

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

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

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

Ende, 28 Juni 2025

Saksi



Ny. A . B

Yang Memberi Persetujuan



Tn. A . N

Peneliti



Fantina Nona

NIM.PO5303202210048

Fantina Nona

NIM.PO5303202210048

Lampiran 2

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekekes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta bapak/ibu/saudara/i untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan pada pasien Tn .A. N dengan Diagnosa Medis Tuberkulosis Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende.
2. Tujuan kami dari studi kasus ini adalah melaksanakan Asuhan Keperawatan Khusus dengan Diagnosa Medis Tuberkulosis Paru di Ruang Perawatan Khusus RSUD Ende yang dapat memberi manfaat berupa klien dan keluarga mengetahui cara merawat dan pencegahan Tuberkulosis Paru. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari
3. Prosedur pelaksanaan berupa Asuhan Keperawatan (pengkajian/ pengumpulan data, perumusan diagnosis. Penetapan rencana intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/ memperburuk status kesehatan bapak/ibu/saudara/i.
4. Keuntungan yang Bapak/ibu/saudara/i peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah bapak/ibu/saudara/i mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang bapak/ibu/saudara/i sampaikan akan selalu dirahasiakan
6. Jika bapak/ibu/saudara/i membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 081246559450

Ende, 28 Juni 2025

Peneliti


Fantina Nona
PO5303202210048

Fantina Nona
PO5303202210048

Lampiran 3



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

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang, Telp: (0380)
8800256 Fax (0380) 8800256; Email:
poltekkeskupang@yahoo.com

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A. N. DENGAN DIAGNOSA
MEDIS TUBERKULOSIS PARU DI RUANGAN PERAWATAN
KHUSUS DI RSUD ENDE**

1. Pengkajian

A. Pengumpulan Data

a. Identitas

1) Identitas pasien

Nama	: Tn. A. N
Umur	: 76 Tahun
Agama	: Khatolik
Jenis kelamin	: Laki- laki
Status	: Menikah
Pendidikan	: SD
Suku bangsa	: Ende
Alamat	: Nangaba (Magengura)
Tanggal masuk	: 27 Juni 2025
Tanggal pengkajian	: 28 Juni 2025
No. Registras	: 159191
Diagnosa medis	: Tuberkulosis paru

2) Identitas penanggung jawab

Nama	: Ny. A. B
Umur	: 38 Tahun
Alamat	: Nangaba

Pekerjaan : Ibu rumah tangga (IRT)

Hubungan dengan klien : Anak Kandung

b. Status kesehatan

1) Status kesehatan saat ini

a) Keluhan utama

Pasien mengatakan sesak napas.

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan sesak napas sejak satu hari sebelum masuk rumah sakit, batuk kering lendir tidak bisa keluar sudah dua bulan lebih, pasien mengeluh lemah, keringat di malam hari tanpa melakukan aktivitas.

c) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini.

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami batuk kering, lendir tidak keluar sudah dua bulan. Pasien mengatakan dikampungnya ada tetangga yang menderita penyakit TB paru, disaat pasien berbicara dan duduk berkumpul bersama tetangganya pasien dan tetangganya yang menderita TB paru tidak menggunakan masker. Pada bulan April 2025 pasien pernah dirawat diruangan perawatan khusus dengan keluhan yang sama dengan hasil pemeriksaan pasien positif TB Paru (+). Setelah melakukan perawatan pasien pulang dan mendapatkan resep obat OAT yaitu Rifampicin, Isoniazid, dan Etambutol. Kemudian dua minggu yang lalu pasien mengatakan saat ia minum obat tersebut pasien merasah nyeri seluruh badan, sesaknya bertambah, dan batuk terus- menerus. Pasien langsung berhenti minum obat. Sejak satu hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, pasien mengalami sesak napas, batuk terus-menerus. Keluarga pasien langsung membawa pasien ke puskesmas Ria Raja, setelah melakukan pemeriksaan, dokter menyarankan untuk rujuk ke rumah sakit umum daerah (RSUD) Ende dan tiba di IGD pada

pukul 20:15 wita. Tindakan meliputi : pemberian Oksigen Nasal Kanul 3 lpm, pemberian Infus Nacl 20 Tpm, Injeksi Paracetamol 1 gr/Iv, Injeksi Omeprazole 40mg/Iv, Injeksi Ondansetrom 4 mg/Iv terapi Nebu Combiven 1 tube. Pada pukul 03 :00 pasien dipindahkan ke ruangan perawatan khusus (RPK)

d) Upaya yang dilakukan untuk mengatasi

Keluarga pasien mengatakan selama sakit di rumah pasien sering minum air jahe, kencur, dan air hangat.

2) Status kesehatan masa lalu

a) Penyakit yang pernah dialami

Keluarga pasien mengatakan setahun yang lalu pasien pernah mengalami penyakit darah tinggi (hipertensi), pada bulan April 2025 pasien mengalami penyakit Tuberkulosis Paru.

b) Pernah dirawat

Keluarga pasien mengatakan pasien pernah dirawat di ruangan perawatan khusus (RPK) RSUD Ende

c) Alergi

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak mempunyai riwayat alergi makanan, obat- obatan, maupun debu.

d) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga dan pasien mengatakan bahwa keluarga pasien tidak ada menderita riwayat penyakit turunan seperti hipertensi

e) Diagnosa Medis dan Therapi yang didapatkan sebelumnya

Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pernah mendapatkan terapi Injeksi Paracetamol 1 gr/ Iv, Injeksi Omeprazole 40 mg/ Iv, Injeksi Ondansetrom 4 mg/ Iv, terapi Nebu Combiven 1 tube.

3) Pola kebutuhan dasar

a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan bahwa penyakit yang dideritanya adalah penyakit menular. Keluarga dan pasien mengatakan saat pasien batuk pasien tidak dibawa ke rumah sakit , namun saat pasien

batuk semakin parah keluarga pasien langsung membawa pasien untuk di periksa ke puskesmas Ria Raja dan mendapatkan obat dari puskesmas. Setelah diminum dan obatnya habis pasien kembali batuk. Pasien dan keluarga mengatakan saat di rumah, pasien maupun keluarga tidak menggunakan masker saat pasien batuk. Pasien mengatakan merokok dan minum alkohol sejak masa muda, pada saat sakit pasien sudah berhenti merokok dari dua bulan lalu pada bulan April 2025.

b) Pola nutrisi dan metabolik

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan sehari 3x, porsi banyak 1 piring penuh makan dihabiskan. Jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah nasi, ubi, ikan, telur, sayur, buah pepaya dan pisang. Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki pantangan apapun dalam mengonsumsi makanan dan minuman. Pasien mengatakan minum air kurang lebih 6-7 gelas/ hari (2000 ml). Berat badan sebelum sakit 60 kg. Keadaan saat ini : Tn A.N mengatakan nafsu makannya berkurang, makannya dalam sehari 3x, dalam sekali makan hanya mampu menghabiskan 5-6 sendok makan yang disajikan dengan konsistensi lunak dan jenis makanan diet tinggi kalori dan protein seperti bubur, sayuran hijau, telur dan daging. Minum air 6-7 gelas perhari. Pasien tampak lemah, BB 53 kg, dengan berat BB sebelumnya 60 kg, (BB turun, 7 kg), pasien mengatakan berat badannya turun sejak dua bulan dari bulan April 2025, IMT : 17,9 (BB Kurang).

c) Pola Eliminasi

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi padat, warna hitam kecoklatan, bau khas feses, tidak ada nyeri saat BAB. Pasien mengatakan biasanya BAK kurang lebih 6 kali sehari. Warnanya kuning, aroma khas urine. Tidak ada nyeri saat BAK. Saat sakit pasien mengatakan BAB 1 kali sehari

bahkan sampai dua hari sekali, konsistensi padat, warna hitam kecoklatan, tidak ada keluhan saat BAB. Pasien mengatakan BAK 5-6 kali sehari, warna kuning pucat, aroma khas urine, tidak ada keluhan saat BAK.

d) Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien beraktivitas seperti biasa duduk kumpul dengan keluarga, kerja berkebun seperti biasa. Namun pasien mengatakan mudah capek dan lelah pada saat beraktivitas, pasien langsung sesak napas. Pasien mengatakan saat sakit pasien mudah lelah setelah berjalan karena sesak napas, makan dan minum dibantu istri anak dan perawat. Lap badan pagi dan sore dibantu istri, anak dan perawat, BAB dan BAK di toilet, berpakaian dan berpindah juga dibantu oleh keluarga dan perawat.

e) Pola kognitif dan persepsi

Keluarga mengatakan pasien masih bisa merespon dengan baik saat diajak bicara. Saat ditanya pasien pendengarannya kurang jelas dan lama baru menjawab, tidak ada masalah pada mata pasien. Pasien dapat mencium aroma bau tidak sedap karena penciuman pasien masih baik.

