

# LAMPIRAN

## Lampiran 1 : Informed Consent



**POLTEKKES KEMENKES TANJUNGKARANG**  
**JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGKARANG**  
**PRODI PROFESI NERS**  
Jl. Soekarno Hatta No.6 Bandar Lampung  
Telp : 021-783852 Faksimile : 0721-773918  
Website: [www.ippsteknikpoltekkesgdlk.kemdikbud.go.id](http://www.ippsteknikpoltekkesgdlk.kemdikbud.go.id)  
Email : [poltekkes.tanjungkarang@kemdikbud.go.id](mailto:poltekkes.tanjungkarang@kemdikbud.go.id)



### INFORMED CONSENT

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama (Inisial) : M  
Usia : 45 tahun  
Jenis Kelamin : Wanita

Setelah mendapat keterangan secukupnya serta mengetahui tentang manfaat penelitian yang berjudul **"Analisis Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendiktoni 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 kerahasiaannya.

Bandar Lampung, Februari 2025

Peneliti

Responden

(Umi Rahmawati)  
NIM. 2414901062

(Mawu' Kurma)

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

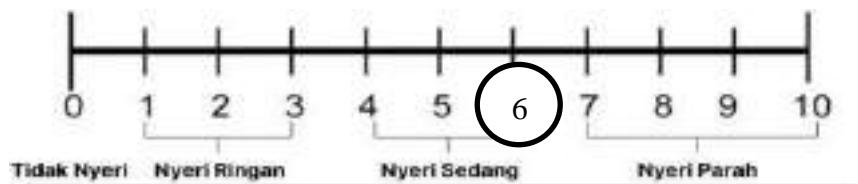
**LEMBAR PENGUKURAN TINGKAT NYERI HARI KE-1**

**Identitas Pasien**

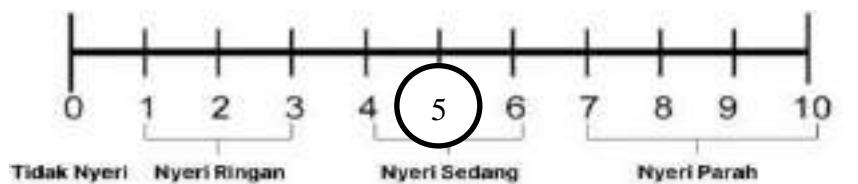
Nama	: Ny. M	No. RM	: 035747
Umur	: 44 Tahun	Tgl MRS	: 11/02/2025
Jenis Kelamin	: Perempuan	Diagnosa	: post apendektomi
Suku	: Sunda	Hari/Tanggal	: Rabu, 12 Februari 2025
Agama	: Islam		
Pekerjaan	: IRT		
Pendidikan	: SMA		
Alamat	: Bandar Jaya		

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	Tekanan darah : 145/100 mmHg
Nadi : 98x/menit	Nadi : 95x/menit
Suhu : 36,5°C	Suhu : 36,5°C
RR : 21x/menit	RR : 20x/menit
SPO <sub>2</sub> : 99%	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		✓

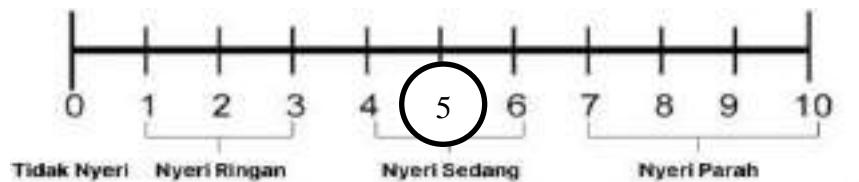
## LEMBAR PENGUKURAN TINGKAT NYERI HARI KE-2

### Identitas Pasien

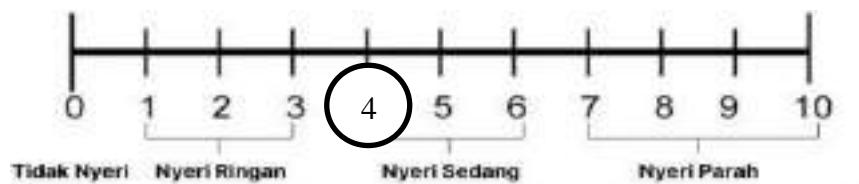
Nama	: Ny. M	No. RM	: 035747
Umur	: 44 Tahun	Tgl MRS	: 11/02/2025
Jenis Kelamin	: Perempuan	Diagnosa	: post apendektomi
Suku	: Sunda	Hari/Tanggal	: Kamis, 13 Februari 2025
Agama	: Islam		
Pekerjaan	: IRT		
Pendidikan	: SMA		
Alamat	: Bandar Jaya		

