

# LAMPIRAN

## Lampiran 1 : Informed Consent



**POLTEKKES KEMENKES TANJUNGPINANG**  
**JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGPINANG**  
**PRODI PROFESI NERS**  
Jl. Soekarno Hatta No.6 Bandar Lampung  
Telp : 0721-783852 Faximile : 0721 - 773918  
Website : [www.poltekkes.kemkes.go.id/poltekkes-tanjungpinang](http://poltekkes.kemkes.go.id/poltekkes-tanjungpinang)  
Email : [poltekkes-tanjungpinang@kemkes.go.id](mailto:poltekkes-tanjungpinang@kemkes.go.id)



### INFORMED CONSENT

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama (Inisial) : M  
Usia : 46 tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan

Setelah mendapat keterangan secukupnya serta mengetahui tentang manfaat penelitian yang berjudul "Analisis Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendektomi dengan Intervensi Mobilisasi Dini Di RS Bhayangkara Ruwa Jurai Bandar Lampung Tahun 2025",

Dengan ini menyatakan bersedia untuk diikutsertakan dalam penelitian ini dan saya percaya penelitian ini tidak akan merugikan dan membahayakan bagi kesehatan saya. Saya percaya apa yang saya sampaikan ini dijamin kerahasiannya.

Bandar Lampung , Februari 2025

Peneliti

Responden

(Umi Rahmawati)  
NIM. 2414901062

  
(Mawar Kurnia)

Lampiran 2 : Instrumen Pengukuran Skala Nyeri Numeric Rating Scale (NRS)

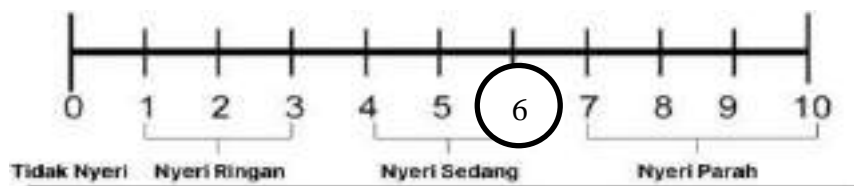
**LEMBAR PENGUKURAN TINGKAT NYERI HARI KE-1**

**Identitas Pasien**

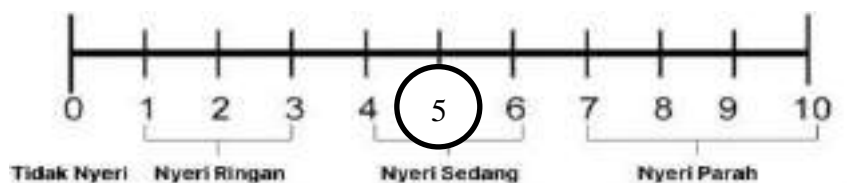
Nama	: Ny. M	No. RM	: 035747
Umur	: 44 Tahun	Tgl MRS	: 11/02/2025
Jenis Kelamin	: Perempuan	Diagnosa	: post apendektomi
Suku	: Sunda	Hari/Tanggal	: Rabu, 12 Februari 2025
Agama	: Islam		
Pekerjaan	: IRT		
Pendidikan	: SMA		
Alamat	: Bandar Jaya		

Pasien menilai tingkat ketidaknyamanan mereka pada skala 1-10. Skala ini efektif digunakan untuk mengukur tingkat keparahan nyeri sebelum dan sesudah mendapatkan intervensi.

**Sebelum Intervensi**



**Sesudah Intervensi**



Keterangan:

- 1) 0 = tidak terasa sakit
- 2) 1 nyeri hampir tidak terasa (sangat ringan) = sangat ringan, seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar anda tidak memikirkan rasa sakit itu
- 3) 2 (tidak menyenangkan) = nyeri ringan seperti cubitan ringan pada kulit
- 4) 3 (bisa ditoleransi) = nyeri sangat terasa seperti pukulan ke hidung yang menyebabkan hidung berdarah atau suntikan oleh dokter
- 5) 4 (menyedihkan) = kuat, nyeri dalam, seperti sakit gigi atau seperti rasa sakit dari sengatan lebah
- 6) 5 (sangat menyedihkan) = kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir
- 7) 6 (intens) = kuat, dalam, nyeri yang menusuk kuat sehingga tampaknya mempengaruhi sebagian indra, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu
- 8) 7 (sangat intens) = sama seperti skala nyeri 6 kecuali bahwa sakit benar-benar mendominasi indra dan menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri
- 9) 8 (benar-benar menyakitkan) = nyeri begitu kuat sehingga anda tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama
- 10) 9 (menyiksa tak tertahankan) = nyeri begitu kuat sehingga anda tidak bisa mentoleransinya dan sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli efek samping atau resikonya
- 11) 10 (sakit tak terbayangkan dan tidak dapat diungkapkan) = nyeri begitu kuat tak sadarkan diri

Lampiran 3 : Lembar Observasi Melakukan Mobilisasi Dini

**LEMBAR OBSERVASI MELAKUKAN MOBILISASI DINI HARI KE-1**

Nama : Ny. M  
Umur : 44 Tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Hari/Tanggal : Rabu, 12 Februari 2025

Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital Sebelum Melakukan Mobilisasi Dini	Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital Setelah Melakukan Mobilisasi Dini
Tekanan darah : 140/100 mmHg Nadi : 98x/menit Suhu : 36,5 <sup>0</sup> C RR : 21x/menit SPO <sub>2</sub> : 99%	Tekanan darah : 145/100 mmHg Nadi : 95x/menit Suhu : 36,5 <sup>0</sup> C RR : 20x/menit SPO <sub>2</sub> : 99%

Kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dini pasca operasi

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Pasien mampu memiringkan badan ke kanan dan ke kiri	√	
2.	Pasien mampu duduk diatas tempat tidur		√
3.	Pasien mampu duduk disisi tempat tidur		√
4.	Pasien mampu berjalan di sekitar ruangan		√

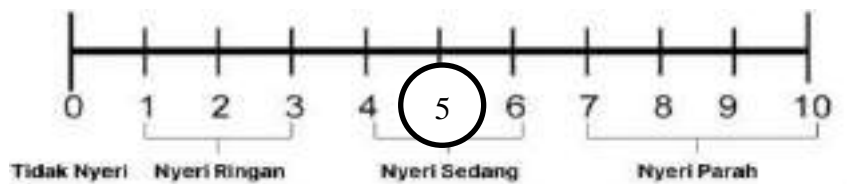
## LEMBAR PENGUKURAN TINGKAT NYERI HARI KE-2

### Identitas Pasien

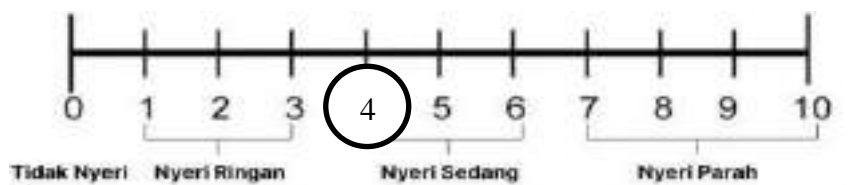
Nama	: Ny. M	No. RM	: 035747
Umur	: 44 Tahun	Tgl MRS	: 11/02/2025
Jenis Kelamin	: Perempuan	Diagnosa	: post apendektomi
Suku	: Sunda	Hari/Tanggal	: Kamis, 13 Februari 2025
Agama	: Islam		
Pekerjaan	: IRT		
Pendidikan	: SMA		
Alamat	: Bandar Jaya		

Pasien menilai tingkat ketidaknyamanan mereka pada skala 1-10. Skala ini efektif digunakan untuk mengukur tingkat keparahan nyeri sebelum dan sesudah mendapatkan intervensi.

