

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFOM CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yosefa N. Woga

Jenis Kelamin : Perempuan

Pekerjaan : IRT

Alamat : Jl. Ahmad Yani

Setelah membaca Lembar Permohonan Menjadi Responden yang diajukan oleh Saudara Stepanus U. Ratu Amah, Mahasiswa semester VI. Program Studi D-III Keperawatan Ende, yang melakukan penelitian dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MENDIS TUBERCULOSIS PARU” dan Kelengkapan Informed Consent di Ruang Perawatan Khusus (RPK) RSUD Ende”, maka dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian tersebut, secara sukarela dan tanpa ada unsur paksaan dari siapapun. Demikian persetujuan ini saya berikan agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Ende, 09 Mei 2025

SAKSI


Agustina Mbaie

RESPONDEN


Yosefa N. Woga

PENELITI

Stepanus U. R. Amah
NIM:PO5303202220031

PENJELASAN SEBELUM MELAKUKAN STUDI KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende, dengan ini saya meminta kesediaan Bapak/ Ibu/ Saudara untuk berpartisipasi dengan suka rela dalam Studi Kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Tuberculosis Paru Di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Tuberculosis Paru Di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende. Studi kasus ini akan berlangsung selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa Asuhan Keperawatan yaitu dimulai dari Pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, penetapan intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan yang akan berlangsung kurang lebih 10-30 menit setiap kali pertemuan. Dengan cara ini mungkin menyebabkan ketidak nyamanan tapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan Bapak/ Ibu/ Saudara/i.
4. Keuntungan yang Bapak/ Ibu/ Saudara/i peroleh dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/ Saudara/i akan menapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut aktif mengikuti perkembangan asuhan keperawatang yang di berikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/ Saudara/i akan sampaikan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/ Ibu/ Saudara/ i membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi sya pada nomor HP: 092145841634.
- 7.

Ende 09 Mei 2025
Penelit



Stepanus U. R. Amah
PO: 5303202220031

LAMPIRAN 3

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. Y. N. W DENGAN
 DIAGNOSA MEDIS TUBERCULOSIS PARU DI RUANGAN
 PERAWATAN KHUSUS (RPK) RSUD ENDE**

Format pengkajian Asuhan Keperawatan
 Pengkajian dilakukan pada tanggal 09 Mei 2025

I. PENGKAJIAN

1) Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : NY. Y. N. W
 Umur : 26-12-1984 (41 Tahun)
 Agama : Katolik
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Status : Menika
 Pendidik : SD
 Suku Bangsa : Ende Lio
 Alamat : Jl. Amad Yani
 Tanggal Masuk : Jumat, 09-05-2025
 Tanggal Pengkajian : Jumat, 09-05-2025
 NO. RM : 12-28-18
 Diagnosa Medis : Tuberculosis Paru

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. F. F. A
 Umur : 42 Tahun
 Hub keluarga : Suami
 Pekerjaan : Petani
 Alamat : Jl. Ahmad Yani

2) Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

- 1) Keluhan Utama
 Pasien mengeluh sesak napas
- 2) Riwayat Keluhan Utama
 Pasien mengeluh sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu, batuk berdahak campur darah sejak dari dua minggu yang lalu, nyeri di dada pada saat batuk, nyeri tertusuk-tusuk, berkeringat pada malam

hari sejak dari tiga bulan lalu, nafsu makan tidak ada, mudah lelah saat melakukan aktivitas dan dibantu sebagian oleh keluarga saat melakukan aktivitas, ada riwayat demam.

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit

Pasien mengatakan sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu, batuk berdahak campur darah sejak dari dua minggu yang lalu, nyeri di dada pada saat batuk, nyeri tertusuk-tusuk, berkeringat pada malam hari sejak dari tiga bulan lalu, nafsu makan tidak ada, mudah lelah saat melakukan aktivitas, akhirnya keluarga membawa pasien ke RSUD Ende tepatnya di UGD pada hari jumat tanggal 09 Mei 2025, pada pukul 13.35 dan dilakukan pemeriksaan laboratorium BTA dan hasilnya positif, akhirnya di pindahkan ke Ruang Perawatan Khusus (RPK) pada hari jumat tanggal 09 Mei 2025 pukul 14. 55 dan dirawat inap.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan sebelum datang ke rumah sakit upaya yang dilakukan untuk mengatasi batuk berdarah yaitu minum air hangat.

b. Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan pernah menderita penyakit Tuberkulosis (TBC) pada tahun 2023. Saat itu, pasien sempat menjalani perawatan inap selama dua minggu di Rumah Sakit Umum Daerah Ende, sebelum melanjutkan terapi pengobatan TBC secara rawat jalan. Sesuai dengan standar pengobatan TBC, pasien awalnya menjalani pengobatan selama enam bulan, namun kemudian terapi diperpanjang selama tiga bulan tambahan karena kondisi yang belum sepenuhnya membaik. namun, pasien mengakui bahwa konsumsi obat tidak dijalankan secara tuntas dan teratur hingga akhir masa pengobatan. Pernah Dirawat

Pasien mengatakan pernah dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Ende di diagnosa Tahun 2023 selama dua minggu dengan penyakit TBC.

2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan pernah dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Ende di diagnosa Tahun 2023 selama dua minggu dengan penyakit TBC.

3) Alergi

Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi obat-obatan maupun alergi makanan dan minuman.

4) Kebiasaan (Merokok, Kopi, Alkohol)

Pasien mengatakan tidak ada riwayat merokok, minum kopi dan riwayat mengkonsumsi alkohol.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan bahwa dalam keluarganya terdapat riwayat penyakit lambung, yang dialami oleh beberapa anggota keluarga

terdekat. Selain itu, pasien juga menyebutkan bahwa ayah kandungnya pernah menderita Tuberkulosis (TBC).

d. Diagnosa medis dan therapy yang didapat sebelumnya

Berdasarkan keterangan dari pasien, Ny. Y. N. W. menyatakan bahwa dirinya pernah mendapatkan diagnosis medis Tuberkulosis (TBC) pada tahun 2023. Saat itu, pasien awalnya menjalani pengobatan selama enam bulan, namun kemudian terapi diperpanjang selama tiga bulan tambahan karena kondisi yang belum sepenuhnya membaik. Namun, pasien mengakui bahwa konsumsi obat tidak dijalankan secara tuntas dan teratur hingga akhir masa pengobatan.

3) Pola kebutuhan dasar (Bio-Psiko-Sosial-Kultural-Spirituan)

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pasien mengatakan, kesehatan sangat penting. Ia menyampaikan bahwa baginya, kesehatan adalah hal yang sangat berharga, dan menjadi bagian utama dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Oleh karena itu, setiap kali mengalami keluhan atau gangguan kesehatan, pasien selalu berinisiatif untuk datang ke fasilitas kesehatan guna mendapatkan pemeriksaan dan pengobatan yang tepat.

b. Pola Nutrisi-Metabolik

1) Sebelum Sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit, memiliki pola makan yang teratur. Ia makan tiga kali sehari dengan porsi satu piring penuh yang selalu dihabiskan, tanpa adanya keluhan atau gangguan pencernaan. Nafsu makan pada saat itu berada dalam kondisi normal, dan asupan gizi tercukupi sesuai dengan kebutuhan hariannya.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan saat sakit dan menjalani perawatan di rumah sakit, pola makan pasien mengalami perubahan. Pasien makan dalam porsi kecil tapi sering sering, baik makanan yang disediakan oleh rumah sakit maupun dari makanan yang dibawa oleh keluarga yang menjenguk. Meski demikian, pasien sering tidak menghabiskan makanannya dan pasien mengatakan nafsu makan tidak ada.

b. Pola Eliminasi

1) BAB

➤ **Sebelum Sakit**

Sebelum sakit, pasien mengatakan bahwa buang air besar (BAB) berlangsung lancar, dengan frekuensi sekitar 1 hingga 2 kali per hari, yang umumnya dipengaruhi oleh pola makan harian. Dalam kondisi tersebut, pasien tidak mengalami keluhan seperti nyeri, kesulitan, atau perubahan konsistensi feses.

➤ **Saat sakit**

Pasien mengatakan sejak dirawat di rumah sakit baru dua kali BAB, dengan konsistensi sedikit cair dan berwarna kuning.

2) BAK

➤ Sebelum Sakit

Pasien mengatakan BAK sebelum sakit lancar biasanya dalam sehari 1-3 kal dan tidak ada gangguan saat Bak.

➤ Saat Sakit

Pasien mengatakan saat sakit BAK satu kali sehari.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan & Minum	✓				
Mandi			✓		
Toileting			✓		
Berpakaian			✓		
Berpindah			✓		

1) Aktivitas

Ket: Di bantu oleh orang lain

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

2) Latihan

➤ Sebelum Sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit, ia melakukan pekerjaan sehari-hari sebagai Ibu rumah tangga yaitu mencuci pakaian, masak, sapu halaman, dan bahkan bekerja di sebuah usaha laundry.

➤ Saat sakit

Pasien mengatakan saat ini, hanya mampu berbaring di tempat tidur sepanjang hari karena merasa tubuhnya lemas dan tidak bertenaga.

e. Pola Kognitif dan Persepsi

Selama masa perawatan, Ny. Y. N. W. menunjukkan kemampuan kognitif yang masih baik. Ia mampu merespons dengan tepat saat diajak berkomunikasi, menunjukkan bahwa kesadaran dan fungsi berpikirnya dalam batas normal. Ketika ditanya mengenai informasi pribadi, pasien dapat menyebutkan namanya dengan benar serta mengingat tanggal lahirnya, yaitu 26 Desember 1984, dengan jelas dan tanpa ragu. Dari segi fungsi sensorik, pasien melaporkan bahwa penglihatannya masih jelas dan tidak mengalami gangguan visual. Begitu pula dengan pendengaran, pasien mampu menangkap percakapan dengan baik dan merespons suara secara adekuat. Hal ini menunjukkan bahwa fungsi sensorik pasien, baik visual maupun auditori, masih dalam kondisi normal, mendukung interaksi dan komunikasi efektif selama proses perawatan berlangsung.

f. Pola persepsi dan konsep diri

Pasien mengatakan ia seorang perempuan bernama Y. N. W, umur 41 Tahun dan kerja di laundry sejak dari tahun 2023. Pasien adalah seorang istri bagi suaminya dan seorang ibu dari ke dua anaknya. Pasien mengatakan bersyukur dengan postur tubuhnya yang pas-pasan karena merupakan pemberian dari Tuhan. Pasien mengatakan jika ia sudah sembuh ingin bekerja lagi di laundry dan membantu suami yang mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga. Saat ini pasien mengatakan bahwa ia mengetahui dirinya dan juga sebagai seorang pasien diruangan Perawatan Khusus (RPK).

f. Pola Tidur dan Istrahat

1) Sebelum Sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit biasanya tidur dari jam 21. 00 malam sampai pada pukul 05 pagi.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan sejak mengalami sakit, tidur tidak nyenyak dan tidak merasa puas, serta sering terbangun di malam hari karena batuk yang mengganggu.

h. Pola Peran dan Hubungan

Pasien mengatakan berperan sebagai Ibu rumah tangga, selama dirawat di rumah Sakit berhubungan baik dengan petugas kesehatan maupun keluarga dan pasien yang ada di ruangan RPK, sebelum sakit biasanya melakukan pekerjaan sebagai Ibu rumah tangga seperti memasak, cuci pakaian, membersihkan rumah dan bekerja di londri untuk mencari uang dan membantu suami yang mencari nafkah untuk istri dan anak demi memenuhi kebutuhan sehari-hari dan sangat aktif untuk bersosialisasi dengan masyarakat sekitar.

i. Pola Toleransi- Stress Koping

Klien mengatakan saat ada masalah dalam keluarga selalu menyelesaikan secara baik-baik dengan suami, saat ini klien mengatakan bahwa ia tidak kuatir tentang penyakitnya dan merasa yakin bahwa ia akan sembuh.

j. Pola Nilai- Kepercayaan

Pasien mengatakan ia beragama katholik, sering pergi ibadah ke gereja dan selalu berdoa.

