

LAMPIRAN 1



INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : W (inisial)
Umur : 45 tahun
Jenis Kelamin : (Laki-Laki / Perempuan*)

dengan ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan di atas dan yang telah dijelaskan oleh tim peneliti.
2. Secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek dalam penelitian yang berjudul "Asuhan Keperawatan Gangguan Respirasi Pada Pasien Tuberkulosis di Ruang Melati RSUD Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2020"

Bandar Lampung, Maret 2020

Peneliti,

(Dwi Fitri Jumiati)

Saksi,

(SERVITA RENIDA)

Subjek,

(WATI)

Keterangan *): Coret yang tidak perlu

LAMPIRAN 2

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN.....*Gangguan Respirasi*.....
AKIBAT PATOLOGI SISTEM.....*PERNAPASAN*.....**DENGAN DIAGNOSA**
MEDIS.....*TB PARU*.....**DI RUANG**.....*MELATI*.....**RS**.....*UD. Dr. H. Abdul Moelok*.....



Nama : *Dwi Fitri Jumiati*.....
NIM : *1714401010*.....

POLTEKKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGPINANG
PRODI DIII KEPERAWATAN TANJUNGPINANG
2018

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Dwi Fitri Jumiaty
NIM : 1714901010 Tgl Pengkajian : 05 Maret 2020
Ruang rawat : Melati No. Register : 00.62.48.15

A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : Ny. D
2. Umur : 20 tahun
3. Jenis kelamin : L / (P) *
4. Pendidikan : SD
5. Pekerjaan : Belum bekerja
6. Tgl masuk RS : 24 Februari 2020 Waktu : WIB
7. Dx. Medis : TB Paru
8. Alamat : Jl. Dipo, Enggal

B. RIWAYAT KESEHATAN

Cara Masuk : ☒ Melalui IGD ☐ Melalui Poliklinik ☐ Transfer ruangan _____

Masuk ke Ruangan pada tanggal : _____ Waktu : _____ WIB

Diantar Oleh : ☐ sendiri ☒ Keluarga ☒ Petugas Kesehatan ☐ Lainnya _____

Masuk dengan menggunakan : ☐ Berjalan ☐ Kursi Roda ☒ Brankar ☐ Kruk ☐ Walker
☐ Tripod ☐ Lainnya, Jelaskan _____

Status Mental saat masuk : ☒ Kesadaran : Compos Mentis

☒ GCS : E 4 M 6 V 5

Tanda Vital Saat Masuk : TD 100/80 mmHg

Nadi 94 x/menit ☐ teratur ☐ Tidak teratur ☐ Lemah ☐ Kuat

RR 28 x/menit ☐ teratur ☐ Tidak teratur

Nyeri :

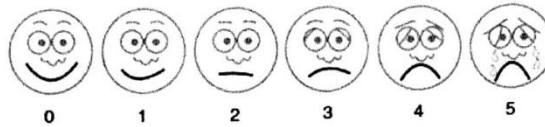
Numeric Rating Scale

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Pain Moderate Worst Possible

Verbal Rating Scale

No Pain Mild Pain Moderate Severe Very Severe Worst Possible

Wong & Baker Faces Rating Scale

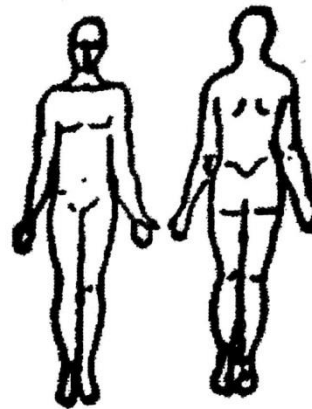


Status Lokalis :

Beri kode huruf utk menunjuk status lokalis disamping :

- C – Contusion
- L – Lacerations
- R – Rashes
- S – Scars
- *Parasite (scabies/lice)
- D – Decubitus
- T – Tattoo
- B – Bruises
- X – Body Piercing
- P – Pain
- O – Other _____

Tinea Pedis: ... Ya ... Tidak
Jelaskan:



Penilaian Risiko Jatuh

NO	PENGKAJIAN	SKALA	NILAI	KET
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	Tidak ✓ 0 Ya 25	0	
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak ✓ 0 Ya 15	0	
3	Alat Bantu Jalan a. Bedrest dibantu perawat b. Penopang / Tongkat / Walker c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture	0 15 ✓ 30	30	
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak 0 Ya ✓ 20	20	
5	Gaya berjalan / pindah a. <u>Normal</u> / Bedrest / immobile tdk dpt bergerak sendiri b. Lemah tidak bertenaga c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)	✓ 0 10 20	0	
6	Status Mental a. Sadar penuh b. Keterbatasan daya ingat	✓ 0 15	0	
JUMLAH SKOR			50	

Lingkari kategori skor yg diperoleh :

	SKOR	Δ KODE
1. Tidak Berisiko, tindakan perawatan dasar ✓	0 - 24	HIJAU
2. Risiko , lakukan tindakan pencegahan jatuh	>25	KUNING

1. Keluhan utama saat pengkajian : Sesak

2. Riwayat penyakit Sekarang :

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 05 Maret 2020, Pasien mengeluh sesak napas, sesak timbul saat klien batuk. Pasien mengatakan sesak semakin bertambah saat malam hari, sesak disertai batuk terus-menerus yang disertai dahak yang sulit dikeluarkan dan muncul heningat dingin, pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi setengah duduk dikarenakan sesak terasa berkurang. Pasien mengatakan nafsu makannya menurun disertai mual saat memakan makanan. Pasien ~~per~~ mengatakan saat malam hari sulit tidur dikarenakan keadaan ruangan yang tidak nyaman.

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll) :

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan atau obat-obatan apapun

4. Bentuk reaksi alergi yg dialami : Tidak ada

5. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI
-	-	-	-
-	-	-	-

6. Apakah obat / herbal tersebut masih dikonsumsi hingga saat ini ?

() Ya, Alasan : _____

(✓) Tidak, Alasan : -

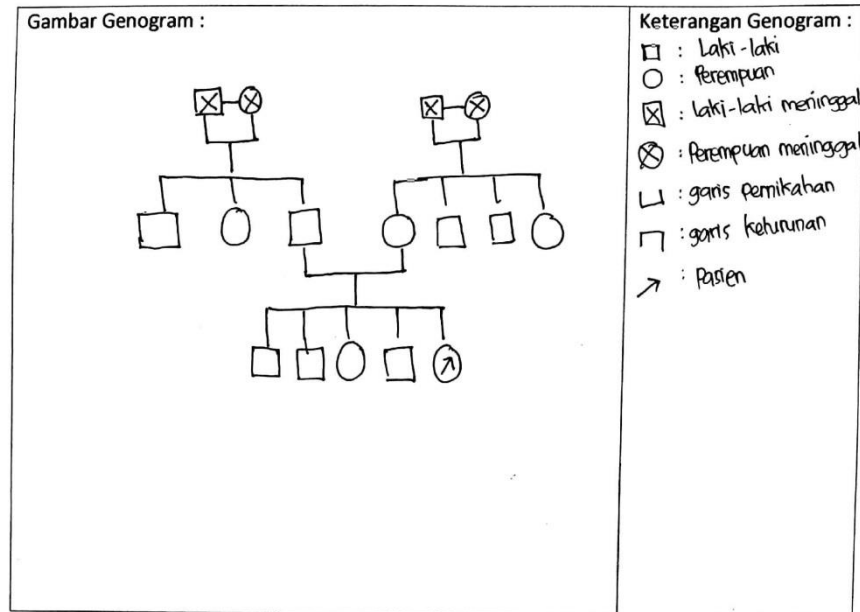
7. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang:

Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di RS.

8. Riwayat penyakit keluarga :

Pasien mengatakan dalam keluarga pasien tidak ada yang mengalami Penyakit yang sama seperti pasien.

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik



C. ANAMNESIS PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL

1. Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

❖ Kondisi Kesehatan Umum Klien

- () Tampak Sehat () Tampak Sakit Ringan (✓) Tampak sakit sedang
() Tampak Sakit Berat

Catatan lain :

❖ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan

- () Olahraga : teratur / tidak teratur / tidak pernah Jika olahraga, jenisnya :
(✓) Minum air putih : 1,5 L/hari () Kopi () teh (✓) Soda () Minuman bersuplemen
Frekuensi konsumsi jenis minuman tsb :x/hr () Makanan, diet tertentu :
(✓) Merokok, Jenis campuran Jumlah 1 btg/hari Merokok sejak usia 11 thn, lama 9 thn
Jenis rokok : Kretek Keinginan berhenti merokok : () Ada (✓) Tidak ada
Upaya Berhenti merokok : () Pernah (✓) Belum pernah

Jika pernah : () berhasil

() Tidak berhasil, kendala :

Jika mengalami tekanan/masalah, cara melampiaskan stress : () Marah-marah

() Merusak barang-barang

() Memukul, mencubit, menciderai, meninju
orang lain maupun diri sendiri.

