

INFROMEND CONSET

(persetujuan menjadi partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa : saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : MAYARIANA FALENTINA SEDA dengan judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN TUBERCULOSIS PARU DI RUANG PERAWATAN KHUSUS (RPK) RSUD ENDE

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara suka rela tanpapaksaan dari siapa pun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri tanpa sanksi apapun.

Ende, 18 Juni 2025

Saksi

Yang Memberikan Persetujuan



Nn. L.S



Ny. M.T

Peneliti



MAYARIANA FALENTINA SEDA

NIM : PO5303202210026

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

Kami adalah Mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/ibu /saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny M.T dengan Tuberkulosis Paru di Ruang Perawatan Khusus (RPK) RSUD Ende”

1. Tujuan penelitian untuk mengetahui penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Tuberkulosis Paru yang dapat memberi manfaat berupa pemahaman pasien tentang masalah Tuberkulosis Paru dan cara untuk mengatasinya.
2. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan mulai dari pengkajian , pengumpulan data, perumusan diagnosis penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan, tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk keadaan status kesehatan ibu/bapak/saudara.
3. Keuntungan yang Bapak/ibu/saudari peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
4. Namun dari jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/ibu/saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
5. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor Hp: 081339062352.

Peneliti



MAYARIANA FALENTINA SEDA
NIM: PO 5303202210026



**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: poltekeskupang@yahoo.com

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M.T DENGAN TUBERKUOLIS
PARU DI RUANG PERAWATAN KHUSUS RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

I. Pengkajian dilakukan pada tanggal 18 Juni 2025

1. Identitas

A. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama : Ny. M.T
Umur : 56 Tahun
Agama : Khatolik
Jenis Kelamin : Perempuan
Status : Sudah menikah
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Petani
Suku Bangsa : Indonesia
Alamat : Aekuru Nuabosi
Tanggal Masuk : 17 Juni 2025
Tanggal Pengkajian : 23 September 2024
No. Register : 149272
Diagnosa Medis : Tuberkulosis Paru

b. Identitas penanggung Jawab

Nama : Tn. E.M
Umur : 63 tahun
Hub. Dengan Pasien: Suami
Pekerjaan : Petani
Alamat : Aekuru Nuabosi

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan utama

Klien mengatakan batuk, batuk berdarah, sulit mengeluarkan dahak, sesak napas, demam dan menggigil pada malam hari, selera makan menurun, berat badan menurun, cepat lelah, nyeri dada dan pusing.

2) Riwayat Keluhan Utama

Klien mengatakan batuk, batuk berdarah, sulit mengeluarkan dahak, sesak napas, demam dan menggigil pada malam hari, selera makan menurun, berat badan menurun, cepat lelah, nyeri dada dan pusing selama kurang lebih 4 bulan.

- 3) Alasan Masuk Rumah Sakit dan Perjalanan Penyakit saat ini

Klien mengatakan batuk, batuk berdarah, sulit mengeluarkan dahak, sesak napas, demam dan menggigil pada malam hari, selera makan menurun, berat badan menurun, cepat lelah, nyeri dada dan pusing selama kurang lebih 4 bulan dan belum sembuh dengan obat-obatan medis maupun tradisional. Karena cemas keluarga klien kemudian membawahkan klien Ke IGD RSUD Ende pada hari Selasa 17 Juni 2025. Di IGD klien diperiksa dan di cek BTA karena dicurigai terkena penyakit TBC sesuai dengan keluhan yang di katakan oleh klien dan hasilnya (+), Klien dianjurkan oleh dokter untuk Rawat Inap dan dirawat di Ruang Perawatan Khusus (RPK).
- 4) Upaya yang dilakukan untuk Mengatasinya

Klien mengatakan selama sakit di rumah klien membeli obat-obatan di Apotek dan mengonsumsi obat kampung seperti minum air jahe kemudian jeruk nipis campur kecap.
- b. Status Kesehatan masa lalu
 - 1) Penyakit yang pernah dialami

Klien mengatakan sebelumnya klien pernah mengalami penyakit yang sama tetapi pasien putus obat. Pasien baru mengonsumsi obat OAT 2 bulan karena pasien merasa sudah sembuh. Obat yang diberikan yaitu kombinasi dari 4 macam obat yaitu isoniazid, rifampisin, pirazinamida, dan etambutol.
 - 2) Pernah dirawat

Klien mengatakan pernah dirawat di RSUD Ende dengan penyakit yang sama pada tahun lalu bulan April.
 - 3) Alergi

Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi baik obat, makanan, maupun debu.
 - 4) Kebiasaan (merokok/kopi/alcohol/dll)

Klien mengatakan tidak memiliki kebiasaan minum kopi, begadang, merokok, maupun minum alcohol. Hanya makan sirih pinang. Klien mengatakan yang mempunyai kebiasaan tersebut suami dan anak klien
- c. Riwayat Penyakit keluarga

Klien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami penyakit TBC. Hanya hipertensi dan Asam urat.
- d. Diagnosa medis dan therapy yang didapat sebelumnya

Klien mengatakan diagnosa yang pernah di dapat sebelumnya TBC dan terapi yang didapat sebelumnya OAT dan putus obat sudah kurang lebih 4 bulan
3. Pola kebutuhan dasar (data bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)
 - a. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan bahwa kesehatan sangat penting, tetapi ketika sakit klien lebih menggunakan obat tradisional dan hanya sesekali memeriksa ke puskesmas.

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum sakit klien mengatakan klien makan 3x sehari dengan porsi makan 1 piring dihabiskan, jenis makanan yang dikonsumsi klien adalah nasi, sayur, ubi, dan ikan tetapi sekali-sekali dikarenakan faktor ekonomi klien, klien tidak memiliki pantangan apapun dalam mengonsumsi makanan dan klien biasa minum kurang lebih 8 gelas belimbing setara dengan 2000 cc air. Namun saat sakit klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi makan tidak dihabiskan karena klien tidak memiliki selera untuk makan, jenis makanan yang dikonsumsi klien adalah bubur yang disediakan oleh rumah sakit (nasi, ikan, sayur, telur, bubur) keluhan saat makan mual dan muntah, anoreksia dan malaise dan biasanya klien minum air hangat kurang lebih 6 gelas belimbing setara dengan 1500 cc sehari.

c. Pola Eliminasi

Klien mengatakan sebelum sakit klien biasa BAB kurang lebih 0-2x sehari dengan konsistensi lunak, berwarna coklat, bau khas feces, klien biasa BAK kurang lebih 2-3x sehari, berwarna kuning, aroma khas urin. Saat sakit klien mengatakan BAB 1x tadi sore konsistensi lunak, warna kuning, bau khas feces dan tidak ada keluhan selama BAB, klien BAK 2-4x sehari, berwarna kuning, aroma khas urin dan tidak ada keluhan selama BAK

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Aktivitas

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan dan minum	✓				
Mandi			✓		
Toileting				✓	
Berpakaian			✓		
Berpindah			✓		

Ket:

0: Mandiri, 1: Alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

2) Latihan

▪ Sebelum sakit

Klien mengatakan sebelum sakit ia biasa pergi ke kebun atau berjalan – jalan ke tetangga sekitar

▪ Saat sakit

Saat sakit ia hanya bisa berbaring dan duduk saja karena kondisinya yang lemah dan cepat lelah.

e. Pola kognitif dan persepsi

Pasien masih bisa merespon dengan baik ketika diajak bicara, saat ditanya tentang beberapa hal seperti Tanggal lahirnya pasien masih mengingat dengan baik, penglihatan pasien masih jelas.