### Sebelum Intervensi



### Sesudah Intervensi



Keterangan:

- 1) 0 = tidak terasa sakit
- 2) 1 nyeri hampir tidak terasa (sangat ringan) = sangat ringan, seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar anda tidak memikirkan rasa sakit itu
- 3) 2 (tidak menyenangkan) = nyeri ringan seperti cubitan ringan pada kulit
- 4) 3 (bisa ditoleransi) = nyeri sangat terasa seperti pukulan ke hidung yang menyebabkan hidung berdarah atau suntikan oleh dokter
- 5) 4 (menyedihkan) = kuat, nyeri dalam, seperti sakit gigi atau seperti rasa sakit dari sengatan lebah
- 6) 5 (sangat menyedihkan) = kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir
- 7) 6 (intens) = kuat, dalam, nyeri yang menusuk kuat sehingga tampaknya mempengaruhi sebagian indra, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu
- 8) 7 (sangat intens) = sama seperti skala nyeri 6 kecuali bahwa sakit benar-benar mendominasi indra dan menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri
- 9) 8 (benar-benar menyakitkan) = nyeri begitu kuat sehingga anda tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama
- 10) 9 (menyiksa tak tertahankan) = nyeri begitu kuat sehingga anda tidak bisa mentoleransinya dan sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli efek samping atau risikonya
- 11) 10 (sakit tak terbayangkan dan tidak dapat diungkapkan) = nyeri begitu kuat tak sadarkan diri

## LEMBAR OBSERVASI MELAKUKAN MOBILISASI DINI HARI KE-2

Nama : Ny. M

Umur : 44 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Hari/Tanggal : Kamis, 13 Februari 2025

Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital Sebelum Melakukan Mobilisasi Dini	Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital Setelah Melakukan Mobilisasi Dini
Tekanan darah : 130/96 mmHg Nadi : 92x/menit Suhu : 36,6 <sup>0</sup> C RR : 20x/menit SPO <sub>2</sub> : 99%	Tekanan darah : 135/92 mmHg Nadi : 95x/menit Suhu : 36,6 <sup>0</sup> C RR : 20x/menit SPO <sub>2</sub> : 99%

Kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dini pasca operasi

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Pasien mampu memiringkan badan ke kanan dan ke kiri	√	
2.	Pasien mampu duduk diatas tempat tidur	√	
3.	Pasien mampu duduk disisi tempat tidur	√	
4.	Pasien mampu berjalan di sekitar ruangan		√



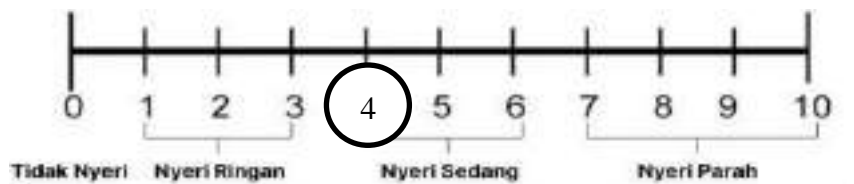
## LEMBAR PENGUKURAN TINGKAT NYERI HARI KE-3

### Identitas Pasien

Nama	: Ny. M	No. RM	: 035747
Umur	: 44 Tahun	Tgl MRS	: 11/02/2025
Jenis Kelamin	: Perempuan	Diagnosa	: post apendektomi
Suku	: Sunda	Hari/Tanggal	: Jum'at, 14 Februari 2025
Agama	: Islam		
Pekerjaan	: IRT		
Pendidikan	: SMA		
Alamat	: Bandar Jaya		

Pasien menilai tingkat ketidaknyamanan mereka pada skala 1-10. Skala ini efektif digunakan untuk mengukur tingkat keparahan nyeri sebelum dan sesudah mendapatkan intervensi.

### Sebelum Intervensi



### Sesudah Intervensi



Keterangan:

- 1) 0 = tidak terasa sakit
- 2) 1 nyeri hampir tidak terasa (sangat ringan) = sangat ringan, seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar anda tidak memikirkan rasa sakit itu
- 3) 2 (tidak menyenangkan) = nyeri ringan seperti cubitan ringan pada kulit
- 4) 3 (bisa ditoleransi) = nyeri sangat terasa seperti pukulan ke hidung yang menyebabkan hidung berdarah atau suntikan oleh dokter
- 5) 4 (menyedihkan) = kuat, nyeri dalam, seperti sakit gigi atau seperti rasa sakit dari sengatan lebah
- 6) 5 (sangat menyedihkan) = kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir
- 7) 6 (intens) = kuat, dalam, nyeri yang menusuk kuat sehingga tampaknya mempengaruhi sebagian indra, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu
- 8) 7 (sangat intens) = sama seperti skala nyeri 6 kecuali bahwa sakit benar-benar mendominasi indra dan menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri
- 9) 8 (benar-benar menyakitkan) = nyeri begitu kuat sehingga anda tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama
- 10) 9 (menyiksa tak tertahankan) = nyeri begitu kuat sehingga anda tidak bisa mentoleransinya dan sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli efek samping atau risikonya
- 11) 10 (sakit tak terbayangkan dan tidak dapat diungkapkan) = nyeri begitu kuat tak sadarkan diri

### LEMBAR OBSERVASI MELAKUKAN MOBILISASI DINI HARI KE-3

Nama : Ny. M

Umur : 44 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Hari/Tanggal : Jum'at, 14 Februari 2025

Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital Sebelum Melakukan Mobilisasi Dini	Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital Setelah Melakukan Mobilisasi Dini
Tekanan darah : 130/90 mmHg Nadi : 90x/menit Suhu : 36,6 <sup>0</sup> C RR : 20x/menit SPO <sub>2</sub> : 99%	Tekanan darah : 130/95 mmHg Nadi : 95x/menit Suhu : 36,6 <sup>0</sup> C RR : 20x/menit SPO <sub>2</sub> : 99%

Kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dini pasca operasi

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Pasien mampu memiringkan badan ke kanan dan ke kiri	√	
2.	Pasien mampu duduk diatas tempat tidur	√	
3.	Pasien mampu duduk disisi tempat tidur	√	
4.	Pasien mampu berjalan di sekitar ruangan	√	