3) Pemeriksaan fisik

a. Keadaan Umum: baik, kesadaran composmentis

GCS: 15 V6 M5 E4. Tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, RR: 23x/m, Suhu: 36,3⁰ C, SPO₂: 96%, tanpa O₂: 93%.

b. Tinggi Badan : 145 cm

Berat Badan : sebelum sakit : 55 kg, saat sakit : 44 kg

$$IMT = \frac{\text{Tinggi Bada}^2 \text{ (m}^2\text{)}}{\text{Berat Badan (kg)}}$$

Berat Badan (kg)

$$IMT = \frac{44}{(1,45)^2} = \frac{44}{2,1025} = 20,93$$

BBI : (TB (cm) – 100) 15 % dari (TB -100)

BBI: (145-100) – (0,15x4) - 6,75 = 38,25 kg

c. Keadaan Fisik (IPPA)

1) Kepala

Inspeksi : Bentuk kepala simetris, rambut berminyak, kulit kepala bersih, tidak ada benjolan di kepala.

2) Wajah

Inspeksi : Kunjungtiva pucat, napas cuping hidung, mukosa bibir pucat dan kering, mulut tampak kotor, terpasang O₂ nasal kanul 3 L/menit.

3) Dada

Inspeksi : Adanya retraksi dinding dada

Palpasi : fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di punggung sebelah kiri

Perkusi : Saat di perkusi terdengar suara pekak pada dada sebelah kiri

Auskultasi : saat di auskultasi terdengar suara napas ronchi

4) Integumen

Inspeksi: Akral teraba hangat, pucat, turgor kulit menurun.

5) Ekstermitas

Inspeksi: Terpasang stoper Infus Nacl 0,9% 8 tpm pada ekstermitas sebelah kiri, sejak dari UGD pada hari jumat 09 Mei 2025.

4) Pemeriksaan Penunjang

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

WBC: $8.37 \times 10^3 \mu\text{L}$ (nilai rujukan $3.60-11.00 \times 10^3 \mu\text{L}$), NET%: 52.8 $\times 10^3 \mu\text{L}$ (nilai rujukan $50.0- 70.0 \times 10^3 \mu\text{L}$), HB: 9.0 g/dl (nilai rujukan 11.7- 15.5 g/dl), PLT: 408 u/l (nilai rujukan 150-440 u/l), SGOT: 55.5 u/l (nilai rujukan 0-35 u/l), SGPT: 45.8 u/l (nilai rukan 4-36 u/l).

b. Pemeriksaan Lainnya

1. Foto Rontgen

a) Foto Thoraks

Jantung dalam keadaan batas normal. Terdapat peradangan ke dua paru bagian atas yang di curigai sebagai tuberculosis yang masih aktif dan tidak ada kelainan pada tulang dada.

b) Pemeriksaan X-Ray Thorax Ap

Terdapat opasitas homogen di hemithorax sinistra yang menumpulkan sudut costophrenicus sinistra, tampak opasitas di lobus superior polmo sinistra disertai pemeriksaan trakhea ke arah sinistra, tampak infiltrat di apex dan paricardial pulmo dextra, sinus costophrenicus dextra lancip, kedua difragma licin dan tidak mendatar, cor sulit di evaluasi karena tertutup apasitas,

sistema tulang yang terbiasulasasi intak, efusi pleura sinistra, atelektasis, lobus superior pulmo sinistra, pneumonia dextra.

c) Pemeriksaan MTB/ RIF.

Pada pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak yang di temukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis Paru*.

d) Penatalaksanaan/ Pengobatan

Paracetamol 3 x 1 gr/ IV. Jam pemberian: 08.00, 14.00, 20.00, berfungsi mengurangi demam dan nyeri, kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap paracetamol, penyakit hati parah. Ceftriaxone 2 x 1 gr/ IV - Jam pemberian: 08.00, 20.00 obat antibiotik berfungsi untuk mengobati infeksi bakteri. kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap ceftriaxone atau antibiotik sejenis, neonatus dengan hiperbilirubinemia. Levofloxacin 1 x 500 mg/IV Jam pemberian: 08.00 berfungsi untuk mengobati infeksi bakteri, kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap levofloxacin atau antibiotik sejenis, anak-anak, ibu hamil, dan ibu menyusui. Ondansetron 3 x 4 mg/IV Jam pemberian: 08.00, 14.00, 20.00 berfungsi untuk mencegah mual dan muntah, kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap ondansetron. Methylpredisolon 3 x4 mg/IV Jam pemberian: 08.00, 14.00, 20.00 Kortikosteroid berfungsi untuk mengurangi peradangan dan reaksi alergi, kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap methylprednisolon, infeksi sistemik tanpa pengobatan. Asam Tranaxamat 3 x 500 mg/IV Jam 08.00, 14.00, 20.00 berfungsi menghambat fibrinolisis untuk mengurangi perdarahan, kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap asam tranexamat, trombosis. Vitamin B6 1 x1 tab, Suplemen vitamin untuk menjaga kesehatan saraf dan metabolisme. kontraindikasi: Jarang memiliki kontraindikasi, namun perlu berhati-hati pada pasien dengan kondisi tertentu. Nebilizer ventolin 3 x 1/ inhalasi Jam pemberian: 08.00, 14.00, 20.00 Bronkodilator untuk mengobati asma dan COPD, kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap salbutamol. Salbutamol 3 x2 mg Jam pemberian: 08.00, 14.00, 20.00 Bronkodilator untuk mengobati asma dan COPD, kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap salbutamol. CTM 2 x 4 mg Jam pemberian: 08.00, 20.00 Antihistamin untuk mengobati alergi, kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap chlorpheniramine. OAT 1 x 3 Tablet - Jam pemberian: 08.00 Obat Anti Tuberkulosis untuk mengobati TB, kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap obat TB, kondisi hati parah.

6) Tabulasi data

Pasien mengeluh sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu, batuk berdahak bercampur darah sejak dari dua minggu yang lalu, nyeri di dada pada saat batuk, nyeri tertusuk-tusuk, berkeringat pada malam hari sejak dari tiga bulan lalu, nafsu makan tidak ada, makan sedikit tapi sering, mengalami penurunan berat badan, mudah lelah saat melakukan aktivitas

dan di bantu sebagian oleh keluarga saat melakukan aktivitas, adanya riwayat demam, sering terbangun pada malam hari karena batuk, tidur tidak mera puas, adanya sputum, warna sputum kuning beraroma bau amis, adanya suara ronchi, napas cuping hidung, adanya retraksi dinding dada, tampak gelisah, adanya otot bantu pernapasan, pasien nampak kurus, kunjungtiva pucat, kulit pucat, mukosa bibir pucat dan kering, pada pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak yang di temukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis Paru*, fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di pungung sebelah kiri, terdapat peradangan ke dua paru bagian atas yang di curigai sebagai tuberculosis yang masih aktif dan tidak ada kelainan pada tulang dada, efusi pleura sinistra, atelektasis, lobus superior pulmo sinistra, pneumonia dextra, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, BB : 44 kg, TB: 145 cm, IMT: 20, BBI: 40,5 kg, WBC: $8.37 \times 10^3 \mu\text{L}$ (nilai rujukan $3.60-11.00 \times 10^3 \mu\text{L}$), NET%: $52.8 \times 10^3 \mu\text{L}$ (nilai rujukan $50.0- 70.0 \times 10^3 \mu\text{L}$), HB: 9.0 g/dl (nilai rujukan 11.7- 15.5 g/dl), PLT: 408 u/l (nilai rujukan 150-440 u/l), SGOT: 55.5 u/l (nilai rujukan 0-35 u/l), SGPT: 45.8 u/l (nilai rukan 4-36 u/l), GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

7) **Klasifikasi data**

DS: Pasien mengeluh sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, batuk berdahak bercampur darah sejak dari dua minggu yang lalu, nyeri di dada pada saat batuk, nyeri tertusuk-tusuk, skala nyeri 3, berkeringat pada malam hari sejak dari tiga bulan lalu, nafsu makan tidak ada, makan sedikit tapi sering, mengalami penurunan berat badan, mudah lelah saat melakukan aktivitas dan di bantu sebagian oleh keluarga saat melakukan aktivitas ke kamar mandi dan berpindah dari tempat tidur ke kursi ataupun sebaliknya, adanya riwayat demam, sering terbangun pada malam hari karena batuk, tidur tidak mera puas, adanya riwayat demam.

