

L

A

M

P

I

R

A

N



Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

Pengumpulan Data

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Nama : Tn. M
 Umur : 60 Tahun
 Jenis kelamin : laki-laki
 Agama : Islam
 Pendidikan : SMK
 Pekerjaan : Buruh
 Suku Bangsa : Indonesia
 Status perkawinan : Kawin
 Golongan darah : -
 No. CM : xx - xx - xx - 93
 Tanggal masuk : 12/06-2025
 Tanggal pengkajian : 13/06-2025
 Diagnosa medis : HIL (S) Incarcerata (hernia repair sinistra)
 Alamat : Jl. Pisang Karang Kandi

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. R
 Umur : 34 Tahun
 Jenis kelamin : perempuan
 Agama : Islam
 Pendidikan : Sarjana
 Pekerjaan : Guru
 Suku Bangsa : Indonesia
 Hubungan dg Klien : Anak
 Alamat : Jl. Singkep Gunung Samping

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

pasien mengeluh sulit untuk menggerakan ekstremitas karena masih terasa lemah, dan mengeluh nyeri pada saat bergerak dan merasa cemas.

2) Riwayat Penyakit Sekarang (Alasan masuk RS dan PQRS)

Pasien datang ke IGD RS Fatimah jam 8 malam dengan keluhan benjolan pada bagian perut bawah sebelah kanan pada waktu di rumah benjolan terasa sangat nyeri hebat lalu setelah sampai di RS jam 8. Pasien pada jam 10 langsung dilakukan operasi CxO p: nyeri luka operasi. K: 10: Ditusuk-tusuk, R: Di bagian perut bawah sebelah kiri s: skala nyeri 6, T: nyeri hilang timbul

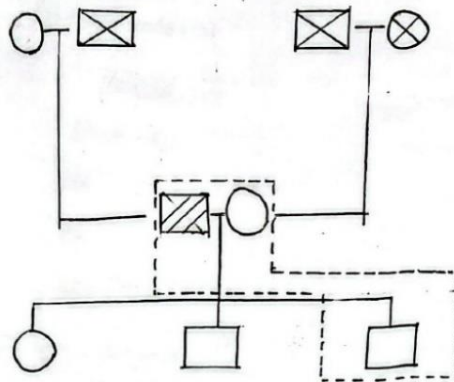
3) Riwayat penyakit dahulu

pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit dahulu

4) Riwayat penyakit keluarga

pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga

5.) Genogram.



Keterangan :

- : laki-laki
- : Perempuan
- : Garis perkawinan
- X : Meninggal
- : Garis rumah
- ▨ : pasien.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-tanda vital

Tanggal / jam	Tanggal
TD (mmHg)	130 / 87
HR	78 x / menit
RR	20 x / menit
Suhu (°C)	36,7

2) Kepala dan leher

Yang Dikaji	Keterangan
Bentuk	warna kulit tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan
Rambut	Rambut tidak panjang, warna kulit dan putih
Mata	kongjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada nyeri, tampak kantung mata
Telinga	simetris, tampak bersih, tidak ada cairan keluar, tidak ada gangguan pendengaran
Hidung	simetris, tampak bersih, tidak ada lesi
Mulut	mukosa mulut lembab, gigi keokutangan, mulut simetris
Leher	Bersih, tidak tampak pembesaran kelenjar, tidak ada nyeri tekan

Ket: (-); tidak ada, (+); ada

3) Jantung

Tanggal	
Inspeksi	tidak ada lesi
Palpasi	tidak ada nyeri tekan, tidak ada cordis teraba
Perkusi	bunyi sonor
Auskultasi	terdengar suara lup. dup HK: 87 x / menit

4) Paru-paru

Tanggal	
Inspeksi	simetris, tidak ada jejas di dada
Palpasi	tidak ada krepitasi
Perkusi	Bunyi sonor
Auskultasi	vesikuler RR: 20 x / menit

5) Abdomen

Tanggal	
Inspeksi	tidak ada lesi, perut simetris
Auskultasi	terdengar bising usus, 8-10x/menit
Palpasi	terdapat nyeri tekan perut bawah
Perkusi	Bunyi timpani

6) Ekstremitas

Ekstremitas atas : Terpasang injus di tangan kanan.

Tanggal	Kanan				Kiri			
	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri
13 Juni 2025	-	-	-	-	-	-	-	-

Ket: (-); tidak ada, (+); ada

Ekstremitas bawah

Tanggal	Kanan				Kiri			
	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri
13 Juni 2025	-	-	-	-	-	-	-	-

Ket: (-); tidak ada, (+); ada

Sistem Integumen

Tanggal	Warna kulit	Turgor	Mukosa bibir	Capilar refill	Kelainan
13 Juni	lawo matang	elastis	lukup lembab	2 detik	tidak ada

d. POLA PENGKAJIAN FUNGSIONAL GORDON

1) PERSEPSI DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

Pasien ketika sakit selalu pergi ke fasilitas kesehatan terdekat.