(✓) Menangis

(✓) Memendam perasaan

() Mengatakannya secara baik-baik

Catatan lain :

❖ Upaya Perlindungan Kesehatan yang dilakukan klien

() Melakukan medical chek up : () rutin () Kadang²

Jenis Medical Chek Up yg dilakukan :

() Kunjungan ke Faskes : () rutin () Kadang²

Jenis Faskes yg dikunjungi : Puskesmas

(✓) Memiliki jaminan kesehatan/asuransi

Jenis Jamkes yg dimiliki : JKN

Catatan lain :

❖ Upaya pemeriksaan kesehatan mandiri

() Pemeriksaan payudara sendiri

() Pemeriksaan testis sendiri (khusus pria)

() Pemeriksaan Tekanan Darah sendiri

() Pemeriksaan Gula Darah mandiri

() Pemeriksaan Kolesterol mandiri

() Pemeriksaan Asam Urat mandiri

() Pemeriksaan mandiri lainnya, sebutkan

Catatan lain : Pasien mengatakan tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan secara mandiri.

❖ Riwayat Medis, hospitalisasi & Pembedahan

Pernahkah klien dirawat di RS sebelumnya ? Belum pernah

Jika pernah, kapan, Dirawat karena

Pernahkah klien menjalani operasi ? Belum Pernah

Jika pernah, kapan, Dioperasi karena

Catatan lain :

❖ Obat, Jamu, Herbal atau terapi lain yg dijalani sebelum masuk RS

Obat Yg sering dikonsumsi : Jamu Yg sering dikonsumsi :

Terapi lain yg dijalani : (Cth : Accupresure, bekam, akupuntur, dll)

Tujuan mengkonsumsi obat, jamu, herbal atau terapi tersebut adalah

Apakah obat, jamu, herbal atau terapi tersebut masih dijalani hingga saat ini ?

Alasannya :

Catatan lain : Pasien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat, jamu, herbal atau terapi yang dijalani sebelum masuk RS

2. Pola Metabolik – Nutrisi

❖ Kebiasaan Jumlah Makanan dan Kudapan

Makanan utama : (☒) Nasi Putih () Nasi Merah () Ubi & Olahannya () Roti

Berapa banyak ? 3 x sehari (ukuran Rmh Tangga)

Konsumsi Sayur Mayur : () Selalu (☒) Kadang kadang () Sangat Jarang

Jenis Sayur Yg paling disukai : Semua jenis sayur

Jenis Sayur yg dihindari/tidak disukai : Tidak ada

Olahan sayur yg sering : () rebus (☒) masak santan (☒) tumis () bakar () Goreng

Konsumsi Lauk : () Selalu (☒) Kadang kadang

Jenis lauk Yg paling disukai : Ayam, ikan, telur, tempe, tahu

Jenis lauk Yg paling sering dikonsumsi : ikan, telur

Olahan lauk yg sering dikonsumsi : () rebus () masak santan () tumis (☒) bakar (☒) Goreng

Jenis lauk yg dihindari/tidak disukai : Tidak ada

Frekuensi makan makanan utama & pelengkap : () 1-2 x/hr (☒) 3 x/hr () > 3 x/hr

Kudapan/Camilan : () Selalu (☒) Kadang kadang

Rasa kudapan yg paling disukai : () manis (☒) asin

Frekuensi makan kudapan dlm sehari : (☒) 1-2 x/hr () 3 x/hr () > 3 x/hr.

Jenis kudapan/camilan yg sering : () Permen / coklat () kue/roti/donat (☒) bakso/somay/mi

& sejenisnya (☒) kacang/krupuk/kripik/pilus dan sejenisnya (☒) es krim/es campur/soda & minuman sejenisnya

Catatan lain :

- ❖ Pola Makan 3 hari terakhir atau 24 jam terakhir (Jika klien dirawat > 3 hari, maka lakukan pengkajian pola makan 3 hr terakhir)

() 3 hari terakhir () 24 jam terakhir

Jenis diet : BB (Lih. di catatan medis)

Bentuk makanan yg diberikan : () padat () Bubur biasa () Bubur saring () Cair

Cara Pemberian : (✓) Oral () Sonde () Parenteral

Frekuensi pemberian : 3 x/hari Kudapan/camilan : 3 x / hari

Kemampuan makan : () mandiri (✓) bantuan () tergantung total

Porsi yg dihabiskan dari makanan yg disediakan :

() satu porsi habis setiap kali makan (✓) $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ porsi () < $\frac{1}{2}$ porsi

Alasan tidak menghabiskan makan : Terasa mual saat makan

Makanan lain diluar diet yg dikonsumsi : Tidak ada

Catatan lain :

Pasien mengatakan jika makan terasa ingin muntah.

- ❖ Masalah yg berhubungan dengan pola konsumsi makanan

() Gangguan menelan () Gangguan mengunyah () Gangguan mengecap () Mual

() Muntah () Nyeri gigi/caries () Terpasang peralatan medis () Penurunan kesadaran

(✓) Anoreksia / tidak nafsu mkn () Gangguan penciuman/tidak dpt mencium aroma makanan

() Perasaan tidak nyaman di abdomen; yaitu

() Tidak ada keinginan untuk makan yg berhubungan dg masalah psikologis (marah, depresi, sedih, putus asa)

Catatan lain :

- ❖ Energi Metabolik

() merasa lemah (✓) merasa tenaga menurun () mudah lelah

() tidak mampu melakukan aktifitas () tidak ada tenaga

Catatan lain :

Catatan lain :

- ❖ Pola Makan 3 hari terakhir atau 24 jam terakhir (Jika klien dirawat > 3 hari, maka lakukan pengkajian pola makan 3 hr terakhir)

() 3 hari terakhir () 24 jam terakhir

Jenis diet : BB (Lih. di catatan medis)

Bentuk makanan yg diberikan : () padat () Bubur biasa () Bubur saring () Cair

Cara Pemberian : (✓) Oral () Sonde () Parenteral

Frekuensi pemberian : 3 x/hari Kudapan/camilan : 3 x / hari

Kemampuan makan : () mandiri (✓) bantuan () tergantung total

Porsi yg dihabiskan dari makanan yg disediakan :

() satu porsi habis setiap kali makan (✓) $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ porsi () < $\frac{1}{2}$ porsi

Alasan tidak menghabiskan makan : Terasa mual saat makan

Makanan lain diluar diet yg dikonsumsi : Tidak ada

Catatan lain :

Pasien mengatakan jika makan terasa ingin muntah.

- ❖ Masalah yg berhubungan dengan pola konsumsi makanan

() Gangguan menelan () Gangguan mengunyah () Gangguan mengecap () Mual

() Muntah () Nyeri gigi/caries () Terpasang peralatan medis () Penurunan kesadaran

(✓) Anoreksia / tidak nafsu mkn () Gangguan penciuman/tidak dpt mencium aroma makanan

() Perasaan tidak nyaman di abdomen; yaitu

() Tidak ada keinginan untuk makan yg berhubungan dg masalah psikologis (marah, depresi, sedih, putus asa)

Catatan lain :

- ❖ Energi Metabolik

() merasa lemah (✓) merasa tenaga menurun () mudah lelah

() tidak mampu melakukan aktifitas () tidak ada tenaga

Catatan lain :

Catatan lain :

- ❖ Pola Makan 3 hari terakhir atau 24 jam terakhir (Jika klien dirawat > 3 hari, maka lakukan pengkajian pola makan 3 hr terakhir)

() 3 hari terakhir () 24 jam terakhir

Jenis diet : BB (Lih. di catatan medis)

Bentuk makanan yg diberikan : () padat () Bubur biasa () Bubur saring () Cair

Cara Pemberian : (✓) Oral () Sonde () Parenteral

Frekuensi pemberian : 3 x/hari Kudapan/camilan : 3 x / hari

Kemampuan makan : () mandiri (✓) bantuan () tergantung total

Porsi yg dihabiskan dari makanan yg disediakan :

() satu porsi habis setiap kali makan (✓) $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ porsi () < $\frac{1}{2}$ porsi

Alasan tidak menghabiskan makan : Terasa mual saat makan

Makanan lain diluar diet yg dikonsumsi : Tidak ada

Catatan lain :

Pasien mengatakan jika makan terasa ingin muntah.