#### Lampiran 4 : Standar Operasional Prosedur (SOP) Mobilisasi Dini

### STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PELAKSANAAN

#### MOBILISASI DINI

Pengertian	Mobilisasi dini post operasi laparatomi adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan pasien setelah beberapa jam dilakukan tindakan operasi laparatomi.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mempercepat penyembuhan</li><li>2. Mampu memenuhi kebutuhan personal hygiene</li><li>3. Mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli</li><li>4. Mengurangi nyeri</li><li>5. Memperlancar peredaran darah</li><li>6. Mengendalikan tekanan darah, denyut nadi, dan pernafasan</li><li>7. Mempertahankan fungsi tubuh dan mengembalikan rentang gerak aktivitas.</li></ol>
Hal yang perlu diperhatikan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pasien <i>post laparatomi</i> dengan keadaan kritis atau darurat</li><li>2. Pasien dengan hipotermi atau hipertermi</li><li>3. Pasien dengan hipotensi</li><li>4. Pasien tidak kooperatif</li></ol>
Alat dan bahan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Lembar observasi</li><li>2. Lembar informed consent</li><li>3. Lembar standar operasional prosedur</li></ol>
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Peneliti memilih pasien yang akan dilakukan penelitian sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi</li><li>2. Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang tujuan dan manfaat kegiatan dan menandatangani informed consent Atur posisi pasien, tanyakan posisi yang nyaman bagi pasien</li></ol>

Prosedur	<p>1. Cuci tangan sebelum melakukan Tindakan</p> <p><b>Langkah Pertama</b></p> <p>a. Menjaga privasi</p> <p>b. Mengajak pasien membaca basmalah dan berdoa</p> <p>c. Pada 6 jam pertama</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengatur posisi senyaman mungkin dan berikan lingkungan yang tenang</li> <li>2) Anjurkan pasien distraksi relaksasi nafas dalam dengan tarik nafas perlahan-lahan lewat hidung dan keluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding mulut sebanyak 3 kali kurang lebih 1 menit</li> <li>3) Latihan gerak tangan, lakukan gerakan abduksi dan adduksi pada jari tangan, lengan dan siku selama setengah menit</li> <li>4) Tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan diatas kepala dengan telapak tangan menghadap keatas</li> <li>5) Lakukan gerakan menarik keatas secara bergantian sebanyak 5- 10 kali</li> <li>6) Latihan gerak kaki yaitu dengan menggerakkan abduksi dan adduksi, rotasi keseluruhan bagian kaki</li> </ol> <p>d. Pada 6-10 jam berikutnya</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Latihan miring kanan dan kiri</li> <li>2) Latihan dilakukan dengan miring kesalah satu bagian terlebih dahulu, bagian lutut fleksi kedua nya selama setengah menit, turunkan salah satu kaki anjurkan pasien berpegangan pada pelindung tempat tidur dengan menarik badan ke arah berlawanan kaki yang ditekuk. Tahan selama 1 menit dan lakukan yang sama ke sisi yang lain</li> </ol> <p>e. Pada 24 jam setelah operasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Posisi semi fowler 30-40° secara perlahan selama 1-2 jam sambil mengobservasi nadi, jika mengeluh pusing, turunkan tempat tidur secara perlahan</li> <li>2) Bila tidak ada keluhan selama waktu yang ditentukan, ubah posisi pasien sampai posisi duduk</li> </ol> <p>Pada hari kedua setelah operasi</p>
----------	---

	<p>1) Lakukan latihan duduk secara mandiri jika tidak pusing, perlahan kaki diturunkan</p> <p>f. Pada hari ke 3 setelah operasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien duduk dan menurunkan kaki ke arah lantai</li> <li>2) Jika pasien merasa kuat diperbolehkan berdiri secara mandiri, atau dengan posisi dipapah dengan kedua tangan pegangan pada perawat atau keluarga, jika tidak pusing dianjurkan untuk latihan berjalan disekitar tempat tidur</li> </ol> <p>Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan yang dilakukan</li> <li>2) Menyampaikan tindak lanjut/RTL</li> <li>3) Merapikan pasien dan lingkungan</li> <li>4) Mengajak pasien membaca hamdalah dan berdoa kepada Allah</li> <li>5) Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang</li> <li>6) Membereskan dan mengembalikan alat ke tempat semula</li> <li>7) Pencuci tangan</li> <li>8) Mencatat kegiatan dalam catatan</li> </ol> <p>Dokumentasi</p> <p>Dokumentasikan : nama pasien, tanggal dan jam, dan respon pasien</p>
--	--

## Lampiran 5 : Surat Keterangan Pengambilan Data Karya Ilmiah Akhir Ners

### SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan dibawah ini Pembimbing Lahan di Ruang Kelas III RS Bhayangkara Ruwa Jurai Bandar Lampung, menyatakan bahwa :

Nama : Firinaudli S. Utari  
NIP : 198303132006043006

Dengan ini menerangkan dengan sebenarnya bahwa mahasiswa berikut:

Nama : Umi Rahmawati  
NIM : 2414901062  
Prodi : Profesi Ners  
Jurusan : Keperawatan  
Judul : Analisis Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendektomi dengan Intervensi Mobilisasi Dini Di RS Bhayangkara Ruwa Jurai Bandar Lampung Tahun 2025

Memang benar mahasiswa tersebut diatas telah melaksanakan pengambilan data pasien pada tanggal 10 Februari 2025 – 15 Februari 2025 untuk kepentingan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners di Ruang Kelas III RS Bhayangkara Ruwa Jurai Bandar Lampung.  
Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Bandar Lampung, Februari 2025

Pembimbing Lahan



Firinaudli S. Utari

**LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
APENDIKSITIS DI RS BHAYANGKARA RUWA JURAI LAMPUNG  
TAHUN 2025**

**1. PENGKAJIAN**

**A. Identitas Pasien**

- |                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| 1) No.MR                | : 035747                  |
| 2) Nama                 | : Ny. M                   |
| 3) Jenis Kelamin        | : Perempuan               |
| 4) Tempat/Tanggal Lahir | : Bandar Jaya, 04/03/1980 |
| 5) Alamat               | : Bandar Jaya             |
| 6) Pendidikan           | : SMA                     |
| 7) Agama                | : Islam                   |
| 8) Tanggal Masuk        | : 11/02/2025              |
| 9) Diagnosis Medis      | : Apendiksitis            |
| 10) Tanggal Pemeriksaan | : 12/02/2025              |

**B. Asessmen/Pemeriksaan**

**1) Anamnesis**

**a) Keluhan Utama**

(√) Melalui IGD ( ) Melalui Poliklinik ( ) Transfer Ruangan  
Masuk ke Ruangan pada tanggal: 11/02/2025 Pukul 16.10 WIB  
Diantar oleh: ( ) sendiri ( √) keluarga ( ) petugas kesehatan  
Masuk dengan menggunakan: ( ) berjalan (√) kursi roda ( ) brankar  
( ) kruk ( ) walker ( ) tripod

Pengkajian pada tanggal 12/02/2025 didapatkan kondisi pasien sadar penuh dan pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, rasa nyeri bertambah saat merubah posisi dan berkurang saat beristirahat, rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri tidak menjalar, skala nyeri 6, nyeri yang dirasakan hilang timbul berlangsung selama 5-10 menit. Pasien bersikap protektif dan tampak memegang area perutnya, pasien juga mengatakan ini merupakan operasi pertamanya. Wajah pasien tampak meringis, nyeri yang dirasakan bertambah saat pasien mencoba merubah posisi, pasien mengatakan takut untuk bergerak dikarenakan nyeri pada luka bekas operasi, dan pasien mengatakan takut jika jahitan lukanya akan terbuka dan akan dilakukan operasi kembali. Pasien juga mengatakan sulit untuk tidur jika rasa nyeri muncul, pasien menunjukkan ekspresi tegang, dan tampak bertanya terkait kondisi setelah operasi.