2) POLA NUTRISI DAN METABOLIK

Subyektif

Pasien mengatakan makan 5x sehari dengan nasi, sayur lauk pauk, pasien mengatakan minum air putih 8-10 gelas sehari

Obyektif:

a. Antropometri

Sebelum masuk rumah sakit (>2 bulan yang lalu)

BB : 55...kg TB : 160...cm LILA cm

Saat Dirawat : Tanggal

BB : 55...kg TB : 160...cm LILA cm (normal 29,3 cm)

Kesimpulan: Tidak ada kenaikan atau penurunan berat badan

Perhitungan :

$$\begin{aligned} \text{BB ideal} &= (\text{TB} - 100) - 10\% (\text{TB} - 100) \text{ kg} \\ &= (160 - 100) - 10\% (160 - 100) \text{ kg} \\ &= 54 \text{ kg} \end{aligned}$$

IMT (Indeks Massa Tubuh)

$$\begin{aligned} \text{IMT} &= \frac{\text{BB}}{\text{TB(m)}^2} \\ &= \frac{55}{(1,6)^2} \\ &= 21,4 \end{aligned}$$

Nilai standar IMT

Nilai	Kategori
<20	Underweight
20-25	BB normal
25-30	Overweight
>30	Obesitas

Kesimpulan: BB Normal

b. **Biokimia**

Hb : 14,6 g/dL (tgl 12 Juni 2025)

Albumin : (tgl.....)

c. **Penampilan fisik**

pasien tampak bersih

d. **Diet**

• Jenis: TKT

$$\begin{aligned} \text{BEE laki-laki} &= 66 + (13,7 \times \text{BB kg}) + (5 \times \text{TB cm}) - (6,8 \times \text{U.thn}) \\ &= 66 + (13,7 \times 55 \text{ kg}) + (5 \times 160 \text{ cm}) - (6,8 \times 60 \text{ tahun}) \\ &= 1.211,5 \text{ Kkal} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{BEE perempuan} &= 655 + (9,6 \times \text{BB kg}) + (1,8 \times \text{TB cm}) - (4,7 \times \text{U. th}) \\ &= \text{ Kkal} \end{aligned}$$

Tabel perkiraan jumlah kalori ± 1.211,5 Kkal dalam

Tgl	Kalori Buah	Kalori makanan	Total kalori
	± 181,5 kkal (15%)	± 1.030 kkal (85%)	1.211,5 kkal

3) POLA ELIMINASI

Sebelum dirawat :

Subyektif: *pasien mengatakan sebelum dirawat BAB setiap pagi dan BAK lancar tidak ada nyeri dan berwarna kuning.*

Selama dirawat

Subyektif: *pasien mengatakan belum BAB selama dirawat, dan BAK pasien terpasang kateter. BAK lancar berwarna kuning jernih, frekuensi 100%.*

Obyektif:

- **BAB**

TGL	Frekuensi	Warna	Konsistensi
13 Juni	-	-	-

- BAK

TGL	Frekuensi	Warna	Kelainan
13 Juni	4-6x	kuning jernih	Tidak ada kelainan.

4) POLA AKTIFITAS DAN LATIHAN

Status higienis

Tanggal	Mandi	Menggosok gigi	Memotong kuku	Keramas
13 Juni	Tidak (-)	dilakukan (+)	Tidak (-)	Tidak (-)

Ket: (-); tidak dilakukan

ADL

Tanggal	Bathing	Dressing	Toileting	Transferring	Continance	Feeding	Indeks KATZ
13 Juni	dibantu	dibantu	dibantu	dibantu	dibantu	dibantu	

Status Mobilisasi

Tanggal	Duduk	Berdiri	Jalan
13 Juni	Dibantu	Dibantu	Dibantu.

Skor Norton

Tgl	Kondisi Fisik umum	Kesadaran	Aktifitas	Mobilitas	Inkontinensia	Jumlah
13 Juni	Baik	Composmentis	Tiduran	Terbatas	Sering	14

Kategoriskor:

16-20: kecil sekali/tidak terjadi

12-15: kemungkinan kecil terjadi

<12: kemungkinan besar terjadi

Kesimpulan: Kemungkinan kecil terjadi

5) POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

Sebelum masuk RS:

Kualitatif: Pasien mengatakan sebelum masuk RS sering tidur siang dan tidur nyenyak.

Kuantitatif: Tidur siang 2-3 jam. Tidur malam 7-8 jam.

Setelah masuk RS:

Kualitatif: Pasien mengatakan setelah dirawat tidur siang hanya sebentar dan tidur malam nyenyak.

Kuantitatif: Tidur siang 1-2 jam. Tidur malam 6-7 jam.

6) POLA PERSEPTUAL

Halusinasi: Tidak mengalami halusinasi.

7) POLA PERSEPSI DIRI

Konsep diriCitra tubuh: *pakien bersyukur atas anggota tubuhnya yang masih lengkap*Identitas diri: *pakien mengatakan seorang laki-laki*Peran diri: *pakien mengatakan seorang suami dan seorang ayah*Ideal diri: *pakien mengatakan seorang laki-laki yang bertanggung jawab terhadap diri*Harga diri: *pakien mengatakan harga diri seorang laki-laki sebagai seorang suami*Masalah Keperawatan: *Tidak ada masalah keperawatan.*

8) POLA SEKSUALITAS DAN REPRODUKSI

Subjektif: *pakien mengatakan berhubungan baik dengan istri*Objektif: *pakien memiliki 3 Anak.*

9) POLA PERAN-HUBUNGAN

Keluarga: *pakien berhubungan baik dengan keluarga*Masyarakat: *pakien berhubungan baik dengan masyarakat.*

10) POLA MANAJEMEN KOPING-STRESS

Masalah: *pakien mengatakan saat ada masalah bercerita dengan istri*Koping: *pakien mengatakan menenangkan*

11) SISTEM NILAI DAN KEYAKINAN

Nilai dan Keyakinan: *pakien mengatakan beragama Islam dan melaksanakan sholat 5 waktu*Kegiatan ibadah: *sholat 5 waktu*

2. PENGKAJIAN SISTEM PERSYARAFAN

Fungsi Serebral

Tanggal/Jam		
Status Mental	Tingkat Kesadaran	Compos mentis
	GCS	
	E	4
	V	5
Fungsi Intelektual	M	6
	Gaya Bicara	Normal
	Orientasi Waktu	+
	Orientasi Orang	+
Daya Pikir	Orientasi Tempat	+
	Spontan, alamiah, masuk akal	+
	Kesulitan Berpikir	-
	Halusinasi	-