- f. Pola persepsi-konsep diri
- Gambaran Diri : Pasien mengatakan menerima kondisinya saat ini
- Harga diri : Pasien mengatakan dirinya berharga bagidirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar
- Ideal diri : Pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama keluarga serta melakukan kembali aktivitas sehari- hari.
- Peran diri : Pasien mengatakan klien berperan sebagai ibu Rumah Tangga.
- Identitas diri : Pasien mengatakan klien adalah seorang wanita berumur 56 tahun dan merupakan seorang istri dan ibu.
- g. Pola tidur dan istirahat
- Sebelum sakit
Pasien mengatakan jarang untuk tidur siang karena harus bekerja ke kebun dan di malam hari pasien tidur kurang lebih 8 jam dari pukul 21.00 - 05.00 WITA.
 - Saat Sakit
Pasien mengatakan sulit tidur, sering terbangun karena batuk , demam dan sesak napas. Pasien tidur kurang lebih 6 jam dari pukul 02.00-08.00 WITA.
- h. Pola peran dan hubungan
- Pasien mengatakan selama dirawat, hubungan pasien dengan petugas kesehatan baik, sebelum sakit pasien merupakan seorang ibu rumah tangga dan sangat aktif untuk bersosialisasi dengan masyarakat sekitar.
- i. Pola Toleransi stress-koping
- Pasien mengatakan untuk mengatasi stress- nya pasien biasa membaca buku doa rohani.
- j. Pola nilai-kepercayaan
- Pasien mengatakan klien beragama katholik, sering pergi ibadah ke gereja dan selalu berdoa.
4. Pemeriksaan Fisik
- a. Keadaan umum: : Lemah, pucat, tanpa sesak napas, meringis
Tingkat kesadaran : Composmentis, GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6).
 - b. Tanda – tanda Vital, Nadi : 131x/m, suhu : 36,6 °C, pernapasan : 28x/m, tekanan Darah : 131/72 mmHg, SPO2 : 95%, CRT > dari 3 detik.
 - c. Berat badan
Berat Badan saat ini : 40,3 Kg
Berat badan sebelum sakit : 54 Kg,
Tinggi Badan : 159 cm,
IMT : 15.94 kg/m²

- d. Keadaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)
- 1) Kepala dan leher
 - Kepala : Kulit kepala tampak bersih, tidak ada edema, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan.
 - Wajah : Wajah pasien tampak pucat, area bawah mata terlihat lingkaran hitam (mata panda),
 - Mata : Konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, reflex cahaya (+), pupil isokor.
 - Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung, terpasang O2 3 Lpm, posisi septum nasal simetris.
 - Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.
 - 2) Dada
 - Paru: Thorax
 - Inspeksi : Dada tampak simetris, frekuensi napas 28x/m, irama napas tidak teratur,
 - Palpasi :Vokal fremitus teraba diseluruh lapang paru, Pengembangan sama di paru kanan dan paru kiri.
 - Perkusi : Terdapat bunyi padat (pekak).
 - Auskultasi : Terdapat bunyi napas ronchi (+) dan mengi (+).
 - 3) Abdomen
 - Inspeksi: Tidak terlihat adanya benjolan.
 - Auskultasi: Peristaltik usus 9x/ m.
 - Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba adanya massa, tidak ada pembesaran hepar dan lien.
 - Perkusi : Terdapat bunyi tympani.
 - 4) Ekstremitas
 - Ekstermitas Atas : Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus Nacl 20 tpm di tangan kiri, CRT> dari 3 detik, Akral teraba dingin.
 - Ekstermitas Bawah : Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, tonus otot : Nilai kekuatan otot 3 (50%)
keterangan : Dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat (gravitasi).
 - 5) Intagumen
 - Inspeksi: Warna kulit sawo matang, pucat, ada bekas luka-luka kecil,
 - Palpasi: Tidak ada nyeri tekan, teraba dingin.

5. Pemeriksaan diagnostik

a) Pemeriksaan darah lengkap

Tabel 4.1 Hasil pemeriksaan Laboratorium

Tanggal pemeriksaan: 17 Juni 2025

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Normal
WBC	9.10	[10 ³ /uL	(3.60-11.00)
LYMPH#	0.82-	[10 ³ /uL]	(1.00-3.70)
MONO#	1.26 +	[10 ³ /uL]	(0.00-0.70)
Eo#	0.04	[10 ³ /uL]	(0.00-0.40)
BASO#	0.03	[10 ³ /uL]	(0.00-0.10)
NEUT#	6.95	[10 ³ /uL]	(1.50-7.00)
LYMPH%	9.0-	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	13.8 +	[%]	(2.0-8.0)
EO%	0.4 -	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.3	[%]	(00-1.0)
NEUT%	76.5 +	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.02	[10 ³ /uL]	(0.00-7.00)
IG%	0.2	[%]	(0.0-72.0)
RBC	2.59 *	[10 ⁶ /uL	(3.80-5.20)
HGB	3.3 -	(g/dL)	(11.7-15.5)
HCT	13.0 *	[%]	(35.0-47.0)
MCV	50.2 *	[fL]	(80.0-100.0)
MCH	12.7 *	[pg]	(26.0-34.0)
MCHC	25.4 *	[g/dL]	(32.0-36.0)
RDW-SD	----	[fL]	(37.0-54.0)
	24.9 *	[%]	(11.5-14.5)
PLT	547 +	[10 ³ /uL]	(150-440)
MPV	9.1 *	[fL]	(9.0-13.0)
PCT	0.52 *	[%]	(0.17-0.35)
PDW	12.5 *	[fL]	(9.0-17.0)
P-LCR	19.3 *	[%]	(13.0-43.0)

b) Pemeriksaan Foto Thorax: kesan TBC

c) Pemeriksaan Sputum

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Sputum Analyte Result

Analyte Name	Ct	EndPt	Analyte Result	Probe CheckResult
SPC	33.6	132	NA	PASS
IS1081 - IS6110	16.8	567	NA	PASS
rpoB1	19.8	481	POS	PASS
rpoB2	19.6	327	POS	PASS
rpoB3	21.1	221	POS	PASS
rpoB4	146	146	POS	PASS
BTA Positif				

d) Penatalaksanaan/ pengobatan

- 1) Ceftriaxon: untuk mengobati infeksi yang disebabkan oleh organisme dosis 2x1 gr sehari
- 2) Omeprazole: mengobati nyeri ulu hati, tukak lambung, penyakit refluks, atau kondisi lain yang menyebabkan asam lambung berlebih dosis 2x40 mg sehari.
- 3) Nebu Lasacom: merupakan obat Asma yang mengandung ipratropium dan salbutamol sulphate dosis 3x1 sehari
- 4) Asitromisin: antibiotik yang sering digunakan untuk mengobati infeksi dosis 1x500 gr sehari peroral
- 5) Nebu Nacl 0,3%: membantu kesehatan pernapasan dengan membantu mengencerkan dan mengeluarkan lendir dari saluran pernapasan dosis 5cc/12 jam.
- 6) OAT: obat anti tuberkulosis untuk membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri TBC. FDC kombinasi dari 4 jenis obat yaitu isoniazid, rifampisin, pirazinamid, ethambutol untuk memudahkan klien dalam mengonsumsi dan meningkatkan kepatuhan pengobatan dosis 1x3 sehari.