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 resikonya
- 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	Tekanan darah : 135/92 mmHg
Nadi : 92x/menit	Nadi : 95x/menit
Suhu : 36,6°C	Suhu : 36,6°C
RR : 20x/menit	RR : 20x/menit
SPO <sub>2</sub> : 99%	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		✓

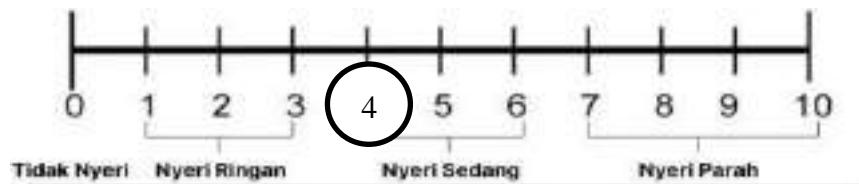
## LEMBAR PENGUKURAN TINGKAT NYERI HARI KE-3

### 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 resikonya
- 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	Tekanan darah : 130/95 mmHg
Nadi : 90x/menit	Nadi : 95x/menit
Suhu : 36,6°C	Suhu : 36,6°C
RR : 20x/menit	RR : 20x/menit
SPO <sub>2</sub> : 99%	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 laparotomi adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan pasien setelah beberapa jam dilakukan tindakan operasi laparotomi.
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 laparotomi</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</li></ol> <p>Atur posisi pasien, tanyakan posisi yang nyaman bagi pasien</p>

Prosedur	<p>1. Cuci tangan sebelum melakukan Tindakan <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> <p>1) Pasien duduk dan menurunkan kaki kearah lantai</p> <p>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</p> <p><b>Tahap terminasi</b></p> <p>1) Mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan yang dilakukan</p> <p>2) Menyampaikan tindak lanjut/RTL</p> <p>3) Merapikan pasien dan lingkungan</p> <p>4) Mengajak pasien membaca hamdalah dan berdoa kepada Allah</p> <p>5) Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang</p> <p>6) Membereskan dan mengembalikan alat ketempat semula</p> <p>7) Pencuci tangan</p> <p>8) Mencatat kegiatan dalam catatan</p> <p><b>Dokumentasi</b></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 : Erinaqul, S.Kp.

NIP : 198303132006041006

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 Apendiktoni 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



Erinaqul, S.Kp.

Lampiran 6 : Laporan Asuhan Keperawatan Perioperatif

**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      | : | Apendediksitis          |
| 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 memegangi 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

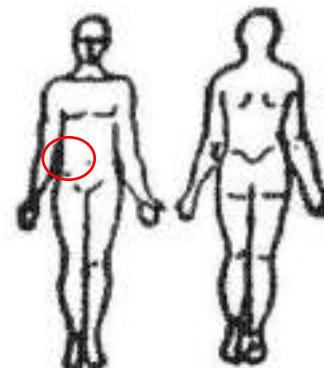
T-Tatto

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	0	Ny. M mengatakan nyeri saat bergerak
			10		
			20		
6	Status Mental a. Sadar penuh b. Keterbatasan daya ingat		0	0	Ny. M sadar penuh dengan kesadaran composmentis
			15		
<b>Jumlah Skor</b>				<b>20</b>	