Status Emosional	Alamiah dan Datar	+
	Pemarah	-
	Cemas	-
	Apatitis	-
Nyeri kepala		-
Pandangan kabur		-

Ket: (-); tidak ada, (+); ada

7) Badan dan anggota gerak

Badan

Motorik

Normal

Refleksi

Normal (langsung menerima respon dengan baik)

Sensibilitas

Tanggal/Jam	
Sensasi taktil	<i>masih merasakan sentuhan tangan / jempol</i>
Sensasi suhu dan nyeri	<i>masih merasakan panas dingin dan nyeri</i>
Vibrasi dan propriosepsi	<i>masih merasakan gerakan dan getaran.</i>
Integrasi sensasi	<i>menerima dan merespon rangsang dengan baik.</i>

Anggota gerak atas

Motorik

Motorik	Kanan	Kiri
Pergerakan	4	5
Kekuatan	4	5
Tonus	5	5
Trofik	5	5

Refleksi

Refleksi	Kanan	Kiri
Biceps	<i>positif</i>	<i>positif</i>
Triceps	<i>positif</i>	<i>positif</i>
Radius	<i>positif</i>	<i>positif</i>
Ulna	<i>positif</i>	<i>positif</i>

Sensibilitas

Tanggal/Jam	13/06-2025
Sensasi taktil	merasakan sentuhan dan ragam /tumpul
Sensasi suhu dan nyeri	merasakan panas dingin dan nyeri
Vibrasi dan propriosepsi	merasakan gerakan dan getaran
Integrasi sensasi	menerima dan merespon dengan baik.

Anggota gerak bawah

Motorik

Motorik	Kanan	Kiri
Pergerakan	Normal	Normal
Kekuatan	5	4
Tonus	Normal	Normal
Trofik	Normal	Normal

Refleks

Refleks	Kanan	Kiri
Patella	positif	positif
Achilles	positif	positif
Babinski	positif	positif
Chaddock	positif	positif
Rossolimo	positif	positif
Clonus kaki	positif	positif
Lasseque	positif	positif
Kernig	positif	positif

Sensibilitas

Tanggal/Jam	13/06-2025
Sensasi taktil	merasakan sentuhan ragam /tumpul
Sensasi suhu dan nyeri	merasakan panas dingin dan nyeri
Vibrasi dan propriosepsi	merasakan gerakan dan getaran.
Integrasi sensasi	menerima dan merespon dengan baik.

3. Sistem imunitas :

Alergi: *Tidak ada alergi makanan*Antibiotic: *Tidak ada alergi antibiotik.*WBC: *16.600 10^3 /uL* (leukosit)

4. Status cairan

Tabel cairan dalam 24 jam

Tanggal	Intake	Output	Balance cairan
13/06-25	Infus = 1000 cc	Urine = 1200 cc	+ 475 cc
	Minum = 1500 cc	IWL = 825/24jam	
	Total input = 2.500 cc	Total output = 2.025	
14/06-25	Infus = 1500 cc	Urine = 1300 cc	± 475 cc
	Minum = 1100 cc	IWL = 825/24jam	
	Total input = 2.600	Total output = 2.125	
15/06-25	Infus = 500 cc	Urine = 1200	+ 75 cc
	Minum = 1600 cc	IWL = 825/24jam	
	Total input = 2.100	Total output = 2.025	

5. Status Ekonomi Kesehatan

Pasien menggunakan BPJS Kesehatan.

6. Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnostik

a. Laboratorium ke..... tanggal 12 Juni 2025

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan		Keterangan
HEMATOLOGY					
Hemoglobin	14.6	13-18	g/dL		
leukosit	16600	4000-10000	10^3 /uL		
Hemakrit	40.8	45-52	%		
Trombosit	199000	150000-450000	10^3 /uL		
Eritrosit	4.41	4.50-5.60	10^6 /uL		
Eosinofil	0.9	1-5	%		
Neutrofil	71.1	50-70	%		
Basofil	0.2	0-1	%		
Limfosit	21.4	25-40	%		
Monosit	6.4	2-8	%		
MCV	92.4	74-108	fL		
MCH	33.2	25-35	pg		
MCHC	35.9	30-36	%		

CT/BT				
Waktu perdarahan (BT)	3	1-3	Menit	
Pembekuan (a)	9	6-15	Menit	
IMMUNOREKLOG				
HIV tes R1	Non Reactive	Non Reaktif		
HCV TES	Negative	Negatif		
HBSAG TES	Negative	Negatif		
GULA DARAH				
Gula Darah sewaktu	138	60-200	mg/dL	
FAAL GINJAL				
Ureum	24.3	15-45	mg/dL	
Kreatinin	0.97	0.7-1.2	mg/dL	

b. Hasil foto rontsen tanggal ...12... Juni 2025 Jenis pemeriksaan : THORAKS Ap supine.

Kesan: Klinis : PRE OP

* Cor tak membesar

* Gambaran bronkopneumonia.

* Opasitas bentuk oval superposisi aspek posterior os costa 9 kiri, DD / bone island, klasifikasi paru, nodul paru.

c. Hasil ...Klinis : PRE OP

COR : CTR < 50%

Bentuk dan letak jantung normal

PULMO : corakan vascular tampak meningkat

Tampak patchy opacity pada lapangan tengah bawah paru kanan kiri

Diaphragma kanan setinggi costa 10 posterior

Sinus costofrenikus kanan kiri lap OP

Tampak opasitas bentuk oval yang superposisi aspek posterior os costa 9 kiri.

