>

				<p>karena mengalami sesak napas saat beraktivitas dan saat bangun dari tempat tidur pasien merasa pusing, badan pasien terasa lemah.</p> <p>11.10 3. Memonitor keadaan pasien apakah WITA masih merasa lemah dan pusing  Hasil : pasien mengatakan badannya masih terasa lemah dan pusing saat bangun dari tempat tidur.</p> <p>12.20 4. perawat dan keluarga membantu WITA pasien BAB di atas tempat tidur.</p> <p>14.00 5. mengukur vital sign sebelum WITA melakukan aktivitas  Hasil : TD : 98/69 mmHg, N :97x/m, RR : 23x/m, SpO2 : 97%.</p> <p>14.30 6. membantu pasien duduk disisi tempat WITA tidur  Hasil : pasien belum bisa duduk disisi tempat tidur karena pasien saat bangun dari tempat tidur pasien merasa pusing dan perawat menyuruh pasien untuk kembali baring.</p> <p>14.10 7. Menganjurkan pasien untuk istirahat. WITA</p> <p>14.13 8. Menganjurkan pasien jika sudah tidak WITA pusing untuk duduk pelan-pelan, kemudian menurunkan kaki.</p> <p>14.15 9. Menganjurkan kepada pasien WITA memanggil perawat jika mengalami</p>	<p>dan keluarga, TD : 90/78 mmHg, N : 119 x/m, suhu : 36,7°C, RR : 22 x/m, SpO2 : 97%.</p> <p><b>P</b> : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.  <b>A</b> : Intervensi dilanjutkan (2, 6, 7, 8, 9, 10)</p>
--	--	--	--	---	---

				lemah yang berlebihan.	
6.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif ditandai dengan : DS: pasien mengatakan sebelumnya pernah menderita penyakit TB Paru dan hanya mengonsumsi OAT selama 2 minggu karena merasa kondisinya semakin memburuk dan merasa bosan, kadang memakai masker kadang tidak memakai masker saat di rumah maupun di rumah sakit baik pasien maupun keluarga yang tinggal dalam satu rumah, keluarga mengatakan lebih sering tidak memakai masker. DO: saat perawat melakukan pengkajian pasien tidak memakai masker	Rabu, 23 Januari 2025	10.10 WITA  10.15 WITA  10.30 WITA  10.35 WITA  10.40 WITA	1. mengidentifikasi kesiapan dan menerima informasi Hasil : keluarga dan pasien mengatakan siap menerima informasi. 2. memberi kesempatan pasien untuk bertanya tentang penyakit yang diderita Hasil : keluarga bertanya tentang penularan penyakit TB, pembuangan sekret pada tempatnya, masalah apa yang terjadi jika pasien putus obat. 3. menganjurkan pada pasien untuk rutin minum OAT di rumah sesuai anjuran dokter Hasil : pasien berjanji saat di rumah pasien minum OAT secara rutin. 4. menjelaskan efek dari mengonsumsi obat OAT Hasil : pasien dan keluarga mengerti dengan apa yang dijelaskan. 5. 10.40 Mengajarkan pasien dan keluarga mencuci tangan 5 langkah tindakan prosedur.	Jam 15.00 wita <b>S</b> : pasien mengatakan sudah paham dengan penjelasan yang disampaikan. <b>O</b> : pasien mengerti apa yang disampaikan, mampu mengungkapkan kembali penjelasan yang telah disampaikan, pasien berjanji saat di rumah pasien minum OAT secara rutin. <b>A</b> : Masalah sebagian teratasi. <b>P</b> : Intervensi 1 dan 4 dilanjutkan.
7.	Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan ditandai dengan :	Rabu, 23 Januari 2025	07.30 WITA	1. wita mengukur tanda-tanda vital Tn. M. K. E Hasil : Tekanan Darah : 93/64 mmHg, Nadi : 115 x/m, Suhu 38,5°C, RR :	Jam 15.00 wita <b>S</b> : pasien mengatakan kebiasaan tidak memakai masker saat batuk maupun

<p>DS: pasien mengatakan saat di rumah pasien dan keluarga kadang memakai masker, kadang tidak memakai masker, keluarga mengatakan lebih sering tidak memakai masker, tempat pembuangan sputum tidak ditutup saat di rumah maupun di rumah sakit.</p> <p>DO: hasil pemeriksaat BTA +, saat perawat melakukan pengkajian pasien dan keluarga tidak memakai masker</p>		<p>08.35 WITA</p> <p>08.45 WITA</p>	<p>22x/m, SpO2 : 97%.</p> <p>2. mengingatkan keluarga untuk menggunakan APD seperti masker jika berada dalam ruangan.</p> <p>3. Jam 08.45 Mengajarkan pasien dan keluarga tentang etika batuk dan cuci tangan yang benar dengan mengulang kembali langkah-langkahnya        Hasil : pasien dan keluarga mengerti cara etika batuk dan cuci tangan yang baik dan benar dan mampu mempraktekannya. Cara etika batuk yang benar adalah batuk dengan menutup mulut dengan menggunakan lengan bagian dalam serta menggunakan tisu. Sedangkan cuci tangan dengan menggunakan antiseptic atau hand rub yaitu dengan teteskan handwash/handrub 3-5 tetes kemudian menggosokkan kedua telapak tangan, punggung tangan dan sela-sela jari, mengunci tangan, menggosokkan ibu jari dengan gerakan memutar, kemudian ujung-ujung kuku.</p> <p>4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi.</p> <p>5. Membatasi pengunjung yang datang.</p>	<p>saat di rumah .</p> <p>S: tampak pasien tidak memakai masker, tampak mengeluarkan sputum, warna kuning kental, jumlah sedikit, hasil BTA (+).</p> <p>A : Masalah resiko penyebaran infeksi tidak terjadi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan (2 dan 5)</p>
--	--	-------------------------------------	--	--