- ❖ Masalah yg berhubungan dengan pola konsumsi makanan

() Gangguan menelan () Gangguan mengunyah () Gangguan mengecap () Mual

() Muntah () Nyeri gigi/caries () Terpasang peralatan medis () Penurunan kesadaran

(✓) Anoreksia / tidak nafsu mkn () Gangguan penciuman/tidak dpt mencium aroma makanan

() Perasaan tidak nyaman di abdomen; yaitu

() Tidak ada keinginan untuk makan yg berhubungan dg masalah psikologis (marah, depresi, sedih, putus asa)

Catatan lain :

- ❖ Energi Metabolik

() merasa lemah (✓) merasa tenaga menurun () mudah lelah

() tidak mampu melakukan aktifitas () tidak ada tenaga

Catatan lain :

- ❖ Persepsi klien tentang BB nya (*Hanya untuk klien dg kesadaran penuh*)
☐ Merasa BB normal ☐ Merasa BB Lebih ☐ Merasa sangat gemuk ☒ Merasa kurus

Catatan lain : Pasien mengatakan BB mengalami penurunan sebanyak

3. POLA ELIMINASI

- ❖ Eliminasi buang air kecil (b.a.k)

☒ Tidak di kateterisasi urine (*jika pasien di kateter maka pertanyaan langsung ke bagian dilakukan kateterisasi urine*)

☐ Frekuensi b.a.k dalam 24 jam : x/hr ☐ Penggunaan bedpan / urinal diatas TT

☒ Ke toilet : ☐ mandiri ☒ dengan bantuan

Apakah klien diinstruksikan untuk tampung urine 24 jam

☐ Ya, untuk keperluan

☒ Tidak, karena tidak diperlukan

Warna urine : ☐ kuning jernih ☐ Keruh ☐ berbusa ☐ Merah terang ☐ Merah pekat
☐ bekuan darah

Bau urine : ☒ normal ☐ busuk ☐ anyir

Masalah dalam pengeluaran urine : ☐ Nyeri ☐ Aliran tersendat ☐ enuresis ☐ Incontinensia

☐ retensi parsial/total ☐ urine menetes ☐ mengedan ☐ keluar pasir-pasir

☐ Dilakukan kateterisasi urine, jenisnya Lama kateter terpasang :hari

Kebersihan kateter : ☐ bersih ☐ tampak kotor

Keluhan klien terhadap kateter terpasang : ☐ nyeri ☐ panas ☐ perih ☐ tidak nyaman

Aliran urine dlm selang kateter : ☐ lancar ☐ tersendat

Warna urine dalam urine bag/selang kateter : ☐ kuning jernih ☐ kuning pekat ☐ keruh

☐ berkabut/granulasi ☐ merah terang ☐ merah pekat

Volume urine bag dalam 3 jam terakhir :ml

Volume urine bag dalam 6 jam terakhir :ml

Volume urine bag dalam 8 jam terakhir :ml

Volume urine bag dalam 24 jam terakhir : ml

Volume cairan irigasi (*jika dilakukan irigasi blas*) dalam 24 jam terakhir :ml.

Tetesan irigasi : tts/menit

Catatan lain :

4. POLA AKTIFITAS SEHARI-HARI

- ❖ Aktifitas sehari-hari

Pekerjaan : Tidak bekerja

Kegiatan Sosial/kemasyarakatan : Pasien jarang mengikuti kegiatan sosial yang ada di masyarakat

Masalah kesehatan anggota gerak :

() kelemahan ekstremitas.....

() kekakuan ekstremitas.....

() kontraktur area.....

Kemampuan melakukan perawatan diri (mandi, berpakaian, berhias, makan, toilet) :

() mandiri () bantuan sebagian () bantuan penuh

Penggunaan alat bantu gerak : () kruk () walker () tripod () tongkat

Catatan lain :

.....
.....
.....

5. POLA ISTIRAHAT – TIDUR

❖ Kebiasaan tidur

Kebiasaan tidur sehari-hari : (✓) 6 – 8 jam/hari () < 6 – 8 jam/hari () > 6 – 8 jam/hari.

Tingkat kesegaran setelah bangun tidur : () segar () tidak segar.

Kebiasaan tidur saat ini : () 6 – 8 jam/hari () < 6 – 8 jam/hari () > 6 – 8 jam/hari.

Masalah gangguan tidur : () mimpi buruk () pikiran tidak tenang () nyeri

(✓) lingkungan bising/berisik () pencahayaan ruangan (✓) suhu ruangan tdk nyaman

() pengunjug/pembezuK banyak, sesak (t)

Penggunaan alat/zat bantu tidur : () musik relaksasi () hypnoterapi

() obat-obatan, jenisnya.....

Catatan lain : Pasien mengatakan tidak bisa tidur dikarenakan suasana ruangan
panas dan pencahayaan terlalu terang.

.....
.....

6. POLA PERSEPSI KOGNITIF

❖ Gambaran tentang indera khusus

() penurunan tajam penglihatan () kacamata bantu () penurunan tajam pendengaran

() alat bantu dengar () penurunan tajam penciuman

() rasa baal indera perabaan (telapak tangan, telapak kaki) : kiri / kanan

() rasa kebas, kesemutan area.....

() rasa nyeri, karakteristik

❖ Kognitif

Tingkat pendidikan terakhir.....SD

Kemampuan mengambil keputusan : (✓) mampu () ragu-ragu () tidak mampu
mengambil keputusan () buta aksara () buta angka

Kemampuan mengingat : Jangka pendek : (✓) mampu () Tidak mampu,
Jangka Panjang : (✓) mampu () tidak mampu

Catatan lain :

.....
.....
.....
.....
.....

7. POLA KONSEPSI DIRI – PERSEPSI DIRI

❖ Keadaan sosial

❖ Pekerjaan : Tidak bekerja

❖ Situasi keluarga : (✓) baik () bercerai ()

❖ Keanggotaan kelompok sosial :

❖ Identitas personal (penjelasan ttg kekuatan & kelemahan diri sendiri :
.....

❖ Keadaan fisik yg disukai & tidak disukai : Pasien mengatakan tidak ada yang tidak disukai dalam dirinya

❖ Harga diri (perasaan klien thd dirinya sendiri).....

Catatan lain :

.....
.....
.....
.....
.....

8. POLA HUBUNGAN PERAN

❖ Gambaran Tentang Peran

❖ Peran klien dalam keluarga : sebagai anak

❖ Peran klien dalam masyarakat : warga masyarakat

❖ Peran klien dalam pekerjaan : klien belum bekerja.

- ❖ Kepuasan terhadap peran : (✓) puas () tidak puas
- ❖ Perubahan peran : (✓) tidak () ya, yaitu.....
 Jika ya, apakah perubahan peran tersebut dirasakan membuat klien merasa tidak nyaman ?
 () Tidak
 () Ya, uraikan.....
- ❖ Pola hubungan
 - ❖ Hubungan dengan keluarga : (✓) baik () masalah,
 - ❖ Hubungan dengan masyarakat : (✓) baik () masalah,
 - ❖ Hubungan dengan pekerjaan : () baik () masalah,
 - ❖ Hubungan dengan petugas kesehatan (perawat, dokter, dll) : (✓) baik
 () masalah,
- Catatan lain :

9. POLA REPRODUKTIF – SEKSUALITAS

- ❖ Reproduksi & Seksualitas
 - ❖ Apakah klien saat ini mengalami : () Menopause () amenorrhea () dishmenorhea
 () impotensi () penurunan libido () Nyeri
 - ❖ Apakah klien saat ini menggunakan kontrasepsi : () tidak () Ya, jika ya, jenis kontrasepsi
 dan telah digunakan selama Bln / tahun.
 - ❖ Apakah klien mengalami masalah terkait dengan fungsi reproduksi ? () Tidak
 () Ya, jika ya, jelaskan
 - ❖ Apakah klien mengalami masalah terkait dengan fungsi seksual ? () Tidak
 () Ya, jika ya, jelaskan
- Catatan lain :

10. POLA TOLERANSI TERHADAP STRESS – KOPING

❖ Toleransi terhadap stress – koping

- ❖ Adakah kejadian yang pernah dialami oleh klien hingga saat ini yang sangat menimbulkan stress ? (✓) tidak ada () ada, yaitu.....
- ❖ Apakah klien belakangan ini merasakan perasaan : () Kecemasan () Takut () Sedih () Bingung () Kehilangan harapan / putus asa () tertekan
- ❖ Apakah strategi yang biasanya digunakan oleh klien untuk menghilangkan perasaan diatas ? uraikan.....
- ❖ Apakah strategi tersebut dirasakan efektif oleh klien ? () selalu efektif () tidak selalu efektif () tidak efektif
- ❖ Apakah klien mengetahui beberapa teknik relaksasi / menenangkan diri / meredakan stress ? () Tidak () mengetahui, yaitu
- ❖ Jika mengetahui, apakah klien pernah menggunakannya ? () ya () tidak, karena.....
- ❖ Apakah saat ini klien tampak : () tegang () murung / sedih () gelisah () menyendiri () tatapan kosong () banyak bertanya

11. POLA KEYAKINAN – NILAI

- ❖ Latar belakang budaya / etnik : Jawa Setano
- ❖ Apakah tujuan hidup menurut klien :
.....
- ❖ Keyakinan klien yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :
Pasien ingin cepat sembuh
- ❖ Keyakinan keluarga yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :
Keluarga pasien mengatakan pasien ingin cepat sembuh dan kembali ke rumah.
- ❖ Apakah menurut klien pendekatan keyakinan / budaya / agama penting dalam penyelesaian masalah kesehatan saat ini : () tidak (✓) Ya, Penting
- ❖ Apakah selama di RS klien mengalami kesulitan dalam menjalankan ritual keyakinan/budaya atau agamanya ? () tidak (✓) Ya, jelaskan Klien sulit melakukan sholat

D. PEMERIKSAAN FISIK

TANDA – TANDA VITAL : TD : 100/80 mmHg, Nadi : 97 x/menit () kuat () lemah
() Teratur () Tidak teratur RR : 28 x/mnt () teratur () tidak
Teratur. Irama nafas : () normal () Cheyne Stokes () Biot
() Kussmaul () Hyperventilasi () Apneustik

STATUS MENTAL : (✓) composmentis () Delirium () Somnolen () Stupor () Koma

1. Kepala : Bentuk kepala simetris, bersih, tidak ada benjolan atau lesi, rambut berwarna hitam, panjang dan ikal, tidak ada nyeri tekan. Mata; simetris, sklera ikteri, wajah; tidak ada luka, tidak ada edema, bentuk wajah simetris, tampak pucat.