- b) Riwayat Penyakit Sekarang  
Keluhan nyeri dibagian perut kanan bawah sudah 4 hari disertai mual dan BAB sakit, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan terasa nyeri saat beraktivitas dan tertekan, skala nyeri 6.
- c) Riwayat Penyakit Dahulu  
Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit seperti hipertensi dan diabetes mellitus baik riwayat keluarga maupun diri sendiri.

## 2) Pemeriksaan Umum

- a) Kesadaran umum : Composmentis  
b) GCS : GCS: E4M6V5  
c) Tekanan darah : 140/100 mmHg  
d) Suhu : 36,5°C  
e) HR/Nadi : 98x/menit  
(√) teratur ( ) tidak teratur ( ) lemah (√) kuat  
f) Pernapasan/RR : 21x/menit  
(√) teratur ( ) tidak teratur ( ) lemah (√) kuat  
g) SPO<sub>2</sub> : 99%

### Status Lokalis:

Beri kode untuk menunjuk status lokalis disamping:

C-Contusion

L-Lacerations

R-Rashes

S-Scars √

\*Parasite (scabies/lice)

D-Decubitus

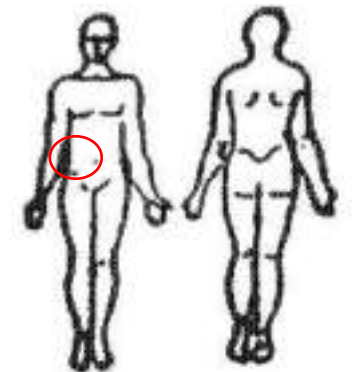
T-Tatto

B-Bruises

X-Body Piercing

P-Pain √

O-Other



### Penilaian Risiko Jatuh

No	Pengkajian	Skala		Nilai	Ket
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	Tidak	0	0	Ny. M mengatakan tidak memiliki riwayat jatuh <3 bulan terakhir
		Ya	25		
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak	0	0	Tidak ada diagnose medis lain
		Ya	15		
3	Alat Bantu Jalan a. Bedrest dibantu perawat b. Penopang / Tongkat / Walker c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture		0	0	Ny. M tidak mampu berjalan
			15		
			30		
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak	0	20	Ny. M menggunakan infus RL di tangan kiri
		Ya	20		
5	Gaya berjalan / pindah a. Normal / Bedrest / immobile tdk dpt bergerak sendiri b. Lemah tidak bertenaga c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)			0	Ny. M mengatakan nyeri saat bergerak
			0		
			10		
			20		
6	Status Mental a. Sadar penuh b. Keterbatasan daya ingat			0	Ny. M sadar penuh dengan kesadaran composmentis
			0		
			15		
Jumlah Skor				20	

1. Tidak berisiko, tindakan perawatan dasar 0-24 HIJAU
2. Risiko, lakukan tindakan pencegahan jatuh >25 KUNING

### 3) Kategori Fisiologis

- a) Sirkulasi : Nadi 98x/menit, CRT <2 detik, akral teraba hangat, Tekanan darah 140/100 mmHg, SPO<sub>2</sub> 99%
- b) Nutrisi dan Ciaran : Ny. M mendapatkan diit MB TKTP, pasien hanya menghabiskan ½ porsi makan, pasien mengatakan mual, pasien terpasang infus RL 20 tpm, tidak edema
- c) Eliminasi : Pasien tidak terpasang folley kateter, tidak ada keluhan saat BAK, saat pengkajian pasien mengatakan sudah BAK sebanyak 2 kali, urine berwarna kuning,

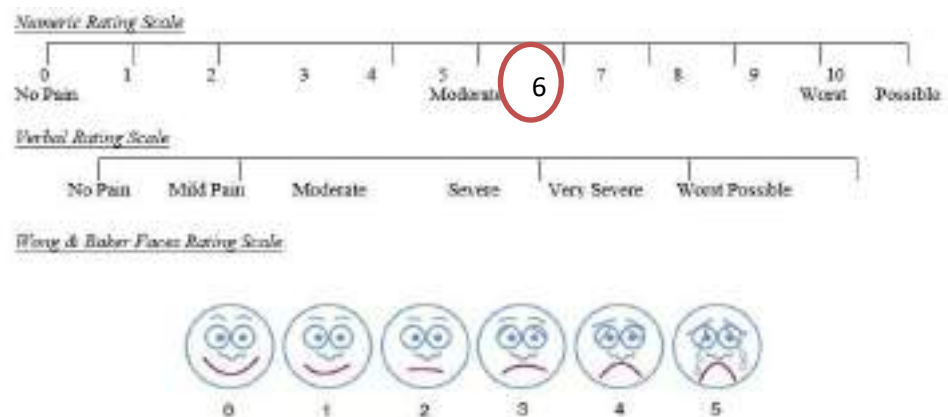
- d) Aktivitas dan Istirahat : tidak ada keluhan pada pengeluaran BAB  
Ny. M mengatakan takut untuk bergerak dikarenakan nyeri pada luka bekas operasi dan pasien takut jika jahitan lukanya akan terbuka dan akan dilakukan operasi kembali, aktivitas dan kebutuhan pasien dibantu dengan suaminya dan keluarganya, pasien mengatakan sulit untuk tidur jika
- e) Neurosensori : rasa nyeri muncul
- f) Reproduksi dan seksualitas: Tidak ada masalah  
Pasien tidak terpasang kateter

#### 4) Psikologis

Nyeri dan Ketidaknyamanan:

Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, rasa nyeri bertambah saat merubah posisi dan berkurang saat beristirahat, rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri tidak menjalar, skala nyeri 6, nyeri yang dirasakan hilang timbul berlangsung selama 5-10 menit. Pasien bersikap protektif dan tampak memegang area perutnya, pasien juga mengatakan ini merupakan operasi pertamanya. Wajah pasien tampak meringis, nyeri yang dirasakan bertambah saat pasien mencoba merubah posisi, pasien mengatakan takut untuk bergerak dikarenakan nyeri pada luka bekas operasi, dan pasien mengatakan takut jika jahitan lukanya akan terbuka dan akan dilakukan operasi kembali. Pasien juga mengatakan sulit untuk tidur jika rasa nyeri muncul, pasien menunjukkan ekspresi tegang, dan tampak bertanya terkait kondisi setelah operasi.