**b. Implementasi hari Kamis, 25 Januari 2025**

1.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. DS: pasien mengatakan batuk berdahak, dahaknya kadang keluar, kadang tidak keluar, dahaknya berwarna kuning kental kadang kehijauan, pasien mengatakan sedikit sesak. DO: batuk berdahak, bunyi napas ronchi, sputum berwarna kuning kental.	Kamis, 24 Januari 2025	07.30 WITA	<p>1. wita mengukur tanda-tanda vital : Hasil : Tekanan Darah : 103/76 mmHg, Nadi : 98 x/m, RR : 23x/m, SpO2 : 97%.</p> <p>2. Mengidentifikasi kemampuan batuk Hasil : pasien mampu batuk dan sputum yang dikeluarkan banyak.</p> <p>3. memonitor sputum Hasil : sputum berwarna kuning, banyak dan bertekstur kental.</p> <p>4. tetap memberi pasien posisi semi fowler Hasil : pasien merasa lebih nyaman dengan posisi seperti itu.</p> <p>5. memberi pasien terapi nebu combiven 1 tube Hasil : pasien mengatakan setelah selesai melakukan nebu pasien merasa sedikit longgar dan tidak ada dahak yang tertahan saat batuk</p> <p>6. memberi pasien minum air hangat Hasil : pasien minum air hangat 2 gelas (500 ml).</p> <p>7. menganjurkan pasien minum air kurang lebih 2000ml/hari Hasil : pasien mengerti dengan apa</p>	<p>Jam 15.00</p> <p><b>S:</b> pasien mengatakan masih batuk, batunya sudah mulai berkurang, batuk berdahak.</p> <p><b>O:</b> TD : 105/79 mmHg, N : 100 x/m, suhu : 37°C, RR : 22 x/m, SpO2 : 97%, pasien tampak batuk berkurang dan sputum yang dikeluarkan banyak, sesaknya berkurang, warna sputum kuning kental, bunyi napas ronchi sedikit berkurang.</p> <p><b>A :</b> Masalah bersihan jalan napas teratasi sebagian .</p> <p><b>P :</b> Intervensi 1,2,4, 5, 6, 7, 8, 9 dilanjutkan</p>
----	---	------------------------	---------------	---	--

			08.25 WITA	8. tetap menjelaskan dan mengajarkan pasien cara batuk efektif untuk membantu mengeluarkan sputum Hasil : pasien mengerti dan pasien mampu melakukan batuk efektif.	
2.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Berhubungan dengan : DS : pasien mengeluh badannya hangat. DO: suhu tubuh pasien 38,5°C, akral teraba hangat, kulit kering dan bibir kering.	Kamis, 24 Januari 2025	07.30 WITA 07.35 WITA 07.42 WITA 07.44 WITA 08.00 WITA 08.02 WITA 08.35 WITA	1. wita mengukur tanda-tanda vital Hasil : Suhu 39°C. 2. Melakukan kompres pada pasien Hasil : perawat melakukan kompres pada dahi dan ketiak pasien menggunakan handuk kecil. 3. Memberi pasien minum air Hasil : pasien minum air dua gelas (500 ml). 4. Menganjurkan banyak mengonsumsi air putih kurang lebih 8 gelas ukuran sedang setiap hari Hasil : pasien berjanji akan minum air sesuai yang dianjurkan perawat. 5. memonitor suhu tubuh pasien Hasil : suhu tubuh pasien 38,6°C. 6. melakukan pemberian paracetamol 1 gr/IV, 7. memonitor suhu tubuh Hasil : suhu tubuh pasien 36,3°C.	Jam 15.00 <b>S</b> : pasien mengatakan sudah tidak lagi demam. <b>O</b> : suhu tubuh pasien saat di cek 37°C, akral sudah tidak hangat, mukosa bibir sedikit lembap, pucat berkurang. <b>A</b> :Masalah hipertermi teratasi. <b>P</b> :Intervensi 1, 4,6, 8, 9 dilanjutkan