2. ~~Ketubuh~~ : Hidung; bentuk mancung, tidak ada polip, tidak ada sekret. Telinga; bentuk simetris antara kanan dan kiri, tidak ada lesi, tidak menggunakan alat bantu dengar, fungsi pendengaran baik. Mulut; bibir kering, tampak pucat, tidak ada

2. Leher : Perdarahan pada gusi, gigi tampak bersih, terdapat gigi bolong di graham kanan; Tidak terdapat pembengkakan vena jugularis, tidak ada lesi dan nyeri tekan, reflek

3. Thorax (Jantung & Paru): menelan baik.

a. Inspeksi : Bentuk dada Funnel Chest, terdapat penggunaan otot bantu napas, frekuensi napas 28x/menit.

b. Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, Pergerakan dada posterior dan anterior normal, vokal fremitus kanan sama dengan kiri (mengeras).

c. Perkusi : Terdengar suara sonor diseluruh permukaan paru.

d. Auskultasi : Terdengar suara ronchi kering di paru.

4. Abdomen

a. Inspeksi : bentuk abdomen simetris, tidak terdapat lesi dan luka

b. Auskultasi : Terdengar bising usus 16 x/menit

c. Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada ulu hati, tidak terdapat benjolan

d. Perkusi : Terdengar suara timpani

5. Punggung & Tulang Belakang : Bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat lesi dan luka.

6. Genitalia & Rektum : Tidak terpasang kateter, masih dapat ke kamar mandi dengan bantuan, pasien tidak bersedia dikaji.

7. Ekstremitas Atas & Bawah : Tidak mengalami kelemahan ekstremitas bawah (kaki) dan atas (tangan), terpasang infus pada ekstremitas atas bagian kanan, tidak terdapat kelainan tidak ada luka dan lesi di ekstremitas atas dan bawah.

8. Kekuatan otot :

S	S
S	S

9. Pemeriksaan Khusus :

a. Neurologi

Sensorik : _____

Motorik : _____

Reflek Fisiologis : Bicep : kanan _____ kiri _____ Tricep : kanan _____ kiri _____

Tendo Achilles : kanan _____ kiri _____ Abdomen : _____

Reflek Patologis dan rangsang meningeal :

Babinsky : kanan _____ kiri _____ Brudzinsky I : _____

Brudzinsky II : _____ Chadok : _____ Hoffman Turner : _____

Laseque : _____ Kaku Kuduk : _____ sss

12 Syaraf Kranial :

Nervus I : _____

Nervus III : _____

Nervus IV : _____

Nervus V : _____

Nervus VI : _____

Nervus VII : _____

Nervus VIII : _____

Nervus IX : _____

Nervus X : _____

Nervus XI : _____

Nervus XII : _____

10. Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

- Ankle Brachial Indeks (ABI) : Kanan _____ Kiri _____

- Monofilamen : Kanan _____

Kiri _____

- Ulkus DM : Lokasi _____

Gambar :

P : Peripheral _____

E : Extend or Size : _____

D : Depth or Tissue Loss : _____

I : Infection and Sensation : _____

S : Severe : _____

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG DIAGNOSTIK

(Laboratorium, Radiologi, USG, CT Scan, MRI, Kultur, dll bila diperlukan buat dalam bentuk daftar / table hasil pemeriksaan yg menunjukkan perkembangan hasil pemeriksaan)

Hb: 8,3 , Leukosit : 8.400 , Eritrosit : 3,5 , Hematokrit : 27 , Trombosit : 335.000 ,
MCV : 79 , MCH : 24 , MCHC : 30 , Eosinofil : 0 , Batang : 0 , Limfosit : 8 , LED : 59
BTA (+) , Efusi pleura (-) , Tidak tampak kardiomegali .

F. DAFTAR TERAPI (OBAT, CAIRAN, dll)

NAMA	DOSIS RUTE PEMBERIAN	MULAI PEMBERIAN	INDIKASI (lihat DOI)	EFEK SAMPING (lihat DOI)
IVFD RL, Makro	20 tpm			
Ceftriaxone	1gr / 12 jam (iv)			
Keterolac	30 mg / 12 jam (iv)			
Aminophilin	240 mg / 24 jam (iv)			
Azithromycin	500 mg / 24 jam (iv)			
Ambroxol syrup	3 x 1 (oral)			
Salbutamol	4 mg / 24 jam (oral)			
Pacikan sesak kapul	3 x 1 (oral)			
Combivent Pulmicort	2 mg / 8 jam			
Oksigen Nasal Kanul	3L / menit			

SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

Nama Klien : Ny. O

Jenis Kelamin : L / D No. Register : 62.46.151 Tanggal Penilaian Risiko : 05 Maret 2020

PARAMETER	TEMUAN				SKOR
Ppersepsi Sensori	1. Tidak merasakan/respon thd stimuli nyeri, menurun kesadaran	2. Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau bnyg respon pd stimuli nyeri, tdk dpi mengkomunikasikan ketidaknyamanan	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau respon pd perintah verbal tp tdk selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan	4. Tidak ada gangguan sensori, respon penuh terhadap perintah verbal	4
Kelambaban	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah	2. Kulit Lembab	3. Kulit kadang-kadang lembab	4. Kulit kering	3
Aktivitas	1. Tergeletak di tempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan pada jarak terbatas	4. Dapat berjalan sekitar ruangan	4
Mobilitas	1. Tidak mampu bergerak	2. Tidak dapat mengubah posisi secara tepat dan teratur	3. Dapat mengubah posisi ekstremitas mandiri	4. Dapat mengubah posisi tidur tanpa bantuan	4
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau NPO lebih dari 5 hari	2. Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum	3. Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya	4. Dapat menghabiskan porsi makannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi.	2
Gesekan	1. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau gelisah	2. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan		3
SKOR					20

Diadopsi dari Braden & Bergstom (1998), AHCPR (2008)

Skor : 15 – 18 berisiko, 13 – 14 risiko sedang, 10 – 12 risiko tinggi, ≤ 9 risiko sangat tinggi

FORMAT ANALISIS DATA

NamaKlien : Ny. O
 Dx. Medis : TB Paru
 Ruang : Melati
 No. MR : 00.62.48.15

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
1.	05 Maret 2020	DS: - Pasien mengeluh serak napas - Pasien mengeluh batuk disertai dahak yang sulit dikeluarkan. - Pasien mengatakan batuk sudah sejak 6 bulan yang lalu. DO: - Td : 100/80 mmHg - RR : 28 x/menit - S : 36,8°C - N : 97 x/menit - Hasil BTA (+) - Terdapat otot bantu napas - Suara napas ronkhi kering - Bentuk dada funnel chest - Tidak terdapat nyeri tekan	Bersihkan jalan napas tidak efektif	Hipersekreasi saluran napas
2.		DS: - Pasien mengatakan tidak nafsu makan - Pasien mengatakan mual saat makan - Pasien mengatakan badan terasa lemas - Pasien mengatakan hanya menghabiskan 1/4 porsi makan yang disediakan setiap makan. DO: - Pasien tampak lemas dan pucat - BB mengalami penurunan, BB sebelum sakit 45 kg, BB saat sakit 30 kg. - Bising usus 16 x/menit - IMT : $BB / TB (m)^2$	Defisit Nutrisi	Ketidakmampuan menelan makanan

$$\begin{aligned}
 &= 30 / 1,60 \times 1,60 \\
 &= 30 / 2,56 \\
 &= 11,71
 \end{aligned}$$

FORMAT ANALISIS DATA

NamaKlien : Ny. O
 Dx. Medis : TB Paru
 Ruang : Melati
 No. MR : 00.62.48.15

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
3.	05 Maret 2020	1. pasien mengatakan ruangan panas. DS : 2. pasien mengatakan pencahayaan terlalu terang 3. pasien mengatakan sesak bertambah pada saat malam hari DO : 1. pasien mengatakan tampak lemas 2. pasien sering menguap 3. Kantung mata pasien terlihat menghitam.	Gangguan Pola Tidur	Hambatan Lingkungan
		DS : DO :		

DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

NamaKlien : Ny. O
Dx. Medis : TB paru
Ruang : Melati
No. MR : 00.60.48.15

HARI KE-1 : Tanggal 05 Maret 2020

1. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d Hipersekreksi jalan napas
2. Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan Menelan Makanan
3. Gangguan Pola Tidur b.d Hambatan lingkungan
- 4.