c. Tabulasi Data

Klien mengatakan batuk, batuk berdarah, sulit mengeluarkan dahak, sesak napas, demam dan menggigil pada malam hari, selera makan menurun, berat badan menurun, cepat lelah, nyeri dada dan pusing, mual muntah, anoreksia, malaise, mukosa bibir kering, semua aktivitas klien di bantu, pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari dan sering terbangun karena batuk, keadaan Umum : Lemah, pucat, tampak sesak napas, meringis tingkat kesadaran : Composmentis, GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6). Tanda – tanda Vital, Nadi : 131x/m, suhu : 36,6°C, pernapasan : 28x/m, tekanan Darah : 131/72 mmHg, SPO2 : 95%, CRT > dari 3 detik. Berat Badan saat ini : 40,3 Kg, berat badan sebelum sakit : 54 Kg, tinggi Badan : 159 cm, IMT : 15,94 kg/m² (kurus) , Wajah pasien tampak pucat, area bawah mata terlihat lingkaran hitam (mata panda), Konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, terpasang O2 3 Lpm, Dada tampak simetris, frekuensi napas 28x/m, irama napas tidak teratur, dan Vokal fremitus teraba di seluruh lapang paru, Pengembangan sama di paru kanan dan paru kiri, Terdapat bunyi padat (pekak). Auskultasi : Terdapat bunyi napas ronchi (+) dan mengi (+), terpasang infus Nacl 20 TPM di tangan kiri, CRT> dari 3 detik, Akral teraba dingin, WBC: 9.10, HGB: 3.3, HCT: 13.0, PLT: 574 +, MCV 50.2*, MCH 12.7*, MCHC 25.4*, MPV 9.1*, PCT 0.52*, PDW 12.5*, P-LCR 19.3*, BTA (+).

d. Klasifikasi Data

DS: Klien mengatakan batuk, batuk berdarah, sulit mengeluarkan dahak, sesak napas, demam dan menggigil pada malam hari, selera makan menurun, berat badan menurun, cepat lelah, nyeri dada dan pusing, mual muntah, anoreksia, malaise, semua

aktivitas klien di bantu, pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari dan sering terbangun karena batuk, BB sebelum sakit 54 kg

DO: Mukosa bibir kering, keadaan Umum : Lemah, pucat, tampak sesak napas, meringis tingkat kesadaran : Composmentis, GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6). Tanda – tanda Vital, Nadi : 131x/m, suhu : 36,6°C, pernapasan : 28x/m, tekanan Darah : 131/72 mmHg, SPO2 : 95%, CRT > dari 3 detik. Berat Badan saat ini : 40,3 Kg, tinggi Badan : 159 cm, IMT : Wajah pasien tampak pucat, area bawah mata terlihat lingkaran hitam (mata panda), Konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, terpasang O2 3 Lpm, Dada tampak simetris, frekuensi napas 28x/m, irama napas tidak teratur, dan Vokal fremitus teraba di seluruh lapang paru, Pengembangan sama di paru kanan dan paru kiri, Terdapat bunyi padat (pekak). Auskultasi : Terdapat bunyi napas ronchi (+) dan mengi (+), terpasang infus Nacl 20 TPM di tangan kiri, CRT> dari 3 detik, Akral teraba dingin, WBC: 9.10, HGB: 3.3, HCT: 13.0, PLT: 574 +, MCV 50.2*, MCH 12.7*, MCHC 25.4*, MPV 9.1*, PCT 0.52*, PDW 12.5*, P-LCR 19.3*, BTA (+).

e. Analisa Data

Tabel 4.3 Analisa Data

No	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1.	DS: klien mengatakan sulit mengeluarkan dahak, sesak Napas Do: keadaan umum lemah, pasien tampak sesak Napas, Batuk berdahak,penurunan, Terdapat bunyi padat (pekak), bunyi napas Tambahan Ronchi (+) dan mengi(+), irama Napas tidak teratur, terpasang O ² nasal kanul 3 Lpm TTV: TD: 131/72 mmmHg, N: 131x/m, RR: 28x/m, suhu: 36,6 ⁰ C, SpO ² : 95%	Akumulasi Sekret	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif
2.	DS: Selera makan menurun, berat badan sebelum sakit 54 kg, mual muntah, anoreksia, malaise DO: pasien tampak lemah, membran mukosa kering, Berat Badan saat ini :	Peningkatan kebutuhan metabolisme tubuh	Deficit Nutrisi

	40,3, IMT: 15,94 kg/m ²		
3.	<p>DS: klien mengatakan sesak napas</p> <p>DO: keadaan umum lemah, pasien tampak sesak Napas, Batuk berdahak, penurunan gerakan dinding dada, Terdapat bunyi padat (pekak), bunyi napas Tambahan Ronchi (+) dan mengi(+), irama Napas tidak teratur, terpasang O₂ nasal kanul 3 Lpm TTV: TD: 131/72 mmmHg, N: 131x/m, RR: 28x/m, suhu: 36,6 °C, SpO₂: 95%</p>	Perubahan membran alveolus-kapiler	Gangguan pertukaran Gas
4.	<p>DS: Klien mengatakan cepat lelah, sesak napas, lemah</p> <p>DO: Keadaan umum pasien tampak lemah, tampak sesak napas, semua aktivitas pasien di bantu , terpasang infus Nacl 20 Tpm di ekstermitas atas kiri, Tanda-tanda vital: TD: 131/72 mmmHg, N: 131x/m, RR: 28x/m, suhu: 36,6°C, SpO₂: 95%</p>	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktivitas
5.	<p>DS: -</p> <p>DO: Terpasang infus Nacl 20 TPM, di ekstermitas kiri atas, HGB: 3.3 g/dl, hasil pemeriksaan Sputum BTA (+)</p>	BTA (+)	Resiko penularan Infeksi
6.	<p>DS: pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari, batuk, sesak napas</p> <p>Do: Keadaan umum: lemah, pucat, area sekitar mata hitam(mata panda), konjungtiva anemis, batuk terus menerus, mukosa bibir kering</p>	Proses Penyakit	Gangguan pola Tidur

7.	DS: Klien mengatakan pusing dan lemah DO: Pasien tampak lemah, pucat, konjungtiva anemis, akral teraba dingin, CRT > dari 3 detik, HGB: 3.3 g/dl,	Penurunan konsentrasi hemaglobin	Perfusi Perifer Tidak Efektif
f. Prioritas Masalah			
a. Bersihan jalan napas tidak efektif			
b. Perfusi perifer tidak efektif			
c. Gangguan pertukaran gas			
d. Defisit nutrisi			
e. Intoleransi aktivitas			
g. Gangguan pola tidur			
h. Risiko penularan infeksi			
II. Diagnosa keperawatan			
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Akumulasi Sekret ditandai dengan: DS: Klien mengatakan sulit mengeluarkan dahak, sesak Napas Do: Keadaan umum lemah, pasien tampak sesak Napas, Batuk berdahak, terdapat bunyi padat (pekak), bunyi napas Tambahan Ronchi (+) dan mengi(+), irama Napas tidak teratur, terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm TTV: TD: 131/72 mmHg, N: 131x/m, RR: 28x/m, suhu: 36,6oC, SpO2: 95%		
2.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemaglobin ditandai dengan: DS: Klien mengatakan pusing dan lemah DO: Pasien tampak lemah, pucat, konjungtiva anemis, akral teraba dingin, CRT > dari 3 detik, HGB: 3.3 g/dl,		
3.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveoli ditandai dengan : DS: Klien mengatakan sesak napas DO: Keadaan umum lemah, pasien tampak sesak Napas, Batuk berdahak, penurunan gerakan dinding dada, Terdapat bunyi padat (pekak), bunyi napas Tambahan Ronchi (+) dan mengi(+), irama Napas tidak teratur, terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm TTV: TD: 131/72 mmHg, N: 131x/m, RR: 28x/m, suhu: 36,6oC, SpO2: 95		
4.	Defisit Nutrisi berhubungan dengan Peningkatan kebutuhan metabolisme tubuh ditandai dengan: DS: Selera makan menurun, berat badan sebelum sakit 54 kg, mual muntah, anoreksia, malaise DO: Pasien tampak lemah, membran mukosa kering, Berat Badan saat ini : 40,3, IMT: 15,94 kg/m ² (kurus)		
5.	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan: DS: Klien mengatakan cepat lelah, sesak napas, lemah		