Nyeri:



## 5) Pemeriksaan Fisik

- |                          |   |  |
|--------------------------|---|--|
| a) Kepala                | : | Kepala simetris, rambut berwarna hitam, tampak bersih, tidak ada luka dan edema  |
| b) Wajah                 | : | Wajah simetris, tidak ada luka   |
| c) Mata                  | : | Mata simetris, konjungtiva an anemis, sklera an ikterik, tidak ada luka dan edema, pupil isokor, penglihatan baik  |
| d) Hidung                | : | Simetris, tidak ada sekret, tidak ada edema, penciuman baik  |
| e) Bibir & Mukosa Mulut: |   | Mukosa bibir lembab, tidak ada luka  |
| f) Leher                 | : | tidak ada pembesaran vena jugularis dan pembesaran kelenjar tiroid   |
| g) Dada                  |   |  |
| h) Jantung               | : |  |
| Inspeksi                 | : | dada simetris, tidak ada luka dan edema, ictus cordis tidak tampak   |
| Palpasi                  | : | ictus cordis tidak teraba, tidak ada nyeri   |
| Perkusi                  | : | suara pekak  |
| Auskultasi               | : | bunyi jantung lupdup, tidak ada suara nafas tambahan   |
| i) Paru-paru             | : |  |
| Inspeksi                 | : | simetris, tidak ada luka dan edema   |
| Palpasi                  | : | pergerakan dinding dada simetris, tidak ada nyeri  |
| Perkusi                  | : | suara sonor  |
| Auskultasi               | : | terdengar suara napas vesikuler  |
| j) Abdomen               | : |  |
| Inspeksi                 | : | terdapat luka post apendektomi pada abdomen kuadran kanan bawah, berukuran $\pm 4$ cm yang dibalut dengan kassa, terdapat kemerahan pada luka, tidak terdapat pus pada area luka operasi |
| Auskultasi               | : | terdengar suara bising usus  |
| Palpasi                  | : | terdapat nyeri tekan pada kuadran kanan bawah  |
| Perkusi                  | : | bunyi timpani  |
| k) Ekstremitas           | : | pasien terpasang infus pada ekstremitas kiri atas, tidak ada luka dan bengkak, kekuatan otot 5555 pada ekstremitas atas dan bawah, gerakan terbatas saat ingin merubah posisi            |
| l) Genetalia & Rectum:   |   | pasien tidak terpasang folley kateter  |

### C. Data Penunjang/Diagnostik

#### 1) Pemeriksaan Laboratorium pada tanggal 11 Februari 2025

##### **Darah Lengkap**

Leukosit	: 10.800	(N : 4.500 – 11.000/ $\mu$ L)
Eritrosit	: 1.3	(N : 1.2 juta – 1.5 juta $\mu$ L)
Trombosit	: 250.000	(N : 150.000 – 350.000 / $\mu$ L)
Hemoglobin	: 14.2	(N : 11.0 – 16.3 gr/dl)
Hematokrit	: 4.0	(N : 35.0 – 50 gr/dl)
MCV	: 82	(N : 80 – 100 fL)
MCH	: 30	(N : 26 – 34 pg)

##### **Hitung Jenis**

Eosinofil	: 2.3	(N : 2 – 4 %)
Segmen	: 53	(N : 50 – 70 %)
Limfosit	: 35	(N : 25 – 40 %)
Monosit	: 4	(N : 2 – 8 %)

##### **Kimia Darah**

Ureum	: 32	(N : 10 – 50 mg/dl)
Creatinin	: 1.2	(N : 0.7 – 1.5 mg/dl)
GDS	: 144	(N : 140 – 180 mg/dl)

##### **Analisa Gas Darah**

pH	: 7.36	(N : 7.35 – 7.45)
pCO <sub>2</sub>	: 38.0	(N : 35.0 – 45.0 mmHg)
pO <sub>2</sub>	: 88.0	(N : 80.0 – 108.0 mmHg)

##### **Analisa Elektrolit**

Natrium	: 138	(N : 136 – 145 mmol/l)
Kalium	: 4.2	(N : 3.5 – 5.0 mmol/l)
Klorida	: 98	(N : 96 – 106 mEq/L)

#### 2) Pemeriksaan Laboratorium pada tanggal 12 Februari 2025

##### **Darah Lengkap**

Leukosit	: 13.100	(N : 4.500 – 11.000/ $\mu$ L)
Eritrosit	: 1.4	(N : 1.2 juta – 1.5 juta $\mu$ L)
Trombosit	: 280.000	(N : 150.000 – 350.000 / $\mu$ L)
Hemoglobin	: 12.8	(N : 11.0 – 16.3 gr/dl)
Hematokrit	: 4.0	(N : 35.0 – 50 gr/dl)
MCV	: 85	(N : 80 – 100 fL)
MCH	: 33	(N : 26 – 34 pg)

##### **Hitung Jenis**

Eosinofil	: 2.4	(N : 2 – 4 %)
Segmen	: 53	(N : 50 – 70 %)
Limfosit	: 35	(N : 25 – 40 %)
Monosit	: 4	(N : 2 – 8 %)

##### **Kimia Darah**

Ureum	: 40	(N : 10 – 50 mg/dl)
Creatinin	: 1.2	(N : 0.7 – 1.5 mg/dl)
GDS	: 130	(N : 140 – 180 mg/dl)

**Analisa Gas Darah**

pH	: 7.36	(N : 7.35 – 7.45)
pCO <sub>2</sub>	: 38.0	(N : 35.0 – 45.0 mmHg)
pO <sub>2</sub>	: 88.0	(N : 80.0 – 108.0 mmHg)

**Analisa Elektrolit**

Natrium	: 138	(N : 136 – 145 mmol/l)
Kalium	: 4.2	(N : 3.5 – 5.0 mmol/l)
Klorida	: 98	(N : 96 – 106 mEq/L)

- 3) Pemeriksaan Radiologi pada tanggal 11 Februari 2025  
Didapatkan: klinis: nyeri perut kanan bawah.
- 4) Pemeriksaan USG upper dan lower abdomen pada tanggal 11 Februari 2025

Didapatkan hasil: hepar: ukuran dan echostruktur normal, sudut kiri lancip, sistema bilier dan vascular intra dan extrahepatal tak prominen, tak tampak nodul. Tidak tampak ioleksi cairan disekitarnya. Vesica felea ukuran normal, dinding tak menebal, tak tampak massa/batu. Pancreas: ukuran dan echostruktur normal, ductus pancreaticus tak prosinen. tak tampak massa/ kalsifikasi. Lien: ukuran sedikit membesar, densitas homogen, tak tampak massa/nodul. Ginjal kanan: ukuran dan echostruktur normal, SPC tak melebar, tak tampak massa/batu. Ginjal kiri: ukuran dan echostruktur normal, SPC tak melebar, tak tampak ressa/batu. Vesica urinaria: dinding tak menebal. Double layer (-), ressa/batu tak tampak. Prostat: ukuran tidak membesar alsifikasi (+) (volume ik 30 ML), densitas inhomogen. Tak tampak pembesaran limfonodi paraorta. Abdomen kanan bawah: tampak bayangan tubuler buntu tanpa peristaltik birdsanter Ik 0.9-1.5cm disertai koleksi cairan disekitarnya gaster dan usus-usus sulit dinilai. Splenomegali ringan, Hyperplasia prostat disertai kalsifikasi, diameter appendix 1k 0,9-1,5 cm disertai koleksi cairan disekitarnya ec sugestif appendicitis, USG hepar, vesica felea, pancreas, ginjal kanan/kiri, vesica urinaria saat ini tidak tampak jelas kelainan, tak tampak limfadenopati paraorta.