HARI KE-2 : Tanggal 06 Maret 2020

1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b.d Hipersekreksi Jalan Napas
2. Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan Menelan Makanan
3. Gangguan pola tidur b.d Hambatan lingkungan
- 4.

HARI KE-3 : Tanggal 09 Maret 2020

1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b.d Hipersekreksi Jalan Napas
2. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan Menelan Makanan
3. Gangguan pola tidur b.d Hambatan lingkungan
- 4.

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama klien : N.Y.O
 Dx. Medis : Tb. Paru
 Ruang : Melati
 No. MR : 00.62.48.15

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
1.	5/3/2020	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d. pengaparan hipersекреksi jalan napas Ds: - Pasien mengeluh sesak napas - Pasien mengeluh batuk disertai darah yang sulit dikeluarkan. - Pasien mengatakan batuk sudah sejak 6 bulan yang lalu. Do: - TD : 100/80 mmHg - N:94 - RR : 28 x/menit % - S : 36,8°C - Hasil RTA (+) - Terdapat ekspirasi kasar - Suara napas rales kering - Berhenti dada funnel chest - Tidak terdapat nyeri dada	Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka bersihan jalan napas tidak efektif meningkat dengan kriteria hasil : 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. frekuensi napas membaik 4. Dispnea menurun 5. Sianosis menurun	1. Identifikasi kemampuan batuk 2. Monitor adanya reflesi sputum 3. Monitor pola napas 4. Monitor bunyi napas 5. Monitor saturasi oksigen 6. Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 7. Mengatur posisi semi Fowler 8. Pasang plekt dan bengkok 9. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, dan ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dan mulut dengan bibir menutup.		AP

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NamaKlien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

No	Tanggal	DiagnosaKeperawatanandan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	RencanaTindakan	Rasional	Paraf
				(dibulatkan) selama 8 detik. 10. Mengamputkan mengulangi tank napas dalam hingga 3 kali. 11. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tank napas dalam yang ke-3 12. Menubung sekret pada tempat sputum. 13. Memberikan oksigen sesuai perintah dokter 14. Anjurkan minum hangat 15. Monitor sputum 16. Dokumentasi hasil pemeriksaan.		✓

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama klien : Ny. O
Dx. Medis : TB Paru
Ruangan : Melati
No. MR : DO. 62.48.15

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
2.	05 Maret 2020	Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan DS: - Pasien mengatakan tidak nafsu makan. - Pasien mengatakan mulut kering. - Pasien mengatakan badan terasa lemas - Pasien mengatakan hanya menghabiskan 1/4 porsi makanan yang disediakan setiap makan DO: - Pasien tampak lemas dan pucat - BB mengalami penurunan BB sebelum sakit 45 kg BB sesudah sakit 30 kg	Setelah diberikan asuhan keperawatan masalah defisit nutrisi dengan kriteria hasil: 1. Porsi makan yang dikonsumsi meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik	1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan. 3. Identifikasi kemampuan BB meminum. 4. Monitor adanya mulut dan muntah 5. Identifikasi makanan yang disukai 6. Identifikasi jenis kalori dan jenis nutrisi 7. Monitor asupan makanan 8. Monitor BB 9. Anjurkan posisi duduk jika mampu 10. Lakukan oral hygiene		

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NamaKlien :
 Dx. Medis :
 Ruang :
 No. MR :

No	Tanggal	DiagnosaKeperawatanandan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	RencanaTindakan	Rasional	Paraf
		4. IMT = $BB / TB (m^2)$ $= 30 / 1,60 \times 1,60$ $= 30 / 2,56$ $= 11,71 //$		11. sebelum makan yang sesuai dengan kondisi klien. 12. Berikan makanan tinggi serat. 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein. 14. Hilangkan makanan secara menarik. 15. Ajarakan diet yang diprogramkan		

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama klien : Ny O
Dx. Medis : TB, Paru
Ruang : Melati
No. MR : 00.62.48.15

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
3	05 Maret 2020	Gangguan Pola Tidur b.d. Hambatan lingkungan. ps: - Pasien mengatakan ruangan panas - Pasien mengatakan sulit tidur - Pasien mengatakan pencahayaan terlalu terang - Pasien mengatakan sesak bertambah saat malam hari Ds: - Pasien tampak lemas - Pasien sering mengiyap - Kedinginan mata pasien terlihat meningkat.	Setelah diberikan asuhan keperawatan masalah gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil: 1. keluhan sulit tidur menurun 2. keluhan sering terbangun menurun 3. keluhan tidak puas tidur menurun.	1. Identifikasi Faktor penguanggu tidur 2. Identifikasi makanan dan minuman penguanggu tidur 3. Jelaskan pentingnya tidur saat sakit. 4. Anjurkan mengapi kebiasaan waktu tidur 5. Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang menganggu tidur 6. Modifikasi lingkungan 7. Tingkatkan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 8. Tetapkan jadwal tidur 9. Serahkan jadwal pemberian obat untuk menunjang siklus tidur.		

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama klien : Ny. O
 Dx. Medis : Tg. Panu
 Ruang : Melati
 No. MR : 00.62.48.15

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	05 Maret 2020 09.00 WIB	1.	1. Mengidentifikasi kemampuan batuk 2. Memonitor adanya retensi sputum 3. Memonitor pola napas 4. Memantau bunyi napas tambahan 5. Memantau saturasi oksigen 6. Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 7. Mengatur posisi semi-Fowler 8. Memasang petak dan benjolan 9. Mengaturkan tak napas dalam selama 4 detik, dan istirahat selama 1 detik	S: 1. Pasien mengatakan masih merasa sesak 2. Pasien mengatakan masih batuk berdarah dan sputum mengeluarkan dahaknya. 3. Pasien mengatakan sputum berakumulasi karena sesak bertambah saat pasien melakukan aktivitas. O: 1. TTV TD: 100/80 mmHg N: 97 x/menit RR: 28 x/menit S: 36,8 °C 2. Pasien tampak sesak 3. Pasien tampak sputum berakumulasi 4. Terdengar suara napas tambahan ronchi kering 5. Terpaang oksigen nasal kanul 3L/menit 6. Pasien masih belum bisa batuk dengan	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama klien :
 Dx. Medis :
 Ruang :
 No. MR :

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atautasi)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	10.30 WIB 10.40 WIB		kemulian keluaran dan mulut dengan bilas mercau (dibuatkan) selama 8 detik. 10. Mengajarkan mengulangi tank napas hingga 3 kali 11. Mengajarkan batuk dengan kuat langsung setelah tank napas dalam yang ke-3 12. Membuang sekret pada tempat sputum 13. Berikan oksigen sesuai perintah dokter 14. Mengajarkan minum hangat 15. Monitor sputum 16. Mendokumentasikan hasil pemantauan.	efektif 7. Pasien masih belum bisa batuk efektif 8. Warna sputum kuning A : Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi. P : 1. Identifikasi kemampuan batuk 2. Identifikasi adanya refren sputum 3. Identifikasi kemampuan pasien mengeluarkan sputum 4. Ajaran cara batuk efektif 5. Ajaran tarik napas dalam hingga 3 kali 6. Ajaran batuk dengan kuat setelah tank napas yang ke-3 7. Mendokumentasikan hasil pemantauan 8. Memberikan obat sesuai tindakan yang sudah ada.	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama klien : Ny. O
Dx. Medis : TB paru
Ruang : Melati
No. MR : DD. 62.48.15

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2.	05 Maret 2020 11.15 WIB	2.	1. Mengidentifikasi status nutrisi. 2. Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Mengidentifikasi kemampuan penyalakan 88 karang 4. Memantau adanya mual dan muntah. 5. Mengidentifikasi makanan yang disukai 6. Mengidentifikasi jenis kalori dan jenis nutrisi. 7. Memantau asupan makanan 8. Memantau 88 9. Mengaturkan posisi duduk 10. Melakukan oral hygiene sebelum makan.	S: 1. pasien mengatakan tidak nafsu makan 2. pasien mengatakan mual saat makan 3. pasien mengatakan badan terasa lemas 4. pasien mengatakan mulut terasa pahit O: 1. pasien tampak lemas 2. pasien hanya menghabiskan 1/4 porsi dari makanan yang disediakan. 3. Berat 62 kg/165 cm. A: Defisit Nutrisi belum teratasi P: 1. Monitor asupan nutrisi 2. Monitor adanya mual dan muntah 3. Monitor 88 4. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 5. Berikan makanan tinggi serat	
	11.35 WIB				