DO:Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien nampak sesak napas, adanya sputum, warnah sputum kuning beraroma bau amis, adanya suara ronchi, napas cuping hidung, adanya retraksi dinding dada, gelisah, adanya otot bantu pernapasan, pasien nampak kurus, kunjungtiva pucat, mukosa bibir pucat dan kering, fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di pungung sebelah kiri, pada pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak yang di temukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis Paru*, terdapat peradangan ke dua paru bagian atas yang di curigai sebagai tuberculosis yang masih aktif dan tidak ada kelainan pada tulang dada, efusi pleura sinistra, atelektasis, lobus superior pulmo sinistra, pneumonia dextra, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, BB : 44 kg, TB: 145 cm, IMT: 20, BBI: 40,5 kg, WBC: $8.37 \times 10^3 \mu\text{L}$ (nilai rujukan $3.60-11.00 \times 10^3 \mu\text{L}$), NET%: $52.8 \times 10^3 \mu\text{L}$ (nilai rujukan $50.0- 70.0 \times 10^3 \mu\text{L}$), HB: 9.0 g/dl (nilai rujukan 11.7- 15.5 g/dl), PLT: 408 u/l (nilai rujukan 150-440 u/l), SGOT: 55.5

u/l (nilai rujukan 0-35 u/l), SGPT: 45.8 u/l (nilai rukan 4-36 u/l), GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

8) Analisa data

Tabel 4. 1 Analisa Data

Sgn/symptom	Etiologi	Masalah
<p>DS: Pasien mengeluh sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, batuk berdahak campur darah.</p> <p>DO: Adanya suara napas rochi, nampak batuk berdahak campur darah, adanya sputum, warnah sputum kuning beraroma bau amis, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.</p>	Hipersekresi jalan napas	ersihan jalan napas tidak efektif
<p>DS: Pasien mengenlulh sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit.</p> <p>DO: Pasien nampak sesak napas, napas cupung hidung, adanya otot bantu pernapasan, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.</p>	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
<p>DS: Mudah lelah saat melakukan aktivitas dan dibantu sebagian oleh keluarga saat melakukan aktivitas ke makar mandi dan berpindah dari tempat tidur ke kursi ataupun sebaliknya, berkeringat pada malam hari sejak 3 bulan yang lalu.</p> <p>DO: Pasien nampak dibantu saat melakukan aktivitas seperti kekamar mandi dan berpindah tempat, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, PLT: 408 u/l (nilai rujukan 150-440 u/l), SGOT: 55.5 u/l (nilai rujukan 0-35 u/l), SGPT: 45.8 u/l (nilai rukan 4-36 u/l), HB: 9.0 g/dl (nilai rujukan 11.7- 15.5 g/dl), GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.</p>	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas
<p>DO: Pasien mengatakan nafsu makan tidak ada, makan sedikit tapi sering, satu piring nasi tidak dihabiskan, pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan.</p> <p>DO: Pasien tampak kurus, keadaan mulut kotor, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, BB : 44 kg, TB: 145 cm, IMT: 20, BBI: 40,5 kg, GCS: 15 V6 M5 E4,</p>	Faktor psikologis (Stres, keenganan untuk makan)	efisit Nutrisi

TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO ₂ : 96%.		
DS: Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena batuk, tidur tidak merasa puas. DO: Kunjungtiva pucat, mukosa bibir pucat dan kering, turgor kulit menurun, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang O ₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO ₂ : 96%.	Hambatan Lingkungan	angguan pola tidur
Faktor resiko: Keluarga tampak tidak memaiki masker saat berada di ruangan perawatan khusus (PK), fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di pungung sebelah kiri, Pada pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak yang di temukan bakteri <i>Mycobacterium Tuberculosis Paru</i> , fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di pungung sebelah kiri, terdapat peradangan ke dua paru bagian atas yang di curigai sebagai tuberculosis yang masih aktif dan tidak ada kelainan pada tulang dada, efusi pleura sinistra, atelektasis, lobus superior pulmo sinistra, pneumonia dextra, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang O ₂ nasal kanul 3 lpm, SGPT: 45.8 u/l (nilai rukan 4-36 u/l), HB: 9.0 g/dl (nilai rujukan 11.7- 15.5 g/dl).	Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan	Resiko penyebaran infeksi
DS: Pasien mengatakan nyeri di dada saat batuk P: Nyeri saat batuk Q: Nyeri menetap R: Nyeri di dada sebelah kiri S: Skala nyeri 3 (nyeri ringan) T: Nyeri dirasakan selama 1-2 menit DO: Pasien tampak gelisah, tampak meringis saat batuk, tampak menunjukkan area yang nyeri di dada sebelah kiri.	gen pencedera fisik	yeri Akut

2. DIAGNOSA KEPERAWATAN

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hiperekresi jalan napas ditandai dengan:
 - DS: Pasien mengeluh sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, batuk berdahak campur darah.
 - DO: Adanya suara napas ronchi, nampak batuk berdahak campur darah, adanya sputum, warnah sputum kuning beraroma bau amis, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15 V6 M5

E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

- 2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas di tandai dengan:
 - DS: Pasien mengeluh sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit.
 - DO: Pasien nampak sesak napas, napas cuping hidung, adanya otot bantu pernapasan, terpasang infus NaCl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.
- 3) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di tandai dengan:
 - DS: Pasien mengatakan nyeri di dada saat batuk
 - P: Nyeri saat batuk
 - Q: Nyeri menetap
 - R: Nyeri di dada sebelah kanan
 - S: Skala nyeri 3 (ringan)
 - T: Nyeri dirasakan selama 1-2 menit
 - DO: Pasien tampak gelisah, tampak meringis saat batuk, tampak menunjukkan area yang nyeri di dada sebelah kiri
- 4) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan:
 - DS: Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena batuk, tidur tidak merasa puas.
 - DO: Konjungtiva pucat, mukosa bibir pucat dan kering, turgor kulit menurun, terpasang infus NaCl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.
- 5) Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (Stres, keenganan untuk makan ditandai dengan)
 - DO: Pasien mengatakan nafsu makan tidak ada, nafsu makan tidak ada, makan sedikit tapi sering, makan satu piring nasi tidak dihabiskan, pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan.
 - DO: Pasien tampak kurus, keadaan mulut kotor, terpasang infus NaCl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, BB : 44 kg, TB: 145 cm, IMT: 20, BBI: 40,5 kg, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.
- 6) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:
 - DS: Mudah lelah saat melakukan aktivitas dan di bantu sebagian oleh keluarga saat melakukan aktivitas ke kamar mandi dan berpindah dari tempat tidur ke kursi ataupun sebaliknya, berkeringat pada malam hari sejak tiga bulan yang lalu.
 - DO: pasien nampak dibantu saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi dan berpindah tempat, terpasang infus NaCl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, PLT: 408 u/l (nilai rujukan 150-440 u/l), SGOT: 55.5

u/l (nilai rujukan 0-35 u/l), SGPT: 45.8 u/l (nilai rukan 4-36 u/l), GCS: 15 V6 M5 E4.

- 7) Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan ditandai dengan:

Faktor resiko: Keluarga tampak tidak memaiki masker saat berada di ruangan perawatan khusus (PK), fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di pungung sebelah kiri, Pada pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak yang di temukan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis Paru*, fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di pungung sebelah kiri, terdapat peradangan ke dua paru bagian atas yang di curigai sebagai tuberculosis yang masih aktif dan tidak ada kelainan pada tulang dada, efusi pleura sinistra, atelektasis, lobus superior pulmo sinistra, pneumonia dextra, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, PLT: 408 u/l (nilai rujukan 150-440 u/l), SGOT: 55.5 u/l (nilai rujukan 0-35 u/l), SGPT: 45.8 u/l (nilai rukan 4-36 u/l).

3. INTERVENSI KEPERAWATAN

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

DS: Pasien mengeluh sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, batuk berdahak campur darah.

DO: Adanya suara napas ronchi, nampak batuk berdahak campur darah, adanya sputum, warnah sputum kuning beraroma bau amis, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂:96%.

Tujuan & Kreteria hasil:

Setelah dilakukan tindakan Asuhan Keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan masalah bersihan jalan napas dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Batuk efektif meningkat
- 2) Produksi sputum menurun
- 3) Dispnea membaik
- 4) Frekuensi napas membaik

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.

Edukasi

- 3) Berikan minum hangat
Rasional : Minum hangat dapat mengencerkan dahak (secret)

- 4) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari
Rasional: Agar kebutuhan cairan dapat terpenuhi dan bisa mengencerkan dahak
- 5) Ajarkan teknik batuk efektif
Rasional : Dapat mengeluarkan secret dari saluran pernapasan dan meningkatkan ekspansi paru.
- 6) Lakukan fisioterapi dada (bila tidak ada kontraindikasi)
Rasional: Membantu membersihkan secret dari bronkus dan mencegah penumpukan secret serta memperbaiki pergerakan dan aliran secret .

Kolaborasi

- 7) Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran
Rasional : Membantu memaksimalkan proses pengeluaran sputum.
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas di tandai dengan:
- DS: Pasien mengatakan sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit.
- DO: Pasien nampak sesak napas, napas cuping hidung, adanya otot bantu pernapasan, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3^oc, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

Tujuan & Kreteria hasil

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan masalah nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Dispnea menurun
- 2) Penggunaan otot bantu napas menurun
- 3) Pernapasan cuping hidung menurun
- 4) Frekuensi napas membaik
- 5) Kedalaman napas membaik

Intevensi keperawatan: Manajemen jalan napas (SIKI)

Observasi

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, dan usaha napas)
Rasional: Frekuensi, irama, kedalaman, dan Upaya napas dapat menunjukkan pola napas yang tidak efektif.
- 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis : ronkhi, mengi)
Rasional : Penurunan bunyi napas dapat menunjukkan atelectasis ronkhi, mengi menunjukkan akumulasi secret/ ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot bantu pernapasan dan peningkatan kerja pernapasan.

Terapeutik

- 3) Posisikan semi fowler atau fowler
Rasional: Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan.

4) Berikan oksigen

Rasional: Alat dalam memperbaiki hipoksemia yang dapat terjadi sekunder terhadap penurunan ventilasi/menurunnya permukaan alveolar paru.

Kolaborasi

5) Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu

Rasional: Bronkodilator meningkatkan ukuran lumen percabangan trakeobronkial, sehingga menurunkan tahanan terhadap aliran udara.

c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di tandai dengan:

DS: Pasien mengatakan nyeri di dada saat batuk

P: Nyeri saat batuk

Q: Nyeri menetap

R: Nyeri di dada sebelah kiri

S: Skala nyeri 3 (ringan)

T: Nyeri dirasakan selama 1-2 menit

DO: Pasien tampak gelisah, tampak meringis saat batuk, tampak menunjukkan area yang nyeri di dada sebelah kiri.

Tujuan & Kreteria hasil

Setelah dilakukan tindakan Asuhan Keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan masalah nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Kesukitan tidur menurun

Intervensi: Manajemen Nyeri (SIKI)**Observasi**

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri.
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingankan nyeri

Terapeutik

- 4) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 5) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Mis, suhu ruangan, pencahayaan)

Edukasi

- 6) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 7) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 8) Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- 9) Kolaborasi pemberia analgetik

d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena batuk, tidur tidak merasa puas.