			08.40 WITA 13.00 WITA	8. Mengajukan tirah baring. 9. Mengganti cairan infus yang habis cairan infus NaCl 0,9 % 20 tpm.	
3.	Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan berhubungan dengan DS: pasien mengatakan nafsu makannya berkurang, lemah, dalam sehari makannya 5x, porsi yang dihabiskan sebanyak 2-3 sendok, BB sebelum sakit 60 kg, mual, munta. DO: sekarang tampak kurus, albumin 2,97(normal 3.4-4.8 g/Dl).	Kamis, 24 Januari 2025	07.30 WITA  07.52 WITA  07.58 WITA  08.15 WITA  08.20 WITA  08.35	1. wita mengukur tanda-tanda vital Tn. M. K. E Hasil : Tekanan Darah : 103/76 mmHg, Nadi : 98 x/m, Suhu 39°C, RR : 23x/m, SpO2 : 97% . 2. memonitor asupan makanan Hasil : pasien mampu menghabiskan makanan 4 sendok makan saat sarapan pagi. 3. menganjurkan kepada pasien sebelum makan sikat gigi dan lidah terlebih dahulu Hasil : pasien mengerti apa yang disampaikan oleh perawat. 4. menganjurkan kepada pasien makan sedikit tapi sering Hasil : pasien mengerti apa yang disampaikan perawat. 5. menganjurkan kepada keluarga menyediakan makanan yang disukai pasien Hasil : keluarga mengatakan mengerti apa yang disampaikan perawat 6. menganjurkan pasien untuk makan-	Jam 15.00 <b>S</b> : pasien mengatakan nafsu makan sedikit membaik. <b>S</b> : keadaan pasien lemahnya berkurang, tampak kurus, pucat berkurang, pasien makan 12 sendok makan, TD : 105/79 mmHg, N : 100 x/m, suhu : 37°C, RR : 22 x/m, SpO2 : 97%, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm di tangan kiri. <b>A</b> : Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian. <b>P</b> : Intervensi 1,3 ,5 , 6 , 7, 8 dilanjutkan

			WITA	<p>makanan TKTP (telur, daging, ikan, tempe/tahu sayuran bayam, brokoli dan bubur)</p> <p>Hasil : pasien mengatakan berjanji akan mengikuti apa yang dianjurkan dan pasien sudah mengikutinya pasien makan ikan, sayur sop dan bubur.</p>	
			11.47 WITA	7. Jam memberi makanan pasien dalam keadaan hangat (jenis makanan bubur, ikan, sayur sop dan buah pisang ).	
			12.20 WITA	8. Jam monitor asupan makan siang Hasil : pasien hanya mampu menghabiskan 8 sendok makan.	
4.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin berhubungan dengan DS : - , DO : warna kulit nampak pucat, konjungtiva anemis, HB 6, CRT 4 detik	Kamis, 24 Januari 2025	07.30 WITA	1. mengukur tanda-tanda vital Tn. M. K. E Hasil : Tekanan Darah : 103/76 mmHg, Nadi : 98 x/m, Suhu 39°C, RR : 23x/m, SpO2 : 97%.	Jam 15.00 S : pasien mengatakan pusingnya sudah berkurang saat bangun dari tempat tidur.
			07.55 WITA	2. memeriksa sirkulasi perifer Hasil : pasien masih nampak pucat, konjungtiva anemis, CRT 3 detik. Hb 6.	O : pasien pucatnya berkurang, konjungtiva sudah mulai pink sedikit, HB 6 (belum dicek kembali), CRT 3 detik, TD : 105/79 mmHg, N : 100 x/m, suhu : 37°C, RR : 22 x/m, SpO2 : 97%.
			08.00 WITA	3. memonitor suhu tubuh pasien Hasil : suhu tubuh pasien 38,6°C.	
			08.02 WITA	4. melakukan pemberian paracetamol 1 gr/IV.	A : Masalah perfusi perifer sebagian teratasi.
			08.05	5. menganjurkan pasien untuk banyak	

			WITA	mengonsumsi makanan yang kaya zat besi (bayam, brokoli, daging, ikan kacang-kacangan) Hasil : pasien dan keluarga mengatakan paham dengan apa yang disampaikan.	<b>P:</b> Intervensi 1, 2, 3 dilanjutkan
			08.35 WITA	6. memonitor suhu tubuh pasien Hasil : suhu tubuh pasien 36,3°C.	
			09.00 WITA	7. melakukan pemberian transfusi darah 1 bag/4 Jam.	
5.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Jam 07.30 wita mengukur tanda-tanda vital Tn. M. K. E : Tekanan Darah : 103/76 mmHg, Nadi : 98 x/m, Suhu 39°C, RR : 23x/m, SpO2 : 97%.	Kamis, 24 Januari 2025	07.49 WITA	1. memonitor keadaan pasien apakah masih merasah lemah dan pusing Hasil : pasien mengatakan badannya terasa lemah dan pusing saat bangun berkurang.	Jam 15.00 <b>S</b> : pasien mengatakan lemahnya berkurang, aktivitas masih dibantu keluarga dan perawat, pusing berkurang saat bangun dari tempat tidur.
			11.45 WITA	2. melayani makana yang di anjurkan.	
			14.00 WITA	3. mengukur vital sign sebelum melakukan aktivitas Hasil : TD : 115/78 mmHg, N :105x/m, RR : 23x/m, SpO2 : 97%.	<b>O</b> : pasien tampak sudah sedikit membaik, aktifitas masih dibantu perawat dan keluarga tetapi pasien sudah sedikit bertenaga, pasien sudah bisa duduk sedikit-sedikit, TD : 105/79 mmHg, N : 100 x/m, suhu : 37°C, RR : 22 x/m, SpO2 : 97%.
			14.11 WITA	4. perawat membantu pasien duduk disisi tempat tidur Hasil : pasien mampu duduk disisi tempat tidur dan sedikit merasa pusing. Menyuruh pasien untuk kembali istirahat.	
			14.25	5. Menganjurkan paien jika sudah tidak	

