

LAMPIRAN

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa : saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh: NOVANITA TRIUTAMI dengan judul ASUHAN KEPERWATAN PADA PASIEN NY. T.E DENGAN DIAGNOSA ASMA BRONKIAL DI RUANGAN PENYAKIT DALAM (RPD III) DI 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 tanpa sanksi apapun.

Ende 23, Oktober 2024

Saksi

Ny. L. Y

Yang memberikan persetujuan

Ny. T. E

Peneliti

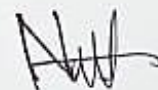
NOVANITA TRIUTAMI
NIM :PO5303202210028

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

Kami adalah Mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/ibu /saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny.T.E dengan Asma bronkial di Ruang penyakit dalam (RPD III) RSUD Ende"

1. Tujuan penelitian untuk mengetahui penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Tuberkulosis Paru yang dapat memberi manfaat berupa pemahaman pasien tentang masalah Tuberkulosis Paru dan cara untuk mengatasinya.
2. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan mulai dari pengkajian , pengumpulan data, perumusan diagnosis penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan, tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk keadaan status kesehatan ibu/bapak/saudara.
3. Keuntungan yang Bapak/ibu/saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
4. Namun dari jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/ibu/saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
5. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor Hp: 082151402073.

Peneliti



NOVANITA TRIUTAMI
NIM : PO 5303202210028



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



ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. K.E DENGAN DIAGNOSA MEDIS
ASMA BRONKIAL DIRPD III RSUD ENDE

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN

i) PENGKAJIAN

PENGKAJIAN DILAKUKAN PADA TANGGAL

a.) Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama : Ny. T.E
Umur : 49 tahun
Jenis kelamin: Perempuan
Pendidikan : SD
Pekerjaan : IRT
Agama : Islam
Alamat : jln.onekore
Dx. Medik : Asma bronkial

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny.l.y
Umur : 24 tahun
Hubungan dengan pasien : Anak angkat
Alamat : jln.onekore

a) KEADAAN UMUM

a. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama : keluhan utama: Sesak napas

2) Riwayat kesehatan saat ini

Sesak napas dirasakan sepuluh menit sebelum masuk UGD RS pada tanggal 22 oktober 2024 pukul 17.00. Pasien mengeluh sesak napas disertai batuk, demam dan sakit kepala. Sebelum masuk RS pasien sedang mengantri ke klinik dokter praktik dengan keluhan demam, sakit kepala dan batuk. Namun karena lama menunggu antrian, pasien merasa sesak napas sehingga memutuskan datang ke IGD.

Setelah sampai di rumah sakit pasien mendapatkan perawatan pada pukul 17.00 sore terpasang infus NaCl 0,9% 20 Tpm, stoper di tangan kiri, dan mendapat terapi obat ceftriaxone 1 gr/12 jam/IV, paracetamol 1 gr/ 8 jam/IV, salbutamol 2 mg/8 jam/oral, ambroxol 30 mg/8 jam/oral, amlopidine 1x 10 mg/ 24 jam /oral , nebu Ventolin 1 gr/ 8 jam/inhalasi,.

Setelah dari IGD pasien di antar ke RPD III pukul 00:24 tgl 23 oktober 2024

- 3) Riwayat kesehatan masa lalu
pasien mengatakan menderita asma sejak tahun 2023 dan masuk IGD saat itu lalu diberikan terapi nebulizer Ventolin. Pasien juga mengatakan alergi dengan cuaca dingin. Pasien tidak memiliki kebiasaan merokok atau minuman keras.
- 5) Riwayat penyakit keluarga
pasien mengatakan dari semua anggota keluarganya tidak ada yang menderita asma maupun penyakit sistem pernapasan lain seperti bronchitis dan juga penyakit turunan seperti hipertensi maupun stroke.

b .Pemeriksaan pola kesehatan

- 1). Pola persepsi dan manajemen Kesehatan
Pasien mengatakan sakitnya timbul karena alergi terhadap dengan suhu lingkungan yang dingin
- 2). Pola nutrisi dan metabolic
Keseharian pasien makan 3x sehari, jenis makanan yang di makan yaitu nasi, sayur, ikan, tahu tempe, dan sesekali makan dengan buah, minum air putih sekitar 2.000 cc atau setara dengan 8 gelas per-hari, porsi makan yang di sediakan sudah habis saat ini pasien makan 3 x sehari dan jenis makanan yang dihabiskan yaitu nasi, sayur, ikan, tahu-tempe, minum air putih sekitar 1.500 cc atau setara dengan 6 gelas.
- 3). Pola eliminasi
Keseharian pasien BAB 1-2 x sehari, konsistensi feses lembek, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK 5-6 x sehari, warna urine kuning keruh, aroma khas tidak ada keluhan saat BAK.
- 4). Pola aktivitas dan Latihan
Pasien mengatakan kesehariannya sebagai ibu rumah tangga dan melakukan aktivitas sehari- hari secara mandiri, jika melakukan aktivitas yang berat seperti mengangkat air sering sesak napas. Saat ini pasien hanya berbaring dan duduk di atas tempat tidur karena lemas dan sesak napas tampak lemah tetapi aktivitas seperti toileting masih bisa di lakukan secara mandiri.
- 5). Pola istirahat dan tidur
Pasien mengatakan kesehariannya tidur malam pukul 22:00 dan bangun pukul 07:00, Pasien sering terbangun karena sesak yang timbul akibat udara dingin pada pukul 02:00 atau 03:00. Saat dirawat pasien tidur pukul 21:00 dan bangun pukul 07:00. Pasien sering terbangun pada pukul 02:00 karena sesak dan batuk.
- 6). Pola kognitif dan persepsi sensori
Pasien mengatakan dapat mengingat dengan baik tempat dan nama orang di buktikan dengan pasien mengingat nama dokter dan mahasiswa praktek pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium bau seperti bau minyak kayu putih serta dapat meraba dan mendengar dengan baik.