f) Pola persepsi konsep diri

Pasien mampu mengenali identitasnya, namanya A. N. Pasien adalah seorang kepala keluarga, pasien mengatakan bahwa dirinya sedang sakit dan membutuhkan pengobatan. Pasien mengatakan tidak merasa malu atau minder terhadap penyakitnya, mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya dan berkumpul seperti biasa dengan keluarga di rumah.

g) Pola istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : Pasien mengatakan bahwa ia tidur di malam hari dari pukul 21:00 -05: 30 dan istirahat siang 1-2 jam. Biasanya tidur nyenyak. Saat sakit : Pasien mengatakan sulit tidur, sering

terbangun karena batuk dan sesak napas pada saat malam hari, tidur kurang lebih 6 jam.

h) Pola seksual dan hubungan

Pasien mengatakan tidak ada keluhan mengenai bagian reproduksinya

i) Pola peran hubungan

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien mempunyai hubungan baik dengan keluarga, tetangga maupun dilingkungan sekitarnya. Walaupun pasien sakit, pasien masih berhubungan baik dengan keluarga, petugas kesehatan, dan teman-temannya. Saat pasien sakit banyak orang yang datang berkunjung ke rumah sakit, namun mereka duduk dekat dengan pasien selalu memakai masker karena pasien menderita penyakit menular. Sebagai langkah pencegahan, pengunjung selalu memakai masker untuk meningkatkan risiko penyebaran penyakit. Pasien tidak dikucilkan oleh keluarga, tetangga maupun teman-temannya.

j) Pola toleransi stress coping

Keluarga pasien mengatakan kalau ada masalah pasien selalu melampiaskan dengan marah – marah, tetapi setelah selesai marah pasien kembali berbicara sama istrinya, mendiskusikan masalah yang terjadi untuk memperoleh jalan keluar. Pasien sangat senang untuk mendiskusikan tentang sakit yang dialaminya dengan anak dan istrinya tentang setiap tindakan yang dilakukan oleh dokter dan perawat untuk kesembuhannya.

k) Pola nilai kepercayaan

Pasien mengatakan sebelum sakit selalu ke gereja setiap hari minggu bersama istrinya. Pasien mengatakan selama sakit pasien selalu berdoa untuk kesembuhannya. Pasien selama sakit tidak pernah pergi ke gereja, pasien mengatakan dirinya selalu percaya bahwa penyakit yang dideritanya akan sembuh, dan sangat

percaya istri, anaknya maupun keluarganya dalam merawat dirinya saat sakit.

c. Pemeriksaan fisik

BB : 53 kg, TB :163 cm, IMT : 17,9 (kurang).

Keadaan umum : lemah, tingkat kesadaran : Composmentis, GCS : 15 (E: 4, V: 5, M: 6). Tanda –tanda vital : Tekanan darah : 144/108 mmHg, Nadi : 88x/menit, Suhu :36,5°C , SpO2 : 96%, RR : 24x/ menit, Berat badan saat ini : 53 kg, Tinggi badan : 163 cm, IMT: = 17,9 (kurang).

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

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

Hidung : bentuk simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada lesi dan nyeri tekan, terpasang Oksigen Nassal Canul 3 Lpm.

Mulut : mukosa bibir lembap, lidah tampak sedikit kotor, gigi sebelah kanan sudah tidak ada.

Wajah : tampak pucat

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

Dada : Inspeksi : dada tampak simetris, frekuensi napas 24x/ menit, Palpasi: vokal fremitus teraba di sebelah kanan dan kiri (getaran yang sebelah kanan lebih kuat terasa saat pasien napas atau berbicara) . Perkusi : terdengar bunyi pekak, Auskultasi : terdapat bunyi napas tambahan ronchi.

Abdomen : Inspeksi : tidak terlihat adanya benjolan atau luka. Auskultasi : terdengar suara bising usus 12x/ menit. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar dan lien. Perkusi : terdapat bunyi tympani.

Ekstermitas atas : Akral taraba hangat, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan,terpasang infus Nacl di tangan kanan 20 tpm, pada hari pertama CRT <3 detik, jari- jari tangan lengkap. **Ekstermitas Bawah**; tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, jari-jari kaki lengkap, dapat menggerakan seperti biasa dan tidak ada kelainan

d. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan

Tabel Pemeriksaan laboratorium
Hasil laboratorium tanggal 27 juni 2025

No	Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
1	WBC	8.20	[10 ³ /UL]	(3.80-10.60)
2	LYMPH#	1.77	[10 ³ /UL]	(1.00-3.70)
3	MONO#	0.57	[10 ³ /UL]	(0.00-0.70)
4	EO#	0.63+	[10 ³ /UL]	(0.00-0.40)
5	BASO#	0.04	[10 ³ /UL]	(0.00-0.10)
6	NEUT#	5.19	[10 ³ /UL]	(1.50-7.00)
7	LYMPH	21.6	[%]	(25.0-40.0)
8	MONO	7.0	[%]	(2.0-8.0)
9	EO%	7.7+	[%]	(2.0-4.0)
10	BASO %	0.5	[%]	(0.0-1.0)
11	NEUT	63.2	[%]	(50.0-70.0)
12	IG#	0.01	[10 ³ /UL]	(0.00-7.00)
13	IG %	0.1	[%]	(0.0-72.0)
14	RBC	5.81	[10 ⁶ /UL]	(4.40-5.90)
15	HGB	10.7-	[g/dL]	(13.2-17.3)
16	HCT	32.4-	[%]	(40.0-52.0)
17	MCV	55.8-	[fL]	(80.0-100.0)
18	MCH	18.4-	[pg]	(26.0-34.0)
19	MCHC	33.0	[g/dL]	(32.0-36.0)
20	RDW-SD	36.4-	[fL]	(37.0-54.0)
21	RDW- CV	19.6+	[%]	(11.5-14.5)
22	PLT	59	[10 ³ /UL]	(150-450)
23	MPV		[fL]	(9.8-13.0)
24	PCT		[%]	(0.17-0.35)
25	PDW		[FL]	(9.0-17.0)

2) Hasil pemeriksaan laboratorium (Elektrolit dan Albumin)

Tabel Pemeriksaan Darah Lengkap
Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 27 juni 2025

No	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
1	CREATININ	1.19	Mg/dl	0.67-1.18
2	Darah lengkap (dengan Dif)	Terlampir		

3	GLUKOSA SEWAKTU	102	Mg/ dl	70-140
4	SGOT/AST	52.3	u/l	0-35
5	SGPT/ALT	47.0	u/l	4-36
6	UREUM	38.4	Mg/dl	10-50

3) Terapi pengobatan

Terapi yang di berikan oleh dokter dengan dosis obat adalah :
Paracetamol 3x1mg/Iv, Omeprazole 2x40 mg/ Iv, Ceftriaxon 2x1 mg/ Iv, terapi Nebu Combiven 3x1 tube.

4) Daftar obat

1. Pemberian Nebu Combiven 3x1 tube, jam: 08:00 pagi, pukul 13:00, jam 20 :00
2. Injeksi Omeprazole 2x40 mg/Iv dan Ceftriacson 2x1 mg/Iv jam 10: 00 dan 20: 00 wita.

e. Tabulasi Data

Pasien mengatakan lemah, sesak napas sudah satu hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit. batuk kering, lendir tidak keluar sudah dua bulan lebih. Lemah, keringat dimalam hari tanpa melakukan aktivitas. keluarga pasien mengatakan, pasien nafsu makan berkurang saat sakit, makan dalam sehari tiga kali, porsi sedikit. Pasien sekarang tidak bisa makan nasi, sekarang makan bubur 5- 6 sendok. Jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah bubur, lauknya ikan , telur,kadang daging ayam, sayur hijau, buah pepaya, pisang dan minumannya Air hangat 6- 7 gelas (2000 ml). Berat badan pasien saat sakit 53 kg. Pasien mengatakan tidurnya tidak nyenyak karena batuk terus menerus. Pasien mengatakan di siang hari biasa tidurnya 1-2 jam, bibir lembap, konjungtiva anemis BB sebelumnya 60 kg. Pasien mengatakan saat sakit pasien mudah lelah setelah berjalan karena sesak napas. makan dan minum dibantu istri anak dan perawat, Lap badan pagi dan sore dibantu anak dan perawat BAB dan BAK di toilet, berpakaian dan berpindah juga di bantu oleh keluarga dan perawat. BB saat ini 53 kg, bunyi napas tambahan ronchi, aktivitas dibantu keluarga

dan perawat. Pasien dan keluarga saat dirumah tidak menggunakan masker. Keadaan umum lemah, kesadaran Composmentis, tekanan darah : 144/108 mmHg, suhu : 36,5, Nadi : 88x/ menit, RR: 24x/ menit, Spo2 : 96%, CRT <3 detik , BB sebelumnya 60 kg, saat sakit BB 53 kg, Tinggi badan : 163 cm , IMT : 17,9 (kurang). Terpasang oksigen Nasal Canul 3 lpm, dada tampak simetris getaran yang teraba saat pasien bernapas atau berbicara. Frekuensi napas 24 x/ meni vokal fremitus teraba seluru paru, terdengar pekak, terpasang Infus Nacl 20 Tpm ditangan bagian kanan.