			WITA	<p>pusing untuk duduk kemudian duduk sambil menurunkan kaki kebawa tempat tidur.</p> <p>6. Menganjurkan kepada pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap.</p> <p>14.30 WITA</p> <p>7. Menganjurkan kepada pasien memanggil perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.</p>	<p><b>A</b> : Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi.</p> <p><b>P</b> : Intervensi (2, 6, 7, 8, 9, 10) dilanjutkan</p>
6.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi dan keterbatasan kognitif ditandai dengan : DS: pasien mengatakan sebelumnya pernah menderita penyakit TB Paru dan hanya minum OAT selama 2 minggu karena merasa kondisinya semakin memburuk dan merasa bosan, kadang memakai masker kadang tidak memakai masker saat di rumah maupun di rumah sakit baik pasien maupun keluarga yang tinggal dalam satu rumah, keluarga mengatakan lebih sering tidak memakai masker. DO: saat perawat melakukan pengkajian pasien tidak memakai masker	Kamis, 24 Januari 2025	<p>09.30 WITA</p> <p>09.35 WITA</p> <p>10.30 WITA</p>	<p>1. Mengingat kembali kepada pasien informasi kemarin yang telah disampaikan Hasil : pasien dan keluarga masih mengingat informasi yang disampaikan.</p> <p>2. Mengingat kembali betapa pentingnya mengonsumsi OAT, memberi cairan clorin pada wadah yang berisi dahak, tempatnya ditutup, dan memakai masker Hasil : pasien dan keluarga mengerti apa yang disampaikan.</p> <p>3. menganjurkan pada pasien untuk rutin minum OAT di rumah sesuai anjuran dokter Hasil: pasien berjanji saat di rumah pasien minum obat OAT secara rutin.</p>	<p>Jam 15.00</p> <p><b>S</b> : pasien mengatakan sudah paham dengan penjelasan yang disampaikan tentang membuang dahak, batuk atau bersin yang benar, minum OAT sesuai anjuran dokter.</p> <p><b>O</b> : pasien mampu mengungkapkan kembali penjelasan yang telah disampaikan.</p> <p><b>A</b> : Masalah sebagian teratasi.</p> <p><b>P</b> : Intervensi 1 dan 4 dilanjutkan.</p>

7.	<p>Risiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan ditandai dengan : DS: pasien mengatakan saat di rumah pasien dan keluarga kadang memakai masker, kadang tidak memakai masker, keluarga mengatakan lebih sering tidak memakai masker. DO: hasil pemeriksaat BTA +, saat perawat melakukan pengkajian pasien dan keluarga tidak memakai masker.</p>	<p>Kamis, 24 Januari 2025</p>	<p>07.30 WITA</p> <p>08.35 WITA</p> <p>08.45 WITA</p>	<p>1. mengukur tanda-tanda vital Tn. M. K. E. Hasil : Tekanan Darah : 103/76 mmHg, Nadi : 98 x/m, Suhu 39°C, RR : 23x/m, SpO2 : 97%.</p> <p>2. mengingatkan keluarga untuk menggunakan APD seperti masker jika berada dalam ruangan pasien Hasil : keluarga mengerti apa yang disampaikan oleh perawat.</p> <p>3. Mengingatkan pasien dan keluarga tentang etika batuk dan cuci tangan yang benar dengan mengulang kembali langkah-langkahnya Hasil : pasien dan keluarga mengerti cara etika batuk dan cuci tangan. Cara etika batuk yang benar adalah batuk dengan menutup mulut dengan menggunakan lengan bagian dalam serta menggunakan tisu. Sedangkan cuci tangan dengan menggunakan antiseptic atau handrub yaitu dengan teteskan handwash/handrub 3-5 tetes kemudian menggosokkan kedua telapaktangan, punggung tangan dan sela-sela jari, mengunci tangan, menggosokkan ibu jari dengan gerakan memutar, kemudian ujung-ujung kuku.</p>	<p>Jam 15.00</p> <p><b>S</b> : pasien mengatakan sudah memakai masker saat batuk maupun saat di rumah.</p> <p><b>O</b>: pasien dan keluarga tampak menggunakan masker, dan rutin mencuci tangan serta membuang sputum di tempat yang disediakan, tempatnya ditutup, dan didalamnya berisi cairan beaclin.</p> <p><b>A</b>: Masalah resiko penyebaran infeksi tidak terjadi.</p> <p><b>P</b> :Intervensi 2 dan 5 dilanjutkan.</p>
----	--	-------------------------------	---	--	--

				Membatasi pengunjung yang datang.	
--	--	--	--	-----------------------------------	--