7). Pola persepsi dan konsep diri

Pasien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya pasien adalah seorang istri dan seorang ibu yang bertanggung jawab untuk menurus anak-anak dan suaminya pasien mengatakn anggota keluarganya menerima keadaan sakitnya dan selalu mendukungnya. Pasien tidak merasa rendah diri dengan sakitnya sat ini pasien mengatakan bahwa ia merupakan seorang pasien yang harus menjalani perawatan di RPD 111 RSUD Ende, pasien berharap cepaat sembuh dari sakitnya dan bberaktivitas seperti biasa.

8). Pola peran- hubungan dengan sesame

Pasien mengatakan relasi pasien dengan keluarga tetangga dan orang lain berjalan baik. Saat ini pun pasien bersikap ramah dengan dokter, perawat, dan juga pasien lainnya tampak keluarga mengunjungi pasien

9). Pola mekanisme dan toleransi terhadap stress\

Pasien mengatakan tidak mudah stress/putus asa jika ada masalah pasien selalu menceritakan ke suami dan anaknya

10). Pola nilai -kepercayaan

Pasien mengatakan beragama islam setiap hari pasien selalu sholat di rumah

c. Pemeriksaan fisik

keadaan umum : pasien tampak lemah, kesedaran compos mentis, GCS :15 (E 4, V: 5, M: 6) TD: 140/70 mmHg, N : 120 x/m, S :36,1, SpO2 : 95% RR : 28x/m, pada

a. Kepala : tidak terdapat benjolan, rambut tampak bersih, konjugtiva pucat, sklera tidak ikterik,

b. Mata : konjugtiva pucat, sklera tidak ikterik,

c. Telinga : tampak bersih, dan tidak ada cairan yang keluar,

d. Hidung : simetris, terdapat pernapasan cuping hidung, terpasang nasal canul 4 lpm,

e. Mulut : mukosa bibir lembab

f. Leher :tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

g. Dada

Inspeksi : simetris, menggunakan otot bantu pernapasan

Palpasi : ada retraksi dada

Perkusi : bunyi paru sonor

Auskultasi : bunyi naps wheezing

h. Abdomen

Inspeksi : simetris

Palpasi : ada retraksi dada

Perkusi : bunyi normal

Auskultasi : bunyi bising usus normal 18x/m

i. Genetalia : tidak dilakukan pemeriksaan karena menjaga privasi klien

j. Ekstremitas

Atas : tidak ada edema, jari tangan lengkap CRT<3 detik

Bawah : tidak ada edema, jari kaki lengkap, fungsi otot baik

b. Pemeriksaan penunjang

Tabel 4.1 hasil Pemeriksaan Lab Darah Rutin (22 Oktober 2024)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	12.58 +	[10 ³ /μL]	3.60 - 11.00
LYMPH#	0.81 -	[10 ³ /UL]	1.00 - 3.70
MONO#	0.55	[10 ³ /UL]	0.00 - 0.70
EO#	0.03	[10 ³ /UL]	0.00 - 0.40
BASO#	0.02	[10 ³ /UL]	0.00 - 0.10
NEUT#	11.17 +	[10 ³ /UL]	1.50 - 7.00
LYMPH%	6.4 -	[%]	25.0 - 40.0
MONO%	4.4	[%]	2.0 - 8.0
EO%	0.2 -	[%]	2.0 - 4.0
BASO%	0.2	[%]	0.0 - 1.0
NEUT%	88.8 +	[%]	50.0 - 70.0
IG#	0.05	[10 ³ /UL]	0.00 - 7.00
IG%	0.4	[%]	0.0 - 72.0
RBC	4.63	[10 ⁶ /UL]	3.80 - 5.20
HGB	1. 0-	[g/dL]	11.7 - 15.5
HCT	34. 5 -	[%]	35.0 - 47.0
MCV	74. 5 -	[fL]	80.0 - 100.0
MCH	23.8 -	[pg]	26.0 - 34.0
MCHC	31. 9 -	[g/dL]	32.0 - 36.0
RDW-SD	45. 6	[fL]	37.0 - 54.0
RDW-CV	16.8 +	[%]	11.5 - 14,5
PLT	94 *	[10 ³ /UL]	150 – 440
MPV	10.6 *	[fL]	9.0 - 13.0
PCT	0.10 *	[%]	0.17 - 0.35
PDW	11.5 *	[fL]	9.0 - 17.0
P-LCR	30.2 *	[%]	13.0 - 43.0

1) Terapi

Pada tanggal 22 oktober pasien mendapat terapi obat ceftriaxone 2x 1 gr, paracetamol 3x 1 gr/iv, salbutamol 3x2 mg, Ambroxol 3x30 mg, amlodipine 1x 10 mg, nebu Ventolin 3x1 gr.

2) tabulasi data

berdasarkan hasil pengkajian nadi temukan data sebagai berikut: pasien mengatakan sesak napas, frekuensi napas cepat, RR:28x/m, batuk, lendir susah di keluarkan, penggunaan otot bantu pernapasan, ada retraksi dinding dada, takipnea, pasien tampak batuk, suara napas ronchi, pernapasan cuping hidung, sering terbangun malam hari karena sesak, pasien tampak lemah, wajah sembab, terpasang oksigen nasal canul 4 lpm, SPO2: 95% N: 134x/m, merasa lemas, tampak lemah, badan terasa lemah.

3) Klasifikasi data

Data subjektif : Pasien mengeluh sesak napas, batuk, lendir sulit di keluarkan, sering terbangun di malam hari karena sesak, badan terasa lemah, merasa Lelah. Data objektif : pasien tampak batuk, **suara napas wheezing** frekuensi napas cepat, RR: 28x/m, penggunaan otot bantu pernapasan, terdapat retraksi dada takipnea, pernapasaan cuping hidung, pasien tampak lemah, wajah sembab, terpasang oksigen **nasal canul 4 lpm**, SPO2: 95% N : 120x/m TD : 140/70 mmHg.