**D. Daftar Terapi (Obat, Ciaran, dll)**

Nama	Dosis/Rute Pemberian	Mulai Pemberian	Indikasi	Efek Samping
Ambacim	1gr/10ml 2x1 (IV)	12 Mei 2025	Antibiotik, anti infeksi	Hipersensitivitas, sakit pada area injeksi, tromboplebitis
Metamizole	500mg/1ml 3x1 (IV)	12 Mei 2025	Nyeri ringan sampai berat	Hipotensi, mual, nyeri perut, muntah, nyeri dada, jantung berdebar
Pantoprazole	40 mg/10ml 1x1 (IV)	12 Mei 2025	Penigkatan asam lambung	Diare, mual, muntah, perut kembung, ruam kulit, sakit kepala, pusing
Ondansetron	4mg/2ml 3x1 (IV)	12 Mei 2025	Antiemetic (anti mual)	Sakit kepala, pusing, mengantuk, kelelahan, dan sembelit
Ringer laktat	500ml/8 jam (IV)	12 Mei 2025	Resusitasi cairan	Asidosis laktat, alergi, hyperkalemia

### Format Analisis Data

Nama klien : Ny. M  
Dx. Medis : Apendiksitis  
Ruang : Ruang 2H Kelas I RS Bhayangkara Ruwa Jurai Lampung  
No. MR : 035747

DATA	MASALAH	PENYEBAB
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Klien mengatakan P: nyeri dirasakan pada luka bekas operasi, rasa nyeri bertambah saat merubah posisi dan berkurang saat beristirahat Q: rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk R: rasa nyeri tidak menjalar S: skala nyeri 6 T: rasa nyeri yang dirasakan hilang timbul berlangsung selama 5-10 menit</li><li>Klien mengatakan sulit tidur dikarenakan nyeri yang tiba-tiba muncul pada luka bekas operasi</li></ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Klien tampak memegang area perutnya</li><li>Wajah klien tampak meringis menahan rasa nyeri</li><li>Klien tampak tegang dikarenakan nyeri dan takut untuk bergerak</li><li>Aktivitas dan kebutuhan pasien dibantu dengan suaminya dan keluarga</li><li>Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah: 140/100 mmHg, nadi 98x/menit, RR: 21x/menit, suhu 36,5°C, dan Spo2 99%.</li></ol>	<p>Nyeri akut (D.0077)</p>	<p>agen pencedera fisik (prosedur pembedahan apendektomi)</p>



<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan takut untuk bergerak dikarenakan nyeri pada luka bekas operasi</li> <li>2. Klien mengatakan takut jika jahitan lukanya akan terbuka dan akan dilakukan operasi kembali</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat luka post insisi apendektomi pada abdomen kuadran kanan bawah, berukuran <math>\pm 4</math> cm yang dibalut dengan kassa</li> <li>2. Terdapat kemerahan pada luka</li> <li>3. Tidak terdapat pus pada area luka operasi</li> <li>4. Kadar leukosit klien 13.100 <math>\mu/L</math></li> </ol>	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)</p>	<p>penurunan mobilitas</p>
<p>DS:</p> <p>(tidak tersedia)</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat luka post insisi apendektomi pada abdomen kuadran kanan bawah, berukuran <math>\pm 4</math> cm yang dibalut dengan kassa</li> <li>2. Terdapat kemerahan pada luka</li> <li>3. Tidak terdapat pus pada area luka operasi</li> <li>4. Kadar leukosit klien 13.100 <math>\mu/L</math></li> </ol>	<p>Risiko infeksi (D. 0142)</p>	<p>efek prosedur invasif post pembedahan apendektomi</p>

## DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama klien : Ny. M  
 Dx. Medis : Apendiksitis  
 Ruang : Ruang 2H Kelas I RS Bhayangkara Ruwa Jurai Lampung  
 No. MR : 035747

1. Nyeri akut b.d. agen pencedera fisik (prosedur pembedahan apendektomi) (D.0077)
2. Gangguan integritas kulit/jaringan b.d. penurunan mobilitas (D.0129)
3. Risiko infeksi d.d. efek prosedur invasif post pembedahan apendektomi (D. 0142)

## FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN


Nama klien : Ny. M  
 Dx. Medis : Apendiksitis  
 Ruang : Ruang 2H Kelas I RS Bhayangkara Ruwa Jurai Lampung  
 No. MR : 035747

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Rencana Keperawatan
1.	Nyeri akut b.d. agen pencedera fisik (prosedur pembedahan apendektomi) (D.0077)	<p>Tingkat nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x6 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Frekuensi nadi membaik</li> <li>4. Pola napas membaik</li> <li>5. Tekanan darah membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi skala nyeri</li> <li>2. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. relaksasi nafas dalam)</li> <li>2. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>3. Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi rasa sakit (mis. relaksasi nafas dalam)</li> </ol>

		<p>Luaran Tambahan: Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x6 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri menurun</li> <li>2. Gerakan terbatas menurun</li> </ol>	<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol> <p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berjalan ke kamar mandi)</li> </ol>
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan b.d. penurunan mobilitas (D.0129)	<p>Penyembuhan luka (L.14130)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x6 jam, diharapkan penyembuhan luka meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyembuhan kulit meningkat</li> <li>2. Peradangan luka menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> </ol>	<p>Perawatan luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>3. Bersihkan jaringan nekrotik, jika perlu</li> <li>4. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian antibiotik</li> </ol>


3.	Risiko infeksi d.d. efek prosedur invasif post pembedahan apendektomi (D.0142)	Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x6 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: 1. Kemerahan menurun 2. Nyeri menurun 3. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi 1. Pantau tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antibiotik
----	--	--	---

### IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

No.	Tgl/Jam	Implementasi	Tgl/Jam	Evaluasi	Paraf
1.	12/2/25 15.00 15.02 15.04 15.07 15.10 15.12	Manajemen Nyeri (I.08238) 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Menjelaskan strategi meredakan nyeri 5. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam 6. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan cara mengatur posisi yang nyaman terlebih dahulu kemudian menarik nafas perlahan-lahan melalui hidun, tahan selama 3 detik, kemudian keluarkan lewat	12/2/25 19.00	S: 1. Pasien mengatakan rasa nyeri sedikit berkurang setelah diajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan berlatih miring ke kanan dan miring ke kiri 2. Pasien mengatakan skala nyeri 5 3. Pasien mengatakan rasa nyeri muncul saat ingin merubah posisi dan berkurang saat beristirahat 4. Pasien mengatakan takut untuk bergerak karena rasa nyerinya 5. Pasien mengatakan bahwa ia sudah bisa melakukan cuci tangan dengan benar	


		mulut secara perlahan-lahan, dilakukan sebanyak 3-5 kali		O:	
	15.20	Dukungan mobilisasi (I.05173) 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya		1. Pasien tampak masih takut-takut untuk bergerak	
	15.22	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan		2. Pasien tampak sesekali meringis menahan nyeri saat mencoba bergerak	
	15.24	3. Memonitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan mobilisasi		3. Pasien tampak memahami strategi untuk meredakan nyeri	
	15.30	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan		4. Pasien tampak memahami tujuan dan prosedur mobilisasi	
	15.33	5. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi		5. Pasien tampak mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam	
	15.40	6. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini 6-8 jam post operasi yaitu melatih miring ke kanan dan miring ke kiri		6. Pasien tampak mampu melakukan mobilisasi miring ke kanan dan ke kiri meskipun masih dibantu	
	18.00	7. Melakukan pemberian obat ambacim 1gr 2x1 (IV), metamizole 500mg 3x1 (IV), ondansetron 4mg 3x1 (IV)		7. Pemeriksaan tanda-tanda vital: a. Sebelum melakukan mobilisasi: tekanan darah: 140/100 mmHg, nadi 98x/menit, RR: 21x/menit, suhu 36,5°C, dan Spo2 99%.	
	16.00	Perawatan Luka (I.14564) 1. Memonitor tanda-tanda infeksi		b. Setelah melakukan mobilisasi: tekanan darah: 145/100 mmHg, nadi 95x/menit, RR: 20x/menit,	
	16.05	2. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi seperti suhu tubuh meningkat/demam, terdapat pus/nanah, dan tercium aroma tidak sedap			