DO: Kunjunctiva pucat, mukosa bibir pucat dan kering, turgor kulit menurun, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul

3 lpm. GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

Tujuan & kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam di masalah gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Kesulitan tidur menurun
- 2) Keluhan tidak puas tidur menurun
- 3) Keluhan pola tidur berubah menurun
- 4) Keluhan istirahat tidak cukup menurun

Intervensi keperawatan: Dukungan Tidur (SIKI)

Observasi

- 1) Identifikasi pola aktivitas
- 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur

Terapeutik

- 3) Modifikasi faktor pengganggu tidur (Mis, pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
- 4) Fasilitasi menghilangkan stres

Edukasi

- 5) Jelaskan tidur yang cukup selama sakit
 - 6) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
 - 7) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (Stres, keangasan untuk makan ditandai dengan):

DO: Pasien mengatakan nafsu makan tidak ada, nafsu makan tidak ada, makan sedikit tapi sering, satu piring nasi tidak dihabiskan, mengalami penurunan berat badan.

DO: Pasien tampak kurus, keadaan mulut kotor, terpasang infus NaCl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 tpm, BB : 44 kg, TB: 145 cm, IMT: 20, BBI: 40,5 kg, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu:36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

Tujuan & kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan Asuhan Keperawatan selama 2 x 24 jam di masalah gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Berat badan membaik
- 2) Rekuensi napas membaik
- 3) Nafsu makan membaik

Intravena : Manajemen Nutrisi

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi
Rasional: Status nutrisi pasien menunjukkan berapa banyak asupan nutrisi yang dibutuhkan pasien
- 2) Identifikasi makanan yang disukai
Rasional: Makanan yang disukai klien dapat menarik kemampuan keinginan makan pasien.

- 3) Monitor asupan makanan
Rasional : Memonitor asupan makanan dapat menentukan atau menilai status gizi, mengoptimalkan nutrisi, dan meningkatkan kualitas hidup.
- 4) Monitor berat badan
Rasional : mengukur berat badan rutin dapat membantu memantau perubahan berat badan dan mengembangkan rencana untuk mengoptimalkan berat badan.

Terapeutik

- 5) Sajikan makanan secara menarik.
Rasional: Makanan yang menarik dapat menarik minat pasien untuk makan.
- 6) Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein
Rasional: Makanan tinggi kalori dan tinggi protein dapat membantu meningkatkan system kekebalan tubuh.

Kolaborasi

- 7) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:
- DS: Mudah lelah saat melakukan aktivitas dan di bantu sebagian oleh keluarga saat melakukan aktivitas ke kamar mandi dan berpindah dari tempat tidur ke kursi ataupun sebaliknya berkeringat pada malam hari sejak tiga bulan yang lalu.
- DO: pasien nampak dibantu saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi dan berpindah tempat, terpasang infus NaCl 0,9 % 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, PLT: 408 u/l (nilai rujukan 150-440 u/l), SGOT: 55.5 u/l (nilai rujukan 0-35 u/l), SGPT: 45.8 u/l (nilai rujukan 4-36 u/l), HB: 9.0 g/dl (nilai rujukan 11.7- 15.5 g/dl), GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.

Tujuan & Kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan Asuhan Keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Saturasi oksigen meningkat
- 2) Keluhan lelah menurun
- 3) Dispnea saat aktivitas menurun
- 4) Dispnea setelah aktivitas menurun

Intervensi Keperawatan: Manajemen Energi (SIKI)

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.

Terapeutik

- 3) Lakukan Latihan rentang gerak pasif/aktif
Rasional: Membantu meningkatkan rentang gerak klien dalam beraktivitas.
- 4) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
Rasional: Aktivitas distraksi yang menenangkan dapat memberikan rasa nyaman pada klien.

Edukasi

- 5) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.
Rasional: Mempertahankan pernafasan lambat, sedang dan latihan yang diawasi memperbaiki kekuatan otot asesori dan fungsi pernafasan.

Kolaborasi

- 6) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
Rasional: Pemberian gizi yang cukup dapat meningkatkan energi klien.

- g. Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan ditandai dengan:

Faktor resiko: Keluarga tampak tidak memaiki masker saat berada di ruangan perawatan khusus (PK), fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di pungung sebelah kiri, Pada pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak yang di temukan bakteri Mycobacterium Tuberculosis Paru, fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di pungung sebelah kiri, terdapat peradangan ke dua paru bagian atas yang di curigai sebagai tuberculosis yang masih aktif dan tidak ada kelainan pada tulang dada, efusi pleura sinistra, atelektasis, lobus superior pulmo sinistra, pneumonia dextra, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, PLT: 408 u/l (nilai rujukan 150-440 u/l), SGOT: 55.5 u/l (nilai rujukan 0-35 u/l), SGPT: 45.8 u/l (nilai rujukan 4-36 u/l), HB: 9.0 g/dl.

Tujuan & Kreteria hasil

Setelah dilakukan tidakan asuhan kepeerawatan selama 2x 24 jam di harapkan masah resiko penyebaran infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Kebersihan tangan meningkat
- 2) Kultur sputum membaik

Intervensi Keperawatan: Pencegahan Infeksi (SIKI)**Observasi**

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
Rasional: Tanda dan gejala infeksi membantu untuk mengetahui tindakan yang akan dilakukan.

Terapeutik

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

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

Edukasi

- 3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
Rasional: Mengetahui tanda dan gejala infeksi merupakan langkah awal untuk mencegah terjadinya infeksi.
- 4) Ajarkan etika batuk
Rasional: Mengetahui cara batuk yang baik dan benar agar mengurangi resiko terjadinya infeksi.
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan
Rasional: Makanan yang mengandung banyak nutrisi dapat meningkatkan system kekebalan tubuh agar dapat melawan virus yang menyerang.
- 6) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

7. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada pasien Ny. Y. N. W dilakukan selama 3 hari pada tanggal Jumat 09 Mei 2025 jam 19. 12 wita.

No	DX Keperawatan	H/Tggl/ Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi SOAP
1	<p>Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi jalan napas ditandai dengan:</p> <p>DS: Pasien mengatakan sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, batuk berdahak campur darah.</p> <p>DO: Adanya suara napas ronchi, nampak batuk berdahak campur darah, adanya sputum, warnah sputum kuning beraroma bau amis, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3^oc, RR: 23x/m, SpO₂:96%.</p>	<p>Jumat 09 Mei 2025</p> <p>19.12 19. 14 19. 25 19. 55 20.00 20.35 21.25 22.00</p>	<ol style="list-style-type: none"> Mengukur tanda-tanda vital TTV. TD: 110/80 mmHg, N: 82x/m RR: 23x/m, Suhu: 36,2^oc, SPO₂: 96% Melayani injeksi vitamin K 1 ampil di lengan kiri Mengidentifikasi kemampuan batuk Hasil: pasien mampu batuk dan mengeluarkan dahak bercampur darah. Memonitor adanya resistensi sputum Hasil: Sputum berwarna kuning karena bercampur darah, beraroma bau amis dan kental Melakukan fisioterapi dada pada pasien untuk membantu mengencerkan dahak Memberika minum air hangat untuk mengencerkan dahak. Melayani nebu combiven 1 respul Melatih teknik batuk efektif dengan cara. Posisi tubuh: Duduk tegak, dengan kaki menyentuh lantai atau bersandar di tempat tidur. Pernapasan dalam: Tarik napas dalam-dalam 	<p>Jam 05. 35</p> <p>S: Pasien mengatakan masih sesak napas berdahak campur darah, sputum berwarna kuning kental campur darah, aroma sputum bau amis, pasien mengatakan sudah sedikit paham terkait teknik batuk efektif yang sudah diajarkan.</p> <p>O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien tampak masih sesak napas, tampak adanya sputum kental dan bercampur darah, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36^oc, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.</p> <p>A: Masalah bersihan jalan napas belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan.</p>

			<p>melalui hidung, rasakan dada mengembang. Tahan napas: Tahan napas selama beberapa detik. Batuk kuat: Saat melepaskan napas, batukkan dengan kuat dan pendek. Keluarkan dahak: Setelah batuk, keluarkan dahak yang terlepas di tempat yang sudah disiapkan. Ulangi: Lakukan langkah-langkah ini beberapa kali sesuai kebutuhan.</p> <p>9. Melayani pemberian obat Acetylcysteine 1 tablet/ oral</p>	
		23. 15		
2	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas di tandai dengan:</p> <p>DS: Pasien mengatakan sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit.</p> <p>DO: Pasien nampak sesak napas, napas cuping hidung, ada otot bantu pernapasan, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15</p>	<p>19.12</p> <p>19. 30</p> <p>19.45</p> <p>20.00</p> <p>20.10</p>	<p>1. Mengukur tanda-tanda vital TTV. TD: 110/80 mmHg, N: 82x/m RR: 23x/m, Suhu: 36,2°C, SPO₂: 96%.</p> <p>2. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, dan usaha napas). Hasil: frekuensi napas 23x/m, adanya napas cuping hidung, adanya retrakso dinding dada.</p> <p>3. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. ronchi, mengi). Hasil: saat di auskultasi terdengar suara napa tambahan yaitu suara ronchi.</p> <p>4. Mengatur posisi semo-fowler untuk meningkatkan ekspansi paru</p>	<p>Jam 05. 35</p> <p>S: pasien mengatakan masih sesak napas</p> <p>O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien tampak masih sesak napas, ada napas cuping hidung, retraksi dinding dada, ada suara napas ronchi, terpasang O₂ nasal kanul 3 L/ menit, terpasang infus NaCl 0,9%.GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.</p> <p>A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi.</p>

	V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO ₂ : 96%.	20.23	5. Kolaborasi pemberian O ₂ nasal kanul 3 L/ menit 6. Melayani pemberian salbotamol 2 mg/ oral	P: Intervensi dilanjutkan
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di tandai dengan: DS: Pasien mengatakan nyeri di dada saat batuk P: Nyeri saat batuk Q: Nyeri menetap R: Nyeri di dada sebelah kiri S: Skala nyeri 3 (nyeri ringan) T: Nyeri dirasakan selama 1-2 menit DO: Pasien tampak gelisah, tampak meringis saat batuk, tampak menunjukan area yang nyeri di dada sebelah kiri.		19.12	1. Mengukur tanda-tanda vital TTV. TD: 110/80 mmHg, N: 82x/m, RR: 23x/m, Suhu: 36,2°C, SPO ₂ : 96%.	Jam 05. 35 S: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri saat batuk, skala nyeri 3, faktor yang memperberat rasa nyeri yaitu saat batuk dan sedikit paham terkait teknik relaksasi napas dalam yang sudah diajarkan. O: keadaan umum baik, kesadaran composmentis, skala nyeri 3 (nyeri ringan), pasien tampak sedikit paham terkait teknik relaksasi napas dalam yang sudah diajarkan, terpasang O ₂ nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36 °c, RR: 23x/m, SpO ₂ : 96%. A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Intervensi di lanjutkan
		19.25	2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil: pasien mengatakan nyeri saat batuk, nyeri menetap, nyeri di dada, skala nyeri 3, nyeri dirasakan selama 1-2 menit.	
		19.30	3. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 3	
		19.35	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat rasa nyeri Hasil: pasien mengatakan faktor yang memperberat nyeri yaitu saat batuk.	
		19.40	5. Melatih teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam) dengan cara:	