4) Analisa data

Setelah data diklasifikasikan, maka diperoleh Gambaran tentang masalah yang di alami oleh pasien sebagai berikut :

No.	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1.	Data subjektif : pasien mengeluh sesak napas dan batuk serta lendir sulit dikeluarkan. Data objektif : pasien tampak batuk, suara napas wheezing, SPO2 : 95%, RR : 28X/m.	Spasme jalan napas	Bersihan jalan napas tidak efektif
2.	Data subjektif : pasien mengeluh sesak napas, dispnea. Data Objektif : frekuensi napas cepat, RR : 28 x/m, SPO2 : 95%, penggunaan otot bantu pernapasan, terdapat retraksi dada, takipnea, pernapasan cuping hidung, terpasang oksigen nasal canul 4 Lpm.	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
3.	Data subjektif : Pasien mengeluh sering terbangun pada malam hari karena sesak. Data objektif : pasien tampak lemah, mata sembab, TD : 140/70 mmHg : SPO2 : 95% N : 120x/m S : 36,1°C RR : 28 x/m.	Kurang kontrol tidur (sesak napas)	Gangguan pola tidur

5) Diagnosa keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, maka data-data hasil pengkajian dibuat dalam bentuk Analisa data, dari Analisa data di tentukan diagnosa keperawatan.

Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. T.E adalah sebagai berikut:

- a.) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan
Data subjektif : pasien mengeluh sesak napas dan batuk lendir sulit dikeluarkan
Data objektif : pasien tampak batuk, suara napas wheezing, SPO2 : 95%, TD :140/70mmHg N: 120x/m S : 36,1°C
- b.) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya napas ditandai dengan :
Data subjektif : pasien mengeluh sesak napas, dispnea
Data objektif : frekuensi napas cepat, RR : 28x/m SPO2 : 95% takipnea, penggunaan otot bantu pernapasan
- c.) Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak napas yang ditandai dengan :
Data subjektif : pasien mengeluh sering terbangun di malam hari karena sesak napas.
Data objektif : pasien tampak lemah, mata sembab, TD : 140/70mmHg, SPO2 : 95%, S : 36,1°C, RR : 28x/m, N : 120x/m.

6) Rencana keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan Ny. T. E. masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalahnya adalah :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas
 - b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
 - c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
- Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya disusun rencana keperawatan sebagai berikut :

e. Diagnosa keperawatan 1 : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan :

Data subjektif : pasien mengeluh sesak napas, dispnea.

Data objektif : frekuensi napas cepat, RR : 28 x/m SPO2 : 95% takipnea, penggunaan otot bantu pernapasan, terdapat retraksi dada, takipnea, pernapasan cuping hidung.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan: dispnea menurun, ortopnea menurun, batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, frekuensi napas membaik, suara napas mengi/wheezing menurun.

Intervensi keperawatan.: **manajemen jalan napas**

Observasi :

- 1. Kaji produksi sputum (warna, bau dan konsistensi).
Rasional : produksi sputum yang kental dan berlebihan dapat mengakibatkan obstruksi jalan napas.
- 2. Monitor kemampuan batuk efektif.
Rasional : batuk efektif membantu mengeluarkan sputum yang ada di jalan napas.

Edukasi :

1. Jelaskan tujuan serta prosedur teknik napas dalam dan batuk efektif.
Rasional : pasien dapat melakukan teknik napas dalam dan batuk efektif dengan benar.
2. Mengajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif.
Rasional : teknik napas dalam dan batuk efektif dilakukan untuk memudahkan pengeluaran sekret. Ventilasi maksimal membuka area atelektasis dan meningkatkan gerakan sekret untuk dikeluarkan.

Terapeutik :

1. Posisikan pasien semi fowler.
Rasional : membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan.
2. Berikan minum air hangat.
Rasional : dengan menggunakan air hangat dapat memobilisasi dan mengeluarkan sekret.

Penatalaksanaan :

3. Pemberian **nebulizer dengan obat combivent 2,5 ml**
Rasional : menurunkan kekentalan sekret dan meningkatkan diameter lumen percabangan trakeobronkial serta untuk keterlibatan luas pada hipoksemia dan bila reaksi inflamasi mengancam.

f. Diagnosa keperawatan 11 : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan : Data subjektif : pasien mengeluh sesak napas, dispnea. Data objektif : frekuensi napas lebih dari normal RR : 28 x/m, SPO2: 95%, takipnea, penggunaan otot bantu pernapasan, terdapat retraksi dada, takipnea, pernapasan cuping hidung, terpasang oksigen nasal canul 3 lpm.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas kembali efektif dengan kriteria hasil : dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun.

Intervensi keperawatan :

Observasi :

1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas)
Rasional : penilaian pola napas harus dilakukan terutama pada klien dengan gangguan pernapasan untuk mengetahui adanya abnormalitas yang terjadi.
2. Monitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing) Rasional : mengi menyatakan adanya kongesti paru atau adanya gangguan pada pernapasan.
3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
Rasional : karakteristik sputum dapat menunjukkan berat ringannya obstruksi.

Terapeutik :

1. Posisikan semi fowler atau fowler.
Rasional : membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan
2. Anjurkan Teknik napas dalam

Rasional : memudahkan saat bernapas

3. Berikan oksigen

Rasional : membantu memberikan oksigen hingga ke jaringan serta mencegah hipoksia jaringan.

4. Kolaborasi pemberian bronkodilator

5. Rasional : pemberian bronkodilator via inhalasi akan langsung area bronkial yang mengalami spame sehingga lebih cepat berdilatasi.

- g. Diagnosa keperawatan III :** Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan Data subjektif : pasien mengeluh sering terbangun pada malam hari karena sesak napas. Data objektif : pasien tampak lemah, mata sembab, TD : 140/70 mmHg, SPO2: 95%, S : 36,1°C, RR : 28x/m, N : 134 x/m.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun.

Intervensi keperawatan :

Observasi :

1) Identifikasi pola tidur.

Rasional : pola tidur yang baik dapat meningkatkan kenyamanan pasien.

2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis/lingkungan).