#### E. Catatan Perkembangan

NO	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Catatan Perkembangan
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekreasi jalan napas ditandai dengan : DS: pasien mengatakan batuk berdahak, dahaknya kadang keluar, kadang tidak keluar, dahaknya berwarna kuning kental kadang kehijauan, pasien mengatakan sedikit sesak DO: batuk berdahak, bunyi napas ronchi, sputum berwarna kuning kental.	Jumat, 25 Januari 2025	Jam 07.30 <b>S</b> : pasien mengatakan masih batuk tetapi batuknya sudah mulai berkurang, batuk berdahak, dahaknya sudah bisa dikeluarkan. <b>O</b> : pasien tampak batuknya berkurang, sputum yang dikeluarkan banyak, warna sputum kuning kental, bunyi napas ronki sedikit berkurang. <b>A</b> : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi. <b>P</b> : Intervensi dipertahankan. <b>I</b> : a. jam 07.45 mengidentifikasi kemampuan batuk, b. jam 07.47 menganjurkan pasien untuk melakukan teknik batuk efektif untuk dapat mengeluarkan sputum, c. jam 07.50 memberi pasien minum air hangat 2 gelas (500 ml), d. jam 08.00 memberi nebu combiven 1 tube pada pasien. e. Jam 08.10 memonitor sputum, f. Jam 08.15 menganjurkan pasien banyak minum air hangat. <b>E</b> : keadaan umum baik, pasien mampu mengeluarkan sputum, sputum berwarna kuning, kental, keluaranya banyak, sesak berkurang, suara napas ronki berkurang, TD : 117/80 mmHg, N : 108 x/m, suhu : 36,9°C, RR : 21 x/m, SpO2 : 98%. Masalah teratasi sebagian, intervensi dipertahankan
2.	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit	Jumat, 25 Januari 2025	Jam 07.30 <b>S</b> : pasien mengatakan badannya terasa hangat.

<p>ditandai dengan:  <b>DS</b> : pasien mengeluh badannya hangat  <b>DO</b>: suhu tubuh pasien 38,5°C, akral teraba hangat, kulit kering, bibir kering dan pucat, terdapat ruam yang membengkak dari seluruh permukaan dada sampai punggung dan bagian abdomen sejak satu minggu yang lalu.</p>		<p><b>O</b>: suhu tubuh pasien 38,2°C, akral hangat.  <b>A</b> : Masalah hipertermia belum teratasi.  <b>P</b> : Intervensi 1, 4, 6, 9 dilanjutkan.  <b>I</b> :  a. Jam 07.49 melakukan kompres pada pasien,  b. Jam 07.50 memberi pasien minum air 2 gelas (500 ml).  c. Jam 08.00 melakukan pemberian Paracetamol 1 gr/IV.  d. Jam 08.30 Memonitor suhu tubuh.  e. Jam 09.00 menganjurkan banyak mengonsumsi air.  <b>E</b> : Jam 13.00 pasien mengatakan sudah tidak lagi demam, suhu tubuh pasien saat di cek 36,9 C, akral sudah tidak hangat, masalah hipertermia teratasi, intervensi 1, 4,6,9 dipertahankan</p>
<p>3. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan ditandai dengan :  <b>DS</b>: pasien mengatakan nafsu makannya berkurang, lemah, dalam sehari makannya 5x, porsi yang dihabiskan sebanyak 2-3 sendok, BB sebelum sakit 60 kg, mual, muntah  <b>DO</b>: sekarang nampak kurus, albumin 2,97(normal 3.4-4.8 g/Dl), lidah tampak kotor, tumbuh bintik putih yang berjamur sejak satu minggu</p>	<p>Jumat, 25  Januari 2025</p>	<p>Jam 07.30  <b>S</b> : pasien mengatakan nafsu makan sudah membaik.  <b>O</b>: keadaan umum baik, kesadaran composmentis GCS:15 (E:4,V:5,M:6), sudah tidak lagi pucat, 1 porsi makan dihabiskan.  <b>A</b>: Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi.  <b>P</b> : Intervensi 3, 5, 6, 7, 8 dipertahankan.  <b>I</b>:  a. Jam 11:40 melayani makan TKTP yang diberikan dari RS dalam keadaan hangat,  b. Jam 12.10 memonitor asupan makanan,  c. Jam 12.15 Menganjurkan pasien untuk makan dalam porsi kecil tapi sering,  d. Jam 12.20 menganjurkan pasien untuk makan-makanan TKTP (telur, daging, ikan, tempe/tahu sayuran hijau, dan bubur). Jam  e. Jam 12:30 menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering.  f. Jam 12.33 menganjurkan pasien makan dalam keadaan hangat,</p>