	16.20	3. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein		suhu 36,5°C, dan Spo2 99%.	
		Pencegahan infeksi (I.14539)		8. Balutan luka pasien tampak bersih dan kering	
	16.00	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi		9. Pasien tampak memahami tanda dan gejala adanya infeksi	
	14.55	2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien		10. Perawat melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	
	16.05	3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi suhu tubuh meningkat/demam, terdapat pus/nanah, dan tercium aroma tidak sedap		11. Pasien dan keluarga pasien tampak bisa melakukan cuci tangan dengan benar	
	16.10	4. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar		A:	
	16.20	5. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi		1. Nyeri akut	
				2. Gangguan Integritas kulit/jaringan	
				3. Risiko infeksi	
				P: Lanjutkan intervensi	
				1. Monitor skala nyeri dan respon nyeri non verbal	
				2. Fasilitasi istirahat dan tidur	
				3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	
				4. Kolaborasi pemberian analgetik	
				5. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan mobilisasi	
				6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam	

				<p>meningkatkan pergerakan</p> <p>7. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 12-24 jam post operasi yaitu melatih duduk di tempat tidur dan duduk di sisi tempat tidur</p> <p>8. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>9. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>10. Kolaborasi pemberian antibiotik</p>	
2.	<p>13/2/25</p> <p>12.30</p> <p>12.33</p> <p>12.35</p> <p>07.00</p> <p>12.40</p> <p>12.50</p>	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>1. Memonitor skala nyeri dan respon nyeri non verbal</p> <p>2. Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan mengatur suhu ruangan, pencahayaan, dan tempat tidur</p> <p>3. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4. Melakukan pemberian obat ambacim 1gr 2x1 (IV), metamizole 500mg 3x1 (IV), pantoprazole 40 mg 1x1 (IV), ondansetron 4mg 3x1 (IV)</p> <p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>1. Memonitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan mobilisasi</p> <p>2. Melibatkan keluarga untuk</p>	<p>13/2/25</p> <p>14.00</p>	<p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan rasa nyeri berkurang</p> <p>2. Pasien mengatakan skala nyeri 4</p> <p>3. Pasien mengatakan sudah bisa melakukan miring ke kanan dan miring ke kiri tanpa dibantu</p> <p>4. Pasien mengatakan sudah bisa duduk diatas tempat tidur</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien tampak lebih rileks dari hari kemarin</p> <p>2. Pasien masih tampak sesekali meringis menahan rasa nyeri</p> <p>3. Pasien tampak lebih berani bergerak dari hari kemarin</p>	

	13.00	membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan		4. Pasien tampak mampu duduk di sisi tempat tidur meskipun dengan dibantu	
	07.10	3. Mengajukan mobilisasi dini 12-24 jam post operasi yaitu melatih duduk di tempat tidur dan duduk di sisi tempat tidur		5. Pemeriksaan tanda-tanda vital:	
	07.00	Perawatan Luka (I.14564)		a. Sebelum melakukan mobilisasi:	
		1. Memonitor tanda-tanda infeksi		tekanan darah: 130/96 mmHg, nadi 92x/menit, RR: 20x/menit, suhu 36,6°C, dan Spo2 99%.	
		Pencegahan infeksi (I.14539)		b. Setelah melakukan mobilisasi:	
		1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien		tekanan darah: 135/92 mmHg, nadi 95x/menit, RR: 20x/menit, suhu 36,6°C, dan Spo2 99%.	
				6. Balutan luka pasien tampak bersih dan kering	
				7. Pasien melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	
				A:	
				1. Nyeri akut	
				2. Gangguan integritas kulit/jaringan	
				3. Risiko infeksi	
				P: Lanjutkan intervensi	



				<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor skala nyeri dan respon nyeri non verbal</li> <li>2. Kolaborasi pemberian analgetik</li> <li>3. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan mobilisasi</li> <li>4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini tahap selanjutnya yaitu melatih untuk berjalan di sekitar tempat tidur</li> <li>6. Monitor karakteristik luka</li> <li>7. Monitor tanda-tanda infeksi</li> <li>8. Lakukan perawatan luka</li> <li>9. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>10. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>11. Kolaborasi pemberian antibiotik</li> </ol>	
3.	14/2/25  10.00  12.00	Manajemen nyeri (I.08238) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor skala nyeri dan respon nyeri non verbal</li> <li>2. Melakukan pemberian obat metamizole 500mg 3x1 (IV),</li> </ol>	14/2/25 14.00	S: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan rasa nyeri berkurang</li> <li>2. Pasien mengatakan skala nyeri 2</li> <li>3. Pasien mengatakan sudah bisa duduk</li> </ol>	

		ondansetron 4mg 3x1 (IV)		di sisi tempat tidur secara mandiri	
	10.05	Dukungan mobilisasi (I.05173) 1. Memonitor tanda- tanda vital sebelum dan sesudah melakukan mobilisasi		4. Pasien mengatakan sudah mampu berjalan ke kamar mandi meskipun dengan dibantu	
	10.10	2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan		O: 1. Pasien tampak lebih rileks 2. Pasien tampak tidak takut lagi untuk bergerak	
	10.15	3. Mengajukan melakukan mobilisasi dini tahap selanjutnya yaitu melatih untuk berjalan di sekitar tempat tidur		3. Pasien tampak mampu berjalan ke kamar mandi meskipun dengan dibantu	
		Perawatan luka (I.14564)		4. Pemeriksaan tanda-tanda vital: a. Sebelum melakukan mobilisasi: tekanan darah: 130/90 mmHg, nadi 90x/menit, RR: 20x/menit, suhu 36,6°C, dan Spo2 99%.	
	08.15	1. Memonitor karakteristik luka		b. Setelah melakukan mobilisasi: tekanan darah: 130/95 mmHg, nadi 95x/menit, RR: 20x/menit, suhu 36,6°C, dan Spo2 99%.	
	08.20	2. Memonitor tanda- tanda infeksi			
	08.25	3. Melakukan perawatan luka			
	08.45	4. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka			
		Pencegahan infeksi (I.14539)			
	08.00	1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien		5. Perawat sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	

				<p>dan lingkungan pasien</p> <p>6. Kemerahan pada luka tampak berkurang, jahitan luka rapat, tidak ada pus/nanah, luka tampak kering</p> <p>7. Telah dilakukan ganti balutan luka post operasi</p> <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri akut</li> <li>2. Gangguan integritas kulit/jaringan</li> <li>3. Risiko infeksi</li> </ol> <p>P: Intervensi di rumah sakit dihentikan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Discharge planning (edukasi minum obat dengan benar, edukasi mobilisasi di rumah, edukasi perawatan luka di rumah, edukasi kontrol sesuai jadwal)</li> </ol>	
--	--	--	--	--	--