f. Klasifikasi Data

1) Data subyektif

Pasien mengatakan lemah, sesak napas sudah satu hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit. batuk kering, lendir tidak keluar sudah dua bulan lebih. keringat malam hari tanpa melakukan aktivitas. Keluarga pasien mengatakan pasien nafsu makan berkurang berkurang saat sakit, makan dalam sehari tiga kali, porsi sedikit. Pasien sekarang tidak bisa makan nasi, sekarang makan bubur 5- 6 sendok. Jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah bubur, lauknya ikan , telur,kadang daging ayam, sayur hijau, buah pepaya, pisang dan minumannya Air hangat 6- 7 gelas (2000 ml). Berat badan pasien saat sakit 53 kg. Pasien mengatakan tidurnya tidak nyenyak karena batuk terus menerus. Pasien mengatakan disiang hari biasa tidur 1-2 jam, BB sebelumnya 60 kg. Pasien mengatakan saat sakit pasien mudah lelah setelah berjalan karena sesak napas, makan dan minum dibantu istri anak dan perawat, Lap badan pagi dan sore dibantu anak dan perawat. BAB dan BAK dit toilet, berpakaian dan berpindah juga dibantu oleh keluarga dan perawat. Aktivitas dibantu keluarga dan perawat, pasien dan keluarga dirumah tidak menggunakan masker.

2) Data Objektif

Keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, tekanan Darah : 144/108 mmHg, Suhu : 36,5°c, Nadi : 88x/ menit, RR: 24x/ menit, SPO2 : 96%, CRT <3 detik , BB sebelumnya 60 kg, saat sakit BB 53 kg, Tinggi badan : 163 cm , IMT : 17,9 (kurang), terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm , dada tampak simetris getaran yang teraba saat pasien bernapas atau berbicara. Frekuensi napas 24 x/ menit, vokal fremitus teraba seluruh paru, terpasang infus Nacl 20 Tpm di tangan kanan. aktivitas dibantu keluarga dan perawat.

g. Analisa Data

No	Sign/ symptom	Etiologi	Problem
1	DS : pasien mengatakan batuk kering, lendir tidak keluar sudah dua bulan lebih DO : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak batuk kering terus-menerus lendir tidak keluar , dan Terpasang infus Nacl 20 Tpm ditangan kanan TTV: TD : 144/108 mmHg , Nadi : 88x/menit, RR:24x/menit, spO2 :96%, suhu :36,5 °c CRT : < 3 detik	Sekresi tertahan	Bersihkan jalan napas tidak aktif
2	DS : pasien mengatakan sesak napas sudah satu hari sebelum masuk rumah sakit DO : keadaan umum lemah, kesadaran komposmntis, pasien nampak sesak 24x/ menit, fremitus teraba seluruh paru, terdengar pekak, adanya bunyi napas tambahan ronchi. Terpasang infus Nacl 20 Tpm TTV: TD :144/108 mmHg, Nadi: 88x/menit, RR: 24x/menit, suhu : 36,5 °c SPO2 :96%	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
3	DS : pasien mengatakan mudah lelah setelah berjalan atau melakukan aktivitas karena sesak napas. DO : keadaan umum lemah,	Kelemahan	Intoleransi aktivitas

No	Sign/ symptom	Etiologi	Problem
	kesadaran composmentis, pasien nampak tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, aktivitas di bantu oleh keluarga dan perawat seperti lap badan pagi hari dan sore hari, membantu mengganti pakian , berpindah tempat, menyisir rambut, menggosok gigi berjalan ketoilet. Terpasang infus Nacl 20 Tpm, TTV: TD : 144/108 mmHg , Nadi : 88x/menit, RR: 24x/menit, SPO2 :96%, Suhu : 36,5 °c SGOT/AST: 53.1u/l SGPT/ALT: 47.0 u/l		
4	DS: pasien keluarga mengatakan dirumah tidak menggunakan masker DO : keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, pasien nampak batuk kering, lendir tidak keluar, dan disaat pasien batuk tidak menggunkan masker atau tisu 20 Tpm Terpasang infus Nacl TTV: TD : 144/108 mmHg, suhu : 36,5 °c, Nadi : 88x/menit, RR: 24x/menit, SPO2 : 96%	Peningkatan paparan orgaanisme pathogen lingkungan	Faktor Resiko pennebaran infeksi
5	Ds: pasien mengatakan saat sakit tidurnya tidak nyenyak karena batuk terus- menerus, pasien mengatakan disiang hari terkadang bisa tidur setelah diberi Nebu Combiven. Do: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, pasien nampak tidak bisa tidur karena batuk terus- menerus dan suasana ruangan yang ribut. Pasien terpasang infus Nacl 20 tpm, TTV: TD : 144/108 mmHg, Nadi : 88x/menit, suhu :36,5 °c, RR: 24x/menit, spO2 : 96%.	Batuk kering sesak napas, pencahayaan dan suara bising	Gangguan pola tidur

No	Sign/ symptom	Etiologi	Problem
6	Ds : keluarga pasien mengatakan pasien nafsu makan berkurang saat sakit, makan dalam sehari 3x, porsi sedikit pasien tidak bisa makan nasi makannya bubur 5-6 sendok, jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah makanan lunak , lauknya kadang ayam, kadang ikan, telur, sayur sup, buah pisang, pepaya, minum air 6-7 gelas (2000 ml), berat badan pasien saat sakit 53 kg. Do : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, BB : 53 kg, Tinggi badan : 163 cm, IMT : = 17,9 (kurang) Terpasang infus Nacl 20 Tpm. TTV: TD : 144/108 mmHg , suhu : 36,5 °c Nadi : 88x/menit, RR: 24x/menit, SPO2 :96%, HB :10.7-	Peningkatan kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan	Defisit Nutrisi

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan di tandai dengan :

Ds : pasien mengatakan batuk kering, lendir tidak keluar sudah dua bulan lebih

Do : keadan umu lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak batuk terus menerus, lendir tidak bisa keluar, bunyi napas ronchi.

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas di tandai dengan:

Ds : pasien mengatakan sesak napas sudah satu hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit

Do : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak sesak napas frekuensi napas 24x/ menit, volume fremitus paru, terdengar suara pekak, adanya bunyi napas tambahan ronchi

c. Intoleransi aktivitas berhubung dengan kelemahan di tandai dengan:

Ds : pasien mengatakan mudah lemah, setelah berjalan atau melakukan aktivitas karena sesak napas.

Do : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak tidak bisa melakukan aktifitas secara mandiri, aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat seperti lab badan pagi hari dan sore hari, membantu mengganti pakian, berpindah tempat, menyisir rambut, menggosok gigi, berjalan ke toilet.

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

Ds : pasien dan keluarga mengatakan dirumah tidak menggunakan masker

Do : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak batuk lendir tidak keluar, dan batuknya tidak menutup mulut.

e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan di tandai dengan

Ds : pasien mengatakan saat sakit tidurnya tidak nyenyak, karena batuk terus –menerus, pasien mengatakan disiang hari kadang bisa tidur setelah diberi nebu combiven.

Do : keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, pasien nampak tidak bisa tidur karena batuk terus menerus dan suasana di ruangan ribut

Td : 144/108 mmHg , nadi : 88x/menit, RR: 24x/menit, SPO2 :96%. Suhu : 36,5 °c

f. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme yang ditandai dengan:

DS : Keluarga pasien mengatakan pasien nafsu makan berkurang saat sakit, makan dalam sehari 3x, porsi sedikit pasien tidak bisa makan nasi makan bubur 5-6 sendok, jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah makanan lunak, lauknya kadang ayam, kadang ikan, telur, sayur sup, buah pisang dan biasanya pasien minum air hangat 6-7 gelas (2000 ml) ,berat badan pasien saat sakit 53 kg badannya turun kurang lebih sejak enam bulan yang lalu.

DO: keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, , BB sebelum sakit 60 kg. saat sakit BB 53 kg, Tinggi Bada 163 cm, IMT: = 17,9 (Kurang).

3. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tetahan ditandai dengan, Ds : pasien mengeluh sesak napas, atuk kering, lendir tidak keluar sudah dua bulan lebih. Do : pasien tampak batuk kering, lendir tidak keluar, bunyi napas ronchi, TTV : TD : 144/108 mmHg, Nadi : 88x/ menit, SPO2 : 96%, Suhu : 36,5 °c , RR : 24x/ menit.	Luaran utama : bersihan jalan napas Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil : a. Batuk efektif meningkat 5 b. Produksi sputum menurun 5 c. Dispnea membaik 5 d. Frekuensi napas membaik 5	Intervensi : Latihan batuk efektif Observasi a. Identifikasi kemampuan batuk b. Monitor adanya retensi sputum Terapeutik c. Posisikan semi fowler atau fowler d. Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien e. Buang sputum pada tempatnya Edukasi f. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif g. Anjurkan Tarik napas melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir dalam posisi dibulatkan selama 8 detik. Anjurkan mengulangi taruk napas dalam hingga 3 kali h. Anjurkan batuk kuat langsung setelah Tarik napas dalam	a. Rasional : Teknik batuk yang dilakukan untuk mengeluarkan dahak dengan menghemat energy b. Rasional : Mengetahui ada tidaknya produksi sputum yang berlebihan yang dapat mengakibatkan obstruksi jalan napas c. Rasional : Duduk tinggi memungkinkan ekspansi paru dan mempermudah pernapasan d. Rasional : Agar sputum tidak mengotori pasien dan tempat tidur e. Rasional : Zat lendir yang dihasilkan saluran pernapasan, harus dibuang ke tempat yang tepat karena mengandung bakteri berbahaya f. Rasional : Pasien dapat memahami tentang tujuan dan prosedur dari batuk efektif

			ketiga Kolaborasi i. Kolaborasi pemberian ekspektoran	g. Rasional : merelaksasikan otot-otot pernapasan pada saat melakukan teknik napas dalam h. Rasional : Sekret yang tertumpuk atau tertahan dapat dikeluarkan dengan mudah i. Rasional : Membantu mengencerkan dahak dan membantu membersihkan jalan napas pasien
2	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan, Ds : pasien mengeluh sesak napas sudah satu hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit Do : keadaan umum lemah, pasien nampak sesak 24x/ menit, fremitus teraba seluruh paru, terdengar pekak, adanya bunyi napas tambahan ronchi terpasang oksigen nasal canul 3 lpm,TTV : TD : 144/108 mmHg, Nadi : 88x/menit SPO2 : 96%, Suhu	Luaran utama : Pola napas Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah pola napas tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil : a. Pol a napas membaik 5 b. Pen ggunaan otot bantu pernapasan menurun 5 c. Per napasan cuping hidung menurun 5	Intervensi : Manajemen jalan napas Observasi a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas) b. Berikan minum hangat c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik d. Posisikan fowler dan semi fowler e. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik f. Berikan oksigen Edukasi g. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari h. Ajarkan teknik batuk efektif	a. Rasion al : Penilaian pola pernapasan harus dilakukan terutama pada klien dengan gangguan pernafasan untuk mengetahui adanya abnormalitas yang terjadi b. Rasion al : Mempermudah pengeluaran sputum c. Rasion al : Karakteristik sputum dapat menunjukkan berat ringannya obstruksi d. Rasional : Meningkatkan kenyamanan pasien saat

	: 36,5 °c , RR : 24x/ menit.	d. kuensi napas membaik 5	Fre	Kolaborasi i. Kolaborasi pemberian bronkodilator Rasional : mempercepat proses dilatasi spasme	bernapas e. Rasional : lendir yang menumpuk pada saluran pernapasan dapat menyebabkan sumbatan jalan napas f. Rasional : memaksimalkan pernapasan, dan mencegah terjadinya hipoksia dan kegagalan napas serta tindakan untuk penyelamatan hidup g. Rasional : cairan diperlukan keseimbangan tubuh h. Rasional : Batk efektif daot merangsang sputum sehingga bisa dikeluarkan Rasional : mempercepat proses dilatasi spasme
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan : Ds : pasien mengatakan mudah lelah setelah berjalan atau melakukan aktivitas karena sesak napas Do : keadaan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :		Intervensi : Manajemen energi Observasi : a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan b. monitor kelahan fisik	a. Rasional : untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien b. Rasional : untuk mengetahui tingkat akibat kelelahan fisik c. Rasional : untuk mengetahui lokasi dan tingkat kenyamanan pasien

	umum lemah, pasien tampak tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat seperti lab badan pagi hari dan sore hari, membantu mengganti pakian, berpindah tempat, menyisir rambut, menggosok gigi, berjalan ke toilet. Terpasang infus Nacl 20 tpm ditangan sebelah kanan. SGOT/AST : 52.3, SGPT/ ALT : 47.0	a. Kemudahan melakukan aktivitas sehari –hari meningkat b. Kecepatan berjalan meningkat c. Keluhan lemah menurun d. Dispnea saat beraktivitas menurun e. Perasaan lemah menurun	c. monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik d.sediakan lingkungan yang nyaman renda stimulus e. lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif f. fasilitas duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi g.anjurkan tirah baring h. anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap i.anjurkan menghubungkan perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang	selama melakukan aktifitas d. Rasional : untuk memberikan rasa nyaman pada pasien e. Rasional : membantu meningkatkan rentang gerak ppasien f. Rasional : untuk melatih gerak mobilisasi pasien selama dirawat g. Rasional : aktivitas latihan sehari –hari dapat membantu meningkatkan mobilitas dan fleksibilitas pasien, sehingga pasien dapat melakukan aktiitas sehari- hari dengan lebih mudah h. Rasional : agar tidak memperberat kondisi pasien saat beraktivitas i. Rasional : untuk melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekauan otot maupun sendi j. Rasional : untuk mengidentifikasi rencana tindakan selanjutnya
4	Defisit nutris berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan keengganan untuk makan ditandai	Luaran utama Status nutrisi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam	ntervensi : Manajemen nutrisi Observasi a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi makanan yang	a. Rasional : mengetahui status nutrisi pasien sehingga menentukan intervensi yang diberikan

	dengan : Ds : keluarga pasien mengatakan nafsu makan berkurang saat sakit, makan dalam sehari tiga kali, porsi sedikit, pasien tidak bisa makan nasi, makan bubur 5-6 sendok, jenis makanan yang dikonsumsi pasien adalah makanan lunak, lauknya kadang ayam, ikan dan telur, sup, buah pisang dan pepaya, minum air 6-7 gelas (2000ml), BB saat sakit 53 kg,. Do : Pasien nampak pucat, Penurunan berat badan dari 60kg 53kg, IMT 17,9 (Berat badan kurang),	diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : a. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 5 b. Berat badan membaik 5 c. Nafsu makan membaik 5 Membran mukosa membaik 5	disukai c. Monitor asupan makanan d. Monitor berat badan Terapeutik e. Lakukan oral hygiene sebelum makan dan sesudah makan f. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai Edukasi g. Ajarkan diet yang di programkan Kolaborasi h. Kolaborasi dengan ahli gizi mengetahui status nutrisi klien sehingga dapat menentukan intervensi yang diberikan untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan	b. Rasional : Meningkatkan nafsu makan c. Rasional : menilai asupan makanan yang adekuat d. Rasional : nutrisi yang dikonsumsi sangat berpengaruh mempengaruhi berat badan e. Rasional : Mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan f. Rasional : Meningkatkan keinginan untuk makan g. Rasional : Memperbaiki kebutuhan nutrisi Diet yang tepat dapat menurunkan masalah kebutuhan nutrisi
5	Gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk kering, sesak napas, pencahayaan dan kebisingan ditandai dengan : Ds : pasien mengatakan tidak	Luaran utama : Pola tidur Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria	Intervensi : Dukungan tidur Observasi a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur b. Identifikasi faktor pengganggu tidur	a. Rasional : Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien untuk memahami kebutuhan tidur dan aktivitas mereka, serta untuk mengidentifikasi

bisa tidur dan tidak nyaman karena batuk terus menerus Do : pasien nampak tidak bisa tidur karena batuk terus menerus dan tidak nyaman dengan suasana yang ribut.	hasil :	(fisik/psikologis)	potensi gangguan tidur.
	a. Keluhan sulit tidur menurun 5	c. Identifikasi makanan atau minuman yang mengganggu tidru (kopi, the, alkohol)	b. Rasional : mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat mengganggu tidur pasien, seperti nyeri, kecemasan, atau depresi, untuk dapat mengambil tindakan yang tepat untuk mengatasi gangguan tersebut.
	b. Keluhan sering terjaga menurun 5	d. Identifikasi obat tidur yang di konsumsi	
	c. Keluhan tidak puas tidur menurun 5	Terapeutik	
	d. Keluhan pola tidur berubah menurun 5	f. Modifikasi lingkungan (mis.pencahayaan, kebisingan, dan tempat tidur)	
	e. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 5	g. Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i>	c. Rasional : Mengidentifikasi makanan atau minuman yang dapat mengganggu tidur pasien, seperti kopi, teh, atau alkohol, untuk dapat memberikan saran tentang cara menghindari atau mengurangi konsumsi tersebut sebelum tidur.
		h. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur	
		i. Lakukan prosedur yang meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi tidur)	
		Edukasi	
		j. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	d. Rasional : Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi pasien untuk memahami potensi interaksi dengan obat lain atau efek samping yang dapat mempengaruhi
		k. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur	

kualitas tidur.