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama klien : Ny. O
 Dx. Medis : TB Paru
 Ruang : Melati
 No. MR : 00.62.48.15

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2.	05 Maret 2020	2	11. Menyediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien 12. Memberikan makanan tinggi serat 13. Memberikan makanan tinggi kalsium dan tinggi protein 14. Menghindangkan makanan secara menart 15. Menyarankan diet yang diprogramkan .	7. Melakukan oral Hygiene sebelum makan	
	12-15 w/18				

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny D
 Dx. Mealis : Tb paru
 Ruang : Melah
 No. MR : 00.62.48.15

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
3	5/3/2020	3	1. Mengidentifikasi faktor penguasa hidur 2. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang menganggu hidur 3. Menjadikan peringnya hidur saat sakit 4. Mengajarkan memberi ketasasan waktu hidur 5. Mengajarkan menghindari makanan dan minuman yang menganggu hidur 6. Mengidentifikasi lingkungan 7. Menetapkan jadwal hidur 8. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan	S:- Pasien mengatakan sekur bertambah saat malam hari. - Pasien mengatakan ruangan panas - Pasien mengatakan perazhayaan tedulu terang - Pasien mengatakan jawa tidurnya belum kemali O:- Mata pasien cekung - Pasien masih tarupak lenas A:- Gangguan pola Tidur P:- - Angurkan Menepati ketasasan waktu hidur - Modifikasi lingkungan - Tetapkan Jadwal hidur rutin - lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan - Seputkan jadwal pemberian obat untuk menunjang siklus hidur.	
	13. 02 wib				

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. O
 Dx. Medis : TB Paru
 Ruang : Melati
 No. MR : 00.62.48.15

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	06 Maret 2020 08.30 WIB	1.	1. Mengidentifikasi kemampuan batuk 2. Mengidentifikasi adanya reflesi spium dan kemauan pasien mengeluarkan dahak	S : 1. Pasien mengatakan sesak berturung 2. Pasien mengatakan masih batuk berdarah dan dahak sedikit sulit dikeluarkan 3. Pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas karena sesak sudah berturung.	ff
	08.45 WIB		3. Memberikan O ₂ sesuai indikasi (SL/ment) 4. Mengatur posisi semi-Fowler 5. Memberikan minum hangat 6. Mengajak batuk dan bengek 7. Mengajarkan cara batuk efektif 8. Mengajarkan tarik napas dalam hingga 3 kali	O : 1. TTU TO : 100/90 mmHg N : 90 x/menit RR : 26 x/menit S : 36,5°C 2. Pasien sudah bisa batuk efektif 3. Obat batuk napas sudah berturung 4. Warna spium kuning 5. Terpapang O ₂ SL/ment	
	08.55 WIB				

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien :
 Dx. Medis :
 Ruang :
 No. MR :

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	09.30 wib		9. Mengajarkan batuk dengan kuat saat tarik napas ke-3 10. Memonitor sputum 11. Mendokumentasikan hasil pemantauan	A : Bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian P : 1. Berikan minum hangat 2. Ajarkan batuk efektif 3. Ajarkan tarik napas dalam 4. Ajarkan cara mengeluarkan sputum 5. Monitor sputum 6. Berikan obat sesuai program tindakan yang sudah ada.	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. D
 Dx. Medis : TB Paru
 Ruang : Melah
 No. MR : 00.62.48.15

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2.	06. Maret 2020 11.15 wib 11.35 wib	2.	1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Monitor berat badan 3. Monitor asupan makanan 4. Memonitor adanya mual dan muntah. 5. Melakukan oral hygiene sebelum makan 6. Mengaturkan posisi duduk 7. Memberikan makanan tinggi kalori dan protein 8. Memberikan makanan tinggi serat. 9. Menjadikan makanan sesuai kondisi pasien	S: 1. Pasien mengatakan bual sudah berturut-turut saat makan. a. Pasien mengatakan belum nafsu makan 3. Pasien mengatakan badan masih terasa lemas. O: 1. Pasien tampak lemas a. Pasien hanya menghabiskan 1/2 porsi makanan yang disediakan 3. Bising usus 1 x/menit A: Defisit nutrisi teratasi sebagian P: 1. Monitor dg a. Berikan makanan tinggi serat, kalon dan protein 3. sediakan makanan yang tepat sesuai keadaan klien 4. anjurkan makan sedikit tetapi sering	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. O
 Dx. Medis : TB Paru
 Ruang : Melati
 No. MR : 00.62.48.15

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
3.	06 Maret 2020 13.35 WIB	3	1. Mengidentifikasi Faktor Perangguan tidur (13.15 WIB) 2. Merangsungkan Menepi waktu tidur 3. Menepi Jadwal tidur rutin 4. Memeriksa lingkungan 5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 6. Menyesuaikan Jadwal pemberian obat untuk menunjang siklus tidur	S: 1. Pasien mengatakan ruangan masih panas 2. Pasien mengatakan jam tidurnya belum kembali 3. Pasien mengatakan sudah dapat tidur 5 jam per-hari. O: 1. Mata pasien terang 2. Pasien masih tampak lemas 3. Pasien masih tampak lemas A: Gangguan Pola tidur terakasi sebagian P: 1. Anjurkan menepi kebiasaan waktu tidur 2. Modifikasi lingkungan 3. Sediakan Jadwal pemberian obat untuk menunjang siklus tidur	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. D
 Dx. Medis : TB Paru
 Ruang : Melati
 No. MR : 00.62.48.15

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	09/03/2020 09.00 WIB	1.	1. Memberikan minum hangat 2. Mengajarkan batuk efektif 3. Mengajarkan tank napas dalam 4. Mengajarkan cara meng- eluarkan sputum 5. Monitor sputum	S: 1. Pasien mengatakan sudah tidak sesak 2. Pasien mengatakan sputum sudah bisa dikeluarkan 3. Pasien sudah memahami cara batuk efektif 4. Warna sputum putih kekuningan O: 1. TTV TD: 100/80 mmHg RR: 25 x/menit N: 90 x/menit S: 36,5°C 2. Tidak terpasang O ₂ 3. Pasien tampak sudah bisa melakukan aktivitasnya tanpa sesak 4. Bersihan jalan napas tidak efektif teratasi P: Hentikan intervensi	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama klien : My O
 Dx. Medis : TB Paru
 Ruang : Melati
 No. MR : 00.62.48.15

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2.	09 Maret 2020 10-15 WIB 10-30 WIB	2.	1. Mengidentifikasi adanya mual dan muntah 2. Memonitor BB 3. Memberikan makanan tinggi kalori dan serat 4. Menyediakan makanan yang tepat sesuai keadaan pasien 5. Menganjurkan makan sedikit tetapi sering	S: 1. Pasien mengatakan sudah sedikit napas makan 2. Pasien mengatakan masih terasa mual saat makan O: 1. Pasien tampak sudah mampu menghabiskan porsi lebih maknanya. 2. BB klien belum pulih seperti saat sebelum sakit. A: Defisit nutrisi teratasi sebagian P: 1. Monitor BB 2. Berikan makanan sesuai kondisi klien.	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama klien : Ny O
 Dx. Medis : TB Paru
 Ruang : Melati
 No. MR : 00.62.48.15

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau hasil)	Evaluasi (SOAP)	Petraf
3	09 Maret 2020 13.10 WIB	3	1. Mengamati/mengetahui kebiasaan waktu tidur 2. Memodifikasi lingkungan 3. Menyesuaikan jadwal pemberian obat untuk menunjang siklus tidur	S : 1. Pasien mengatakan lingkungan sudah lebih nyaman a. Pasien mengatakan jam tidurnya sudah bertambah menjadi 6 jam per-hari. O : 1. Hilang pada kantuk mata pasien bertambah a. Pasien tampak lebih segar A : Gangguan pola tidur teratasi P : Hentikan intervensi.	