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,

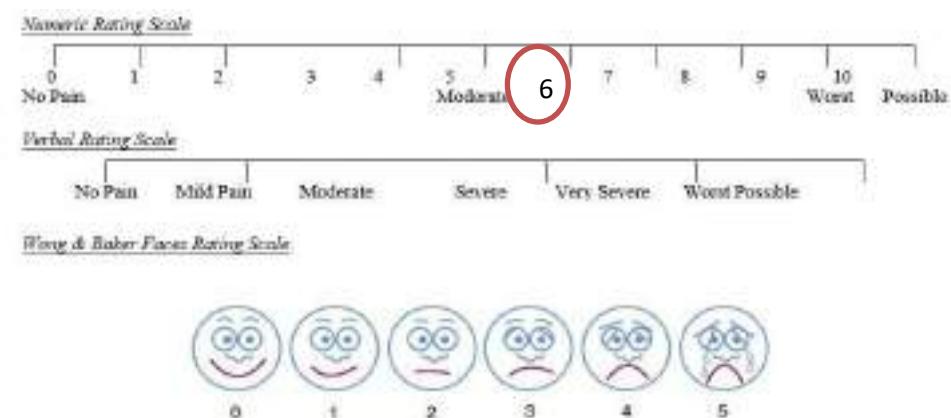
- d) Aktivitas dan Istirahat : tidak ada keluhan pada pengeluaran BAB  
 Ny. M mengatakan takut untuk bergerak dikarenakan nyeri pada luka bekas operasi dan pasien takut jika jahitan lukanya akan terbuka dan akan dilakukan operasi kembali, aktivitas dan kebutuhan pasien dibantu dengan suaminya dan keluarganya, pasien mengatakan sulit untuk tidur jika rasa nyeri muncul
- e) Neurosensori : Tidak ada masalah
- f) Reproduksi dan seksualitas : 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 memegangi 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   |
|                          | : | ictus cordis tidak teraba, tidak ada nyeri  |
| Palpasi                  | : |   |
|                          | : | Perkusi suara pekak   |
| Auskultasi               | : | bunyi jantung lupdup, tidak ada suara nafas tambahan  |
| i) Paru-paru             | : |   |
|                          | : | Inspeksi simetris, tidak ada luka dan edema   |
|                          | : | Pergerakan dinding dada simetris, tidak ada nyeri   |
| Palpasi                  | : |   |
|                          | : | 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 |
|                          | : | terdengar suara bising usus   |
| Auskultasi               | : |   |
|                          | : | 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                     |
|                          | : | pasien tidak terpasang folley kateter   |
| l) Genitalia & Rectum:   |   |   |

### 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)
pCO2	: 38.0	(N : 35.0 – 45.0 mmHg)
pO2	: 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)
pCO2	:	38.0	(N : 35.0 – 45.0 mmHg)
pO2	:	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 extrahepatik 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 paraaorta. 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 paraaorta.

#### 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><b>DS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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>2. Klien mengatakan sulit tidur dikarenakan nyeri yang tiba-tiba muncul pada luka bekas operasi</li> </ol> <p><b>DO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak memegangi area perutnya</li> <li>2. Wajah klien tampak meringis menahan rasa nyeri</li> <li>3. Klien tampak tegang dikarenakan nyeri dan takut untuk bergerak</li> <li>4. Aktivitas dan kebutuhan pasien dibantu dengan suaminya dan keluarga</li> <li>5. Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah: 140/100 mmHg, nadi 98x/menit, RR: 21x/menit, suhu 36,5°C, dan Spo2 99%.</li> </ol>	Nyeri akut (D.0077)	agen pencegah fisik (prosedur pembedahan apendektomi)

<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>	Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)	penurunan mobilitas
<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>	Risiko infeksi (D. 0142)	efek prosedur invasif post pembedahan apendektomi

## 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)	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x6 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Frekuensi nadi membaik 4. Pola napas membaik 5. Tekanan darah membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. relaksasi nafas dalam) 2. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Menjelaskan strategi meredakan nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi rasa sakit (mis. relaksasi nafas dalam)

		<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><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol> <p><b>Dukungan mobilisasi (L.05173)</b></p> <p><b>Observasi</b></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><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></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><b>Perawatan luka (I.14564)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></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><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></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 hidup, 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	