- e. Rasional :
Memberikan terapi yang tepat untuk mengatasi gangguan tidur, seperti terapi relaksasi, terapi kognitif, atau terapi farmakologis.
 - f. Rasional :
Membatasi waktu tidur siang untuk menghindari gangguan tidur malam dan membantu pasien tidur lebih baik di malam hari
 - g. Rasional :
Membantu pasien menghilangkan stres dan kecemasan sebelum tidur dengan teknik relaksasi, seperti meditasi, yoga, atau teknik pernapasan dalam.
 - h. Rasional :
Melakukan prosedur yang meningkatkan kenyamanan pasien, seperti pijat atau pengaturan posisi tidur, untuk membantu pasien tidur lebih baik.
 - i. Rasional :
-

				Memberikan edukasi kepada pasien tentang pentingnya tidur yang cukup dan cara-cara untuk meningkatkan kualitas tidur.
			j.	Rasional : Mengajarkan pasien untuk menepati kebiasaan waktu tidur yang teratur untuk membantu mengatur ritme tubuh dan meningkatkan kualitas tidur. Mengajarkan pasien untuk menepati kebiasaan waktu tidur yang teratur untuk membantu mengatur ritme tubuh dan meningkatkan kualitas tidur.
6	Faktor resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan ditandai dengan : Ds : pasien dan keluarga mengatakan dirumah idak menggunakan masker	Luaran utama : Tingkat infeksi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan penyebaran infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil : a. Menggunakan masker meningkat 5	Intervensi utama : Pencegahan infeksi Observasi a. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik b. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan	a. Rasional : Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dapat membantu mendeteksi infeksi dini, sehingga dapat dilakukan intervensi yang tepat untuk mencegah penyebaran infeksi b. Rasional :

Do : Nampak pasien dan keluarga tidak menggunakan masker	b. Kebersihan tangan meningkat 5	lingkungannya	Penyebaran infeksi dapat terjadi ketika kontak dengan pasien yang mengalami tuberculosis, cuci tangan dapat mengurangi risiko infeksi
	c. Etika batuk meningkat 5	c. Batasi pengunjung	
		Edukasi	
		d. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	
		e. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	
			c. Rasional : Pencegah terjadinya penularan infeksi tuberculosis
			d. Rasional : Mengurangi penyebaran infeksi
			e. Rasional : Etika batuk yang baik dapat mencegah penularan penyakit yang disebabkan oleh virus, bakteri, dan mengurangi risiko infeksi pada orang lain
			f. Rasional : Mengurangi penyebaran infeksi

4. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

a. Implemenasi hari pertama tanggal 28 Juni 2025

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi tertahan Ds : pasien mengatakan sesak napas, batuk kering , lendir tidak keluar sudah dua bulan lebih Do : pasien tampak batuk terus menerus, lendir tidak keluar, bunyi napas ronchi, TTV : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5 °c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%	Sabtu,28 Juni 2025	08:00 WITA	1.Mengukur tanda-tanda wital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5 °c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%, menggunakan oksigen nasal kanul 3 lpm. 2. mengidenifikas kemampuan batuk pasien, hasil : pasien nampak batuk terus menerus, lendir tidak bisa keluar. 3. memonitor adanya retensi sputum, hasil: sputum tidak bisa keluar. 4. melakukan fisioterapi dada, hasil : membantu mengencerkan dahak 5. mengajak pasien disaat batuk memakai masker, hasil: pasien melakukan 6. melatih batuk efektif, hasil :pasien mampu batuk dan dahak tidak bisa keluar. 7.menjelaskan tujuan dan prosedur batuk kepada pasien untuk mengeluarkan lendir atau benda asing dari saluran pernapasan, hasil:	S: pasien mengatakan masih batuk kering, lendir tidak bisa keluar O: keadaan umum lemah, pasien nampak batuk kering, lendir tidak bisa keluar tanda-tanda vital pasien, hasil: TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5 °c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%, menggunakan oksigen nasal kanul 3 lpm. A : masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan

				pasien memahami dan mau mengikuti anjuran	
			09:15 WITA	8. menganjurkan pasien untuk minum air hangat, hasil : bertujuan untuk mengencerkan dahak	
			09:30 WITA	9. mengajarkan keluarga dan pasien cara uap manual untuk mengencerkan dahak dan bisa mengeluarkan dahak dengan menggunakan air panas yang dituangkan di ember atau baskom kemudian uapkan minyak kayu putih meminta pasien menutup area kepala dengan posisi ember dibawah lalu hirupkan, hasil : pasien mengikuti	
2	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan, Ds : pasien mengeluh sesak napas Do : keadaan umum lemah, pasien tampak sesak napas frekuensi napas, 24x/ menit, adanya retraksi dinding dada, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm,	Sabtu,28 Juni 2025	09: 45 WITA	1.Mengukur tanda-tanda wital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°C, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%, menggunakan oksigen nasal kanul 3 lpm.	S : Pasien mengatakan masih sesak napas O : keadaan umum lemah, pasien tampak sesak napas, bunyi napas ronchi dengan frekuensi napas 24x/ menit, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, aada retraksi dinding dada. tanda-tanda vital
			09:50 WITA	2. memonitor adanya bunyi napas tambahan, hasil : bunyi napas ronchi	
			10:00 WITA	3. mengatur posisi semi folwer pada pasien dengan menikn bed tempat	

	TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%,			tidur keposisi setengah duduk dan meninggikan bantal dibelakang punggung pasien , hasil : pasien nampak setengah duduk dan merasa sedikit lebih nyaman untuk bernapas. 4. membantu dan memberikan memasang oksigen nasal kanul 3 lpm, hasil : sesak sedikit berkurang. 5. menganjurkan pasien untuk selalu minum air hangat, hasil : pasien mengikuti dan sering minum air.	pasien, hasil: TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%, menggunakan oksigen nasal kanul 3 lpm. A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan, Ds : pasien mengatakan mudah lemah setelah berjalan atau melakukan aktivitas karena sesak napas Do : keadaan umum lemah, pasien nampak tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, aktivitts dibantu oleh keluarga dan perawat seperti lab badan pagi hari dan sore hari,	Sabtu,28 Juni 2025	10:15 WITA	1. Mengukur tanda- tanda wital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96% 2. mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan, hasil : pasien masih lemah dan tidak bisa beraktivitas karena sesak napas 3. membantu pasien untuk berjalan ktoilet, hasil : keluarga dan perawat membantu pasien berjalan ketoilet. 4. membantu pasien seperti lab badan,	S : pasien mengataka masih merasa lemah, karena sesak napasyang menyebabkan belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri Do : keadaan umum lemah, pasien nampak lemah karena sesak napas setelah beraktivitas, seperti ketoilet, berpindah tempat. tanda- tanda vital pasien, hasil: TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR
			10:10 WITA		
			10:20 WITA		
			10:25 WITA		

	mengganti pakian, berpindah tempat, menyisir rambut, menggosok gigi, berjalan ketoilet. tandaa wital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%,		10:30	menyisir rambut, mengganti pakian dan menggosok gigi, hasil pasien tampak bersih dan rapih. 5. membantu memberi pasien makan sekaligus menyuapi, hasil : pasien tampak kenyang, dan psien mengatakan dirinya blum bisa makan sendiri karena masih merasah lemah.	:24x/ menit, SPO2 : 96%, dan terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P : intervensi dilanjutkan \
4	Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkaan kebutuhan metabolisme ditandai dengan, Ds : keluarga pasien mengatakan pasien nafsu makan berkurang saat sakit, makan dalam sehari 3 kali dengan porsi sedikit, pasien tidak bisa makan nasi, yang dikonsumsi pasien yaitu bubur 6-7 sendok, jenis makan yang dikonsumsi pasien adalah makanan lunak, lauknya kadang ikan , daging ayan, sayur hujau dan tahu tempe, buah pisang , pepaya dan alpukat, minumannya Air	Sabtu 28 Juni 2025	08:20 WITA 09: 17 WITA 09:20 WITA 09:25 WITA	1. Mengukur tanda-tandaa wital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96% 2. mengidentifikasi status nutrisi pasien, hasil : status nutrisi kurang (kurus) dengan indeks masa tubuh 17,9. 3. mengukur berat badan pasien, hasil : berat badan 53 kg 4. memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga untuk makan, makanan yang tinggi protein dan tinggi kalori seperti daging sapi sesekali, kacang- kacang, telur, buah- buahan seperti alpukat, pisang, pepaya dan tahu tempe, hasil : keluarga dan pasien	S : Pasien mengatakan sudah bisa menghabiskan setengah porsi makan yang disediakan, tidak bisa makan nasi makan bubur. O : keadaan umum baik, menghabiskan 6-7 sendok makan dengan porsi yang sediakan , BB : 53 kg, TB: 163 cm , IMT : 17,9 (kurang) A : Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan

	hangat 6-7 gelas sehari Do : keadaan umum lemah, pasien nampak pucat, penurunan berat badan dari 60 kg turun ke 53 kg, IMT 17,9 (berat badan kurang)		09:30 WITA	memahami dan melakukan. 5. enganjurkan kepada pasien untuk melakukan oral hygiene sebelum makan dan sesudah makan agar nafsu makan meningkat, hasil : pasien merasa lebih nyaman dan nafsu makan meningkat	
			10:40 WITA	6. menganjurkan pasien utuk makan-makanan dalam porsi hangat agar daya tarik pasien untuk makan meningkat, hasil : nafsu makan pasien meningkat dan membaik	
5	Gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk terus menerus ditandai dengan Ds : pasien mengatakan sulit tidur dan tidak nyaman karena batuk terus-menerus Do : keadaan umum lemah, pasien nampak mengantuk, nampak tidak bisa tidur karena batuk terus menerus dan suasana diruangan ribut. tandaa wital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR	Sabtu 28 Juni 2025	11:25 WITA	1. Mengukur tanda-tandaa wital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%	S : pasien mengatakan tidak bisa tidur karena batuk terus menerus dan suara bising dari keluarga pasien
			11:30 WITA	2. mengidentifikasi pola aktivitas tidur, hasil : pasien mengatakan dirinya susah tidur, bahkan tidak bisa tidur sam sekali karena batuk.	O : keadaan umum lemah , mata sayup, dan batuk terus menerus
			11: 35 WITA	3. memodifikasi lingkungan, faktor penganggu tidur, hasil : pasien tidak bisa tidur karena kebisingan suara dari keluarga dan pengunjung pasien lain, pada malam hari lampuh tidak	A : gangguan pola tidur belum teratasi P : intervensi dilanjutkan

	:24x/ menit, SPO2 : 96%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm		11:40 WITA	dimatikan menyebabkan pasien tidak bisa tidur 4. menjelaskn dan memberikan edukasi pada pasien tentang pentingnya tidur, hasil : pasien tidur dengan baik	
6	Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan Ds : pasien dan keluarga mengatakan dirumah tidak menggunakan masker Do : nampak pasien tidak menggunakan masker disaat batu, dan keluarga tidak menggunakan masker	Sabtu 28 Juni 2025	11:55 WITA 12:00 WITA 12: 30 WITA 13:35 WITA	1. Mengukur tanda-tandaa wital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5° c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96% 2. membatasi jumlah pengunjung , hasil keluarga memahami 3. menjelaskan pada pasien dn keluargaa cara mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak langsung dengan pasien dan lingkungan untuk menghindari dati penularan., hasil : pasien pasien dan keluarga mau mengikuti 4. menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk menggunakan APD (mis, masker) jika berada dalam ruangan	S : pasien mengatakan sudah paham dan akan melakukan bila berada dalm ruangan maupun diluar ruangan O : keadaan umum baik, pasien nampk paham dan akan melakukan apa yang telah dijelaskan dan diajarkan A : masalah resiko infeksi sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan

b. Implementasi hari kedua tanggal 29 Juni 2025

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi tertahan Ds : pasien mengatakan sesak napas, batuk kering , lendir tidak keluar sudah dua bulan lebih Do : pasien tampak batuk terus menerus, lendir tidak keluar, bunyi napas ronchi, TTV : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5 °c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%	Minggu 29 Juni 2025	08:00 WITA	1.Mengukur tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5 °c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%, menggunakan oksigen nasal kanul 3 lpm. 2. mengidentifikasi kemampuan batuk pasien, hasil : pasien nampak batuk terus menerus, lendir tidak bisa keluar. 3. memonitor adanya retensi sputum, hasil: sputum tidak bisa keluar. 4. melakukan fisioterapi dada, hasil : membantu mengencerkan dahak 5. mengajurkan pasien disaat batuk memakai masker, hasil: pasien melakukan 6. melatih batuk efektif, hasil :pasien mampu batuk dan dahak tidak bisa keluar. 7.menjelaskan tujuan dan prosedur batuk kepada pasien untuk	S: pasien mengatakan masih batuk kering, lendir tidak bisa keluar O: keadaan umum lemah, pasien nampak batuk kering, lendir tidak bisa keluar tanda-tanda vital pasien, hasil: TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5 °c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%, menggunakan oksigen nasal kanul 3 lpm. A : masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
			08:10 WITA		
			08:25 WITA		
			08:39 WITA		
			08:50 WITA		
			08:55 WITA		
			09:15 WITA		

				mengeluarkan lendir atau benda asing dari saluran pernapasan, hasil: pasien memahami dan mau mengikuti anjuran 8. menganjurkan pasien untuk minum air hangat, hasil : bertujuan untuk mengencerkan dahak 9. mengajarkan keluarga dan pasien cara uap manual 1 untuk mengencerkan dahak dan bisa mengeluarkan dahak dengan menggunakan air panas yang dituangkan di ember atau baskom kemudian uangkan minyak kayu putih meminta pasien menutup area kepala dengan posisi ember dibawah lalu hirupkan, hasil : pasien mengikuti	
2	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan, Ds : pasien mengeluh sesak napas Do : keadaan	Minggu 29 Juni 2025	09: 45 WITA	1. Mengukur tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR : 24x/ menit, SPO2 : 96%, menggunakan oksigen nasal	S : Pasien mengatakan masih sesak napas O : keadaan umum lemah, pasien tampak sesak napas, bunyi napas ronchi dengan

			umum lemah, pasien tampak sesak napas frekuensi napas, 24x/ menit, adanya retraksi dinding dada, terpasang O ₂ nasal kanul 3 lpm, TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO ₂ : 96%,	09:50 WITA	kanul 3 lpm. 2. memonitor adanya punti napas tambahan, hasil :	frekuensi napas 24x/ menit, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, ada retraksi dinding dada. tanda- tanda vital pasien, hasil: TD :
				10:00 WITA	3. mengatur posisi semi Fowler pada pasien dengan meningkatkan tempat tidur keposisi setengah duduk dan meninggikan bantal dibelakang punggung pasien , hasil : pasien nyaman untuk bernapas.	hasil: TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO ₂ : 96%, menggunakan oksigen nasal kanul 3 lpm.
				10:05 WITA	4. membantu dan memberikan memasang oksigen nasal kanul 3 lpm, hasil : sesak sedikit berkurang.	A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
				10:10 WITA	5. menganjurkan pasien untuk selalu minum air hangat, hasil : pasien mengikuti dan sering minum air.	
				10:15 WITA	1. Mengukur tanda- tanda vital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO ₂ : 96% 2. mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan, hasil : pasien masih lemah	S : pasien mengatakan masih merasa lemah, karena sesak napas yang menyebabkan belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri Do : keadaan umum lemah, pasien nampak lemah karena
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan, Ds : pasien mengatakan mudah lemah setelah berjalan atau melakukan aktivitas karena sesak napas Do : keadaan	Minggu 29 Juni 2025				

	umum lemah, pasien nampak tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, aktivitasss dibantu oleh keluarga dan perawat seperti lab badan pagi hari dan sore hari, mengganti pakian, berpindah tempat, menyisir rambut, menggosok gigi, berjalan ketoilet. tandaa wital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%,		10:20 WITA	dan tidak bisa beraktivitas karena sesak napas	sesak napas setelah beraktivitas, seperti ketoilet, berpindah tempat. tanda-tanda vital pasien, hasil: TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%, dan terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm
			10:25 WITA	3. membantu pasien untuk berjalan ketoilet, hasil : keluarga dan perawat membantu pasien berjalan ketoilet.	
			10:30	4. membantu pasien seperti lab badan, menyisir rambut, mengganti pakian dan menggosok gigi, hasil pasien tampak bersih dan rapih.	
				5. membantu memberi pasien makan sekaligus menyuapi, hasil : pasien tampak kenyang, dan psien mengatakan dirinya blum bisa makan sendiri karena masih merasah lemah.	A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P : intervensi dilanjutkan \\
4	Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme ditandai dengan, Ds : keluarga pasien mengatakan pasien nafsu makan berkurang saat sakit, makan dalam sehari 3 kali dengan porsi sedikit, pasien	Minggu 29 Juni 2025	08:20 WITA	1. Mengukur tanda-tandaa wital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%	S : Pasien mengatakan sudah bisa menghabiskan setengah porsi makan yang disediakan, tidak bisa makan nasi makan bubur.
			09: 17 WITA	2. mengidentifikasi status nutrisi pasien, hasil : status nutrisi kurang (kurus)	O : keadaan umum baik, menghabiskan 6-7 sendok makan dengan porsi yang sediakan ,
			09:20 WITA	dengan indeks masa tubuh 17,9.	BB : 53 kg, TB:
				3. mengukur berat	