		20.00 20.10	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mengatur Posisi pasien dengan nyaman, pastikan punggung lurus dan bahu rileks. ➤ Menganjurkan pasien tarik napas perlahan melalui hidung, isi perut dengan udara, dan tahan selama 1-2 detik, kemudian di hembuskan napas melalui mulut secara perlahan-lahan dan di ulangi sampai nyerinya hilang. <p>6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri seperti teknik relaksasi napas dalam dan kompres hangat atau kompres dingin.</p> <p>7. Melatih teknik nonfarmakologis seperti yang sudah di ajarkan untuk mengurangi rasa nyeri.</p>	
4	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan: DS: Mudah lelah saat melakukan aktivitas dan di bantu sebagian oleh keluarga saat melakukan aktivitas ke kamar mandi dan berpindah dari tempat	19.12 19.36 19.45	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital TTV. TD: 110/80 mmHg, N: 82x/m RR: 23x/m, Suhu: 36,2°C, SPO₂: 96%. 2. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Hasil: pasien mengatakan mudah lelah saat melakukan aktifitas seperti ke kamar mandi dan berpindah tempat. 	<p style="text-align: center;">Jam 05.35</p> <p>S: Pasien mengatakan masih mudah lelah saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi dan berpindah tempat.</p> <p>O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien nampak kelelahan saat berpindah tempat, ke kamar mandi dan dibantu oleh anaknya, terpasang O₂ nasal kanul</p>

	<p>itdur ke kursi ataupun sebaliknya, berkeringat pada malam hari sejak tiga bulan yang lalu.</p> <p>DO:Pasien nampak dibantu saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi dan berpindah tempat, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, PLT: 408 u/l (nilai rujukan 150-440 u/l), SGOT: 55.5 u/l (nilai rujukan 0-35 u/l), SGPT: 45.8 u/l (nilai rujukan 4-36 u/l), HB: 9.0 x10³μL, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.</p>	<p>20.00</p> <p>20.15</p>	<p>3. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.</p> <p>4. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.</p> <p>Hasil: pasien bisah ke kamar mandi namun masih dibantu oleh anaknya</p> <p>5. Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan seperti mobilisasi ke kamar mandi sesuai toleransi pasien untuk mencegah terjadinya konstipasi (peningkatan motilitas usus) serta mencegah kekakuan pada sendi.</p>	<p>3 L/ menit, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.</p> <p>A: Masalah Intoleransi belum teratasi Intervensi dilanjutkan</p>
5.	<p>Gangguan pola tidur berhungungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan:</p>	<p>19.12</p> <p>19.45</p>	<p>1. Mengukur tanda-tanda vital TTV. TD: 110/80 mmHg, N: 82x/m RR: 23x/m, Suhu: 36,2°C, SPO₂: 96%.</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur.</p>	<p>Jam 05.35</p> <p>S: Pasien mengatakan tidur tidak merasa puas, masih sering terbangun pada malam hari karna batuk.</p>

	<p>DS: Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena batuk, tidur tidak merasa puas.</p> <p>DO: Konjungtiva pucat, mukosa bibir pucat dan kering, turgor kulit menurun, terpasang infus NaCl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm.</p> <p>GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3^oc, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.</p>	<p>19.50</p> <p>19.55</p>	<p>Hasil: pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari dikarenakan batuk dan sesak napas.</p> <p>3. Modifikasi faktor pengganggu tidur dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien dapat beristirahat</p> <p>4. Menjelaskan kepada pasien bahwa waktu tidur yang cukup dapat menambah energy dan mempercepat proses penyembuhan.</p>	<p>O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, konjungtiva pucat, mukosa bibir pucat dan kering, terpasang O₂: nasal kanul 3 Lpm, terpasang infus NaCl 0,9% 8 Tpm.</p> <p>GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36^oc, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.</p> <p>A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan.</p>
6.	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (Stres, keangasan untuk makan ditandai dengan):</p> <p>DO: Pasien mengatakan nafsu makan tidak ada, nafsu makan tidak ada, makan sedikit tapi sering, satu piring nasi tidak dihabiskan,</p>	<p>19.12</p> <p>19.15</p> <p>19.35</p> <p>19.45</p> <p>19.55</p>	<p>1. Mengukur tanda-tanda vital TTV. TD: 110/80 mmHg, N: 82x/m RR: 23x/m, Suhu: 36,2^oc, SPO₂: 96%.</p> <p>2. Melayani diet makan TKTP pada pasien.</p> <p>3. Melayani terapi injeksi omeprazole 40 mg/ Iv</p> <p>4. Mengidentifikasi status nutrisi Hasil: Tinggi badan 145 cm, Berat badan 44 kg, IMT 20, BBI 40,5 kg</p> <p>5. Memonitor asupan makanan</p>	<p>S: Pasien mengatakan nafsu makan tidak ada, biasanya makan 1-10 sendok sehari tapi sering, satu piring nasi dihabiskan setengah piring dan pasien mengatakan sudah pahan terkait yang sudah di ajurkan.</p> <p>O: Keadaan umum baik kesadaran composmentis, pasien makan dalam satu porsi di habiskan ½ porsi dengan jenis makanan nasi,</p>

	<p>mengalami penurunan berat badan.</p> <p>DO: Pasien tampak kurus, keadaan mulut kotor, terpasang infus NaCl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 tpm, BB : 44 kg, TB: 145 cm, IMT: 20, BBI: 40,5 kg, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.</p>	20.03	<p>Hasil: pasien mengatakn nafsu makan tidak ada, biasanya makan 1-10 sendok sehari tapi sering, satu piring nasi dihabiskan setengah piring.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Menganjurkan keluarga untuk selalu menyajikan makanan yang disukai dan dengan tampilan yang menarik serta masih hangat dan tetap memperhatikan diet pasien. 7. Menganjurkan kepada pasien untuk melakukan oral hygiene sebelum makan. 8. Menganjurkan pasien untuk makan sedikit demi sedikit dengan frekuensi sering. 	<p>sayur, tahu, ikan dan buah pisang yang didapatkan dari rumah sakit, terpasang O₂ nasal kanul 3 L/ menit, pasien terpasang infus NaCl 0,9% 8 Tpm. GCS: 15 V6 M5 E4 TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.</p> <p>A: Masalah Defisit nutrisi belum terasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
7.	<p>Faktor resiko: Keluarga tampak tidak memakai masker saat berada di ruangan perawatan khusus (PK), fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di punggung sebelah kiri, Pada pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum atau dahak yang di temukan bakteri Mycobacterium</p>	<p>19.12</p> <p>19. 13</p> <p>19.25</p> <p>23.05</p> <p>23. 10</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital TTV. TD: 110/80 mmHg, N: 82x/m RR: 23x/m, Suhu: 36,2°C, SPO₂: 96%. 2. Melayani ijeksi asam tranaxamet acid 500 mg/ Iv 3. Menganjurkan kepada keluarga untuk menggunakan APD seperti masker jika berada dalam ruangan agar tidak penularan penyakit. 4. Melayani injeksi ceftruxone 1 gr/ Iv 5. Menganjurkan kepada pasien dan keluarga tentang etika batuk dan cuci 	<p>Jam 05.35</p> <p>S: Pasien mengatakan masih batuk berdahak campur darah dan sudah paham terkait etika batuk dan cara mencuci tangan yang benar menggunakan handrub yang sudah di ajarkan.</p> <p>O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien dan keluarga nampak paham terkait etika batuk dan cara mencuci tangan, namun keluarga dan pasien tidak memakai masker, wadah</p>

	<p>Tuberculosis Paru, fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di pungung sebelah kiri, terdapat peradangan ke dua paru bagian atas yang di curigai sebagai tuberculosis yang masih aktif dan tidak ada kelainan pada tulang dada, efusi pleura sinistra, atelektasis, lobus superior pulmo sinistra, pneumonia dextra, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, PLT: 408 u/l (nilai rujukan 150-440 u/l), SGOT: 55.5 u/l (nilai rujukan 0-35 u/l), SGPT: 45.8 u/l (nilai rukan 4-36 u/l), HB: 9.0 x103μL.</p>		<p>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 hand rub yaitu dengan teteskan handwash/handrub 3-5 tetes kemudian menggosokan kedua telapaktangan, punggung tangan dan sela-sela jari, mengunci tangan, menggosokkan ibu jari dengan gerakan memutar, kemudian ujung-ujung kuku.</p>	<p>tempat pembuangan sputum tidak ada, terpasang O₂ nasal kanul 3 L/ menit, pasien terpasang infus Nacl 0,9% 8 Tpm. GCS: 15 V6 M5 E4 TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36^oc, RR: 23x/m, SpO₂: 96%. A: Masalah resiko penyebaran infeksi belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.</p>
--	--	--	---	--

Catatan perkembangan pada pasien Ny. Y. N. W dilakukan pada tanggal sabtu 10 Mei 2025 jam 14. 25 wita.