7. TERAPI MEDIS

1. Infus RL 20 rpm

2. Injeksi IV ketorolac 30 mg/ml @ 1 m 3x1 hari

3. Injeksi Ranitidin 50mg/2ml @ 2m 2x sehari

8. TERAPI NUTRISI

Diet : IKTP... Nasi biasa



ANALISA DATA

NO.	Sign	Problem	Etiologi
1.	<p>DS:</p> <p>pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi</p> <p>P: Nyeri luka operasi ketika bergerak</p> <p>Q: Distasuk. fusuk</p> <p>R: Di bagian perut bawah sebelah kiri</p> <p>S: skala nyeri 6</p> <p>T: Nyeri hilang timbul</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> o pasien tampak meringis kesakitan o pasien tampak gelisah dan berisit ap protektif, terpasang kateter 	<p>Nyeri Akut</p> <p>(D.0079 hal 172)</p>	<p>Agen pencedera fisik.</p>
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> o pasien mengatakan nyeri saat menggerakkan ekstremitas dan duduk o pasien mengeluh merasa cemas saat bergerak. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> o pasien tampak berhati-hati ketika bergerak, kekuatan otot menurun o Rentang gerak menurun o pasien tampak terbatas untuk melakukan pergerakan. 	<p>Gangguan mobilitas fisik</p> <p>(D.0059 hal 124)</p>	<p>Penurunan kekuatan otot</p>
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> o pasien mengeluh nyeri pada daerah luka operasi. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> o luka tampak tertutup. o leukosit $16.600 \text{ } 10^3/\text{uL}$ o luka tampak kemerahan. 	<p>Risiko Infeksi</p> <p>(D.0142 hal 304)</p>	<p>Efek prosedur Invasif.</p>

Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik d.d pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi p: Agen pencedera fisik Q: Ditusuk tusuk R: Disajikan peres bawah rebelah kiri S: skala nyeri 5 T: nyeri hilang timbul, pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak gelisah dan berikap protektif.
2. Gangguan Mobilitas fisik b.d penurunan otot d.d pasien mengatakan nyeri saat bergerak, pasien mengeluh merasa cemas saat bergerak, pasien tampak berhati-hati ketika bergerak, Rentang gerak menurun, pasien tampak terbatas untuk melakukan pergerakan.
3. Risiko Infeksi d.d Efek prosedur invasif

INTERVENSI







NO.	Dx. KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1.	Nyeri Akut (0.0077)	Tingkat Nyeri (1.08066)	Manajemen Nyeri (1.08238)
		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:	observasi • Identifikasi lokal, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri
		NO	Kriteria hasil
		1.	Keluhan nyeri
		2.	Meringis
		3.	Sikap protektif
		4.	Gelisah
		Keterangan:	
		1. Keluhan nyeri menurun (5)	
		2. Meringis menurun (5)	
		3. Sikap protektif menurun (5)	
		4. Gelisah menurun (5)	
		Efektif.	
		• Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.	
		Edukasi:	
		• Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	
		• Jelaskan strategi monevikan nyeri.	
		• Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.	
		Kolaborasi	
		• Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.	


2.	Gangguan mobilitas fisik (D.0059)	Mobilitas fisik (L.05042)	Dukungan Mobilitas (I.05173)																								
		Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :	observasi																								
		<table> <tr> <th>No</th><th>kriteria hasil</th><th>lr</th><th>Er</th></tr> <tr> <td>1.</td><td>kekuatan otot</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>Rentang gerak</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3.</td><td>Nyeri</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>4.</td><td>kecemasan</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>5.</td><td>Gerakan terbatas</td><td>3</td><td>5</td></tr> </table>	No	kriteria hasil	lr	Er	1.	kekuatan otot	3	5	2.	Rentang gerak	3	5	3.	Nyeri	2	5	4.	kecemasan	3	5	5.	Gerakan terbatas	3	5	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Identifikasi toleransi fisik
No	kriteria hasil	lr	Er																								
1.	kekuatan otot	3	5																								
2.	Rentang gerak	3	5																								
3.	Nyeri	2	5																								
4.	kecemasan	3	5																								
5.	Gerakan terbatas	3	5																								
		<p>Keterangan :</p> <p>1. kekuatan otot meningkat.</p> <p>2. Rentang gerak meningkat.</p> <p>3. Nyeri menurun.</p> <p>4. kecemasan menurun.</p> <p>5. Gerakan terbatas menurun.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan pergerakan monitor kondisi umum selama melakukan mobilitas. Terapeutik fatigasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) fatigasi melakukan pergerakan jika perlu. Ubatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. 																								
			Edukasi																								
			<ul style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur mobilitas Anjurkan melakukan mobilitas dini Ajarkan mobilitas sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur) 																								
3.	Risiko Infeksi (D.0142)	Tingkat Infeksi (L.14137)	Pencegahan Infeksi (I.14539)																								
		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :	observasi																								
		<table> <tr> <th>No</th><th>kriteria hasil</th><th>lr</th><th>Er</th></tr> <tr> <td>1.</td><td>kemerahan</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>kadar sel darah putih</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3.</td><td>Nyeri</td><td>2</td><td>5</td></tr> </table>	No	kriteria hasil	lr	Er	1.	kemerahan	3	5	2.	kadar sel darah putih	2	5	3.	Nyeri	2	5	<ul style="list-style-type: none"> Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik Batasi jumlah pengunjung 								
No	kriteria hasil	lr	Er																								
1.	kemerahan	3	5																								
2.	kadar sel darah putih	2	5																								
3.	Nyeri	2	5																								
			Edukasi																								
			<ul style="list-style-type: none"> Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 																								



		Keterangan :	o Jelaskan tanda dan gejala
		1. Kemarahan menurun.	Infeksi
		2. Kadar sel darah putih Membaik.	o Jelaskan cara mencuci tangan dengan benar
			o Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
			o Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