	tidak bisa makan nasi, yang dikonsumsi pasien yaitu bubur 6-7 sendok, jenis makan yang dikonsumsi pasien adalah makanan lunak, lauknya kadang ikan, daging ayam, sayur hujau dan tahu tempe, buah pisang, pepaya dan alpukat, minumnya Air hangat 6-7 gelas sehari Do : keadaan umum lemah, pasien nampak pucat, penurunan berat badan dari 60 kg turun ke 53 kg, IMT 17,9 (berat badan kurang)		09:25 WITA	badan pasien, hasil : berat badan 53 kg 4. memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga untuk makan, makanan yang tinggi protein dan tinggi kalori seperti daging sapi sesekali, kacang-kacangan, telur, buah-buahan seperti alpukat, pisang, pepaya dan tahu tempe, hasil : keluarga dan pasien memahami dan melakukan. 5. enganjurkan kepada pasien untuk melakukan oral hygiene sebelum makan dan sesudah makan agar nafsu makan meningkat, hasil : pasien merasa lebih nyaman dan nafsu makan meningkat 6. menganjurkan pasien untuk makan-makanan dalam porsi hangat agar daya tarik pasien untuk makan meningkat, hasil : nafsu makan pasien meningkat dan membaik	163 cm, IMT : 17,9 (kurang) A : Masalah defisit nutrisi sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan
			09:30 WITA		
			10:40 WITA		
5	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan Ds : pasien	Minggu 29 Juni 2025	11:25 WITA	1. Mengukur tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°C, RR	S : pasien mengatakan tidak bisa tidur karena batuk terus menerus dan suara bising

	mengatakan sulit tidur dan tidak nyaman karena batuk terus-menerus Do : keadaan umum lemah, pasien nampak mengantuk, nampak tidak bisa tidur karena batuk terus menerus dan suasana diruangan ribut. tandaa wital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm		11:30 WITA	2. mengidentifikasi pola aktivitas tidur, hasil : pasien mengatakan dirinya susah tidur, bahkan tidak bisa tidur sam sekali karena batuk. 3. memodifikasi lingkungan, faktor penganggu tidur, hasil : pasien tidak bisa tidur karena kebisingan suara dari keluarga dan pengunjung pasien lain, pada malam hari lampu tidak dimatikan menyebabkan pasien tidak bisa tidur	dari keluarga pasien O : keadaan umum lemah , mata sayup, dan batuk terus menerus A : gangguan pola tidur belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
			11: 35 WITA	4. menjelaskn dan memberikan edukasi pada pasien tentang pentingnya tidur, hasil : pasien tidur dengan baik	
			11:40 WITA		
6	Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan Ds : pasien dan keluarga mengatakan dirumah tidak menggunakan	Minggu 29 Juni 2025	11:55 WITA	1. Mengukur tanda-tandaa wital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96% 2. membatasi jumlah pengunjung , hasil keluarga memahami 3. menjelaskan pada pasien dn keluargaa cara	S : pasien mengatakan sudah paham dan akan melakukan bila berada dalm ruangan maupun diluar ruangan O : keadaan umum baik, pasien nampk paham dan akan melakukan apa yang telah dijelaskan dan diajarkan
			12:00 WITA		

masker Do : nampak pasien tidak menggunakan masker disaat batu, dan keluarga tidak menggunakan masker Tanda- tanda vital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm.	12: 30 WITA	mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak langsung dengan pasien dan lingkungan untuk menghindari dat penularan., hasil : pasien pasien dan keluarga mau mengikuti 4. menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk menggunakan APD (mis, masker) jika berada dalam ruangan	A : masalah resiko infeksi sudah teratasi P : intervensi dilanjutkan
	13:35WITA		

CATATAN PERKEMBANGAN TANGGAL 30 JUNI 2025

No	Diagnosa keperawaan	Hari / Tanggal	Catatan perkembangan
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi tertahan Ds : pasien mengatakan sesak napas, batuk kering , lendir tidak keluar sudah dua bulan lebih Do : pasien tampak batuk terus menerus, lendir tidak keluar, bunyi napas ronchi, TTV : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5 °c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%	Senin 30 Juni 2025	Jam 08: 30 WITA S : pasien mengatakan masih batuk kering, lendir tidak bisa keluar O : keadaan umum lemah, pasien nampak batuk kering lendir tidak bisa keluar A : masalah bersihan jalan napas belum teratasi P : intervensi dilanjutkan I : a. jam 08:45 WITA mengidenifikas kemampuan batuk pasien b. jam 08:50 WITA memonitor adanya retensi sputum c. Jam 09:00 WITA melakukan fisioterapi dada, untuk membantu mengencerkan dahak d. Jam 09:10 WITA mengajurkan pasien disaat batuk memakai masker e. Jam 09:15 WITA menanjurkan pasien untuk melakukan latihan batuk efektif agar dapat mengeluarkan dahak f. Jam 09:25 WITA menjelaskan tujuan

			dan prosedur batuk kepada pasien untuk mengeluarkan lendir atau benda asing dari saluran pernapasan g. Jam 09:30 WITA menganjurkan pasien untuk minum air hangat, bertujuan untuk mengencerkan dahak h. Jam 09:35 WITA mengajarkan keluarga dan pasien cara uap manual untuk mengencerkan dahak dan bisa mengeluarkan dahak dengan menggunakan air panas yang dituangkan di ember atau baskom kemudian uapkan minyak kayu putih meminta pasien menutup area kepala dengan posisi ember dibawah lalu hirupkan. E. Jam 09:40 WITA keadaan umum lemah, pasien nampak nampak batuk kering, lendir tidak bisa keluar, tanda – tanda vital, TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5 °c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%
2	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan, Ds : pasien mengeluh sesak napas Do : keadaan umum lemah, pasien tampak sesak napas frekuensi napas, 24x/ menit, adanya retraksi dinding dada, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5 °c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%,	Senin 30 Juni 2025	S : pasien mengatakan masih sesak napas O : keadaan umum lemah, , pasien nampak sesak dengan frekuensi napas 24x/ menit, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, adanya retraksi dinding dada, , bunyi napas tambahan ronchi A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P : intervensi dilanjutkan I : 2) Jam 10:00 WITA memonitor pola napas dengan frekuensi napas 24x/menit 3) Jam 10:05 WITA memonitor adanya bunyi napas tambahan ronchi E. Jam 10:45 WITA keadaan umum lemah, pasien nampak sesak dengan frekuensi napas 24x/ menit , adanya bunyi napas tambahan ronchi , terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan,	Senin 30 Juni 2025	S : pasien mengatakan lemah, setelah melakukan aktifitas karena sesak napas O : keadaan umum lemah, pasien nampak lemas, belum bisa melakukan aktivitas

	Ds : pasien mengatakan mudah lemah setelah berjalan atau melakukan aktivitas karena sesak napas Do : keadaan umum lemah, pasien nampak tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat seperti lab badan pagi hari dan sore hari, mengganti pakian, berpindah tempat, menyisir rambut, menggosok gigi, berjalan ketoilet. Tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%		secara mandiri karena sesak napas A : Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan I : a. Jam 10:50 WITA membantu pasien lab badan dengan menggunakan air dan sabun, mengganti pakian , menyisir ramut, membantu mengantar pasien ketoile. E. Jam 10:55 WITA keadaan umum lemas, pasien nampak lemah belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri. Tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96
4	Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme ditandai dengan, Ds : keluarga pasien mengatakan pasien nafsu makan berkurang saat sakit, makan dalam sehari 3 kali dengan porsi sedikit, pasien tidak bisa makan nasi, yang dikonsumsi pasien yaitu bubur 6-7 sendok, jenis makan yang dikonsumsi pasien adalah makanan lunak, lauknya kadang ikan , daging ayam, sayur hijau dan tahu tempe, buah pisang , pepaya dan alpukat, minumannya Air hangat 6-7 gelas sehari	Senin 30 Juni 2025	S : pasien mengatakan nafsu makan sudah membaik, makanan yang dikonsumsi yaitu bubur dalam porsi sedikit dan dihabiskan O : Keadaan umum membaik, pasien nampak mampu menghabiskan porsi makan yang disediakan, BB : 53 kg. A : Intervensi dilanjutkan I : a. Jam 11: 00 WITA memberikan edukasi pada pasien dan keluarga untuk makan tinggi protein dan tinggi kalori b.menganjurkan pada pasien untuk melakukan oral hygiene sebelum makan agar nafsu makan meningkat, c.menganjurkan makanan dalam porsi hangat agar daya tarik pasien untuk makan meningkat E. Jam 11:10 WITA keadaan umum baik, pasien dan keluarga nampak paham dengan penjelasan yang diberikan oleh perawat mengenai pentingnya kebutuhan nutrisi yang seimbang bagi tubuh. Tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg,