DO: Keadaan umum pasien tampak lemah, tampak sesak napas, semua aktivitas pasien di bantu , terpasang infus Nacl 20 Tpm di ekstermitas atas kiri, Tanda-tanda vital: TD: 131/72 mmHg, N: 131x/m, RR: 28x/m, suhu: 36,6°C, SpO2: 95%

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Proses Penyakit ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari, batuk, sesak napas

Do: Keadaan umum: lemah, pucat, area sekitar mata hitam(mata panda), konjungtiva anemis, batuk terus menerus, mukosa bibir kering

7. Risiko penularan infeksi berhubungan dengan BTA (+) ditandai dengan:

DS: -

DO: Terpasang infus Nacl 20 Tpm, di ekstermitas kiri atas, HGB: 3.3 g/dl, hasil pemeriksaan Sputum BTA (+)

III. Intervensi Keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Akumulasi Sekret ditandai dengan:

DS: Klien mengatakan sulit mengeluarkan dahak, sesak Napas

Do: Keadaan umum lemah, pasien tampak sesak Napas, Batuk berdahak, terdapat bunyi padat (pekak), bunyi napas Tambahan Ronchi (+) dan mengi(+), irama Napas tidak teratur, terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm TTV: TD: 131/72 mmHg, N: 131x/m, RR: 28x/m, suhu: 36,6 °C, SpO2: 95%

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah bersihan jalan napas tidak efektif membaik dengan kriteria hasil: Produksi sputum menurun, bunyi napas mengi/wheezing menurun, sesak napas menurun, Respiratori dalam batas normal 16-20x/menit

Intervensi : Latihan Batuk efektif (SIKI)

Observasi

1) Identifikasi kemampuan batuk

Rasional : Ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot bantu pernapasan dan peningkatan kerja pernapasan.

2) Monitor adanya retensi sputum

Rasional: Mengetahui apakah terdapat perubahan warna dan aroma pada sputum.

Terapeutik

3) Atur posisi semi fowler atau fowler

Rasional: Posisi membatu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan.

(4) Buang secret pada tempat sputum

Rasional: Penyebaran virus dapat terjadi jika secret dibuang pada sembarang tempat hingga terhirup oleh orang sehat.

Edukasi

5) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif.

Rasional: Prosedur batuk efektif yang tepat meningkatkan pengeluaran dahak secara maksimal.

Kolaborasi

6) Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu

Rasional: Membantu memaksimalkan proses pengeluaran sputum.

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan:

DS: Klien mengatakan pusing dan lemah

DO: Pasien tampak lemah, pucat, konjungtiva anemis, akral teraba dingin, CRT > dari 3 detik, HGB: 3.3 g/dl,

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: Warna kulit pucat menurun, kelemahan otot menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, tekanan darah sistolik dan diastolik membaik

Intervensi keperawatan

Observasi

1) Monitor tanda- tanda vital,

Rasional : Memantau keadaan umum pasien.

2) Monitor adanya reaksi transfuse darah,

Rasional : Mengetahui adanya ketidakcocokan sehingga timbul reaksi seperti gatal- gatal.

Edukasi

3) Anjurkan pasien untuk mengonsumsi sayuran hijau,

Rasional : Untuk mempercepat proses produksi sel darah merah.

4) Edukasi pasien rencana pemberian transfuse darah,

Rasional : Memberi tahu pasien transfuse darah untuk menambah kadar hemoglobin dalam tubuh.

Kolaborasi

5) Kolaborasi pemberian tranfusi darah,

Rasional : Menambah kadar hemoglobin dalam tubuh.

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveoli ditandai dengan :

DS: Klien mengatakan sesak napas

DO: Keadaan umum lemah, pasien tampak sesak Napas, Batuk berdahak, penurunan gerakan dinding dada, Terdapat bunyi padat (pekak), bunyi napas Tambahan Ronchi (+) dan mengi(+), irama Napas tidak teratur, terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm TTV: TD: 131/72 mmHg, N: 131x/m, RR: 28x/m, suhu: 36,6 oC, SpO2: 95%

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil: Batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, dispnea membaik, frekuensi napas membaik, pola napas membaik, saturasi oksigen membaik

Intervensi pemantauan Respirasi:

Observasi

- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas.
Rasional : Mengetahui frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas menunjukkan adanya bradypnea/takipnea, ronkhi/mengi, dan penggunaan otot bantu pernapasan
 - 2) Monitor pola napas
Rasional : Untuk mengetahui sejauh mana penurunan bunyi napas indikasi atelektasi, ronkhi indikasi akumulasi sekret atau ketidakmampuan membersihkan jalan napas sehingga otot-otot aksesori digunakan dan kerja pernapasan meningkat.
 - 3) Monitor kemampuan batuk efektif
Rasional : Peningkatan batuk efektif dapat meningkatkan proses pengeluaran sekret.
 - 4) Monitor adanya produksi sputum
Rasional : Produksi sputum yang dihasilkan mengetahui seberapa banyak produksi sputum yang dihasilkan klien.
 - 5) Auskultasi bunyi napas
Rasional : Bunyi napas mungkin redup karena penurunan aliran udara atau area konsolidasi, adanya mengi mengindikasikan spasme bronkus/ tertahannya sekret
 - 6) Monitor saturasi oksigen
Rasional : Untuk menunjukkan jumlah oksigen yang terikat dengan protein di dalam sel darah merah
 - 7) Berikan terapi oksigen
Rasional: Menambah kadar oksigen
4. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Peningkatan kebutuhan metabolisme tubuh ditandai dengan:
DS: Selera makan menurun, berat badan sebelum sakit 54 kg, mual muntah, anoreksia, malaise
DO: Pasien tampak lemah, membran mukosa kering, Berat Badan saat ini : 40,3, IMT: 15,94 kg/m² (kurus)

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : Berat badan membaik , Frekuensi makan membaik , Nafsu makan membaik

Intervensi : Manajemen Nutrisi

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi
Rasional: Status nutrisi pasien menunjukkan berapa banyak asupan nutrisi yang dibutuhkan klien.

- 2) Monitor asupan makanan
Rasional : Mengidentifikasi kekurangan dan kebutuhan makanan.

Terapeutik

- 3) Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein

Rasional: Makanan tinggi kalori dan tinggi protein dapat membantu meningkatkan system kekebalan tubuh.