IMPLEMENTASI

Tgl/jam	Dokter/Perawat	Implementasi	Evaluasi respon	Paraf
13/06-25 14.00	Nyeri Akut (D.0077)	• Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri.	S: pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi P: Nyeri luka bekas operasi A: Ditusuk, dusuk R: Dibagian perut bawah sebelah kiri S: skala nyeri 6 T: nyeri hilang timbul. O: pasien tampak meringis, keokitan, terparang keteter	 Tasya
14.05		• Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri.	S: pasien mengatakan nyeri bertambah pada saat batuk dan bergerak, dan yang memperringan nyeri ketika pasien sedang terbaring. O: pasien tampak kooperatif.	
14.10		• Menjelaskan strategi manajemen nyeri (dengan teknik nafas dalam)	S: pasien mengatakan paham dengan apa yang dijelaskan O: pasien tampak paham yang diajarkan tentang nafas dalam	
14.15		• Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam)	S: pasien mengatakan mau untuk diajarkan nafas dalam O: pasien tampak mempraktekan teknik nafas dalam yang diajarkan oleh perawat.	
14.20	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	• Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	S: pasien mengatakan nyeri saat bergerak O: pasien tampak berhati-hati ketika menggerakkan badannya.	
14.25		• Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.	S: pasien mengatakan tidak berani untuk menggerakkan badannya karena takut. O: pasien tampak protektif.	



			terhadap nyerinya.	
14.30		o Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilitasi	S: pasien mengatakan sudah tidak pusing, tidak mual dan tidak muntah.	
			O: KU cukup, TD: 130/87	
			N: 78 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.7 °C.	
			Pasien masih tampak lemah.	
14.35		o Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilitasi	S: keluarga pasien dan pasien mengatakan mengerti yang di jelaskan perawat tentang mobilitasi	
			O: keluarga pasien dan pasien tampak mendengarkan yang dijelaskan oleh perawat tentang mobilitasi	
14.40		o Mengajarkan mobilitasi sederhana yang harus dilakukan (mis, miring kanan miring kiri, latihan pergerakan kranial)	S: pasien mengatakan mau untuk melakukan mobilitasi miring kanan dan kiri	
			O: pasien kooperatif dan mampu untuk mobilitasi	
14.45	Risiko infeksi (D-0142)	o Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	S: pasien mengatakan luka bekas operasi terasa nyeri	
			O: luka tampak tertutup dan tidak ada rembesan	
14.50		o Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	S: pasien mengatakan belum saya tidak mengetahui tanda dan gejala terjadinya infeksi.	
			O: pasien tampak paham dan mendengarkan yang dijelaskan	
14.55		o Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar	S: pasien mengatakan akan selalu cuci tangan dengan teknik yang sudah diajarkan.	
			O: pasien tampak kooperatif dan mengikuti cara cuci tangan	

18.00		o Mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi	S: pasien mengatakan siap untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein.	
			O: pasien tampak kooperatif	
14/06-25 08.15	Nyeri Akut (D.0077)	o Mengidentifikasi skala nyeri	S: pasien mengatakan skala nyeri sudah berkurang	
			O: pasien tampak sudah mau bergerak karena nyeri yang sudah berkurang	
08.20		o Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.	S: pasien mengatakan merasa nyaman setelah diberikan relaksasi nafas dalam.	
			O: pasien tampak rileks dan mengikuti arahan perawat.	
08.25		o Mengkolaborasi pemberian analgetik	S: - O: Inj Ranitidine 2x150mg Inj. Ketorolac 3x150mg	
08.30		o Memonitor efek samping penggunaan analgetik.	S: pasien mengatakan setelah diberi obat pereda nyeri sudah sedikit berkurang.	
			O: pasien tampak sudah tidak meringis dan gelisah	
08.35	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	o Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	S: pasien mengatakan sudah tidak pusing tidak mual muntah	
			O: Ku cukup, TD: 129/92 mmHg RR: 20x/menit S: 36.9°C	
08.40		o Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	S: Keluarga pasien mengatakan bersedia untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan.	
			O: pasien dan keluarga tampak antusias.	
08.45		o Mengajarkan mobilitasi dini sederhana (misal, duduk di atas tempat tidur, dengan sandaran, tanpa sandaran, duduk di tepi tempat tidur).	S: pasien mengatakan setelah diarahkan untuk gerak miring kiri dan kanan sampai bisa duduk nyeri berkurang.	
			O: pasien tampak senang dan mampu untuk gerak tanpa rasa malas	

08.50	Risiko Infeksi (D.0142)	o Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.	S: pasien mengatakan rasa sakit pada luka operasi sudah berkurang. O: Luka tampak bersih dan tertutup, tidak ada rembesan.	th
08.55		o Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.	S: - O: selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.	th
09.00		o Mengajarkan meningkatkan asupan cairan	S: pasien mengatakan bersedia untuk memperbanyak minum. O: pasien tampak antusias dan kooperatif untuk meningkatkan asupan cairan.	th
15/06-29	Nyeri Akut (D.0077)	o Mengidentifikasi skala nyeri	S: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dengan skala 3	th
13.20		o Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (nafas dalam)	S: pasien mengatakan sudah melakukan nafas dalam secara mandiri seperti yang diajarkan. O: pasien tampak kooperatif untuk melakukan nafas dalam secara mandiri.	th
13.30	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	o Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilitasi.	S: pasien mengatakan nyeri pada daerah operasi sudah berkurang, tidak pusing dan tidak mual muntah. O: KU: cukup, TD: 131/79, N: 29, S: 36,7°C. pasien tampak kooperatif.	th
13.35		o Mengajarkan mobilitasi diri secara mandiri (duduk miring kanan dan kiri)	S: pasien mengatakan selalu melakukan mobilitasi secara mandiri setiap 2 jam sekali. O: pasien tampak kooperatif.	th
13.40		o Mengajarkan mobilitasi berdiri di tempat tidur dan berjalan	S: pasien mengatakan alhamdulillah sudah diajarkan untuk berjalan dan nyeri berkurang.	th