		<p>mulut secara perlahan-lahan, dilakukan sebanyak 3-5 kali</p> <p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Memonitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan mobilisasi</li> <li>4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>5. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>6. Mengajurkan melakukan mobilisasi dini 6-8 jam post operasi yaitu melatih miring ke kanan dan miring ke kiri</li> <li>7. Melakukan pemberian obat ambacim 1gr 2x1 (IV), metamizole 500mg 3x1 (IV), ondansetron 4mg 3x1 (IV)</li> </ol> <p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda-tanda infeksi</li> <li>2. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi seperti suhu tubuh meningkat/demam, terdapat pus/nanah, dan tercium aroma tidak sedap</li> </ol>		<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak masih takut-takut untuk bergerak</li> <li>2. Pasien tampak sesekali meringis menahan nyeri saat mencoba bergerak</li> <li>3. Pasien tampak memahami strategi untuk meredakan nyeri</li> <li>4. Pasien tampak memahami tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>5. Pasien tampak mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>6. Pasien tampak mampu melakukan mobilisasi miring ke kanan dan ke kiri meskipun masih dibantu</li> <li>7. Pemeriksaan tanda-tanda vital:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sebelum melakukan mobilisasi: tekanan darah: 140/100 mmHg, nadi 98x/menit, RR: 21x/menit, suhu 36,5°C, dan Spo2 99%.</li> <li>b. Setelah melakukan mobilisasi: tekanan darah: 145/100 mmHg, nadi 95x/menit, RR: 20x/menit,</li> </ol> </li> </ol>
--	--	---	--	--

	16.20	3. Mengajurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein		suhu 36,5°C, dan Spo2 99%.	
	16.00	Pencegahan infeksi (I.14539)	8. Balutan luka pasien tampak bersih dan kering		
	14.55	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi 2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	9. Pasien tampak memahami tanda dan gejala adanya infeksi		
	16.05	3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi suhu tubuh meningkat/demam, terdapat pus/nanah, dan tercium aroma tidak sedap	10. Perawat melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien		
	16.10	4. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar	11. Pasien dan keluarga pasien tampak bisa melakukan cuci tangan dengan benar		
	16.20	5. Mengajurkan meningkatkan asupan nutrisi	A: 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.	13/2/25 12.30 12.33 12.35 07.00 12.40 12.50	<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. Mengajurkan 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>	13/2/25 14.00	<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>	

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

					<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 1. Memonitor skala nyeri dan respon nyeri non verbal 2. Melakukan pemberian obat metamizole 500mg 3x1 (IV),	14/2/25 14.00	S: 1. Pasien mengatakan rasa nyeri berkurang 2. Pasien mengatakan skala nyeri 2 3. Pasien mengatakan sudah bisa duduk		

		ondansetron 4mg 3x1 (IV)		di sisi tempat tidur secara mandiri
	10.05	Dukungan mobilisasi (I.05173)	4.	Pasien mengatakan sudah mampu berjalan ke kamar mandi meskipun dengan dibantu
	10.10	1. Memonitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan mobilisasi	O:	1. Pasien tampak lebih rileks
	10.15	2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	2.	Pasien tampak tidak takut lagi untuk bergerak
	08.15	3. Mengajurkan melakukan mobilisasi dini tahap selanjutnya yaitu melatih untuk berjalan di sekitar tempat tidur	3.	Pasien tampak mampu berjalan ke kamar mandi meskipun dengan dibantu
	08.20	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%.
	08.25	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%.
	08.45	2. Memonitor tanda-tanda infeksi	5.	Perawat sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
	08.00	3. Melakukan perawatan luka		
		4. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka		
		Pencegahan infeksi (I.14539)		
		1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan 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

# Mobilisasi Dini

Mobilisasi didefinisikan sebagai kemampuan individu untuk dapat bergerak dari satu tempat ke tempat lain dengan bebas dan aman, seperti bergerak dari satu posisi ke posisi yang lain baik posisi duduk, berdiri, berbaring, berjalan, dan sebagainya.

**Kemenkes**  
Poltekkes Tanjungkarang

**Mobilisasi Dini Pada Pasien Pasca Operasi**

UMI RAHMAWATI  
2414901082

POLTEKKES TANJUNG KARANG  
KEMENKES RI  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TANJUNG KARANG  
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
TAHUN 2025

# Jenis Mobilisasi Dini

1. **Mobilisasi penuh** merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas karena fungsi saraf motorik dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.
2. **Mobilisasi sebagian** merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya.