Edukasi

- 4) Anjurkan pasien makan dengan porsi kecil tetapi sering dengan suhu makanan yang hangat

Rasional: Makanan yang hangat dapat meningkatkan nafsu makan

5. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan:

DS: Klien mengatakan cepat lelah, sesak napas, lemah

DO: Keadaan umum pasien tampak lemah, tampak sesak napas, semua aktivitas pasien di bantu , terpasang infus Nacl 20 Tpm di ekstermitas atas kiri, Tanda-tanda vital: TD: 131/72 mmHg, N: 131x/m, RR: 28x/m, suhu: 36,6°C, SpO2: 95%

Tujuan :

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: Saturasi oksigen meningkat, keluhan lelah menurun dispnea saat aktivitas menurun, Dispnea setelah aktivitas menurun

Intervensi Keperawatan : Manajemen Energi

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.
Rasional: Merokok, suhu ekstrim dan stress menyebabkan vasokonstriksi yang meningkatkan beban kerja jantung dan kebutuhan oksigen

- 2) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.
Rasional: Mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait aktivitas yang akan dilakukan.

Edukasi

- 3) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Rasional: Mempertahankan pernafasan lambat, sedang dan latihan yang diawasi memperbaiki kekuatan otot asesori dan fungsi pernafasan.

Kolaborasi

4) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Rasional : Pemberian gizi yang cukup dapat meningkatkan energi klien

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Proses Penyakit ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari, batuk, sesak napas

DO: Keadaan umum: lemah, pucat, area sekitar mata hitam(mata panda), konjungtiva anemis, batuk terus menerus, mukosa bibir kering

Tujuan:

Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: Keluhan sulit tidur menurun, Keluhan sering terjaga menurun, Keluhan tidak puas tidur menurun, Keluhan pola tidur berubah menurun, Keluhan istirahat tidak cukup menurun

Intervensi dukungan tidur

Observasi

1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur

Rasional: Untuk mendata masalah yang dialami pasien

2) Identifikasi faktor tidur (fisik dan atau psikologis)

Rasional: Untuk mengumpulkan data yang mendukung dalam pemenuhan kebutuhan pasien

Terapeutik

3) Modifikasi lingkungan

Rasional: Untuk memberikan rasa nyaman kepada pasien

Edukasi

4) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

Rasional: Agar pasien tahu mengenai pentingnya istirahat yang cukup

7. Risiko penularan infeksi berhubungan dengan BTA (+) ditandai dengan:

DS: -

DO: Terpasang infus NaCl 20 Tpm, di ekstermitas kiri atas, HGB: 3.3 g/dl, hasil pemeriksaan Sputum BTA (+)

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : Kebersihan tangan meningkat, Kultur sputum membaik

Intervensi keperawatan : Pencegahan Infeksi .

Terapeutik

- 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Rasional: Penyebaran infeksi dapat terjadi ketika kontak dengan pasien yang mengalami TBC, cuci tangan dapat mengurangi resiko infeksi.

Edukasi

- 2) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional: Mengetahui tanda dan gejala infeksi merupakan langkah awal untuk mencegah terjadinya infeksi.

- 3) Ajarkan etika batuk

Rasional: Mengetahui cara batuk yang baik dan benar agar mengurangi resiko terjadinya infeksi.

- 4) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan

Rasional: Makanan yang mengandung banyak nutrisi dapat meningkatkan system kekebalan tubuh agar dapat melawan virus yang menyerang.

- 5) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

Rasional : Mencuci tangan dengan benar salah satu cara terbaik untuk mencegah terjadinya infeksi

- 6) Anjurkan keluarga untuk menggunakan APD

Rasional: Mengurangi penyebaran infeksi

IV. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada Ny.M.T dilakukan selama 3 hari pada tanggal 18-20 Juni 2025. Implementasi dilakukan sesuai dengan masing- masing diagnosa keperawatan.

No	DX Keperawatan	Hari / Tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Akumulasi Sekret.	18 Juni 2025	14.00 WITA 14.10 WITA 14.20 WITA 14.25 WITA 14.40 WITA 14.50 WITA	<p>1. Mengukur Tanda-Tanda Vital: TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO2: 95%.</p> <p>2. Mengidentifikasi kemampuan batuk pasien, hasil: pasien mampu batuk, hanya sulit untuk mengeluarkan dahak.</p> <p>3. Memonitor adanya retensi sputum, hasil : Sputum berwarna putih dan bertekstur kental.</p> <p>4. Memberikan terapi Nebu NaCl 0,3% , hasil: Sebelum Nebu menganjurkan Klien untuk minum air hangat, setelah Nebu melakukan fisioterapi dada pada Klien untuk membantu mengencerkan sekret sampai Klien batuk efektif.</p> <p>5. Memposisikan Klien posisi semi fowler.</p> <p>6. Mengajarkan pasien untuk buang sekret pada tempat sputum untuk menghindari penyebaran bakteri.</p>	<p>S: Pasien mengatakan mampu batuk, tetapi sulit untuk mengeluarkan sekret</p> <p>O: Keadaan umum : lemah, pucat, kesadaran : composmentis, tanpak sesak napas, batuk berdahak, suara napas ronchi(+), mengi (+), terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus 20 TPM di ekstermitas kiri atas. TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO2: 95%</p> <p>A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>

			15.00 WITA	7. Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif, hasil: Klien mengerti dan dapat mencontohi apa yang di ajarkan.	
			15.45 WITA	8. Memberikan Klien O2 3 Lpm.	
			15.50 WITA	9. Menganjurkan Klien untuk banyak minum air hangat.	
2	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin		14.00 WITA	1. Mengukur Tanda-Tanda Vital: TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO2: 95%, CRT >3 detik.	S: Pasien mengatakan masih merasa lemah dan pusing O: Keadaan umum : lemah, kesadaran : composmentis, CRT>3 detik, wajah tampak pucat, membran mukosa pucat, konjungtiva anemis, terpasang O2 Nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus NaCl 20 TPM , TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO2: 95% A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan
			14.25 WITA	2. Memberi tahu Klien rencana transfusi darah.	
			14.30 WITA	3. Melayani tranfusi darah pada Ny. M.T.	
			14.35 WITA	4. Memonitor adanya reaksi transfuse darah, Hasil: tidak ada reaksi seperti gatal-gatal atau kemerahan pada saat tranfusi darah.	
			14.55 WITA	5. Menganjurkan pasien untuk banyak mengonsumsi sayuran hijau (bayam).	

3	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveoli-kapiler		14.00 WITA 14.15 WITA 14.20 WITA 14.25 WITA 15.45 WITA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur Tanda-Tanda Vital: TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO2: 95%. 2. memonitor kemampuan batuk efektif, hasil: pasien mampu batuk, hanya sulit untuk mengeluarkan dahak. 3. Memonitor adanya sputum, hasil: Ada produksi sputum, berwarna putih dan bertekstur kental. 4. Mengauskultasi bunyi napas, hasil: ada bunyi napas tambahan yaitu ronchi dan mengi. 5. Memberikan Klien O2 3 Lpm 	<p>S: Klien mengatakan masih sesak napas</p> <p>O: Keadaan umum: Klien tampak sesak napas, batu berdahak, lemah, ronchi (+), mengi (+), terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus 20 TPM di ekstermitas kiri atas, TTV: TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO2: 95%</p> <p>A: Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
4	Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Peningkatan Kebutuhan Metabolisme Tubuh		14.00 WITA 14.15 WITA 15.25 WITA 15.30 WITA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur Tanda-Tanda Vital: TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO2: 95%. 2. Mengidentifikasi status nutrisi Klien, hasil: klien mengatakan di rumah biasa makan nasi, ubi, sayur, ikan sekali-sekali, ketika sakit selera makan klien mulai berkurang. 3. Memonitor asupan makanan Klien. 4. Memonitor berat badan klien, hasil: BB: 40,3 kg. 	<p>S: Klien mengatakan nafsu makan masih menurun makan 2 senduk satu porsi tidak dihabiskan</p> <p>O: Keadaan umum: lemah, pucat, Klien menghabiskan ½ porsi makanan yang diberikan, terpasang oksigen Nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas kiri atas, TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO2: 95%</p> <p>A: Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>