Lampiran 3

A. SOP Latihan Batuk Efektif

Observasi :

1. Identifikasi kemampuan batuk
2. Monitor adanya retensi sputum
3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas
4. Monitor input dan output cairan (mis. Jumlah dan karakteristik)

Terapeutik

1. Atur posisi semi fowler atau fowler
2. Pasang pernak dan bengkok
3. Buang sekret pada tempat sputum

Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif
2. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, dan ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik
3. Anjurkan tarik napas dalam hingga 3 kali
4. Anjurkan batuk dengan kuat setelah tarik napas dalam yang ke-3

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu

B. SOP Manajemen Jalan Napas

Observasi

1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. *Gurgling*, *wheezing*, mengi, ronkhi kering)
3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Terapeutik

1. Atur posisi semi fowlwe atau fowler
2. Berikan minum hangat
3. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
4. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
5. Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi

1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi
2. Ajarkan teknik batuk efektif

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

C. SOP Pemantauan Respirasi

Observasi

1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, upaya napas
2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kusmaul, *chynestokes*, biot, ataksik)
3. Monitor kemampuan batuk efektif
4. Monitor adanya produksi sputum
5. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
6. Auskultasi bunyi napas
7. Monitor saturasi oksigen
8. Monitor nilai AGD

Terapeutik

1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
2. Dokumentasi hasil pemantauan

Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

D. SOP Penyapihan Ventilasi Mekanik

Observasi

1. Periksa kemampuan untuk disapih
2. Monitor prediktor kemampuan untuk mentolerir penyapihan
3. Monitor tanda-tanda kelelahan otot pernapasan
4. Monitor status cairan dan elektrolit

Terapeutik

1. Posisikan pasien semi fowler (30-40°)
2. Lakukan penghisapan jalan napas, jika perlu
3. Berikan fisioterapi dada, jika perlu
4. Lakukan uji coba penyapihan (30-120 menit)
5. Gunakan teknik relaksasi, jika perlu
6. Hindari pemberian sedasi farmakologis selama percobaan penyapihan
7. Berikan dukungan psikologis

Edukasi

1. Ajarkan pengontrolan napas saat penyapihan

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian obat yang meningkatkan kepatenan jalan napas dan pertukaran gas

E. SOP Terapi Oksigen

Observasi

1. Monitor aliran kecepatan oksigen
2. Monitor posisi alat terapi oksigen
3. Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup

4. Monitor efektifitas terapi oksigen (mis. Oksimetri, analisa gas darah), jika perlu
5. Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan
6. Monitor tanda-tanda hipoventilasi
7. Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektasi
8. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen
9. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen

Terapeutik

1. Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu
2. Pertahankan kepatenan jalan napas
3. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen
4. Berikan oksigen tambahan, jika perlu
5. Gunakan peralatan oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien

Edukasi

1. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah

Kolaborasi

1. Kolaborasi penentuan dosis oksigen
2. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan atau tidur

F. Dukungan Ventilasi

Observasi

1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas
2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan
3. Monitor status respirasi dan oksigenasi

Terapeutik

1. Mempertahankan kepatenan jalan napas
2. Berikan posisi semifowler dan fowler

3. Ventilasi mengubah posisi senyaman mungkin
4. Berikan oksigen sesuai kebutuhan
5. Gunakan bag-valve mask, jika perlu

Edukasi

1. Ajarkan melakukan teknik relaksasi napas dalam
2. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri
3. Ajarkan teknik batuk efektif

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu

G. Pencegahan Aspirasi

Observasi

1. Monitor status pernapasan
2. Monitor bunyi napas, terutama setelah makan dan minum

Terapeutik

1. Posisikan semifowler (30-45°) 30 menit sebelum pemberian asupan oral
2. Lakukan penghisapan jalan napas, jika produksi sekret meningkat
3. Sediakan suction di ruangan
4. Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak
5. Berikan obat-obat dalam bentuk cair

Edukasi

1. Anjurkan makan secara berlebihan
2. Anjurkan strategi mencegah aspirasi
3. Anjurkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu

Lampiran 4



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPUR
Jalan Soekarno - Hatta No. 6 Bandar Lampung
Telp : 0721 - 783 852 Faksimile : 0721 - 773 918
Website : <http://poltekkes-tjk.ac.id> E-mail : direktorat@poltekkes-tjk.ac.id



10 Februari 2020

Nomor : PP.03. 01 / I. 1 / 0623/2020
Lampiran : 1 Eks
Hal : Izin Penelitian

Yang terhormat :

1. Direktur RS. Jiwa Provinsi Lampung
2. Direktur RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung

Di-
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Karya Tulis Ilmiah bagi mahasiswa semester VI Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Tanjungpur Jurusan Keperawatan Poltekkes Tanjungpur Tahun Akademik 2019/2020 maka kami mengharapkan dapat diberikan izin kepada mahasiswa kami untuk dapat melakukan Penelitian di Institusi yang Bpk/Ibu pimpin. Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan nama Mahasiswa dan institusi yang terkait dengan proposal penelitian.

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Tembusan :
1. Ka. Jurusan Keperawatan
2. Kepala Bagian Diklat



PEMERINTAH PROPINSI LAMPUNG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.H. ABDUL MOELOEK
Jl. Dr. Rivai No. 6 Telp. 703312 Fax (0721) 703952
BANDAR LAMPUNG 35112

Bandar Lampung, 21 Februari 2020

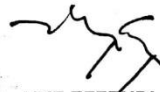
Nomor : 420/09835/6.2/11/2020
Sifat : Biasa
Lampiran : 3 (Tiga) lembar
Perihal : Izin Penelitian D3 Keperawatan

Kepada
Yth. Pa. Ruang Mekanik
di-
RSUD.AM

Menindaklanjuti surat dari Direktur Poltekkes Kemenkes Tanjung Karang Prodi DIII Keperawatan No : PP.03.01/I.1/0623/2020 tanggal 10 Februari 2020, perihal tersebut pada pokok surat, atas nama (terlampir).

Dengan ini kami informasikan bahwa untuk kepentingan penelitiannya yang bersangkutan dapat disetujui untuk mengambil data pada Ruang dan Nama Pembimbing Askep (Terlampir) RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dan dilakukan di jam kerja RSUDAM Waktu Mengambil data diberikan selama (Lima) 5 Hari. Untuk informasi lebih lanjut yang bersangkutan dapat berhubungan dengan Bagian Diklat RSUD.AM.

a.n. DIREKTUR UTAMA
DIREKTUR DIKLAT & SDM,


dr. ARIF EFFENDI, Sp.KK
Pembina Utama Muda
NIP :19610603 199010 1 002

Ruang Melati : 6 Mahasiswa

NO	NAMA/NIM	TEMPAT PENELITIAN	NAMA PENDAMPING ASKEP PENELITIAN	JUDUL PENELITIAN
1.	Dwi Fitri Jumiati 1714401010	Ruang Melati Ruang Diklat	Ns,Sri Sugiyati,S,Kep	Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Respirasi Pada Pasien Tuberkolosis di Ruang Melati RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
2.	Tehnikita Ayu Nur MP 1714401012	Ruang Melati Ruang Diklat	Ns,Sri Sugiyati,S,Kep	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Respirasi Pada Klien Dengan Asma Bronchial di Ruang Melati RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
3.	Oktafiyani Nur Indah Sari 1714401022	Ruang Melati Ruang Diklat	Ns,Sri Sugiyati,S,Kep	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenisasi Pada Pasien Tuberkolosis Paru di Ruang Melati RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
4.	Servita Renida 1714401017	Ruang Melati Ruang Diklat	Ns,Boiman,S,Kep	Asuhan Keperawatan Gangguan Pola Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) di Ruang Melati RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
5.	Okto Yurisman 1714401053	Ruang Melati Ruang Diklat	Ns,Boiman,S,Kep	Asuhan Keperawatan Gangguan Respirasi Pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis di Ruang Melati RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
6.	Dadi Kurniawan 1714401064	Ruang Melati Ruang Diklat	Ns,Boiman,S,Kep	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Kebutuhan Penyuluhan dan Pembelajaran (Defisit Pengetahuan) Pada Pasien Rubercolosis di Ruang Melati RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

Ruang Alamanda :2 Mahasiswa

NO	NAMA/NIM	TEMPAT PENELITIAN	NAMA PENDAMPING ASKEP PENELITIAN	JUDUL PENELITIAN
1.	Ria Susanti 1714401001	Ruang Alamanda Ruang Diklat	Ns,Maghdalena S,Kep	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Pada Anak Thalasemia di Ruang Alamanda RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
2.	Muhammad Arifudin 1714401044	Ruang Alamanda Ruang Diklat	Ns,Maghdalena S,Kep	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Cairan Dan Elektrolit Pada Anak Dengan Demam Berdarah Dengue (DBD) di Ruang Alamanda RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

Ruang Delima : 1 Mahasiswa

NO	NAMA/NIM	TEMPAT PENELITIAN	NAMA PENDAMPING ASKEP PENELITIAN	JUDUL PENELITIAN
1.	Faisal Aji Setiawan 1714401020	Ruang Delima Ruang Diklat	Ns, Nani Hernani S,ST	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Kebutuhan Aman dan Nyaman Pada Pasien Preeklamsia Kehamilan Trimester Ke 3 di Ruang Delima RSUD dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung.