No	DX Keperawatan	Tggl/Jam	Catatan Perkembangan (SOAPIE)
1.	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi jalan napas ditandai dengan:</p> <p>DS: Pasien mengatakan sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, batuk berdahak campur darah.</p> <p>DO: Adanya suara napas ronchi, nampak batuk berdahak campur darah, adanya sputum, warnah sputum kuning beraroma bau amis, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3^oc, RR: 23x/m, SpO₂:96%.</p>	<p>sabtu, 10 Mei 2025</p> <p>14. 25</p> <p>14. 45</p> <p>15. 00</p> <p>15. 35</p> <p>16. 00</p> <p>19. 35</p>	<p>S: Pasien mengatakan masih sesak napas, batuk berdahak campur darah.</p> <p>O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien tampak masih sesak napas, batuk berdahak campur darah, terpasan O₂ nasal kanul 3 L/ menit, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/85 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36,5^oc, RR: 23x/m, SpO₂: 98%.</p> <p>A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Intervensi</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kemampuan batuk Hasil: pasien mengatakan mampu batuk dan masih ada sedikit flek darah 2. Melakukan fisioterapi dada pada pasien untuk membantu mengencerkan secret. 3. Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik batuk efektif agar dapat mengeluarkan secret. 4. Menganjurkan pasien untuk minum air hangat. <p>E: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien tampak masih batuk, mampu batuk dan masih ada sedikit flek darah terpasang O₂ nasal kanul 3 L/ menit, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 tpm. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 120/75 mmHg, N: 80x/ m, RR: 21x/m, SPO₂: 98%, masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian.</p>

2	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas di tandai dengan: DS: Pasien mengatakan sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit. DO: Pasien nampak sesak napas, napas cuping hidung, ada otot bantu pernapasan, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.</p>	<p>14.25 15.00 15.10 15.55</p>	<p>S: Pasien mengatakan masih sesak napas O: Keadaan umum baik kesadaran composmentis, adanya napas cuping hidung, terpasang O₂ nasala kanul 3 L/menit. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/85 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36,5°C, RR: 21x/m, SpO₂: 98%. A: Masalah polanapas tidak efektif belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Memonitor suara napas tambahan Hasi: masih terdengar suara napas ronchi saat di auskultasi 2. Mengatus posisi semi fowler</p> <p>E: Keadaan imum baik, kesadaran composmentis, pasien mengatakan sesap napas sudah berkurang, suara napas ronchi GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/85 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36,5°C, RR: 23x/m, SpO₂: 98%. Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi, intervensi di pertahankan.</p>
	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di tandai dengan: DS: Pasien mengatakan nyeri di dada saat batuk P: Nyeri saat batuk Q: Nyeri menetap R: Nyeri di dada sebelah kiri S: Skala nyeri 3 (nyeri ringan) T: Nyeri dirasakan selama 1-2 menit DO: Pasien tampak gelisah, tampak meringis saat batuk, tampak menunjukkan area yang nyeri di dada sebelah kiri.</p>	<p>14.25 15.00</p>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri didada saat batuk sudah berkurang dan skala nyeri 2 (nyeri ringan). O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien tampak meringis saat batuk, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 0,9% 8 L/menit. GCS: 15 V6 M5 E4 TTV. TD: 110/85 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36,5°C, RR: 23x/m, SpO₂: 98%. A: masalah nyeri akutsebagian teratasi P: Intervesi 6-9 di lanjutkan</p>

		15. 10 15. 55 19. 30 19. 30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan strategi meredakan nyeri seperti teknik relaksasi napas dalam dan kompres hangat atau kompres dingin. 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Menganjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam) dengan cara: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mengatur Posisi pasien dengan nyaman, pastikan punggung lurus dan bahu rileks. ➤ Menganjurkan pasien tarik napas perlahan melalui hidung, isi perut dengan udara, dan tahan selama 1-2 detik, kemudian di hembuskan napas melalui mulut secara perlahan-lahan dan di ulangi sampai nyerinya hilang. 4. Kolaborasi pemberia analgetik, <i>jika perlu</i> <p>E: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien mengatakan nyeri di dada saat batuk sudah tidak lagi tapi masih batuk berdahak canmpur darah, pasien terpasang O₂ nasal kanul 3 L/menit, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 120/75 mmHg, N: 80x/ m, RR: 21x/m, SPO₂: 98%, masalah nyeri akut teratasi.</p>
	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan: DS: Mudah lelah saat melakukan aktivitas dan di bantu sebagian oleh keluarga saat melakukan aktivitas ke kamar mandi dan berpindah dari tempat tidur ke kursi ataupun sebaliknya,	14. 25	<p>S: Pasien mengatakan kelelahan sudah berkurang dan masih di bantu saat ke kamar mandi</p> <p>O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien tampak di bantu saat berjalan ke kamar mandi dan berpindah dari tempat tidur ke kursi, terpasang O₂ nasala kanul 3 L/menit, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm. GCS: 15 V6 M5 E4.</p>

	<p>berkeringat pada malam hari sejak tiga bulan yang lalu.</p> <p>DO: Pasien nampak dibantu saat melakukan aktivitas seperti kekamar mandi dan berpindah tempat, terpasang infus NaCl 0,9 % 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, PLT: 408 u/l (nilai rujukan 150-440 u/l), SGOT: 55.5 u/l (nilai rujukan 0-35 u/l), SGPT: 45.8 u/l (nilai rujukan 4-36 u/l), HB: 9.0 x10³μL, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.</p>	<p>15.34</p> <p>19.30</p>	<p>TTV. TD: 110/85 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36,5°C, RR: 21x/m, SpO₂: 98%.</p> <p>A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>I: Melakukan pengukuran kekuatan otot pasien (nilai kekuatan otot 4, mampu melakukan gerakan normal tetapi belum dapat menahan tahanan maksimal).</p> <p>E. Keadaan umum baik, kesadaran: composmentis, pasien mengatakan kelelahan saat beraktivitas seperti ke kamar mandi dan berpindah tempat sudah sedikit membaik dan dibantu sekali-sekali oleh keluarga, nilai kekuatan otot 4, pasien terpasang O₂ nasal kanul 3 L/menit, terpasang infus NaCl 0,9% 8 tpm. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 120/75 mmHg, N: 80x/m, RR: 21x/m, SPO₂: 98%, masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi, intervensi dipertahankan.</p>
	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan:</p> <p>DS: Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena batuk, tidur tidak merasa puas.</p> <p>DO: Kulit pucat, mukosa bibir pucat dan kering, turgor kulit menurun, terpasang infus NaCl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm. GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.</p>	<p>14. 24</p> <p>14. 58</p>	<p>S: Pasien mengatakan dapat tidur dengan baik dan nyenyak, hanya 1 kali bangun karena batuk</p> <p>O: Keadaan umum baik, kesadaran compokmentis, terpasang O₂ nasala kanul 3 L/menit, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/85 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36,5°C, RR: 21x/m, SpO₂: 98%.</p> <p>A: Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi di pertahankan</p> <p>I: Modifikasi faktor pengganggu tidur dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan dan tetap menjaga ketenangan agar pasien dapat beristirahat.</p>

		19. 30	E: Keadaan imum baik, kesadaran composmentis, pasien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak, masalah teratasi, intervensi dihentikan. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/85 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36,5°C, RR: 23x/m, SpO ₂ : 98%. Masalah gangguan pola tidur teratasi, intervensi di hentikan.
	Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (Stres, keenganan untuk makan ditandai dengan): DO: Pasien mengatakan nafsu makan tidak ada, nafsu makan tidak ada, makan sedikit tapi sering, satu piring nasi tidak dihabiskan, mengalami penurunan berat badan. DO:Pasien tampak kurus, keadaan mulut kotor, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang O ₂ nasal kanul 3 tpm, BB : 44 kg, TB: 145 cm, IMT: 20, BBI: 40,5 kg, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu:36,3°C, RR: 23x/m, SpO ₂ : 96%.	14. 35 15.07 15.35 19. 38	S: Pasien mengatakn nafsu makan sudah sedikit membaik O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, porsi makanan yang dihabiskan 1 opreng yang dibagikan dari rumah sakit dihabiskan, terpasang O ₂ nasala kanul 3 L/menit, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/85 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36,5°C, RR: 21x/m, SpO ₂ : 98%. A: Masalah defisit nutri si teratasi sebagian. P: Iintervensi di pertahankan. I: 1. Menganjurkan pasien untuk tetap diet tinggi kalori dan protein hasil : pasien mengkonsumsi makanan seperti putih telur dan daging. 2. Menganjurkan keluarga untuk menyajikan makanan yang disukai dan dengan tampilan yang menarik serta masih hangat 3. Menyanjurkan pasien untuk makan sedikit demi sedikit dengan frekuensi sering
	Faktor resiko: Keluarga tampak tidak memaikai masker saat berada di ruangan perawatan khusus (PK), fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di pungung sebelah kiri, Pada pemeriksaan TCM dengan menggunakan sputum	14.35	S: Pasien mengatakan masih batuk berdahak campur darah O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, keluarga tampak menggunakan masker dan pasien membuang sputum di wadah yang dicampurkan dengan cairan desinfektan, terpasang O ₂ nasala kanul 3 L/menit, terpasang infus Ncl

	<p>atau dahak yang di temukan bakteri <i>Mycobacterium Tuberculosis Paru</i>, fokal fremitus: terdapat getaran yang lebih kuat di punggung sebelah kiri, terdapat peradangan ke dua paru bagian atas yang di curigai sebagai tuberculosis yang masih aktif dan tidak ada kelainan pada tulang dada, efusi pleura sinistra, atelektasis, lobus superior pulmo sinistra, pneumonia dextra, terpasang infus Nacl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, PLT: 408 u/l (nilai rujukan 150-440 u/l), SGOT: 55.5 u/l (nilai rujukan 0-35 u/l), SGPT: 45.8 u/l (nilai rukan 4-36 u/l), HB: 9.0 x103μL.</p>	<p>15.00 15.45 16.00</p>	<p>0,9% 8 tpm. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/85 mmHg, Nadi: 85x/m, Suhu: 36,5^oc, RR: 21x/m, SpO₂: 98%.</p> <p>A: Masalah Resiko penyebaran infeksi teratasi sebagian P: Intervensi di petahankan. I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan pasien dan keluarga untuk tetap menggunakan masker selama periode pengobatan TB. 2. Menganjurkan pasien dan keluarga untuk membatasi pengunjung. 3. Menganjurkan kembali kepada pasien dan keluarga terkait etika batuk dan cuci tangan yang benar dengan mengulang kembali langkah-langkahnya. <p>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.</p> <p>Sedangkan cuci tangan dengan menggunakan antiseptic atau hand rub yaitu dengan teteskan handwash/handrub 3-5 tetes kemudian menggosokan kedua telapaktangan, punggung tangan dan sela-sela jari, mengunci tangan, menggosokkan ibu jari dengan gerakan memutar, kemudian ujung-ujung kuku.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menganjurkan pasien dan keluarga untuk tetap patuh menggunakan alat pelindung diri selama periode pengobatan.
--	---	----------------------------------	--

Catatan perkembangan pada pasien Ny. Y. N. W dilakukan pada tanggal Minggu 11 Mei 2025 jam 21.16 wita.