Rasional : faktor fisik seperti sesak napas, psikologis seperti stress dan suhu lingkungan yang dingin dapat menjadi penyebab gangguan pola tidur pasien.

Terapeutik :

1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, suhu, kebisingan, tempat tidur diatur ketinggiannya sesuai keadaan pasien).

Rasional : lingkungan yang nyaman dapat meningkatkan kenyamanan tidur pasien.

Edukasi :

1. Anjurkan menggunakan bahan kain yang hangat seperti selimut dan jaket yang tebal bila terasa dingin.

Rasional : penggunaan kain yang hangat dapat memberikan rasa hangat pada pasien.

5. Implementasi Keperawatan

a .Tindakan keperawatan pada hari/tanggal : rabu,23 oktober 2024

1. Diagnosa I

Jam 10:05, Mengkaji produksi sputum (warna, bau dan konsistensi). Hasilnya sputum berwarna kuning dengan konsistensi kental. Jam 10:10, Memonitor kemampuan batuk efektif. Hasilnya pasien belum mampu batuk efektif. Jam 10:15. menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif. Jam 10:20, kontrak waktu dengan pasien untuk latihan napas dalam dan batuk efektif. Jam 07:30, mengajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif. Hasilnya pasien mampu mencontohkan kembali teknik napas dalam dan batuk efektif. Jam 10:40, memposisikan pasien semi fowler. Jam 11:00, melayani pemberian nebulizer combivent 1 tube. Jam 12:00, melayani injeksi omeprazole 40 mg/Iv, melayani injeksi skin

prick test 500 mg/iv, memberikan minum air hangat. Jam 12:05, menganjurkan pasien melakukan teknik napas dalam dan batuk efektif. Jam 12:30, melayani makan.

2. Diagnosa II

Jam 10.00 : mengukur tanda-tanda vital, hasilnya : TD : 140/70 mmHg, N : 134 x/m, S : 36,1° C. Jam 10.05 : memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas. Hasilnya frekuensi napas 28 x/m, irama teratur. Jam 10.10 : memonitor pola napas (bradipnea, takipnea). Hasilnya pola napas pasien takipnea. Jam 10.20 : mengauskultasi bunyi napas (mengi). Hasilnya bunyi napas pasien ronchi. Jam 10.30 : Memonitor saturasi oksigen, hasilnya SPO² : 98%. Jam 11.00 : Memposisikan semi fowler. Hasilnya pasien berbaring dalam posisi semi fowler.

3. Diagnosa III

Jam 10.00 : Mengidentifikasi pola tidur, hasilnya pasien tidur jam 21.00 malam dan terbangun pada malam hari jam 01.00 pagi. Jam 10.15 : mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, hasilnya faktor pengganggu tidur pasien yaitu sesak napas dan batuk. Jam 11.00 : Memodifikasi lingkungan suhu dengan tidak mengarahkan kipas angin kearah klien. Jam 11.10 : Menganjurkan menggunakan bahan kain yang hangat dan tebal saat tidur malam. Hasilnya pasien tidur menggunakan selimut.

b. Tindakan keperawatan pada hari/tanggal : kamis, 24 oktober 2024

1) Diagnosa I

Jam 07.05 : Mengkaji produksi sputum, (warna, bau dan konsistensi). Hasilnya sputum berwarna tidak terlalu kuning dengan konsistensi kental. Jam 07.10 : Memonitor kemampuan batuk efektif. Hasilnya pasien sudah mampu batuk efektif. Jam. 07.20 : Mengajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif dengan cara menarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir dalam posisi dibulatkan selama 8 detik, mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali dan pada tarikan napas yang ketiga disusul dengan batuk kuat. Hasilnya pasien dapat melakukan teknik napas dalam dan batuk efektif. Jam 07.30 : Memposisikan pasien semi fowler. Jam 08.00 : Melayani pemberian obat methylprednisolone 62,5 mg per iv. Jam 09.00 : Memberikan minum air hangat. Jam 09.05 : Menganjurkan pasien melakukan teknik napas dalam dan batuk efektif.

2) Diagnosa II

Jam 07.00 Mengukur tanda-tanda Vital hasilnya TD : 103/65, N : 100 x/m , S : 36°C, Spo² : 95%. Jam 07.05 : Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas. Hasilnya frekuensi napas 24 x/m, irama teratur . Jam 07.10 : Memonitor pola napas (bradipnea, takipnea). Hasilnya pola napas pasien takipnea. Jam 07.20 : Mengauskultasi bunyi napas (mengi/wheezing). Hasilnya bunyi napas pasien ronchi. Jam 08.00 : Memonitor saturasi oksigen, hasilnya SPO² : 95%. Jam 09.00 Memposisikan semi fowler. Hasilnya pasien diposisikan semi fowler.

Jam 10.00 : memberi pasien minum air hangat.

3) Diagnosa III

Jam 08.00 : mengidentifikasi pola tidur, hasilnya pasien tidur jam 22.00 malam dan terbangun di pukul 02.00. Jam 08.15 : Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, hasilnya faktor pengganggu tidur pasien yaitu sesak napas dan batuk. Jam 09.00 : Memodifikasi lingkungan suhu dengan tidak mengarahkan kipas angin kearah pasien.

c. Tindakan keperawatan dilakukan pada hari/tanggal : Jumat, 25 Oktober 2024

Implementasi hari jumat 25 oktober 2024 dilakukan dalam bentuk catatan perkembangan dan dilaporkan pada bagian evaluasi.

6. Evaluasi Keperawatan

1. Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada hari Selasa, 23 Oktober 2024, pukul 14:00 WITA

1) Diagnosa I

Data subjektif : pasien mengatakan masih sesak napas, dan batuk lendir sulit dikeluarkan.

Data objektif : pasien tampak batuk, lendir berwarna kuning dengankonsistensi kental, suara napas ronchi SPO2: 98%, TD : 100/70 mmHg, S : 36,6° C, N : 134 x/m. Assesment : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi. Planning : Intervensi 1,2,4,5,6,7,8 dan 9 dipertahankan

2) Diagnosa II

Data subjektif : pasien mengatakan masih sesak napas, dispnea.