	ini, terdapat luka dibagian mulut.		<p>g. Jam 14.30 mengukur BB pasien dan TB pasien.</p> <p><b>E:</b> nafsu makan pasien sudah membaik, keadaan umum baik, sudah tidak lagi pucat, 1 porsi makan dapat dihabiskan, dan minum air 4 gelas, BB sekarang 39 kg, TB : 154 cm, IMT : 16,4 (Kurus), TD : 117/80 mmHg, N : 108 x/m, suhu : 36,9°C, RR : 21 x/m, SpO2 : 98%. Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi, intervensi dipertahankan.</p>
4.	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan :</p> <p><b>DS:</b> pasien mengatakan pusing saat bangun dari tempat tidur, lemah, lemas.</p> <p><b>DO:</b> warna kulit nampak pucat, konjungtiva anemis, HB 6, CRT 4 detik</p>	Jumat, 25 Januari 2025	<p>Jam 07.30</p> <p><b>S:</b> pasien mengatakan sudah tidak pusing saat bangun dari tempat tidur.</p> <p><b>O :</b> pasien nampak sudah tidak pucat, konjungtiva nampak merah muda, Hb 6, CRT dibawa 2 detik,</p> <p><b>A :</b> masalah perfusi Perifer sebagian teratasi.</p> <p><b>P :</b> Intervensi dipertahankan.</p> <p><b>I :</b></p> <p>a. Jam 09.05 periksa sirkulasi perifer,</p> <p>b. Jam 09.10 menganjurkan pasien untuk banyak mengonsumsi makanan yang kaya zat besi (bayam, brokoli, daging, ikan kacang-kacangan).</p> <p><b>E :</b> pasien nampak sudah tidak lagi pucat, konjungtiva nampak merah muda, CRT dibawa 2 detik, tidak lagi pusing. Masalah perfusi perifer teratasi. Intervensi dilanjutkan.</p>
5.	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :</p> <p><b>DS:</b> pasien mengatak lemah, sedikit sesak, aktivitas dibantu keluarga, pusing saat bangun dari tempat tidur.</p> <p><b>DO:</b> pasien tampak lemah, aktivitas dibantu keluarga</p>	Jumat, 25 Januari 2025	<p>Jam 07.30</p> <p><b>S:</b> pasien mengatakan tidak lagi lemah, pasien mengatakan sudah mampu berpindah sendiri dari tempat tidur ke kursi, dan toilet walaupun masih di bantu oleh keluarga.</p> <p><b>O :</b> keadaan umum baik, pasien mampu berpindah dan gejala walaupun masih di pegang oleh keluarga.</p> <p><b>A :</b> Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi.</p> <p><b>P :</b> Intervensi dipertahankan.</p> <p><b>I :</b></p>

			<p>a. Jam 10:05 bantu pasien dalam melakukan aktifitas dan latihan sehari-hari,</p> <p>b. Jam 10:25 mengajarkan aktivitas secara bertahap berpindah, dan berjalan.</p> <p><b>E:</b> pasien dapat berjalan, berpindah dari tempat tidur ke kursi walaupun masih dibantu perawat dan keluarga. Masalah intoleransi aktivitas teratasi, pasien sudah tidak lagi lemah, sudah tidak lagi pusing, sesaknya sudah berkurang dari yang sebelumnya, sudah intervensi dihentikan.</p>
6.	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif ditandai dengan :</p> <p><b>DS:</b> pasien mengatakan sebelumnya pernah menderita penyakit TB Paru dan hanya mengonsumsi OAT selama 2 minggu karena merasa kondisinya semakin memburuk dan merasa bosan, kadang memakai masker kadang tidak memakai masker saat di rumah maupun di rumah sakit baik pasien maupun keluarga yang tinggal dalam satu rumah, keluarga mengatakan lebih sering tidak memakai masker.</p> <p><b>DO:</b> saat perawat melakukan</p>	<p>Jumat 25 Januari 2025</p>	<p>Jam 07.30</p> <p><b>S:</b> wita pasien mengatakan sudah paham.</p> <p><b>O:</b> Keadaan umum baik, pasien mampu memperagakan (batuk dan bersin, memakai masker).</p> <p><b>A:</b> Masalah teratasi Sebagian.</p> <p><b>P:</b> Intervensi dipertahankan.</p> <p><b>I:</b></p> <p>a. Jam 09:10 wita mengedukasi pasien minum obat OAT di rumah sesuai ajuran dari dokter.</p> <p><b>E:</b> pasien sudah mengerti pentingnya minum obat OAT dan sesuai anjuran dokter, Masalah defisit pengetahuan teratasi. Intervensi dihentikan.</p>

	pengkajian pasien tidak memakai masker		
7.	<p>Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan ditandai dengan :</p> <p><b>DS:</b> pasien mengatakan saat di rumah pasien dan keluarga kadang memakai masker, kadang tidak memakai masker, keluarga mengatakan lebih sering tidak memakai masker, tempat pembuangan sputum tidak di tutup saat di rumah maupun di rumah sakit.</p> <p><b>DO:</b> hasil pemeriksaat BTA +, saat perawat melakukan pengkajian pasien dan keluarga tidak memakai masker</p>	Jumat, 25 Januari 2025	<p>jam 07.30</p> <p><b>S :</b> pasien mengatakan sudah memakai masker ketika batuk dan membuang sputum pada tempatnya.</p> <p><b>O :</b> pasien dan keluarga tampak menggunakan masker dan mencuci tangan serta membuang sputum, dan tisu bekas pakai di tempat sampah medis.</p> <p><b>A :</b> masalah resiko penyebaran infeksi teratasi sebagian.</p> <p><b>P :</b> intervensi dipertahankan.</p> <p><b>I :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jam : 11:00 wita menganjurkan pasien dan keluarga untuk tetap menggunakan masker selama periode pengobatan TB.</li> <li>b. Jam 11:20 wita mengajarkan kembali pasien tentang etika batuk dan mencuci tangan yang benar. Hasil: pasien dan keluarga mengerti cara etika batuk dan mencuci tangan menggunakan handrub/handwash. Cara etika batuk yang benar adalah batuk dengan menutup mulut, menggunakan masker, tisu dan lengan baju bagian dalam.</li> <li>c. Jam 12:10 wita menganjurkan pasien dan keluarga membatasi pengunjung.</li> </ol> <p><b>E:</b> pasien dan keluarga tampak menggunakan masker dan mencuci tangan serta membuang sputum, dan tisu bekas pakai di tempat sampah medis. masalah resiko penyebaran infeksi teratasi intervensi dihentikan</p>

## SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Erlia Wati  
NIM : P05303202220039  
Prodi : D-III Keperawatan Ende

Dengan ini menyatakan bahwa apabila saya tidak menyelesaikan kewajiban (Tugas) saya sampai dengan sebelum UKOM, maka untuk sementara waktu saya bersedia tidak menerima ijazah sampai kewajiban (Tugas) saya tersebut diselesaikan.

Surat pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Apabila saya tidak menepati kewajiban tersebut maka saya bersedia menerima konsekuensi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya

Ende, 23 Juli 2025

Hormat Saya



Erlia Wati

NIM. P05303202220039



Kementerian Kesehatan  
Poltekkes Kupang

Jalan Piet A. Tallo, Liliba, Oebobo,  
Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111  
(0380) 8800256  
<https://poltekkeskupang.ac.id>

## PERPUSTAKAAN TERPADU

<https://perpus-terpadu.poltekkeskupang.ac.id/> ; e-mail: [perpustakaanterpadu61@gmail.com](mailto:perpustakaanterpadu61@gmail.com)

### SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : Erlia Wati  
Nomor Induk Mahasiswa : PO5303202220039  
Dosen Pembimbing : Yustina P. M. Paschalia, S.Kep., Ns., M. Kes  
Dosen Penguji : Anatolia K. Doondori S.Kep.Ns.,M.Kep  
Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan Ende  
Judul Karya Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M. K. E.**

**DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU DI RUANGAN PERAWATAN  
KHUSUS RSUD ENDE**

**Laporan Tugas Akhir** yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **28,71%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 30 Juli 2025

Admin Strike Plagiarism

Murry Jermias Kale SST

NIP. 19850704201012100

## KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)

## LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN PROPOSAL DAN KTI

NAMA : ERLIA WATI

NIM : PO5303202220039

NA MA PEMBIMBING : Yustina P. M. Paschalia S. Kep.,Ns.,M.Kes

NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Jumat, 09/08/2024	BAB I	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Harus memahami dan baca panduan</li> <li>2. Latar belakang harus kerja sesuai panduan (Introduction)</li> <li>3. Literatur lihat di panduan</li> <li>4. Literatur bab 2 harus berkaitan dengan keperawatan</li> <li>5. Diagnosa (sdki, slki, siki)</li> <li>6. Hari senin bab 1 harus di meja ibu, harus ada daftar pustaka</li> <li>7. Waktu konsultasi jumat minggu ke 2</li> <li>8. Harus ada halaman</li> </ol>	

2	Jumat, 16/08/2024	BAB I	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Harus memahami dengan baik panduan</li> <li>2. Latar belakang harus sesuai panduan</li> <li>3. Margin 4,4,3,3</li> <li>4. Judul ukuran 14</li> <li>5. Perhatikan cara penulisan huruf kapital, tanda baca, spasi, dan kebenaran (tidak ada huruf yang hilang atau ditambahkan letak dan tanda koma, dll)</li> <li>6. Gunakan bahasa yang baik dan benar</li> <li>7. Perhatikan penulisan katadepan, keterangan tempat dll</li> <li>8. Semua pustaka yang digunakan harus ada dan dan nampak daftar pustaka</li> <li>9. Tujuan harus ada prolog</li> <li>10. Perhatikan penulisan huruf kapital</li> </ol>	
3	Jumat, 23/08/2024	BAB I	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Spasi 2 untuk semua halaman kecuali abstrak</li> <li>2. Data kabupaten, RSUD Ende, tempat studi kasus</li> <li>3. Dampak</li> <li>4. Koreksi kembali tulisan huruf kapital dll</li> </ol>	

			<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Kenyataan yang ditemukan bagaimana</li> <li>6. Rumusan masalah tambahkan umum ende</li> <li>7. Pastikan cara penulisan daftar pustaka</li> </ol>	
4	Senin, 09/09/2024	BAB I-III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki sesuai koreksi dan arahan</li> <li>2. Lanjut bab iii</li> <li>3. Belajar bab 1 s/d 3</li> <li>4. Lengkapi cover, lembar persetujuan, kata pengantar, lembar konsul</li> <li>5. Judul spasi 1,5</li> <li>6. Tambahkan sumber</li> <li>7. Penggalan suku kata mengikuti aturan</li> <li>8. Tidak perlu dicantumkan dampak yang lebih besar seperti depresi dll</li> <li>9. Ikuti aturan dan koreksi tulisan</li> </ol>	
5	Selasa, 01/10/2024	BAB I-III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki halaman</li> <li>2. Perhatikan kembali huruf-huruf yang kurang</li> <li>3. Diagnosa keperawatan sesuaikan dengan label SDKI</li> <li>4. Sumber dari patway pindahkan dihalaman sebelumnya</li> </ol>	