# Tahapan Mobilisasi Dini Pasca Operasi

Dimulai pada 6 - 8 jam pertama pasca operasi, pasien dapat melakukan aktivitas kaki di tempat tidur, memindah kakinya dan tangan, meriring kranan dan otiring kaki.

Selanjutnya dalam 12 - 24 jam berikutnya, tubuh dapat dipersiapkan dalam posisi duduk, dengan atau tanpa penganggung, dan duduk dengan kakinya menggantung atau bertemu pada lutut.

Pada tahap selanjutnya, pasien tanpa batasan fisik untuk berjalan harus mampu secara mandiri beraktivitas di sekitar rumah.

# Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini

- AGE
- USIA
- KELELAHAN
- NYERI
- KELEMAHAN / KETIDAKMAMPUAN
- TINGKAT ENERGI

# Manfaat Mobilisasi Dini

Mengatasi nyeri pada pasien, Melancarkan peredaran darah, Mengembalikan metabolisme tubuh, Mengoptimalkan kerja fisiologis organ-organ vital, Mempercepat proses penyembuhan luka, Mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli, Mencegah lemahnya otot dan sendi.

# Kerugian Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

Proses rehabilitasi pasien akan tertunda, Hospitalisasi pasien menjadi lebih lama, Tingkat komplikasi yang tinggi, Membutuhkan lebih banyak biaya.

Lampiran 9 : Lembar Konsultasi Karya Ilmiah Akhir Ners

Form : Kartu Kendali Konsultasi KIAN

 <p><b>POLTEKKES TANJUNGGARANG</b>  <b>PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS</b>  <b>POLTEKKES TANJUNGGARANG</b></p> <p>Formulir Konsultasi</p>	Kode	TA/PKT/k/J.Kep./03.2/1/2022
	Tanggal	2 Januari 2022
	Revisi	0
	Halaman	... dari ... halaman

**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Mahasiswa : Umi Rahmawati  
 NIM : 201400 1043  
 Nama Pembimbing 1 : Ns. Yessica, S. S. IT, M. Kep.  
 Judul : *Analisis Empati Alami Pada Bapak Prof. Dr. H. Agus Bambang Prasetyo*  
*Dengan Intervensi Psikologis Dini Di RS Bhakti Bhakti*  
*Batuan Samarinda Tahun 2025*

NO	HARI/TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	07/3/2025	Judul KIAN	- Komunikasi Efektif Untuk Pengembangan Judul	<i>✓</i>	<i>✓</i>
2	10/3/2025	Judul KIAN	Acc. Judul	<i>✓</i>	<i>✓</i>
3	28/4/2025	Bab 1, Bab 2	- Melihat Judul KIAN - Mengidentifikasi data-data dalam - Mengidentifikasi makna/materi - Pada operasi pengembangan - Perbaikan penulisan sesuai dg - Mengidentifikasi - Analisis metode riset - Komunikasi dengan yg wajib - Kode bagian terlambat - Analisis metode riset - Perbaikan data pengembangan - Data penemuan pada dimensi - Dapat menulis - Komunikasi yang baik	<i>✓</i>	<i>✓</i>
4					
5	02/5/2025	Bab 3, Bab 4		<i>✓</i>	<i>✓</i>
6	06/5/2025	Bab 4, Bab 5	- Analisis metode riset - Perbaikan data pengembangan - Data penemuan pada dimensi - Dapat menulis - Komunikasi yang baik	<i>✓</i>	<i>✓</i>
7					
8	09/5/2025	Bab 4, Bab 5	<i>Acc Magz</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>
9	02/6/2025	Revisi KIAN	<i>tidak ada sifat tidak ada tidak ada</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>
10	05/6/2025	Revisi KIAN	<i>tidak ada sifat tidak ada</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>
11	05/6/2025	Revisi KIAN	<i>tidak ada sifat</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>
12	10/6/2025	KIAN	<i>Acc cahier</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>

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

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang

*Dwi Agustina, M.Kep,Sp.Kes*  
 NIP.197108111994022001

Form : Kartu Kendali Konsultasi KIAN

 <p><b>POLTEKKES TANJUNGPONOROGO</b> PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS <b>POLTEKKES TANJUNGPONOROGO</b></p> <p>Formulir Konsultasi</p>	Kode:	TA-PKTJU/T.Kep/03/2/1
	2022	
	Tanggal	2 Januari 2022
	Revisi	0