Data objektif : frekuensi napas lebih dari normal 24 x/m, takipnea, penggunaan otot bantu pernapasan, terdapat retraksi dada, pernapasan cuping hidung, terpasang nasal canul 3 lpm, SPO2 : 98%, TD : 100/70 mmHg, S : 36,6°C, N : 134 x/m. Assesment : Masalah bersihan pola pola napas belum teratasi. Planning : Intervensi 1-7 dipertahankan.

3) Diagnosa III

Data subjektif : pasien mengatakan terbangun di malam hari sekitar pukul 01.00 karena sesak dan batuk.

Data objektif : pasien masih tampak lemah, mata sembab, TD : 100/70 mmHg, S : 36,6° C, N : 134 x/m, RR : 28 x/m, SPO2 : 98%. Assesment : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi. Planning : Intervensi 1-5 dipertahankan

4. Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada hari kamis tanggal 24 Oktober 2024, pukul 14:00 WITA.

1) Diagnosa I

Data subjektif : pasien mengatakan sesak napas berkurang, batuk lendir sebagian bisa dikeluarkan. data objektif : pasien tampak batuk sesekali, suara napas ronchi TD : 103/65 mmHg, N : 90 x/ S : 36,6° C. Assesment : masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi. Planning : intervensi 1,3,5,6,7 dan 8 dipertahankan, intervensi 2,4 dihentikan.

2) Diagnosa II

Data subjektif : pasien mengatakan sesak napas berkurang, dyspnea. data objektif : frekuensi napas 24x/m, penggunaan otot bantu pernapasan berkurang , retraksi dada berkurang, takipnea, pernapasan cuping hidung, terpasang nasal kanul 3 lpm, SPO² : 95%, S : : 36° C . Assesment : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi

Planning : intervensi 1-7 dipertahankan

3) Diagnosa III

Data subjektif : pasien terbangun di malam hari sekitar jam 01.00 karena batuk. data objektif : pasien tampak lemah, mata sembab, TD : 103/65 mmHg, N : 90x/m, SPO² : 95%, RR : 24x/m. Assesment : masalah gangguan pola tidur belum teratasi . Pllaning : intervensi 1-4 dipertahankan

C. Catatan perkembangan dilakukan pada hari rabu 25 oktober 2024, pukul 14.00 WITA

1) Diagnosa I

Jam : 08.00 WITA

Data subjektif : pasien mengatakan sesak napas berkurang dan batuk lendir bisa dikeluarkan. Data objektif : pasien tampak batuk sesekali, suara napas ronchi berkurang, RR : 24x/m. Assesment : masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi. Planning : intervensi 1,2,4,5 dan 6 dipertahankan. Implementasi : jam 10.00 : menanyakan keluhan pasien. Hasilnya : batuk 1 kali pada pagi hari. Jam 10.15 : mengkaji produksi sputum, (warna, bau dan konsistensi). Hasilnya sputum berwarna putih bening dengan konsistensi encer. Jam 10.20 : menganjurkan pasien minum air hangat. Jam 11.00 : menganjurkan pasien melakukan teknik napas dalam dan batuk efektif . hasilnya : pasien sudah mampu melakukan teknik napas dalam dan batuk efektif. Jam 11.30 : mengedukasikan ke suami untuk tidak merokok di dekat pasien . , jam 12.00 : melatih anak pasien untuk melakukan clipping fibrasi ke pasien . hasilnya : tampak anak pasien mencoba untuk melakukan clipping fibrasi kepada pasien . evaluasi, jam 14.00 WITA : pasien tampak batuk sesekali, RR : 20x/m, keluarga pasien dengan edukasi yang diberikan , masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian.

2) Diagnosa II

Jam : 08.00 WITA

Data subjektif : pasien mengatakan sesak napas berkurang, dispnea berkurang . data objektif : frekuensi napas 24x/m, penggunaan otot bantu pernapasan berkurang, retraksi dada berkurang, tidak ada pemasangan cuping hidung, SPO² : 95%. Assesment : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi . Planning : intervensi 1,2,5,6, dipertahankan. Implementasi : jam 10.05 : mengukur tanda –tanda vital hasilnya : 120/80mmHg, N : 87x/m , S : 36,7 jam 10.00 : memonitor frekuensi, irama ,kedalaman dan upaya napas. Hasilnya frekuensi napas 20x/m , irama teratur. Jam 10.35 : memposisikan semi fowler. Hasilnya pasien di

posisi semi fowler. Evaluasi , jam 14.00 WITA : frekuensi napas 20x/m , penggunaan otot bantu pernapasan berkurang , retraksi dada berkurang, tidak ada pernapasan cuping hidung masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian.

3) Diagnosa III

Jam 08.00 WITA

Data subjektif : pasien mengatakan tidur nyenyak dan tidak terbangun pada malam hari . data objektif : tampak segar, mata sembab berkurang, TD 120/80mmHg , N : 78x/m, RR : 22x/m, SPO₂:98%. Assesment: masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian. Planning: intervensi 1-3 dipertahankan.

Implementasi

jam 10.30: identifikasi pola tidur. Hasilnya pasien tidur pukul 22.00 malam dan bangun 06.00 pagi.

Jam 10.35: mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Hasilnya : pasien dapat tidur nyenyak karena tidak sesak nafas dan batuk. Jam 10.40: Modifikasi lingkungan suhu dengan tidak mengarahkan kipas angin kearah pasien. Jam 11.00 : Menganjurkan pasien untuk tidur menggunakan selimut yang tebal untuk menghindari dingin. Hasilnya: pasien paham dengan apa yang dianjurkan. Evaluasi , jam 14.00 WITA : lemah berkurang , mata sembab berkurang , TD 120/80mmHg, N : 87x/m, RR : 20x/m, masalah gangguan pola tidur teratasi .