SiDU




13			O: pasien tampak mampu untuk berjalan dan beraktivitas. pasien tampak senang.	
13.40	Risiko Infeksi (D. 0142)	o Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.	S: pasien bertanya mau diberikan kapan, dan pasien mengatakan nyeri luka operasi berkurang. O: luka tampak bersih, ada sedikit kemerahan, dan tidak ada rembaran.	2
13.45		o Mengajarkan cuci tangan dengan benar	S: pasien mengatakan selalu mencuci tangan dengan teknik yang pernah diajarkan. O: pasien tampak kooperatif.	3
13.50		o Mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi	S: pasien mengatakan bersedia untuk meningkatkan asupan nutrisi di rumah untuk mempercepat penyembuhan luka. O: pasien kooperatif mengikuti yang dianjurkan	4

EVALUASI


Tanggal/Jam	Dx Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	paraf.
13/06-2025 120:05	Nyeri Akut	S: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi P: Nyeri luka operasi saat bergerak O: Ditutupi tusuk R: Dibagian perut bawah sebelah kiri S: Skala nyeri 5 T: nyeri hilang timbul. O: pasien tampak meringis kesakitan dan geotah TD: 130/87, N: 78, RR: 21x, S: 36,7 A: masalah belum teratasi	5




PROGRAM
KEPERAWATAN
DOKTERAN
CILACAP

			NO	Kriteria hasil	IR	ER
			1.	Keluhan nyeri	2	5
			2.	Meringis	2	5
			3.	Sikap protektif	3	5
			4.	Georah	3	5
			P: lanjutkan intervensi			
			o Nafas dalam			
			o Kolaborasi pemberian analgetik.			
20.10	Gangguan mobilitas fisik	S: pasien mengatakan nyeri saat menggerakkan tubuhnya, pasien mengeluh merasa cemas saat bergerak.				
		O: pasien tampak berhati-hati ketika bergerak, kekuatan otot menurun, Rentang gerak menurun, pasien tampak terbatas untuk melakukan pergerakan.				
		A: masalah belum teratasi				
			NO	Kriteria hasil	IR	ER
			1.	kekuatan otot	3	5
			2.	Rentang gerak	3	5
			3.	Nyeri	2	5
			4.	kecemasan	3	5
			5.	Gerakan terbatas	3	5
			P: lanjutkan intervensi			
			o mobilitas sederhana.			
20.15	Risiko infeksi	S: pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi				
		O: pasien terlihat menahan nyerinya.				
		A: masalah belum teratasi				
			NO	Kriteria hasil	IR	ER
			1.	kecemerahan	3	5
			2.	Nyeri	2	5
			3.	kadar sel darah putih	2	5
			P: lanjutkan intervensi			
			o Monitor tanda gejala infeksi			



14/06-25	Nyeri Akut	S: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang																										
14.00		P: nyeri ketika bergerak																										
		Q: Disusuk . twuk																										
		R: Dibagian perut bawah sebelah kiri																										
		S: skala nyeri 4																										
		T: nyeri hilang timbul.																										
		O: pasien tampak rileks dan tidak menahan nyeri, mau untuk melakukan mobilitas S: 36, TD: 129/92, N: 88, RR: 20																										
		A: Masalah belum teratasi.																										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>kriteria hasil</th> <th>ir</th> <th>Er</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>keluhan nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meningis</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Sikap protektif</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Geusah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	NO	kriteria hasil	ir	Er	1.	keluhan nyeri	3	5	2.	Meningis	3	5	3.	Sikap protektif	3	5	4.	Geusah	3	5						
NO	kriteria hasil	ir	Er																									
1.	keluhan nyeri	3	5																									
2.	Meningis	3	5																									
3.	Sikap protektif	3	5																									
4.	Geusah	3	5																									
		P: lanjutkan intervensi																										
		◦ Nafas dalam																										
		◦ kolaborasi pemberian analgesik																										
14.10	Gangguan mobilitas fisik.	S: pasien mengatakan nyeri saat menggerakkan tubuhnya sudah berkurang, pasien mengatakan sedikit bisa melakukan pergerakan.																										
		O: pasien tampak rileks dan mau melakukan mobilitas																										
		A: Masalah belum teratasi																										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>kriteria hasil</th> <th>ir</th> <th>Er</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>kekuatan otot</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Rentang gerak</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>kecemasan</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Gerakan terbatas</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	NO	kriteria hasil	ir	Er	1.	kekuatan otot	3	5	2.	Rentang gerak	3	5	3.	Nyeri	3	5	4.	kecemasan	3	5	5.	Gerakan terbatas	3	5		
NO	kriteria hasil	ir	Er																									
1.	kekuatan otot	3	5																									
2.	Rentang gerak	3	5																									
3.	Nyeri	3	5																									
4.	kecemasan	3	5																									
5.	Gerakan terbatas	3	5																									
		P: lanjutkan intervensi																										
		◦ Mengajarkan mobilitas sederhana.																										