			15.35 WITA	5. Menganjurkan klien untuk makan makanan yang tinggi kalori dan protein dan menganjurkan klien untuk makan dalam porsi kecil tetapi sering.	
			18.00 WITA	6. Mengantarkan Klien makan malam	
			19.00 WITA	7. Melayani injeksi omeprazole 40mg/Iv, Cefriaxon 1 gr/Iv, asitromisin 500 gr PO dan OAT 3 tablet PO.	
5	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.		14.00 WITA	1. Mengukur Tanda-Tanda Vital: TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO2: 95%.	S: Pasien mengatakan masih merasa lemah dan pusing O: Keadaan umum : lemah, kesadaran : composmentis, , aktivitas pasien dibantu kecuali makan dan bangun dari tempat tidur, terpasang O2 Nasal Kanul 3 Lpm, terpasang Infus NaCl 20 TPM di ekstermitas kiri atas, TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO2: 95% A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P: Intervensi di lanjutkan
			15.00 WITA	2. Jam 15.00 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, hasil: Klien mudah lelah dikarenakan kekurangan kadar hemoglobin dalam tubuh.	
			15.05 WITA	3. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, hasil: pasien mengatakan cepat lelah dan sesak napas setelah aktivitas.	

			16.00 WITA	4. Mengajukan melakukan aktivitas secara bertahap seperti duduk di sisi tempat tidur.	
			18.00 WITA	5. Melayani diit makan TKTP pada pasien.	
6	Gangguan pola Tidur berhubungan dengan proses penyakit.		14.00 WITA	1. Jam 14.00 Mengukur Tanda-Tanda Vital: TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO2: 95%.	S: Pasien mengatakan masih sering terbangun di malam hari karena batuk. O: Keadaan umum: lemah, pucat, mata panda konjungtiva anemis, kesadaran: composmentis, terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus Nacl 3 TPM, TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO2: 95% A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan
			14.25 WITA	2. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur.	
			19.00 WITA	3. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, pasien mengatakan sulit tidur dikarenakan batuk dan sesak napas.	
			19.10 WITA	4. Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien dapat beristirahat.	
			19.20 WITA	5. Menjelaskan kepada pasien bahwa waktu tidur yang cukup dapat menambah energi dan mempercepat proses penyembuhan.	

7	Risiko Penularan Infeksi Berhubungan Dengan BTA (+).		14.00 WITA 14.10 WITA 15.00 WITA 15.10 WITA 15.15 WITA 15.20 WITA	1. Mengukur Tanda-Tanda Vital: TD: 114/80 mmHg, N: 118x/m, suhu: 37,5°C, RR: 26x/menit, SpO2: 95%. 2. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi. 3. Mengajarkan etika Batuk. 4. Menganjurkan klien untuk memperbanyak asupan nutrisi dan cairan. 5. Mengajarkan Klien mencuci tangan dengan baik dan benar. 6. Menganjurkan keluarga memakai masker saat berkontak dengan klien dan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien	S: Klien dan keluarga mengatakan memahami dan mengerti apa yang dijelaskan O: Klien dan keluarga tampak memahami dan mengerti apa yang di jelaskan A: Masalah Risiko penularan infeksi sebagian teratasi P: Intervensi dilanjutkan
---	--	--	--	--	---

Hari kedua pada Tanggal 19 Juni 2025

1	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Akumulasi Sekret.	19 Juni 2025	08.00	1. Mengukur TTV pasien TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%, melayani terapi injeksi ceftriaxon 1 gr/Iv, melayani omeprazole 40 mg/IV, melayani Nebu Lasacom 1 ampul.	<p>S: Pasien mengatakan mampu batuk dan mampu mengeluarkan secret sedikit</p> <p>O: Keadaan umum : baik, batuk berdahak, kesadaran : composmentis, Suara napas ronchi(+), mengi (+), Terpasang O2 3 Lpm, terpasang infus NaCl TPM, TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%</p> <p>A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
			08.10	2. Mengidentifikasi kemampuan batuk, pasien mampu batuk dan dapat mengeluarkan sekret sedikit.	
			08.25	3. Memposisikan pasien semi fowler untuk membantu pernapasan pasien lebih baik.	
			08.30	4. Memotivasi dan memantau pasien untuk melakukan teknik batuk efektif.	
			08.40	5. Menganjurkan pasien untuk minum air hangat agar dapat mengencerkan sekret.	
			10.00	6. Memberikan terapi Nebu NaCl 0,3% , hasil: setelah Nebu melakukan fisioterapi dada pada Klien untuk membantu mengencerkan sekret sampai Klien batuk efektif.	
			10.15	7. memotivasi pasien untuk buang sekret pada tempat sputum.	

2.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin		08.00 WITA 09.00 WITA 10.00 WITA 10.30 WITA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur TTV pasien TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98% CRT >3 detik. 2. Menganjurkan Klien untuk banyak mengonsumsi sayuran hijau seperti sayur bayam. 3. Melayani tranfusi darah pada Ny M.T. 4. Memonitor adanya reaksi tranfusi darah seperti gatal-gatal dan kemerahan. 	<p>S: Pasien mengatakan lemah mulai berkurang dan sedikit pusing</p> <p>O: Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, CRT>3 detik, konjungtiva anemis, wajah pucat, Terpasang O2 Nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas, TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%</p> <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
3.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveoli-kapiler		08.00 WITA 08.10 WITA 08.15 WITA 08.20 WITA 08.25 WITA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur TTV pasien TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%. 2. Memonitor batuk efektif, hasil: Pasien mampu batuk dan dapat mengeluarkan sekret sedikit. 3. Memonitor adanya produksi sputum. 4. Mengatur O2 pasien. 5. Mengauskultasi bunyi napas, hasil: ronchi (+), mengi (+). 	<p>S: Pasien mengatakan sesak napas sudah mulai berkurang</p> <p>O: Keadaan umum Klien: baik, kesadaran komposmentis batuk berdahak, sesak napas(-), ronkhi (+), mengi (-), terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm , terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas kiri atas, TTV: TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%</p> <p>A: Masalah gangguan pertukaran gas Sebagian Teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>

4.	Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Peningkatan Kebutuhan Metabolisme Tubuh		08.00 WITA 08.15 WITA 12.00 WITA	<p>1. Mengukur TTV pasien TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%.</p> <p>2. Memonitor asupan makanan, pasien makan makanan yang dibagikan oleh RS (nasi, sayur, ikan) porsi makan dihabiskan.</p> <p>3. Melayani diit makan TKTP, pasien menghabiskan ½ porsi makanan yang diberikan.</p>	<p>S: Pasien mengatakan napsu makan mulai membaik</p> <p>O: Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, Pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan yang diberikan, Terpasang O2 Nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas, TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%</p> <p>A: Masalah defisit Nutrisi sebagian teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
5.	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.		08.00 WITA 08.10 WITA 08.20 WITA 08.40 WITA	<p>1. Mengukur TTV pasien TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%.</p> <p>2. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, pasien mudah lelah dikarenakan kekurangan kadar hemoglobin dalam tubuh.</p> <p>3. Menganjurkan pasien untuk duduk di sisi tempat tidur jika belum kuat berjalan atau berpindah.</p> <p>4. Jam 08.40 Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap seperti duduk di sisi tempat tidur, duduk di kursi, berpindah.</p>	<p>S: Pasien mengatakan masih lemah</p> <p>O: Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, Pasien mampu untuk bangun dari tempat tidur sendiri dan mampu berpindah untuk duduk di kursi, Terpasang O2 Nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas, TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%.</p> <p>A: Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan.</p>