Rabu, 23 oktober 2024

No	DX Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas	Rabu,23 Oktober 2024	10:5 10.10 10.15 10.20 10.30 10:40 11.00	Mengkaji produksi sputum (warna, bau dan konsistensi). Hasilnya sputum berwarna kuning dengan konsistensi kental. Memonitor kemampuan batuk efektif. Hasilnya pasien belum mampu batuk efektif. Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif. Kontrak waktu dengan pasien untuk latihan napas dalam dan batuk efektif. Mengajarkan Teknik napas dalam dan batuk efektif. Hasil pasien mampu mencontohkan Kembali Teknik napas dalam dan batuk efektif Memposisikan pasien semi fowler Melayani pemberian nebulizer combivent 1tube Melayani injeksi skin prick test 500 mg/iv Menganjurkan pasien melakukan Teknik napas dalam dan batuk efektif	S : pasien mengatakan masih sesak napas, dan batuk lendir sulit dikeluarkan. O : pasien tampak batuk, lendir berwarna kuning dengan konsistensi kental, suara napas ronchi SPO2: 98%, TD : 100/70 mmHg, S : 36,6° C, N : 134 x/m. A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi. P : Intervensi 1,2,4,5,6,7,8 dan 9 dilanjutkan

			12.00 12.05 12.30	Melayani makan Mengajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif. Hasilnya pasien mampu mencontohkan kembali teknik napas dalam dan batuk efektif., memposisikan pasien semi fowler. Melayani pemberian nebulizer combivent 1 tube. melayani injeksi omeprazole 40 mg/Iv, melayani injeksi skin prick test 500 mg/Iv, memberikan minum air hangat. menganjurkan pasien melakukan teknik napas dalam dan batuk efektif. melayani makan	
2.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya napas		10.00 10.05 10.00	mengukur tanda-tanda vital, hasilnya : TD : 140/70mmHg, N : 134x/m, S : 36,1 Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan Upaya napas . hasilnya frekuensi napas 28x/m, irama teratur. Memonitor pola napas (bradipnea, takipnea). Hasilnya pola napas pasien takipnea Mengauskultasi bunyi napas	S : pasien mengatakan masih sesak napas, dispnea O : frekuensi napas lebih dari normal 24x/m, takipnea, penggunaan otot bantu pernapasan, terdapat retraksi dada, pernapasan cuping hidung, terpasang nasal canul 3 lpm , SPO2 : 98% TD : 100/70mmHg, S : 36,1, N : 134x/m A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi

			10.20 10.30 11.00	(mengi). Hasilnya bunyi napas pasien ronchi. Memonitor saturasi oksigen, hasilnya SPO2 : 98% Memposisikan semi fowler. Hasilnya : pasien berbaring dalam posisi semi fowler	P : intervensi 1-7 dilanjutkan
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur			Mengidentifikasi pola tidur, hasilnya pasien tidur jam 21.00 malam dan terbangun pada malam hari jam 01.00 pagi. Megidentifikasi faktor pengganggu tidur, hasilnya faktor pengganggu tidur pasien yaitu sesak napas dan batuk Memodifikasi lingkungan suhu dengan tidak mengarahkan kipas angin kea rah klien Menganjurkan menggunakan bahan kain yang hangat dan tebal saat tidur malam. Hasilnya pasien tidur menggunakan selimut	S : Pasien mengatakan terbangun di malam hari sekitar pukul 01.00 karena sesak dan batuk O : Pasien masih tampak lemah, mata sembab, TD : 100/70mmHg, S : 36,6 N : 134x/m, RR : 28x/m, SPO2 : 98% A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi P : intervensi 1-5 dilanjutkan

Kamis, 24 Oktober 2024

No	DX Keperawatan	Hari/tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas	Kamis, 24 Oktober 2024	07.05 07.10 07.20 07.30 08.00 09.00 09.05	Mengkaji produksi sputum, (warna, bau dan konsistensi). Hasilnya sputum berwarna tidak terlalu kuning dengan konsistensi kental Memonitor kemampuan batuk efektif. Hasilnya : pasien sudah mampu batuk efektif . Mengajarkan Teknik napas dalam dan batuk efektif dengan cara menarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir dalam posisi dibulatkan selama 8 detik Memposisikan pasien semi fowler Melayani pemberian obat methylprednisolone 62,5 mg per iv. Memberikan minum air hangat Menganjurkan pasien melakukan Teknik napas dalam dan batuk efektif	S: Pasien mengatakan sesak napas berkurang, batuk lendir sebagian bisa dikeluarkan. O : Pasien tampak batuk sesekali, suara napas ronchi TD : 103/65 mmHg, N : 90 x/m, S : 36,6° C. A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi. P : Intervensi 1,3,5,6,7 dan 8 dipertahankan, intervensi 2,4 dilanjutkan
2	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan		07.00	Mengukur tanda-tanda vital TD : TD : 103/65 mmHg, N : 90 x/m, S : 36,6° C, SPO2 : 95%	S : Pasien mengatakan sesak napas berkurang, dyspnea. O : Frekuensi napas 24x/m,

	Upaya napas		07.05	Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas. Hasilnya frekuensi napas 24 x/m, irama teratur	penggunaan otot bantu pernapasan berkurang , retraksi dada berkurang, takipnea, pernapasan cuping hidung, terpasang nasal kanul 3 lpm, SPO ² : 95%, S : : 36° C . A : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P : Intervensi 1-7 dilanjutkan
			07.10	Memonitor pola napas (bradipnea, takipnea). Hasilnya pola napas pasien takipnea.	
			07.20	Mengauskultasi bunyi napas (mengi/wheezing). Hasilnya bunyi napas pasien ronchi	
			08.00	Memonitor saturasi oksigen, hasilnya SPO ₂ : 95%	
			09.00	Memposisikan semi fowler hasilnya .pasien di posisikan semi fowler.	
			10.00	Memberi pasien minum air hangat	
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur		08.00	mengidentifikasi pola tidur, hasilnya pasien tidur jam 22.00 malam dan terbangun di pukul 02.00	S : Pasien terbangun di malam hari sekitar jam 01.00 karena batuk. O : Pasien tampak lemah, mata sembab, TD : 103/65 mmHg, N : 90x/m, SPO ² : 95%, RR : 24x/m. A : masalah gangguan pola tidur belum teratasi . P : Intervensi 1-4 dipertahankan
			08.15	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, hasilnya faktor pengganggu tidur pasien yaitu sesak napas	
			09.00	Memodifikasi lingkungan suhu dengan tidak mengarahkan kipas angin kearah pasien	

c.) Tindakan keperawatan dilakukan pada hari/tanggal : Jumat, 25 Oktober 2024

Implementasi hari jumat 25 oktober 2024 dilakukan dalam bentuk catatan perkembangan dan dilaporkan pada bagian evaluasi.