No	DX Keperawatan	H/Tggl/Jam	Catatan perkembangan (SOAPIE)
1.	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi jalan napas ditandai dengan:</p> <p>DS: Pasien mengatakan sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, batuk berdahak campur darah.</p> <p>DO: Adanya suara napas ronchi, nampak batuk berdahak campur darah, adanya sputum, warnah sputum kuning beraroma bau amis, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3^oc, RR: 23x/m, SpO₂:96%.</p>	<p>Minggu, 11, Mei 2025</p> <p>21. 16</p> <p>22. 00</p> <p>21. 15</p> <p>Senin, 12 Mei 2025</p> <p>05. 11</p> <p>05. 25</p> <p>05. 30</p> <p>06. 48</p>	<p>Pasien mengatakan masih batuk, batuk campur darah sedikit</p> <p>O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien tampak masih batuk dan adanya sputum, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 120/75 mmHg, Nadi: 89 x/m, Suhu: 36,4^oc, RR: 20x/m, SpO₂: 99%.</p> <p>A: Masalah bersihan jalan napas teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi di pertahankan</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kemampuan batuk <p>Hasil: Pasien mengatakan mampu batuk dan flek darah sedikit</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Melakukan fisioterapi dada pada pasien untuk membantu mengencerkan secret. 3. Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik batuk efektif agar dapat mengeluarkan secret. 4. Menganjurkan pasien untuk minum air hangat. 5. Melayani pemberian Nebolizer <p>E. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, Pasien mengatakan masih batuk dan batuk darah sedikit, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm, GCS: 15</p>

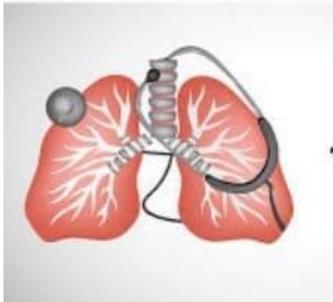
			V6 M5 E4, TTV. TD: 120/87 mmHg, Nadi: 96 x/m, Suhu: 35,6°C, RR: 20x/m, SpO ₂ : 98%.
2	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas di tandai dengan:</p> <p>DS: Pasien mengatakan sesak napas sejak dari tiga hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit.</p> <p>DO: Pasien nampak sesak napas, napas cupung hidung, adanya otot bantu pernapasan, terpasang infus NaCl 0,9% 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.</p>	<p>21. 17</p> <p>21. 35</p> <p>06.48</p>	<p>S: Pasien mengatakn sesak napas sudah berkurang</p> <p>O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang, napas ciping hidung dan otot bantu pernapasan sudah tidak ada, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 120/75 mmHg, Nadi: 89 x/m, Suhu: 36,4°C, RR: 20x/m, SpO₂: 99%.</p> <p>A: Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi.</p> <p>P: Intervensi dipertahankan</p> <p>I: Memberikan oksigen nasal kanul 3 L/menit, Hasil: pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang dan pakai oksigen kadang-kadang.</p> <p>E: Keadaan umum baik: kesadara composmentis, pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang, memakai oksigen sudah kadang-kadang, napas cuping hidung sudah tidak ada, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 120/75 mmHg, Nadi: 89 x/m, Suhu: 36,4°C, RR: 20x/m, SpO₂: 99%, masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi.</p>
3	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di tandai dengan:</p> <p>DS: Pasien mengatakan nyeri di dada saat batuk</p> <p>P: Nyeri saat batuk</p>	21. 17	<p>S: Pasien mengatakan sudah tidak nyeri lagi pada saat batuk.</p> <p>O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, terpasang infus Ncl 0,9% 8 Tpm.</p>

	<p>Q: Nyeri menetap R: Nyeri di dada sebelah kanan S: Skala nyeri 3 (nyeri ringan) T: Nyeri dirasakan selama 1-2 menit DO: Pasien tampak gelisah, tampak meringis saat batuk, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96</p>		<p>GCS: 15 V6 M5 E4 TTV. TD: 120/75 mmHg, Nadi: 89 x/m, Suhu: 36,4°C, RR: 20x/m, SpO₂: 99%. A: Masalah nyeri akut teratasi Intervensi dihentikan</p>
4	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan: DS: Mudah lelah saat melakukan aktivitas dan di bantu sebagian oleh keluarga saat melakukan aktivitas, berkeringat pada malam hari sejak tiga bulan yang lalu. DO: Pasien nampak dibantu saat melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi dan berpindah tempat, terpasang infus Nacl 0,9 % 8 tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, PLT: 408 u/l (nilai rujukan 150-440 u/l), SGOT: 55.5 u/l (nilai rujukan 0-35 u/l), SGPT: 45.8 u/l (nilai rukan 4-36 u/l), HB: 9.0 x10³μL, GCS: 15 V6 M5 E4, TTV. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 23x/m, SpO₂: 96%.</p>	21.15	<p>S: Pasien mengatakn kelelahan saat beraktivitas sudah tidak lagi dan ke kamar mandi sudah bisah sendiri tanpa di bantu. O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien sudah bisah ke kamar mandi secara mandiri tanpa di bantu oleh keluarganya, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 120/75 mmHg, Nadi: 89 x/m, Suhu: 36,4°C, RR: 20x/m, SpO₂: 99%. A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi P: Intervensi dihentikan</p>
	<p>Gangguan pola tidur berhungungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan: DS: Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena batuk, tidur tidak merasa puas.</p>	21. 15	<p>S: Pasien mengatakan tidur sering terbangun pada malam hari sudah tidak lagi dan tidur malam di mulai dari jam 10 sampai dengan jam 5 pagi. O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm. GCS: 15 V6 M5</p>

		<p>22. 05</p> <p>22. 35</p> <p>06.48</p>	<p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan pasien dan keluarga untuk tetap menggunakan masker selama periode pengobatan TB. 2. Menganjurkan pasien dan keluarga untuk membatasi pengunjung. 3. Melakukan edukasi kesehatan tentang Tuberculosis paru seperti menjelaskan pengertian TB, tanda dan gejala TB, cara pencegahan, cara penularan TB dan komplikasi dari TB. <p>Hasil: pasien mampu mengetahui dan menjelaskan cara penularan TB, tanda dan gejala dari TB</p> <p>E: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien tampak masih batuk, pasien dan keluarga pasien tampak menggunakan masker, pasien tampak membuang sputum di wadah yang berisi cairan desinfektan, pasien mampu menjelaskan cara penularan TB seperti menular melalui udara saat penderita TBC batuk, bersin, atau berbicara, dan cara pencegahan menggunakan masker, menyelesaikan pengobatan yang telah diberikan oleh dokter, terpasang infus Ncl 0,9% 8 tpm. GCS: 15 V6 M5 E4. TTV. TD: 120/75 mmHg, Nadi: 89 x/m, Suhu: 36,4°C, RR: 20x/m, SpO₂: 99%, masalah resiko penyebaran infeksi sebagian teratasi, intervensi di hentikan.</p>
--	--	--	---



**TBC
TUBERCULOSIS PARU**



OLEH

Stepanus U. R. Amah
Nim: PO5303202220031

Pengertian TBC

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri Mycobacterium tuberculosis. Bakteri ini paling sering menyerang paru-paru, namun bakteri TB dapat menyerang bagian tubuh manapun seperti ginjal, tulang belakang, dan otak. Tidak semua orang yang terinfeksi bakteri TB menjadi sakit.

Tanda Dan Gejala

Batuk \geq 2 minggu, Batuk dapat disertai nyeri dada
Batuk berdarah dapat bercampur darah



Sesak napas

Malaise atau mudah lelah saat beraktivitas



Menggigil/demam.

Berkeringat pada malam hari walaupun tanpa aktifitas fisik.

Tidak adanya nafsu makan atau berkurang



cara Pencegahan TBC



Vaksinasi BCG

Hindari Kontak dengan Penderita TBC Aktif



Gunakan Masker dan Jaga Kebersihan

makan makanan bergizi, berolahraga teratur, dan cukup istirahat

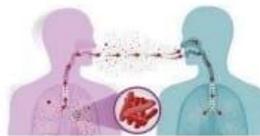
menyelesaikan pengobatan yang telah diberikan oleh dokter



hindari merokok dan alkohol

cara penularan TBC

BC (Tuberkulosis) menular melalui udara saat penderita TBC batuk, bersin, atau berbicara, yang melepaskan partikel droplet yang mengandung bakteri Mycobacterium tuberculosis. Orang yang berada di dekat penderita TBC dan menghirup partikel tersebut dapat tertular.



Komplikasi TBC

Komplikasi TBC (Tuberkulosis) yang serius dapat terjadi jika penyakit ini tidak ditangani dengan tepat, termasuk kerusakan paru-paru, penyebaran infeksi ke organ lain seperti tulang, otak, dan ginjal, serta resistensi obat. Meningitis TBC dan TB milier (TB yang menyebar ke banyak bagian tubuh) juga merupakan komplikasi yang dapat terjadi. Selain itu, TBC dapat menyebabkan masalah pernapasan jangka panjang, kerusakan ginjal dan tulang belakang, serta gangguan fungsi pendengaran jika mengenai lobus temporal otak.



Surat pernyataan

Saya yang beranda tangan dibawah ini
Nama: Stefanus W. E. Bual
Nim: P09303202220021
prodi: D-III Keperawatan Enda

Pengantar ini saya menyatakan bahwa apabila saya tidak
menjalankan kewajiban (gagal) saya sampai dengan
seseorang uban, maka saya seaman waktu saya
bersedia jika akan menerima 12000 sampai kewajiban
(gagal) saya tersebut di satisfaction.