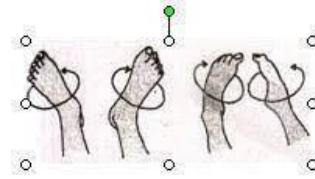
14.20	Risiko Infeksi	S: pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sudah berkurang																					
		O: pasien tampak menahan nyeri nya berkurang, luka tampak bersih dan tertutup, tidak ada rembesan.																					
		A: masalah belum teratasi																					
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>kriteria hasil</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>kemerahan</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>kadar sel darah putih</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	NO	kriteria hasil	IR	ER	1.	kemerahan	3	5	2.	nyeri	3	5	3.	kadar sel darah putih	2	5					
NO	kriteria hasil	IR	ER																				
1.	kemerahan	3	5																				
2.	nyeri	3	5																				
3.	kadar sel darah putih	2	5																				
		P: lanjutkan intervensi																					
		o monitor tanda gejala infeksi dan karakteristik luka.																					
15/06-25 19.00	Nyeri Akut	S: pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sudah berkurang skala nyeri 3																					
		O: pasien tampak sudah rileks dan tidak menahan nyeri																					
		A: masalah teratasi																					
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>kriteria hasil</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>keluhan nyeri</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>meriangis</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>sikap protektif</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>geusah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	NO	kriteria hasil	IR	ER	1.	keluhan nyeri	4	5	2.	meriangis	4	5	3.	sikap protektif	4	5	4.	geusah	4	5	
NO	kriteria hasil	IR	ER																				
1.	keluhan nyeri	4	5																				
2.	meriangis	4	5																				
3.	sikap protektif	4	5																				
4.	geusah	4	5																				
		P: lanjutkan intervensi																					
		o pasien BLPL																					
		o Anjurkan pasien melakukan teknik nafas dalam.																					
15.10	Gangguan Mobilitas fisik	S: pasien mengatakan sudah bisa melakukan pergerakan																					
		O: pasien terlihat sudah bisa melakukan pergerakan.																					
		A: Masalah teratasi																					

			NO	kriteria hasil	lr	Er
			1.	kekuatan otot	4	5
			2.	Rentang gerak	4	5
			3.	Nyeri	4	5
			4.	kecemasan	5	5
			5.	Gerakan terbatas	4	5
			P: lanjutkan intervensi			
			o pasien BLPk			
			o Anjurkan pasien mobilisasi dini			
			secara mandiri			
15-20	Risiko Infeksi	S: pasien mengatakan nyeri berkurang				
		O: Area balutan terdapat bersih, luka				
		tampak tidak merah, kemerahan berkurang				
		A: Masalah teratasi				
			NO	kriteria hasil	lr	Er
			1.	kemerahan	4	5
			2.	nyeri	4	5
				kadar sel darah	2	5
				putih.		
			P: lanjutkan intervensi			
			o Edukasi pasien untuk melakukan			
			perawatan luka di rumah setiap			
			2 hari sekali			
			o pasien BLPk			

Lampiran 2 SOP Mobilisasi Dini

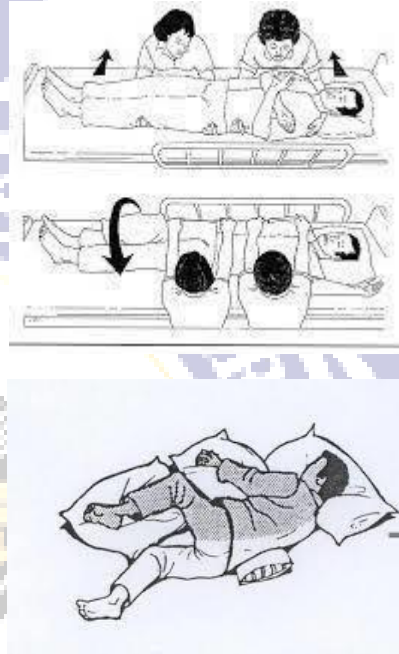
	UNIVERSITAS AL- IRSYAD CILACAP	No. Dokumen :
	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	No. Revisi :
	MOBILISASI DINI <i>POST</i> OPERASI	Tanggal Terbit :
		Halaman :
Unit : Laboratorium Keperawatan		Petugas/Pelaksana : Perawat, dosen
Pengertian	Mobilisasi dini <i>post</i> operasi adalah suatu kegiatan atau pergerakan atau perpindahan posisi yang dilakukan pasien setelah beberapa jam setelah operasi. Mobilisasi dini dapat dilakukan diatas tempat tidur dengan melakukan gerakan sederhana (seperti miring kanan-miring kiri dan latihan duduk) sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, latihan berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar (Banamtum, 2021).	
Indikasi	Pasien post operasi	
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan sirkulasi darah yang dapat mengurangi rasa nyeri, mencegah <i>thrombophlebitis</i>, memberi nutrisi untuk penyembuhan luka serta meningkatkan kelancaran fungsi ginjal. 2. Mempertahankan fungsi tubuh 3. Mempertahankan fungsi otot 4. Memulihkan pergerakan sedikit demi sedikit sehingga pasien <i>post</i> operasi dapat memenuhi kebutuhan aktivitasnya kembali. 	
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan 2. Menjelaskan prosedur mobilisasi dini <i>post</i> operasi 3. Melakukan inform consent 	