No.	Dx keperawatan	waktu	Catatan perkembangan
1.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas	14.00	S: Pasien mengatakan sesak napas berkurang dan batuk lendir bisa dikeluarkan O : Pasien tampak batuk sesekali, suara napas ronchi berkurang, RR : 24x/m A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi. P : intervensi 1,2,4,5 dan 6 dipertahankan
2	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya napas	14.00	S : Pasien mengatakan sesak napas berkurang, dispnea berkurang . O : Frekuensi napas 24x/m, penggunaan otot bantu pernapasan berkurang, retraksi dada berkurang, tidak ada pemasangan cuping hidung, SPO² : 95%. A: masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P : intervensi 1,2,5,6,

			dipertahankan. Implementasi : jam 10.05 : mengukur tanda –tanda vital hasilnya : 120/80mmHg, N : 87x/m , S : 36,7 jam 10.00 : memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas. Hasilnya frekuensi napas 20x/m , irama teratur. Jam 10.35 : memposisikan semi fowler. Hasilnya pasien di posisikan semi fowler. Evaluasi , jam 14.00 WITA : frekuensi napas 20x/m , penggunaan otot bantu pernapasan berkurang , retraksi dada berkurang, tidak ada pernapasan cuping hidung masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur	14.00	S : Pasien mengatakan tidur nyenyak dan tidak terbangun pada malam hari O : Tampak segar, mata sembab berkurang, TD

			120/80mmHg , N : 78x/m, RR : 22x/m, SPO ² :98%. A: Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian. P: Intervensi 1-3 dihentikan pasien pulang
--	--	--	--

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Novanita Triutami

NIM : PO 5303202210028

Prodi : D-III Keperawatan Ende

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

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ende, 22 Juli 2025

Hormat Saya



Novanita Triutami



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 : Novanita Triutami
 Nomor Induk Mahasiswa : PO5303202210028
 Dosen Pembimbing : Rifatunisa, S. Kep., Ns., M. Kep.
 Dosen Penguji : Maria Salestina Sekunda, S.Ns., M. Kes.
 Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan Ende
 Judul Karya Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T. E DEGAN**
DIAGNOSA MEDIS ASMA BRONKIAL DI RUANG PENYAKIT DALAM III RSUD
ENDE

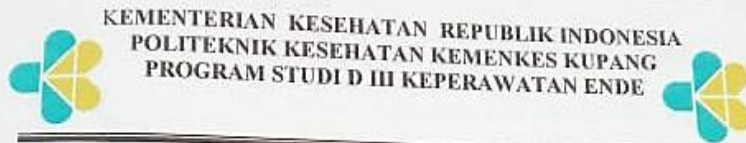
Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **24,75%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 10 September 2025

Admin Strike Plagiarism


 Murry Jermias Kale SST
 NIP. 19850704201012100



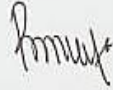
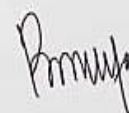
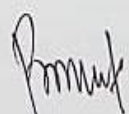


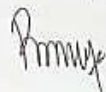
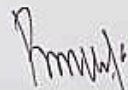
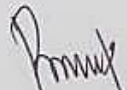
LEMBAR KONSUL PROPOSAL DAN KTI

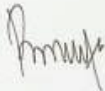
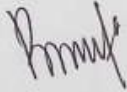
Nama : NOVANITA TRIUTAMI

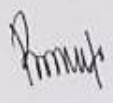
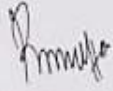
NIM : PO.5303202210028

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

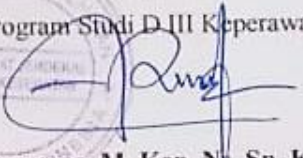
No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1.	29 agustus 2023	Konsultasi judul	1. Memilih salah satu judul yang kasusnya paling terbanyak	 Rif'atunnisa, S.Kep., Ns., M. Kep
2	8 september 2023	Ganti judul	1. Cari judul minimal 8 refrensi 2. Lanjutkan kerja bab 1 3. Buatlah refrensi sebanyak 8 refrensi 4. Buatlah refrensi dalam bentuk tabel	 Rif'atunnisa, S.Kep., Ns., M. Kep
3	16 november 2023	Konsultasi bab 1	1. Perbaiki pengetikan 2. Perbaiki jarak dan spasi dalam pengetikan 3. Tambahakna data NTT	 Rif'atunnisa, S.Kep., Ns., M. Kep

4	22 November 2023	Konsultasi bab I	1. Setiap paragraph di awali SPOK 2. Kata menurut WHO diganti dengan WHO mengatakan 3. Rumusan masalah diganti dengan jangan pakai kata berdasarkan	 Rif'atunnisa, S.Kep., Ns., M. Kep
5	27 februari 2024	Konsultasi bab I, II, dan III	1. Tambahkan latar belakang 2. Cantumkan data kasus asma bronkial di ende 3. Perbaiki di bab II di bagian konsep dasar teori asma 4. Perbaiki pathway 5. Perbaiki manifestasi klinik sesuai dengan jurnal 6. Perbaiki pencegahan 7. Perbaiki penatalaksanaan 8. Perbaiki komplikasi 9. Perbaiki peengkajian, perencanaan keperawatan buat pake tabel terbuka 10. Tambahkan implementasi dan evaluasi	 Rif'atunnisa, S.Kep., Ns., M. Kep
6	16 Mei 2024	Konsultasi Bab I, II, dan III	1. Cari refrensi minimal 20 refrensi 2. Perbaiki di bagian rumusan masalah 3. Perbaiki di tujuan 4. Perbaiki Bab III, etiologi, patofisiologi 5. Perbaiki pathway	 Rif'atunnisa, S.Kep., Ns., M. Kep
7	28 juni 2024	Konsultasi Bab I, II dan III	1. Perbaiki di diagnose 2. Perbaiki di bagian data tambahkan data 3. Perbaiki PPT 4. Perbaiki jurnal kasih masuk di menu refrence	 Rif'atunnisa, S.Kep., Ns., M. Kep