Surat pernyataan ini saya buat dengan sungguh-
sungguh, jujur ada perasaan dari pihak manapun.
Kembali saya tidak menepahi kewajiban tersebut
Maka saya bersedia menerima konsekuensi hukum
kewajiban yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk
di pertanggung jawabkan sebagaimana mestinya

Enda 23 Juli 2025
Hormat Saya



Stefanus W. E. Bual
nim: P09303202220021



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Kupang

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

PERPUSTAKAAN TERPADU

terpadu.poltekkeskupang.ac.id/ ; e-mail: perpustakaanterpadu61@gmail.com

SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : Stepanus U. Ratu Amah
Nomor Induk Mahasiswa : PO5303202220031
Dosen Pembimbing : Rif'atunnisa, S. Kep., Ns., M. Kep
Dosen Penguji : Try Ayu Patmawati, S. Kep., Ns., M. Kep
Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan Ende
Judul Karya Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. Y.
N. W DENGAN DIAGNOSA MEDIS TUBERCULOSIS PARU DI
RUANGAN PERAWATAN KHUSUS (RPK) RSUD END**

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **25,21%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 13 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**



LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL

Nama : Stepanus U. R. Amah
 NIM : PO5303202220031
 Pembimbing : Rif'atunnisa, S. Kep., Ns., M. Kep
 Penguji : Try Ayu Patmawati, S. Kep., Ns.M, Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1	Kamis 28/01/2024	Ajukan judul	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lanjut menyusun BAB I 2. Data 3 tahun terakhir 3. Data menurut WHO, Kemenkes, Indonesia, NTT, Kabupaten, Dinkes dan Data dari Rumah Sakit. 	<i>Rmuy</i>
2	Jumad 13/01/2025	Konsultasi Bab I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perna perawat ada berapa yang bermasalah 2. Masukkan data dari Dinas Kesehatan Dan Rumah Sakit, Peran perawat yang terlaksan apa saja 3. Peran perawat yang belum terlaksan Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien TB seperti apa 4. Penegkan diagnosa pada pasien TB seperti apa? 	<i>Rmuy</i>
3	Senin 23/09/2025	Konsultasi Bab I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peran perawat yang belum terlaksana apa? 2. 5 Proses keperawatan bagian mana yang belum terlaksana?, Gunakan data SKI 3. Angka penderita tuberkulosis paru menurut WHO berapa? 	<i>Rmuy</i>
4	Kamis 05/2/202	Konsultasi Bab I Bab II Bab II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan nama ruangan di rumah sakit! 2. Spasinya di perbaik dan penulisan harus konsisten. 3. Nama para ahli di rubah penetikannya! 4. Pathway berdasarkan sumber 5. Manifestasi klinis harus muncul di pengkajian 6. Menjelaskan pengertian keluhan utama, tanda dan gejala yang di pathway harus muncul di pengkajian 7. Klasifikasi data harus muncul di pengkajian 	<i>Rmuy</i>

			8. Apa dasar menentukan prioritas masalah 9. Evaluasi disertakan sumbernya 10. Tambahkan proses keperawatan di BAB I	
5	Rabu 11/2/2025	Konsultasi Ban I Bab II Bab III	1. Jenis huruf di pathway harus konsisten 2. Setiap sumber yang ada di materi harus mencul di daftar pustaka 3. DS dan DO lampirkan di pengkajian 4. Tambahkan pengertian analisa data 5. Jelaskan pengertian diagnosa keperawatan 6. Setian kata asing atau bahasi inggris harus garis miring dan penulisan sumber harus konsisten 7. Tambahkan data sekunder	<i>Pmuy</i>
6	Kamis 09/03/2025	Konsultasi Bab I Bab II Bab III	1. Tambahkan NIP pembimbing 2. Tambahkan penulisan proposan dan kata kesempurnaan di kata pengantar 3. Satu halaman buat 2 paragraf 4. BAB 1 buat dalam 3 halaman dan tabahkan data SKI 5. Perbaiki pengetikan 6. Tambahkan sebelum peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan di BAB I 7. Perbaiki tujuan umu dan tujuan kusus	<i>Pmuy</i>
7	Senin 12/03/2025	Konsultasi pengkajian	1. Data DS dan Data DO di lampirkan di pemeriksaan perpola 2. Tambahkan DS dan DO di di diagnosa pertukaran gas.	<i>Pmuy</i>
8	Selasa 13/03/2025	Konsultasi pengksjian	1. ACC Proposal 2. Siap untuk diujikan	<i>Pmuy</i>

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende
 Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Aris-Wawomeo, M. Kep., Ns., Sp. Kep. Kom
 NIP: 19660114 199102 1 001



LEMBAR KONSULTASI REVISI SEMINAR PROPOSAL

Nama : Stepanus U. R. Amah
NIM : PO5303202220031
Pembimbing : Rif'atunnisa, S. Kep., Ns.,M. Kep
Penguji : Try Ayu Patmawati, S. Kep., Ns.M, Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf penguji
1	Kamis 06 Maret 2025	Konsultari revisi seminar proposal	<ol style="list-style-type: none">1. Cantumkan tanggal, bulan dan tahun di studi kasus dan studi kasus akan dilaksanakan selama 3 hari di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende.2. Setelah mendapatkan data dari pasien selama 3 hari akan dilanjutkan menyusun Asuhan Keperawatan dan Menganalisis kesenjangan antara teori dan data yang di dapatkan dari pasien dengan Diagnosa Medis Tuberculosis Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende.3. Nama pembimbing di ganti4. Metode studi kasus di tambahkan setelah mendapatkan data selama 3 hari selanjutnya menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus yang diperoleh dari pasien.	Ay
2	Jumad 07 Maret 2025	Konsultasi BAB III	<ol style="list-style-type: none">1. ACC Revisi Proposal	Ay

Mengetahui
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Aris Wawomeo, M. Kep., Ns., Sp. Kep. Kom
NIP: 19660114 199102 1 001



LEMBAR KONSULTASI HASIL STUDI KASUS

Nama : Stepanus U. R. Amah
NIM : PO5303202220031
Pembimbing : Rif'atunnisa, S. Kep., Ns.,M. Kep
Penguji : Try Ayu Patmawati, S. Kep., Ns.M, Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1	Kamis 12 Mei 2025	Konsultari BAB IV pengkajian hasil studi kasus	<ol style="list-style-type: none">1. Hasil pengkajia dilengkapi sesuaikan dengan panduan KTI!2. Tambahkan hasil pemeriksaan laboratorium di pengkajian!3. Pemeriksaan sputum kapan, warna sputum bagaimana?4. Therapy apa yang yang didapat sebelumnya?5. Pemeriksaan perpola dilengkapi!6. Lakukan pemeriksaan vokal fremitus dan lampirkan dipemeriksaan fisik7. Tambahkan hasil foto toeax8. Tambahkan therapy pengobatan9. Suara napas ronchi terdengar pada dada bagian mana?10. Pengobatan sebelumnya tuntas atau tidak?	
2	Rabu 21 Mei 2025	Konsultasi BAB IV	<ol style="list-style-type: none">1. Pengetikan diperbaiki2. IMT berapa dan tambahkan di hasil IMT di pengkajian3. Tambahkan hasil foto torax di tabulasi data, klasifikasi data dan di analisa data.4. Tambahkan hasil pemeriksaan vokal fremitus ditabuasi data, klasifikasi data dan dianalisa data.5. Tambahkan hasil pemeriksaan MTB di tabulasi data, klasifikasi data, analisa data dan di diagnosa resiko penyebaran infeksi6. Menggunakan SOAPIE hari terakhir	

			7. Masalah keperawatan yang ditemukan jelaskan di pembahasan bagian pengkajian.	
3	Selasa 27 Mei 2025	Konsultasi BAB IV, pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan pembahasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penomoran dari pengkajian disesuaikan dengan panduan KTI 2. Identitas pasien dan penanggung jawab ketik dalam bentuk narasi 3. Tambahkan jam pemberian obat dan fungsi obat apa 4. Berat badan saat sakit berapa dan sebelum sakit berapa 5. Dalam sehari porsi makan yang dihabiskan berapa banyak 6. Tambahkan hasil pemeriksaan foto torax di tabulasi data 7. Setiap intrvensi jelaskan dipembahasan 	<i>Krisdy</i>
4	Selasa 03 Juni 2025	Konsultasi BAB IV pembahasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan tanda dan gejala menurut hasil penelitian Artama, Syaputra, Maria Salestina Sekunda, and Rifatunnisa Rifatunnisa. 2. Setiap masalah keperawatan yang didapatkan dari pasien jelaskan dipengkajian 3. Pengkajian di BAB V disingkat 	<i>Penny</i>
5	Jumat 20 juni 2025	Konsultasi BAB IV pembahasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan perpola dibuat dalam narasi. 2. Setiap keluhan yang ada dipembahasan di kasih paragraf dan tambahkan sumber 3. Intervensi jelaskan tujuan dan kriteria hasil 4. Setiap implementasi diparagraf dan perbaiki penulisan 5. Buat abstrak 6. Lengkapi KTI, buat slide PPT dan siap ujian. 	<i>Penny</i>
6	Kamis 26 juni 2025	Konsultasi BAB IV pembahasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan judul intervensi keperawatan 2. Masalah yang belum teratasi dan yang suda teratasi ada berapa 3. Perbaiki hambatan studi kasus 4. Tambahkan link jurnal di daftar pustaka 5. Di intervensi jelaskan salah satu intervensi utam pada setiap diagnosa keperawatan 	<i>Penny</i>

			6. Buatlah slide PPT dan segera kontrak waktu dengan pengujian untuk ujian studi kasus.	
--	--	--	---	--

Mengetahui
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Aris Wawomeo, M. Kep., Ns., Sp. Kep. Kom
NIP: 19660114 199102 1 001



LEMBAR KONSULTASI SEMINAR STUDI KASUS

Nama : Stepanus U. R. Amah
 NIM : PO5303202220031
 Pembimbing : Rif'atunnisa, S. Kep., Ns.,M. Kep
 Penguji : Try Ayu Patmawati, S. Kep., Ns.M, Kep

No	H/ Tgl	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Penguji
1	Rabu 03 juli 2025	Seminar hasil studi kasus	1. Tambahkan sumber pada diagnosa keperawatan nyeri akut dan perbaiki penulisan. 2. Sebutkan diagnosa keperawatan yang belum teratasi dan yang sudah teratasi di evaluasi pada BAB V, Hasil revisian diselesaikan dalam waktu satu minggu	
2	Selasa 15 Juli 2025	Konsltasi revisi studi kasus dari BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV dan BAB V	1. Diagnosa keperawatan nyeri akut di pembahasan jelaskan, tambahkan sumber dan perbaiki kalimat penulisan. 2. Sebutkan diagnosa keperawatan apa saja yang teratasi dari hari pertama sampai dengan hari ketiga di evaluasi pada bagian pembahasan. 3. Sebutkan diagnosa keperawatan yng teratasi di evaluasi pada BAB V.	
3	Senin 21 Juli 2025	Konsultasi BAB IV	1. ACC Karya Tulis Ilmiah	

Mengetahui
 Ketua-Program Studi D-III Keperwatan Ende
 Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Aris Wawomeo, M. Kep., Ns., Sp. Kep. Kom
 NIP: 19660114 199102 1 001

DAFTAR RIWAYAI HIDUP



A. DATA DARI

Nama : Stepanus U. R. Amah
Tempat/Tanggal Lahir : Nara, 22 September 2003
Alamat : Nara, Sumba Timur
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Kristen Protestan
Nama Ayah : Ngunju L. Praing
Nama Ibu : Dorkas Kahi Atandau

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDN Kambauni 2009-2016
2. SMP Negei Satap Laindeha 2016-2019
3. SMA Negeri 1 Kambera 2019-2022

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi D-III
Keperawatan Ende 2022-202

"Kesuksesan berasal dari setiap tantangan dan pengalaman bukan dari zona nyaman, bekerja keraslah dan terus bermimpi setinggi langit maka suatu saat akan indah pada waktunya"