## Lampiran 7 : Dokumentasi Pengambilan Data




Lampiran 8 : Lembar Leaflet



## Lampiran 9 : Lembar Konsultasi Karya Ilmiah Akhir Ners

Form : Kartu Kendali Konsultasi KIAN

 <p><b>POLTEKKES TANJUNGPINANG</b>  <b>PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS</b>  <b>POLTEKKES TANJUNGPINANG</b></p> <p style="text-align: center;">Formulir Konsultasi</p>	Kode	TA/PKT/jk/Kep./03.2/1/2022
	Tanggal	2 Januari 2022
	Revisi	0
	Halaman	....dari....halaman

### LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Ulin Rahmawati  
 NIM : 2014101062  
 Nama Pembimbing 1 : Ns. Nurul, S. N., M. Kes.  
 Judul : Analisis Temporal dalam Rangka Riset Operasi Perencanaan  
Dengan Intervensi optimisasi Dini Di RS Bhayangkara  
Bulan Januari Tahun 2022


NO	HARI/TANGGAL	MATERI Bimbingan	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	07/1/2022	Judul KIAN	kelebihan referensi untuk pembuatan jurnal	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	10/1/2022	Judul KIAN	Acc Judul	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3	28/1/2022	Bab 1, Bab 2	- Bab 1 bab 1 berisi gambaran umum dan data-data - Bab 2 bab 2 berisi gambaran umum	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4			- Bab 3 bab 3 berisi gambaran umum dan data-data - Bab 4 bab 4 berisi gambaran umum dan data-data	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
5	02/2/2022	Bab 3, Bab 4	- Bab 3 bab 3 berisi gambaran umum dan data-data - Bab 4 bab 4 berisi gambaran umum dan data-data	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6	06/2/2022	Bab 4, Bab 5	- Bab 4 bab 4 berisi gambaran umum dan data-data - Bab 5 bab 5 berisi gambaran umum dan data-data	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
7			- Bab 6 bab 6 berisi gambaran umum dan data-data - Bab 7 bab 7 berisi gambaran umum dan data-data	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
8	09/2/2022	Bab 4, Bab 5	Acc Mayor	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
9	02/3/2022	Revisi KIAN	Revisi KIAN	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
10	05/3/2022	Revisi KIAN	Revisi KIAN	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
11	05/3/2022	Revisi KIAN	Revisi KIAN	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
12	10/3/2022	KIAN	Acc akhir	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

Catatan : bahwa kartu ini setiap konsultasi dan wajib diserahkan ke prodi pada akhir proses bimbingan  
Mengetahui

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang

  
Dwi Agustini, M.Kep.Sp.Kom  
 NIP.197108111994022001

## Form : Kartu Kendali Konsultasi KIAN

 <b>POLITEKNIK TANJUNGPONREK</b> <b>KODI PENDIDIKAN PROFESI NERS</b> <b>POLITEKNIK TANJUNGPONREK</b>	Kode:	TA/PTK/IKep/03.2/1/2022
	Tanggal:	2 Januari 2022
	Revisi:	0
	Halaman:	...dari... halaman

## LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Umi Rahmawati  
 NIM : 240401062  
 Nama Pembimbing 2 : Drs. Retno Puji Hastuti, M.Kep  
 Judul : Analisis Tingkat Riset Pada Pasien Post Operasi Appendektomi Dengan Intervensi Edukasi Dan Di RS Bhawangkar  
Pusat Jaga Tahun 2025

NO	HARI/TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	05/1/2025	Bab 1, Bab 2	- Perbaiki materi pengantar - Perbaiki bagian soal pada lembar tes - Perbaiki pendahuluan pada dan pengantar bab 1	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	09/1/2025	Bab 1, Bab 2, Bab 3	- Perbaiki pendahuluan bab 1 dan bab 2 - Perbaiki pendahuluan bab 3 dan bab 4	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3	13/1/2025	Bab 3, Bab 4	- Perbaiki pendahuluan bab 3 dan bab 4 - Perbaiki pendahuluan bab 4 dan bab 5	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4	16/1/2025	Bab 4, Bab 5	- Perbaiki pendahuluan bab 4 dan bab 5 - Perbaiki pendahuluan bab 5 dan bab 6	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
5	19/1/2025	Bab 4, Bab 5, Bab 6	- Perbaiki pendahuluan bab 4 dan bab 5 - Perbaiki pendahuluan bab 5 dan bab 6	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6	20/1/2025	Abstrak, daftar isi, Bab 2	- Perbaiki abstrak, pendahuluan bab 2 - Perbaiki pendahuluan bab 2 dan bab 3	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
7	21/1/2025	Daftar pustaka, lampiran	- Perbaiki pendahuluan daftar pustaka - Perbaiki pendahuluan lampiran	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
8	22/1/2025	Proposal KIAN	<i>ace Umi</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
9	10/6/2025	Proposal KIAN	- Perbaiki pendahuluan abstrak	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
10	11/6/2025	Proposal KIAN	- Perbaiki pendahuluan abstrak	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
11	11/6/2025	Proposal KIAN	<i>ace Revisi proposal</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
12	12/6/2025	Proposal KIAN	<i>ace cetak</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

Catatan : bawa kartu ini setiap konsultasi dan wajib diserahkan ke prodi pada akhir proses bimbingan  
 Mengetahui

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang




Dwi Agustini, M.Kep.Sp.Kom  
 NIP.197108111990322001



Lampiran 10 : Lembar Masukan dan Perbaikan Sidang KIAN

Form : Lembar Masukan Sidang

	<b>PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS PROGRAM PROFESI POLTEKKES KEMENKES TANJUNGPINANG</b>
	<b>Formulir Lembar Masukan Sidang</b>


**LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN  
SIDANG KIAN**

Nama Mahasiswa : Umi Rohmanwati  
 NIM : 240901061  
 Judul : Analisis Tinjauan Pustaka Pada Pasien Gigitan Serangga dengan Operasi Apendektomi dengan Intervensi Mobilisasi dan Di 4-5 Sampingkanan  
Rawa Lingsar Lampung Tahun 2025


No	Materi Perbaikan	Masukan/Perbaikan	
		Sudah	Belum
1.	penulisan judul, abstrak, rumusan laporan	✓	
2.	usps ii jelaskan kembali latar belakang masalah penelitian anda & usg lain	✓	
3.	jelaskan intervensi mobilisasi dan pin nada	✓	
4.	ditulis diharapkan mobilisasi us & intervensi apa untuk dan bmr 2	✓	

Bandar Lampung, .....

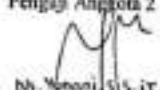
Penguji Utama

  
Umi Rohmanwati, S.Kep., N.Kes  
 NIP. 197001041002111001

Penguji Anggota I

  
Nis Retno Rini, S.Kep., N.Kes  
 NIP. 197111231945031001

Penguji Anggota 2

  
Nis Yonani, S.Kep., N.Kes  
 NIP. 197101041002112002

KET : \*) Coret yang tidak sesuai  
 Penguji utama adalah penguji bukan pembimbing  
 Penguji anggota 1 adalah pembimbing II  
 Penguji anggota 2 adalah pembimbing I