8	4 September 2024	Konsultasi PPT	1. PPT ACC siap naik ujian	 Rif'atunnisa, S.Kep., Ns., M. Kep
9	19 februari 2025	Konsultasi hasil penelitian	1. Bab 1V di gambarkan umum Lokasi dan studi kasus 2. Perbaikan di pengkajian bagian keluhan utama, Riwayat kesehatan saat ini, Riwayat kesehatan masa lalu 3. Perbaikan di pola nutrisi dan metabolic 4. Pemeriksaan penunjang	 Rif'atunnisa, S.Kep., Ns., M. Kep
10	26 februari 2025	Konsultasi hasil penelitian	1. Perbaikan di Bab 1V, perbaikan di penulisannya kalau angka yang terdiri satu kata pake huruf kalau dua kata baru menuliskan angka 2. Pake table terbuka 3. Di pengkajian perbaikan susunan paragrafnya dan kalau asma ronchi atau wheezing 4. Jelaskan etiologi setiap diagnose kaitkan dengan patofisiologi 5. Di implementasi kaitkan dengan penelitiannya	 Rif'atunnisa, S.Kep., Ns., M. Kep
11	17 juli 2025	Hasil konsultasi penelitian	1. Perbaikan di pengkajian dan pengumpulan data 2. Perbaikan etiologi menjadi spasma jalan napas 3. Ciri khas asma 4. Lampiran harus spasi 1 5. Perbaikan di pembahasan 6. Perbaikan di evaluasi 7. Perbaikan implementasi	 Rif'atunnisa, S.Kep., Ns., M. Kep

12	22 juli 2025	Hasil konsultasi penelitian	1. Buat PPT	 Rif'atunnisa, S.Kep., Ns., M. Kep
13	8 agustus 2025	Hasil konsultasi penelitian	1. PPT di ACC 2. Siap naik ujian	 Rif'atunnisa, S.Kep., Ns., M. Kep

Mengetahui
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende


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



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



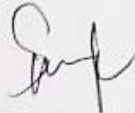
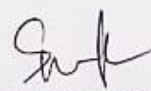
LEMBAR KONSUL REVISI PROPOSAL DAN KTI

Nama : NOVANITA TRIUTAMI

NIM : PO.5303202210028

Penguji : Maria Salestina Sekunda, SST., Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf
1.	2 oktober 2024	Revisi proposal Bab 1, II, dan III	1. Pengaturan pengetikan 2. Tambahkan evaluasi SOAP, dan catatan perkembangan 3. Daftar Pustaka harus ada semua	 Maria Salestina Sekunda, SST., Ns.,M.Kes
2.	9 oktober 2024	Revisi proposal Bab 1, II, dan III	1. ACC	 Maria Salestina Sekunda, SST., Ns.,M.Kes
3.	29 agustus 2025	Revisi hasil studi kasus	1. Perbaikan cover pake 1 spasi 2. Perbaikan kata pengantar bapak, ibu 3. Perbaikan di kata pengantar Ny. T.E telah bersedia 4. Perbaikan di Bab 1 nama daftar Pustaka, tahun berapa 5. Setiap halaman haru pake penomoran 6. Perbaikan penatalaksanaan 7. Bab 1V di Gambaran umum dan studi kasus pake times nye roman 8. Perbaikan nama ruangan 9. Perbaikan intervensi di lanjutkan 10. Perbaikan tanda titik koma 11. Evaluasi pake SOAPI	 Maria Salestina Sekunda, SST., Ns.,M.Kes

4	1 Oktober 2025	Revisi hasil studi kasus	3. Perbaikan kata pengantar nama gelar, nama orang harus huruf besar di awal 4. Perbaikan abstrack harus 250 kata 5. Perbaikan tujuan umum, tujuan khusus 6. Perbaikan rasional 7. Perbaikan Bab V di bagian saran 8. Perbaikan instrumen pengumpulan data, keabsahan data, Lokasi dan prosedur studi kasus 9. Perbaikan di Bab III	 Maria Salestina Sekunda, SST., Ns.,M.Kes
5	2 oktober 2025	Revisi hasil studi kasus	1. Perbaikan abstrack 2. Perbaikan rasional 3. Perbaikan Analisa data 4. Perbaikan penulisan 5. Halaman times nye roman	 Maria Salestina Sekunda, SST., Ns.,M.Kes
6	3 oktober 2025	Revisi hasil studi kasus	1. ACC	 Maria Salestina Sekunda, SST., Ns.,M.Kes

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	:	Novanita Triutami
Tempat / tanggal lahir	:	Paupanda, 24 November 2003
Alamat	:	Wewaria
Jenis kelamin	:	Perempuan
Agama	:	Katolik
Nama Ayah	:	Yosef ismail david
Nama Ibu	:	Grasiana kune

B. Riwayat Pendidikan

SDI Wewaria	:	2009-2015
SMPN Sokoria	:	2015-2018
SMKK Muktyaca Ende	:	2018-2021

Politeknik Kesehatan kemenkes Kupang Program Study DIII Keperawatan
Ende: 2021-2024

MOTTO

**KEGAGALAN DAN KESALAHAN MENGAJARI KITA UNTUK
MENGAMBIL PELAJARAN MENJADI BAIK**