6.	Gangguan pola Tidur berhubungan dengan proses penyakit		08.00 WITA 08.10 WITA 09.00 WITA 09.10 WITA	<p>1. Mengukur TTV Klien TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%.</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, hasil: Klien mengatakan sulit tidur dikarenakan batuk dan sesak napas.</p> <p>3. Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar Klien dapat beristirahat.</p> <p>4. Memotivasi klien waktu tidur yang cukup dapat menambah energi dan mempercepat proses penyembuhan</p>	<p>S: Pasien mengatakan hanya 1 kali bangun di tengah malam karena batuk</p> <p>O: Keadaan umum: baik, Terpasang O2 Nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas , TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%.</p> <p>A: Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
----	--	--	--	---	--

7.	Risiko Penularan Infeksi Berhubungan Dengan BTA (+).		08.00 WITA 10.00 WITA 10.15 WITA 10.20 WITA	<p>1. Mengukur TTV Klien TD: 103/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 87x/m, RR: 25x/m, SPO2: 98%.</p> <p>2. Memotivasi klien ketika batuk menggunakan etika batuk yang sudah di ajarkan.</p> <p>3. menganjurkan klien untuk tetap memperbanyak asupan nutrisi dan cairan.</p> <p>4. Menganjurkan keluarga untuk tetap memakai masker dan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.</p>	<p>S: -</p> <p>O: Klien dan keluarga tanpak memahami dan mematuhi apa yang di jelaskan</p> <p>A: Masalah Risiko Infeksi Teratasi</p> <p>P: Intervensi Dihentikan</p>
----	--	--	--	--	--

Hari ketiga pada tanggal 20 Juni 2025

1.	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Akumulasi Sekret.	20 Juni 2025	08.00 WITA 08. 10 WITA 08.15 WITA	<p>1. Jam 08.00 memonitor TTV: TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C.</p> <p>2. Mengidentifikasi kemampuan batuk, pasien mampu batuk dan dapat mengeluarkan sekret sedikit.</p> <p>3. Memonitor adanya retensi sputum.</p>	<p>S: Klien mengatakan mampu batuk dan mengeluarkan sekret</p> <p>O: Keadaan umum: klien tanpak baik, lemah (-), pucat (-), batuk berdahak (+), ronchi (+), mengi (-), Terpasang O2 Nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C</p> <p>A: Masalah Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif</p>
----	---	--------------	--	--	---

			08.25 WITA	4. Memotivasi pasien untuk tetap menjaga penyebaran infeksi dengan tidak membuang sekret di sembarang tempat dan memposisikan posisi senyaman mungkin untuk mengurangi sesak napas.	Sebagian Teratasi P: Intervensi dihentikan
			10.00 WITA	5. Memberikan terapi Nebu NaCl 0,3%.	
2.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin		08.00 WITA	1. Memonitor TTV: TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C, CRT>3 detik.	S: Klien mengatakan sudah tidak lagi pusing dan lemah mulai berkurang O: Keadaan umum Klien baik, Lemah (-), pucat(-), konjungtiva sedikit anemis, mukosa bibir sedikit pucat, terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C A: Masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi P: Intervensi dihentikan
			10.00 WITA	2. Melayani tranfusi darah pada Ny M.T.	
			12.00 WITA	3. Memonitor adanya reaksi transfusi seperti gatal-gatal atau kemerahan.	
			12.05 WITA	4. Memotivasi pasien untuk tetap memperbanyak makan sayuran hijau seperti bayam.	
3.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran		08.00 WITA	1. Memonitor TTV: TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C.	S: Klien mengatakan sudah tidak sesak napas O: Keadaan umum: klien tampak baik, lemah (-), pucat (-), batuk berdahak (+), ronchi (+), mengi (-), infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu:
			08.10 WITA	2. Memonitor kemampuan batuk efektif, hasil: Pasien mampu batuk dan dapat mengeluarkan sekret	

	alveoli-kapiler		08.15 WITA	sedikit. 3. Memonitor adanya sputum.	36,0°C A: Masalah gangguan pertukaran gas teratasi P: Intervensi dihentikan
			08.20 WITA	4. Mengauskultasi bunyi napas, hasil: Ronkhi (+), mengi (-).	
			09.00 WITA	5. Melepas O2 Klien.	
4.	Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Peningkatan Kebutuhan Metabolisme Tubuh		08.00 WITA	1. Memonitor TTV: TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C.	S: Pasien mengatakan sudah mau makan Banyak 1 porsi dihabiskan O: Keadaan umum: baik, pasien tampak menghabiskan makanan yang diberikan, lemah (-), pucat (-), terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C A: Masalah Defisit Nutrisi sebagian Teratasi P: Intervensi dihentikan
		12.00 WITA	2. Mengantarkan makanan ke Klien.		
		12.15 WITA	3. Memotivasi klien untuk tetap mengonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein.		
		12.20 WITA	4. Menganjurkan klien jika selera makan menurun klien bisa mengonsumsi makanan dalam porsi kecil tetapi sering dan makan makanan yang hangat.		
5.	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan		08.00 WITA	1. memonitor TTV: TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C.	S: Pasien mengatakan sudah tidak lagi lemah cepat lelah mulai berkurang O: Keadaan umum baik, Lemah (-), pucat (-), terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C A: Masalah Intoleransi aktivitas Sebagian
		08.15 WITA	2. Memotivasi pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap.		
		08.30 WITA	3. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan		

	oksigen.			aktivitas.	Teratasi P: Intervensi dihentikan
6.	Gangguan pola Tidur berhubungan dengan proses penyakit		08.00 WITA 08.15 WITA 13.00 WITA 13.05 WITA	1. Memonitor TTV: TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C. 2. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. 3. Memberitahu keluarga untuk menjaga ketenangan agar klien dapat beristirahat. 4. Memberitahu pasien untuk banyak istirahat dan tidur yang cukup untuk membantu proses penyembuhan	S: Pasien mengatakan hanya 1 kali bangun di tengah malam karena batuk O: Keadaan umum baik, Lemah (-), pucat (-), terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C A: Masalah Gangguan Pola Tidur sebagian Teratasi P: Intervensi dihentikan