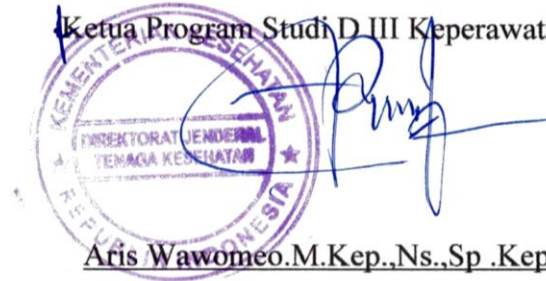
	Do : keadaan umum lemah, pasien nampak pucat, penurunan berat badan dari 60 kg turun ke 53 kg, IMT 17,9 (berat badan kurang)		Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x / menit, SPO2 : 96%, BB : 53 kg, IMT : 17,9 (Kurang)
5	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan Ds : pasien mengatakan sulit tidur dan tidak nyaman karena batuk terus- menerus Do : keadaan umum lemah, pasien nampak mengantuk, nampak tidak bisa tidur karena batuk terus menerus dan suasana diruangan ribut. Tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm	Senin 30 Juni 2025	S : pasien mengatakan tidak bisa tidur karena batuk terus menerus dan suara bising dari keluarga pasien O : keadaan umum baik, mata tamapak sayup Tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm A : Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan I : a. Jam 11:45 WITA memberikan edukasi kepada pasien tentang pentingnya tidur membantu sistem kekebalan tubuh yang berfungsi lebih efektif , dan membantu melawan infeksi TB untuk mempercepat penyembuhan dan dapat menghilangkan stres E. jam 11:50 WITA keadaan umum membaik, Tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi : 88x/ menit, Suhu : 36,5°c, RR :24x/ menit, SPO2 : 96%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm
6	Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan Ds : pasien dan keluarga mengatakan dirumah tidak menggunakan masker Do : nampak pasien tidak menggunakan masker disaat batuk, dan keluarga tidak menggunakan masker Tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 144/108mmHg, Nadi :	Senin 30 Juni 2025	S : pasien mengatakan sudah paham dan mau melakukan setelah mendapatkan penjelasan dari perawat dan petugas kesehatan O : keadaan umum baik, pasien dan keluarga nampak menggunakan masker , pasien nampak sudah paham dengan apa yang dijelaskan. A : masalah resiko penyebaran infeksi teratasi P : intervensi dipertahankan I : a. Jam 12:30 WITA menjelaskan kembali kepada pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi pada pasien TB seperti batuk berdahak lebih dari dua minggu, demam di malam hari, keringat di malam hari tanpa melakukan aktivitas.

88x/ menit, Suhu : 36,5°c,
RR :24x/ menit, SPO2 :
96%, terpasang oksigen
nasal kanul 3 lpm

b. jam 13: 45 WITA menganjurkan kepada
pasien dan keluarga untuk selalu
menggunakan masker
c.jam 13:50 WITA menganjurkan kembali
pada pasien cara batuk menggunakan
msiku, tisu dan masker
E. jam 14:00 WITA keadaan umum baik,
pasien nampak sudah paham sdengan apa
yang dijelaskan dan sudah melakukan.

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

NIP.196601141991021001

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Fantina Nona
Nim : P05303202210048
Prodi : D-III Keperawatan Ende

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

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

Pemilikan Surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ende, 23 Juni 2025

Hormat Saya



Fantina Nona

Nim : P05303202210048



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 : Fantina Nona
Nomor Induk Mahasiswa : PO5303202210048
Dosen Pembimbing : Maria Salestina Sekunda, SST.,Ns.,M.Kes
Dosen Penguji : Rifatunnisa, S.Kep.Ns.,M.Kep
Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan Ende
Judul Karya Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.A. N.DENGAN
DIAGNOSA MEDIS TUBERKULOSIS PARU DI RUANGAN
PERAWATAN KHUSUS (RPK) DI RSUD ENDE**

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **25,62%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang 13 Agustus 2025

Admin Strike Plagiarism

Murr Jermias KalesST
NIP. 19850704201012100



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

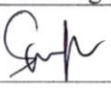


LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

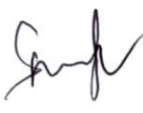
Nama : Fantina Nona

Nim : PO5303202210048

Pembimbing utama: Maria Salestina Sekunda, SST.,NS.,M.Kes

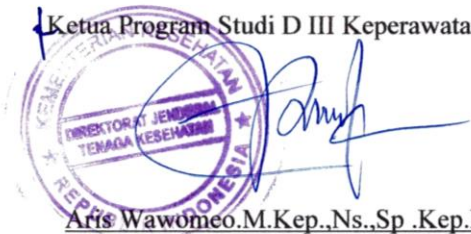
No	Materi	Tanggal	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
01	Judul	Selasa, 03 September 2024	1. ACC Judul TB Paru 2.Lanjut Bab 1	
02	Penyakit TB BAB 1 PENDAHULUAN	Senin, 09 September 2024	1. Bagaimana gambaran asuhan keperawatan 2. tambakan data dinkes dan rumah sakit umum ende 3. perbaikan rumusan masalah penyakit TB 4.Perbaiki - tujuan umum : pada asuhan keperawatan di ruangan RPK - Tujuan khusus : bagaimana gambaran pada asuhan keperawatan	
03	Penyakit TB BAB 1 PEDAHULUAN Latar belakang	Rabu, 02 Oktober 2024	1.Perbaiki teknik pengetikan dan ukuran kertas 2. Latarbelakang empat sampai enam pragraf 3.Lanjutkan Bab dua dan Bab tiga.	

04	Penyakit TB BAB II & BAB III	Senin, 02 November 2024	1. Tambahkan data rumah sakit 2. Apa bahayanya penyakit TB 3. saat penelitian atau survei apakah perawat sudah melakukan sepenuhnya tentang asuhan keperawatan pada pasien TB atau belum? 4. bagaimana cara kita perawat mengedukasikan pada keluarga, orang lain dan masyarakat tentang pentingnya mencegah penularan penyakit TB	
05	Penyakit TB BAB II & BAB III	Rabu, 18 Desember 2024	1. perbaikan pengetikan 2. perbaiki rumusan masalah	
06	Penyakit TB BAB I, II & III	Senin, 30 Desember 2024	1. ACC 2. Siap naik ujian praposal	
07	BAB 4 Hasil studi kasus dan pembahasan	Senin, 07 Juni 2025	1. Perbaiki bed di ganti dengan tempat tidur 2. Tambahkan di keluhan keringat di malam hari 3. Tambahkan daftar obat dan jam pemberian 4. Tambahkan TTV di analisa data 5. Lanjutkan pembahasan dan bab 5.	07 

08	BAB IV dan V	Senin, 14 Juni 2025	1. Perbaiki Abstrak 250 kata 2. Perbaiki pengetikan	
09	BAB IV dan V	Selasa, 15 Juli 2025	1. Tambahkan di abstrak kata pengantar, tujuan, metode, kesimpulan dan saran 2. Perbaiki pengetikan 3. Perbaiki nomor halaman 4. ACC 5. Siap Naik ujian	

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 KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Fantina Nona

Nim : PO5303202210048

Pembimbing Penguji : Rif'atunnisa, S.Kep.Ns.,M.Kep

No	Materi	Hari / Tanggal	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
01	BAB I	Rabu, 05 Maret 2025	1. Perbaikan teknik pengetikan 2. Ganti referensi lima tahun terakhir 3. Perbaikan daftar pustaka.	
02	BAB I dan BAB II	Kamis, 13 Maret 2025	1. Ganti referensi lima tahun terakhir 2. Perbaikan di fisiologi 3. Nama penulis harus muncul di setiap paragraf 4. Perbaikan pengetikan 5. Perbaikan huruf tambah dan kurang	
03	BAB I dan BAB II	Senin, 17 Maret 2025	1. Perbaikan daftar pustaka 2. Perbaikan pengetikan 3. Perbaikan tanda baca titik, koma dan huruf kapital 4. Semua referensi muncul di daftar pustaka	
04	BAB III	Senin, 26 Mei 2025	1. Perbaikan daftar pustaka 2. Perbaikan pengetikan	
05	BAB I, II dan III	Selasa, 27 Mei 2025	1. ACC dari penguji 2. Lanjut studi kasus	



**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	
2.	07/04/2025	ACC	
3.	03/07/2025	1. Tambahkan di kata pengantar ucapan terimakasih kepada kepala ruangan 2. Lihat lagi kata-kata yang kurang dan titik koma	
4.	14/07/2025	ACC	

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 : Fantina Nona
Tempat /tanggal lahir : Wolobalu, 23 Juli 1997
Alamat : Jl. Samratulangi
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik

B. Riwayat Pendidikan

1. SDK Watunggere : 2006 -2011
2. SMP Negeri Detukeli : 2012 -2014
3. SMA Negeri 2 Ende : 2015 - 2017
4. Politeknik Kesehatan Kmenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende

MOTTO

Jangan pernah menyesali apa pun yang terjadi dalam hidup, hal ini yang baik akan memberikan kebahagiaan dan hal yang buruk akan memberikan pembelajaran