			<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Koreksi lagi semua daftar pustaka</li> <li>6. Tuliskan semua 11 pola gordon</li> <li>7. Diagnosa harus dicantumkan sumber</li> <li>8. Evaluasi harus mengaplikasikan pada kasus bagaimana kaitan dengan masalah keperawatan yang ada</li> </ol>	
6	Kamis, 28/11/2024	BAB I-III	Acc, konfirmasi dengan penguji untuk seminar proposal.	
7	Jumat, 29/11/2024	BAB I-III	Konsultasi PPT	
8	Rabu, 11/12/2024	BAB I-III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dalam patron penyakit TB urutan ke berapa?</li> <li>2. Dievaluasi gambaran pasien jalan napas meningkat seperti apa?</li> <li>3. Perhatikan kembali huruf yang kurang</li> <li>4. Lembar konsul di ketik</li> </ol>	
9	Kamis, 12/12/2024	BAB I-III	Acc, lanjut studi kasus	
10	Jumat, 24/01/2025	KTI Pengkajian	Lengkapi kembali data-data pasien dan lanjutkan implementasi	
11	Jumat, 14/02/2025	BAB III-IV	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koreksi kembali huruf</li> <li>2. Perbaiki kembali bab 3 sesuai</li> </ol>	

			<p>arahan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Tambahkan lagi dibagian gambaran umum loksi studi kasus, penyakit apa saja yang biasa dirawat di ruangan RPK</li> <li>4. Perbaiki kata-kata di keluhan utama</li> <li>5. Perbaiki kalimat yang kurang baku, bahasa yang baik dan benar</li> <li>6. Koreksi kembali bab 4 sesuai arahan dari pembimbing</li> <li>7. Konsultasi berikutnya bawa sekalian dengan bab 5, dan format pengkajian</li> </ol>	
12	Rabu, 16/05/2025	Bab III- format pengkajian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prosedur studi kasus cerita tentang prosedurnya bukaan waktunya.</li> <li>2. Perhatikan sistem penomoran dari awal</li> <li>3. Status kesehatan masalah dinarasikan menjadi satu</li> <li>4. Perbaiki koreksi lagi sampai intervensi</li> <li>5. Perhatikan penulisan huruf kapital, dll</li> <li>6. Sinkron dari data pengkajian sampai evaluasi</li> </ol>	

13	Selasa, 20/05/2025	BAB III, BAB IV, BAB V Format Pengkajia n, Lembar Pengesaha n, Lembar Persetujua n, Abstrak	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ubah tanggal pada lembar persetujuan dan tambahkan tanggal di lembar pengesahan.</li> <li>2. Perbaiki abstrak bagian spasi, tambahkan kesenjangan, perbaiki tanda koma.</li> <li>3. ACC studi kasus, konfirmasi naik ujian</li> </ol>	
----	-----------------------	--	---	---

Ende, 20 Mei 2025

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom

NIP. 196601141991021001

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE**



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA : ERLIA WATI  
NIM : PO5303202220039  
NAMA PENGUJI : Anatolia K. Doondori S. Kep.,Ns.,M.Kep

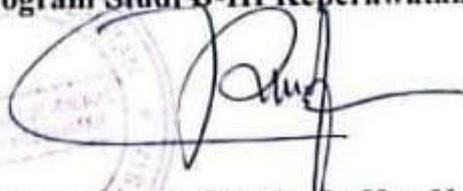
NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PENGUJI	PARAF PENGUJI
1	Rabu, 11/06/2025	BAB IV	1. Perbaiki penulisan di seluruh KTI 2. Lengkapi data yang belum dimasukan 3. Tambahkan data pengkajian ke tabulasi data dan seterusnya 4. perbaiki penulisan pembahasan	
2	Rabu, 18/06/2025	BAB IV (Pembahasan)	1. Cari kembali jurnal untuk melengkapi pembahasan bagian pengkajian dan diagnosa	
3	Senin, 23/06/2025	BAB IV (pembahasan)	1. Perbaiki kembali pembahasan bagian pengkajian dan diagnosa	

4	Kamis, 26/06/2025	BAB IV (pembahasan)	10. Perbaiki pembahasan pengkajian	kembali bagian	
5	Rabu, 2/07/2025	BAB IV (pembahasan)	1. Perbaiki pembahasan pengkajian 2. Acc lanjut ke pembimbing	penulisan bagian	

Ende, 02 Juli 2025

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom  
NIP. 196601141991021001

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

Nama : Erlia Wati  
Tempat/Tanggal Lahir : Ende, 20 Juli 2004  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Alamat : Jl. R. W. Monginsidi

### B. Riwayat Pendidikan

1. SD Impres Bhoanawa I : 2012-2017
2. Madrasah Tsanawiyah Negri 1 Ende : 2017-2019
3. Madrasah Aliyah Negri Ende : 2019-2022
4. Prodi D III Keperawatan Ende Tahun : 2022-2025

MOTTO:

**“KEBERHASILAN BUKANLAH MILIK ORANG PINTAR,  
KEBERHASILAN ADALAH KEPUNYAAN MEREKA YANG  
SENANTIASA BERUSAHA”**

-BJ. HABIBIE-