Halaman \_\_\_\_\_ dari \_\_\_\_\_ halaman

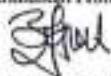
**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Mahasiswa : Uju Pekuncuk  
 NIM : 20140101062  
 Nama Pembimbing 1 : Ibu. Erina Putri M.Pd.I, M.Kep  
 Judul : *Analisis Tingkat Masa Pada Penerapan Teknik Pendekatan  
 Dengan Intervensi Mekanisasi Rum. Di Bp. Dhomorogoro  
 Pada Jaring Telinga 2025*

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	05/1/2025	Bab 1, Bab 2	- Perbaikan makalah yang diterjemah - Terjemah makalah yang tidak berhasil	<u>Uju</u>	<u>✓</u>
2	09/1/2025	Bab 1, Bab 2, Bab 3	- Isi dari penelitian - Perbaikan penulisan tanda baik dan pengujian kualitas	<u>Uju</u>	<u>✓</u>
3	13/1/2025	Bab 3 - Bab 4	- Perbaikan penulisan tanda baik atau tidak - Perbaikan penulisan tanda baik	<u>Uju</u>	<u>✓</u>
4	16/1/2025	Bab 4, Bab 5	- penulisan - perbaikan penulisan tanda baik maupun tidak	<u>Uju</u>	<u>✓</u>
5	19/1/2025	Bab 4, Bab 5, Lampiran	- Perbaikan lampiran dengan dengan penulisan yg tidak	<u>Uju</u>	<u>✓</u>
6	20/1/2025	abstrak, chapter 1, Bab 2	- Perbaikan abstrak, penulisan tanda baik	<u>Uju</u>	<u>✓</u>
7	21/1/2025	Ringlet pustaka, lampiran	- perbaikan penulisan chapter tujuan - Perbaikan lampiran yg tidak bagus	<u>Uju</u>	<u>✓</u>
8	22/1/2025	Proposal KIAN	ace uju	<u>Uju</u>	<u>✓</u>
9	10/2/2025	Proposal KIAN	- Perbaikan penulisan abstrak	<u>Uju</u>	<u>✓</u>
10	11/2/2025	Proposal KIAN	- Jembatkan citasi pada sar mobilisasi dini	<u>Uju</u>	<u>✓</u>
11	11/2/2025	Proposal KIAN	ace Revise parcer Uju	<u>Uju</u>	<u>✓</u>
12	12/2/2025	Proposal KIAN	ace 47,4	<u>Uju</u>	<u>✓</u>

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

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang



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

Lampiran 10 : Lembar Masukan dan Perbaikan Sidang KIAN

Form : Lembar Masukan Sidang

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

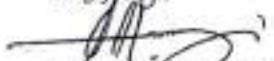
**LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN  
SIDANG KIAN**

Nama Mahasiswa : Umi Rahmaswati  
 NIM : 241140910612  
 Judul : Analisis Tindak Pidato Bapak Basien Ganteng Dengan Pendekatan  
Dengan Intervensi Mobilisasi Diri Di PPS Binaan  
Banda Lampung Tahun 2025

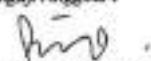
No	Materi Perbaikan	Masukan/Perbaikan	
		Sudah	Belum
1.	Penulisan Judul, Abstrak, penemuan Inovasi.	✓	
2.	Umpamanya penulisan kunci-kunci inovasi Untuk penelitian antara yg yg lama dengan intervensi mobilisasi diri min dm.	✓	
3.	Penulisan intervensi mobilisasi diri min dm.	✓	
4.	Penulisan teknologi mobilisasi yg yg intervensi aspr wnt blm b7m22	✓	

Banda Lampung, .....

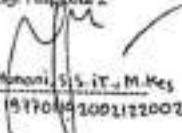
Pengaji Utama

  
U. Rahmaswati, S.P., M.Kes  
NIP. 19700104200111001

Pengaji Anggota I

  
H. Rinto Budiwidjaja, M.Kep  
NIP. 197111231995032001

Pengaji Anggota 2

  
H. Yononi, S.S, iT., M.Kes  
NIP. 19770808200112002

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