Catatan perkembangan implementasi hari 3

No	DX Keperawatan	Waktu	Catatan Perkembangan
1.	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Akumulasi Sekret.	14.00	<p>S: Klien mengatakan mampu batuk dan mengeluarkan sekret</p> <p>O: Keadaan umum: klien tampak baik, lemah (-), pucat (-), batuk berdahak (+), ronchi (+), mengi (-), Terpasang O2 Nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C</p> <p>A: Masalah Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif Sebagian Teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <p>S: Klien mengatakan sudah tidak lagi pusing dan lemah mulai berkurang</p> <p>O: Keadaan umum Klien baik, Lemah (-), pucat(-), konjungtiva sedikit anemis, mukosa bibir sedikit pucat, terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C</p> <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
2.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	14.00	<p>S: Klien mengatakan sudah tidak lagi pusing dan lemah mulai berkurang</p> <p>O: Keadaan umum Klien baik, Lemah (-), pucat(-), konjungtiva sedikit anemis, mukosa bibir sedikit pucat, terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C</p> <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
3.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveoli-kapiler	14.00	<p>S: Klien mengatakan sudah tidak sesak napas</p> <p>O: Keadaan umum: klien tampak baik, lemah (-), pucat (-), batuk berdahak (+), ronchi (+), mengi (-), infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C</p> <p>A: Masalah gangguan pertukaran gas teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
	Dengan Peningkatan Kebutuhan Metabolisme Tubuh		<p>pucat (-), terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C</p> <p>A: Masalah Defisit Nutrisi sebagian Teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
5.	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.	14.00	<p>S: Pasien mengatakan sudah tidak lagi lemah cepat lelah mulai berkurang</p> <p>O: Keadaan umum baik, Lemah (-), pucat (-), terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C</p> <p>A: Masalah Intoleransi aktivitas Sebagian Teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
6.	Gangguan pola Tidur berhubungan dengan proses penyakit	14.00	<p>S: Pasien mengatakan hanya 1 kali bangun di tengah malam karena batuk</p> <p>O: Keadaan umum baik, Lemah (-), pucat (-), terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C</p>

	Kebutuhan Metabolisme Tubuh		103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C A: Masalah Defisit Nutrisi sebagian Teratasi P: Intervensi dihentikan
5.	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.	14.00	S: Pasien mengatakan sudah tidak lagi lemah cepat lelah mulai berkurang O: Keadaan umum baik, Lemah (-), pucat (-), terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C A: Masalah Intoleransi aktivitas Sebagian Teratasi P: Intervensi dihentikan
6.	Gangguan pola Tidur berhubungan dengan proses penyakit	14.00	S: Pasien mengatakan hanya 1 kali bangun di tengah malam karena batuk O: Keadaan umum baik, Lemah (-), pucat (-), terpasang infus NaCl 20 TPM di ekstermitas Kiri atas TD: 100/60 mmHg, N: 103/m, RR: 21x/m, SPO2: 97%, Suhu: 36,0°C A: Masalah Gangguan Pola Tidur sebagian Teratasi P: Intervensi dihentikan

Ende, 27 Agustus 2025
Mengetahui
Ketua Program Studi D III Keperawatan

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

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:
Nama : Mayariana Falentina Seda
Nim : P05303202210026
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 izasah sampai kewajiban (tugas) saya tersebut diselesaikan.

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ende, 23 Juli 2025

Hormat saya



Mayariana F. Seda
P05303202210026



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

SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : Mayariana Falentina Seda
 Nomor Induk Mahasiswa : PO5303202210026
 Dosen Pembimbing : Marthina Bedho, S. ST., M. Kes
 Dosen Penguji : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep. Ns., MSc
 Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan Ende
 Judul Karya Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. M.T**

DENGAN TUBERCULOSIS PARU DI RUANG PERAWATAN KHUSUS (RPK) RSUD ENDE

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **25%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 14 Agustus 2025

Admin Strike Plagiarism


 Murry Jermias Kale SST
 NIP. 19850704201012100



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**

Lampiran 6

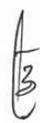


**LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING
KARYA TULIS ILMIAH**

Nama : MAYARIANA FALENTINA SEDA
NIM : PO.5303202210026
Nama Pembimbing : Marthina Bedho S. ST., M. Kes

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Jumad, 15- 09-2023	BAB I dan II	I: 1. Prevelensi 2. Angka kematian 3. Upaya penanganan 4. Penelitian orang lain II: 1. Anatomi: deskripsi 2. BELAJAR ANATOMI DAN FISILOGI PARU & MEKANISME PERNAPASAN 3. Lanjut ke penatalaksanaan dst, BAB III 4. Rabu, 20/09-2023 datang	
2.	Selasa, 22- 11-2023	BAB II	1. Belajar tentang Anatomi fisiologi paru-paru + mekanisme pernapasan 2. Setiap penulisan harus lihat panduan 3. Pathway 4. Perbaiki pengetikan 5. Perbaiki pengkajian di pola napas 6. Perbaiki di konsep dasar Askep	
3.	11/02/2025	I,II,III	1. Fungsi normal (fisiologi) a. Anatomi b. Fisiologi c. Mekanisme pernapasan	

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Dampak penyakit TB (komplikasi) 3. Cari gambar yang jelas 4. Belajar anatomi fisiologi 5. Apa arti konsolidasi dan eksudasi 6. Kekhasan demam pada TB kapan? 7. Batuk-batuk khasnya kapan 8. Rapikan 9. Suara pekak artinya 10. Hafal pencegahan 11. Resiko infeksi b.b pemeriksaan BTA (+) 12. Lihat lagi sudah dan seterusnya 13. Sesuaikan 14. Perubahan alveolus yang bagaimana 15. Konsep masalah keperawatan 16. Konsul lagi bawah koreksian 	
4.	Senin, 17-02-2025	BAB II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mekanisme pertukaran gas atau mekanisme pernapasan 2. Ventilasi dan difusi 3. BTA kepanjangan 4. Kalau penyakit TB rusaknya di organ tubuh 5. Ubah nyeri Akut 6. Inefektif Aktivitas 	
5.	Selasa, 25-02-2025	BAB I	<p>Cari menentukan % Jumlah kasus TB:Jumlah seluruh kasus di kali 100 Cth: $397:800 \times 100 = 49,62\%$</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pathway tambahkan pola tidur 2. Perbaiki pengetikan 3. Perbaiki presentase 4. Belajar siap ujian Proposal 	
6.	24/06/2025	BAB IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rasional pakai buku sumber dari mana tahun berapa 2. Buat pembahasan 	

			3. Rapihan dan sesuaikan 4. Lihat lagi yang kurang	
7.	25/06/2025	Pembahasan	1. Tambahkan pernapasan dalam rentang normal 2. Tambahkan gangguan pertukaran gas 3. Lengkapi dan perbaiki yang kurang 4. Perhatikan titik koma 5. Perbaiki diagnosa keperawatan	
8.	30/06/2025	Abstrak	1. Droplet = sputum, akan tertular ke orang lain 2. Tidak boleh lebih dari 250 kata 3. Perhatikan kembali titik koma 4. Belajar dan siap naik ujian 5. Hubungi penguji	

Ende, 27 Agustus 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**



LEMBAR KONSUL REVISI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : MAYARIANA FALENTINA SEDA
NIM : PO.5303202210026
Nama Penguji : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns.,MSc

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1.	10/03/2025	1.Pasien kena TB dari mana 2.Kebiasaan sampai terkena TB 3.Melakukan penkajian sendiri 4.Perbaiki kembali	f
2.	07/04/2025	ACC	f
3.	03/07/2025	1. Tambahkan di kata pengantar ucapan terimakasih kepada kepala ruangan 2. Lihat lagi kata-kata yang kurang dan titik koma	f
4.	14/07/2025	ACC	f

Ende, 27 Agustus 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 : Mayariana Falentina Seda
Tempat/Tanggal Lahir : Moni, 30 April 2003
Alamat : Detusoko
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katholik
Nama Ayah : Wilfridus Degha
Nama Ibu : Aloysia Ajalima

B. Riwayat Pendidikan

TK Paulus VI Detusoko : 2008-2009
SDK Marsudirini Detusoko : 2009-2015
SMPK Marsudirini Detusoko : 2015-2018
SMKK Muktyaca Ende : 2018-2021
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, Program Studi D-III Keperawatan
Ende: 2021-2024

Amsal 23:18

**“ Karena Masa depan Sungguh ada,
dan harapanmu tidak akan hilang”**