POLTEKKES TANJUNGPURANG
PRODI D III KEPERAWATAN
TANJUNGPURANG
Lembar Konsultasi Bimbingan
Laporan Tugas Akhir

Kode	
Tanggal	
Revisi	
Halaman	

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS
AKHIR PEMBIMBING UTAMA

Nama Mahasiswa : DWI FITRI JUMIATI
NIM : 1719401010
Pembimbing Utama : Ns. EFA TRISNA, S.Kep., M.Kes
Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan kebutuhan oksigenasi pada pasien
Tuberkulosis (TB) Paru di Ruang Melati RSUD Dr. H. Abdul Moeloek
Provinsi Lampung Tahun 2020

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	Kamis / 23 - 01 - 2020	Acc Judul		
2	Kamis / 06 / 2020 / 02	Konsul, BAB I : perbaiki cara pengambilan referensi dan sumber, lengkapi data-data yang berhu- bungan dengan pernapasan, perbaiki tujuan khusus BAB II : perbaiki pengkajian fokus pengkajian, perbaiki pemeriksaan penunjang, perbaiki penulisan dan data rencana keperawatan. BAB III : perbaiki tata cara penulisan, perbaiki metode pengumpulan data.		
3	Senin / 10 / 2020 / 02	Konsul Bab I - Perbaiki isi sesuaikan dan fokuskan sesuai KKM - cantumkan persentase di bandar Lampung.		
4	Selasa / 11 / 02 2020	Konsul Bab I dan II - Sesuaikan dengan teknik penulisan EYD - sesuaikan asuhan dengan KKM yang diambil dan sesuaikan dengan kondisi klien		

Bandar Lampung,
Pembimbing Utama

Ns. Efa Trisna, S.Kep., M.Kes
NIP. 196810081989032002



POLTEKKES TANJUNGPUR
PRODI D III KEPERAWATAN
TANJUNGPUR

Lembar Konsultasi Bimbingan
Laporan Tugas Akhir

Kode

Tanggal

Revisi

Halaman

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS
AKHIR PEMBIMBING UTAMA

Nama Mahasiswa : DWI FITRI JUMIATI

NIM : 1714401010

Pembimbing Utama : Ns. Efa Trisna, S.Kep., M.Kes

Judul Tugas Akhir :

Asuhan Keperawatan gangguan kebutuhan oksigenasi pada pasien
Tuberkulosis (TB) paru di ruang Melati RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek
Provinsi Lampung Tahun 2020.

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
5	Kamis/ 13/2020 /02	Konsul Bab I, II, III - Bab II sesuaikan dengan SDKI, SIKI, SLKI - Bab III cantumkan hal yang akan di observasi dan yang akan ditanyakan		
6	14/2020 /02 Jum'at	Konsul Bab I, II, III - sesuaikan intervensi dengan kondisi pasien - sesuaikan prinsip etik dengan asuhan yang akan diambil.		
7	Selasa. 19 Maret 2020	- Masukkan referensi 10 tahun terakhir termasuk referensi yang lain - sumber data resmi seperti rekam medis - sesuaikan judul di dalam tujuan - Tambahkan intervensi pendukung - Penjelasan judul tabel sesuaikan dengan yang lain		
8	Selasa, 24 Maret 2020	BAB 4 : - Jelaskan spesifik pemfis fokal pre- mitus, - Hasil lab masukkan yang abnormal saja - pada analisa Dx.1 lengkapi dengan data hasil pemfis IPPA - lengkapi isi pembahasan - BAB 5 : Menjawab tujuan penelitian yang		

Bandar Lampung,

Pembimbing Utama

Ns. Efa Trisna, S.Kep., M.Kes
NIP. 196810081989032002

	POLTEKKES TANJUNGPURWAKARA PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPURWAKARA	Kode	
		Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan Laporan Tugas Akhir	Revisi	
		Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS
AKHIR PEMBIMBING UTAMA**

Nama Mahasiswa : Dwi Fitri Juniati
NIM : 1714101010
Pembimbing Utama : NS. Efa Trisna, S.Kep., M. Kes
Judul Tugas Akhir :
Asuhan Keperawatan gangguan kebutuhan oksigenasi pada pasien tuberkulosis paru di ruang Melati RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2020

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
9	Selasa 24 Maret 2020	BAB 4 : - Implementasi Dx1 lengkapi tanda infeksi - Suara nafas tambahan apa? - Mengajarkan cara batuk efektif dengan cara? - Jenis kalori yang bagaimana?		
10	Senin, 6 April 2020	- Diagnosa yang muncul apa saja di masalah keperawatan dan implementasi yang dilakukan. - BAB 5 : - Hasil pengkajian diuraikan		
11	Senin, 13 April 2020	- ACC maju sidang - lengkapi judul, kata pengantar, daftar isi, cek kembali daftar pustaka.		
12	Senin, 15 Juni 2020	- ACC cetak		

Bandar Lampung,
Pembimbing Utama


NS. Efa Trisna, S.Kep., M. Kes
Nip. 196810081989032002

	POLTEKKES TANJUNGPURANG PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPURANG	Kode	
		Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan Laporan Tugas Akhir	Revisi	
		Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS
AKHIR PEMBIMBING PENDAMPING**

Nama Mahasiswa : DWI FITRI JUMIATI
NIM : 1714901010
Pembimbing Pendamping : El Rahmayati, S.Kp., M.Kes
Judul Tugas Akhir :
Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan oksigenasi pada pasien
Tuberkulosis (TB) paru di Ruang Melati RSUD Dr. H. Abdul Moeloek
Provinsi Lampung Tahun 2020

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	28/2020 01 (Selasa)	Konsul Judul (ACC)		
2	19/2020 02 (Rabu)	Konsul BAB 1, 2, 3 - Penulisan daftar pustak - penulisan singkatan ditulis dahulu kep- anjangannya - Ikuti aturan sesuai penulisan KBB - Sertakan sumber di judul yang baru - Penulisan daftar pustaka harus sesuai		
3	21/2020 02 (Jumat)	- Penulisan bulan disesuaikan dengan KBB - Pada ruang lingkup, isi yang akan digunakan medikal bedah atau kebutuhan dasar - Penulisan nama referensi di tulis satu kali dalam 1 judul.		
4	27 Maret 2020 (Kamis)	- Penulisan sumber untuk poin 1 jika sama dengan yang lain ditulis 1 saja dalam satu judul - dalam penulisan pemeriksaan penunjang isi jangan terputus dengan yang lainnya. - Penulisan gejala klinis terpisah dari isi		

Bandar Lampung,
Pembimbing Pendamping


El Rahmayati, S.Kp., M.Kes
NIP. 197003042002122002



POLTEKKES TANJUNGPUR
PRODI D III KEPERAWATAN
TANJUNGPUR

Lembar Konsultasi Bimbingan
Laporan Tugas Akhir

Kode

Tanggal

Revisi

Halaman

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS
AKHIR PEMBIMBING PENDAMPING

Nama Mahasiswa : Dwi Fitri Jumiati

NIM : 1714401010

Pembimbing Pendamping : El Rahmayati, S.KP., M.Kes

Judul Tugas Akhir :

Asuhan Keperawatan Gangguan Kelelahan/ oksigenasi pada pasien Tuberkulosis
paru di ruang Melati RSUD DR. H. Abdul Moelok provinsi Lampung Tahun 2020

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
5	Kamis / 02 April 2020	Konsul BAB 3, 4, 5 - Pada penatalaksanaan terpisah dari isi - Penulisan sumber di cek kembali - penulisan abstrak menggunakan judul kecil di keterangan halaman - Penulisan abstrak ikuti aturan besar dan kecil		
6	Selasa / 07 April 2020	- Latar belakang ; hanya diperbolehkan menulis/ mencantumkan hal yang diperke- nankan dalam karya tulis ilmiah. - Untuk tabel yang perlu dibuatkan heading - Rapihkan penulisan sesuai dengan yang ditetapkan		
7	Senin / 13 April 2020	- pada Bab 4 sebaiknya ditulis per diagnosa dari hari 1 sampai 3 agar perubahan tampak - cek kembali daftar pustaka.		
8	Rabu / 15 April 2020	ACC sidang LTA		

Bandar Lampung,

Pembimbing Pendamping

El Rahmayati, S.KP., M.Kes

NIP. 197003042002122002

	POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGGARANG	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Lembar Masukan dan Perbaikan	Revisi	
		Halaman	

LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

Nama Mahasiswa : Dwi Fitri Jumiati
 NIM : 1714401010
 Tanggal : 02 Mei 2020
 Judul LTA : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Oksigenasi pada Pasien Tuberkulosis Paru di Ruang Melati RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2020

No	Masukan/Perbaikan	Ket. Perbaikan	
		Sudah	Belum
1.	Perbaiki abstrak, tambahkan konsep penyakit, waktu pelaksanaan, hasil pemeriksaan fisik, rencana keperawatan beserta evaluasinya dan saran.	✓	
2.	Bab 4 : Analisa data, pada diagnosa 2 ditambahkan data BB ideal pasien, dan rencana tindakan diagnosa 1 dan 2 data dengan hasil implemtasi harus sesuai.	✓	
3.	Bab 5 : Saran, institusi pendidikan, pelayanan kesehatan, penulis selanjutnya.	✓	

Bandar Lampung, ..., 2020

Pengesahan setelah perbaikan oleh :

KetuaPenguji

AnggotaPenguji 1

AnggotaPenguji 2





Purbianto, M.Kep., Sp. KMB
 NIP.197003181993031001

El Rahmayati, S.Kp., M.Kes.
 NIP. 197003042002122002

Ns. Efa Trisna, S.Kep., M.Kes.
 NIP.196810081989032002