Persiapan lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan kerja yang aman dan nyaman serta kooperatif 2. Pasang sampiran atau sketsel
Pelaksanaan	<p>Prosedur Tindakan:</p> <p>6 jam pertama <i>post</i> operasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tirah baring, melakukan gerakan dorsofleksi dan plantarfleksi pada kaki (gerakan pompa betis) <div data-bbox="941 622 1204 913" data-label="Image"> <p>The diagram shows a side view of a foot. An orange arrow points upwards from the foot, labeled 'Dorsiflexion'. A blue arrow points downwards from the foot, labeled 'Plantarflexion'.</p> </div> <ol style="list-style-type: none"> 2. Melakukan gerakan ekstensi dan fleksi lutut 2-4 jam <i>post</i> operasi. <div data-bbox="965 1070 1220 1438" data-label="Image"> <p>The diagram shows three sequential illustrations of a knee joint. The top illustration shows the knee in a flexed position. The middle illustration shows the knee being extended, with an arrow pointing to the right. The bottom illustration shows the knee in a flexed position, with an arrow pointing to the left.</p> </div> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menaikkan dan menurunkan kaki secara bergantian dari permukaan tempat tidur 2-4 jam <i>post</i> operasi <div data-bbox="837 1590 1284 1803" data-label="Image"> <p>The diagram shows a patient lying on their back on a bed. The legs are raised and lowered, with an arrow indicating the movement.</p> </div> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memutar telapak kaki seperti membuat lingkaran sebesar mungkin menggunakan ibu jari kaki 2-4 jam <i>post</i> operasi



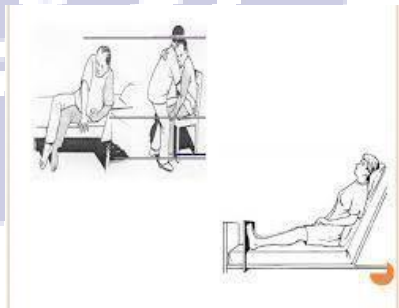
Setelah 6-10 jam *post* operasi

5. Memiringkan badan ke kanan dan ke kiri setiap 2 jam.



Setelah 24 jam *post* operasi

6. Pasien dianjurkan untuk belajar duduk. Latihan duduk baik dengan disangga maupun tidak.



	<p>7. Pasien mulai melakukan latihan turun dari tempat tidur dan memulai untuk berjalan.</p> <div data-bbox="874 416 1273 712" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="938 725 1238 1008" data-label="Image"> </div> <p>8. Tingkatkan secara bertahap setiap gerakan mobilisasi dengan bantuan penuh, minimal, hingga mandiri sesuai toleransi pasien</p>
Sikap	<p>Sikap Selama Pelaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah 2. Menjamin privasi pasien 3. Bekerja dengan teliti dan hati-hati 4. Responsif terhadap reaksi pasien
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Catat tindakan yang telah dilakukan, tanggal, dan jam pelaksanaan 2. Catat hasil tindakan
Sumber	<p>Banamtum. (2021). <i>Keperawatan Medikal Bedah</i> (8th ed.). Salemba Medika.</p>

	UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP	No. Dokumen :
	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	No. Revisi :
	MOBILISASI DINI <i>POST</i> OPERASI DENGAN SPINAL ANESTESI	Tanggal Terbit :
		Halaman :
Unit : Laboratorium Keperawatan		Petugas/Pelaksana : Perawat, dosen
Definisi dan Tujuan	Mobilisasi dini adalah kegiatan pergerakan setelah operasi, bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah, mempercepat penyembuhan, dan mencegah komplikasi.	
Waktu Pelaksanaan	Umumnya dilakukan 24 jam setelah operasi, tetapi dapat dimulai 6-12 jam setelah operasi dalam beberapa kasus, seperti sectio caesarea.	
Tahapan Mobilisasi	<ol style="list-style-type: none">1. 6-12 jam pertama: Gerakan sederhana, seperti dorsofleksi dan plantarfleksi.2. 24 jam : Miring, duduk di atas dan tepi tempat tidur.3. Setelah 24 jam kedua : Latihan berdiri dan berjalan.	
Faktor yang Mempengaruhi	Jenis anestesi, kondisi pasien, dan jenis operasi.	
Manfaat	Mempercepat pemulihan fungsi, mencegah komplikasi, mengurangi nyeri, dan memperpendek lama rawat inap.	
Hambatan	Pusing, mual, nyeri pasca operasi, dan kurangnya pengetahuan pasien.	
Pentingnya Edukasi	Edukasi pasien dan keluarga tentang manfaat mobilisasi dini dan pendampingan oleh tenaga kesehatan sangat penting untuk keberhasilan mobilisasi.	
Sumber	(Wikantara, 2021)	

Lampiran 3 Informed concent

SURAT PERSETUJUAN PASIEN**(INFORMED CONCENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : MUSTOFA
 Umur : 60Th
 Agama : Islam
 Pekerjaan : Buruh
 Alamat : Jl. pisang No 99 RT 01 RW 02 Karang-kandri Kesugihan Cilacap

sebagai pasien atau wali pasien, bersedia untuk menjadi pasien kelolaan (studi kasus) untuk karya tulis ilmiah (KTI) mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Al-Irsyad Cilacap:

Nama Mahasiswa : ANAS TASYA AULIA AFRILIYANA
 NIM : 106122003

Demi membantu pengembangan Ilmu Keperawatan. Kesediaan ini saya nyatakan, tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya percaya, bahwa semua data dalam kasus kelolaan ini, dijaga kerahasiaan oleh penulis. Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap,..... Juni 2025






Yang bersangkutan






Nama pasien/wali pasien

Lampiran 4 Lembar konsul





LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	19/05-25	konsul awal	
2.	22/05 2025	Bob 1: latar belakang 1 paragraf 1 pokok GUSA > data 1 kalimat disusun menjadi ▽ Belum minor terdapat g3/keberhasilan pgs	
3.	26/05-2025	Bob 2: terdapat materi jenis molekul 3: penguasaan logika 1-3	
4.	27/05 2025	Bob: tambahan masalah terdapat Bob 3: pengumpulan data kubel PK dan algaritma	
5.	28/05-25	ATC	

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)




NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	16/05-2025	Kasus studi KTI	
2	20/5/2024	Perbuku BR I + II + III	
3	27/5/2024	Perbuku BR II Konsul lengkap: - Cover, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, bagian dll. - List referensi lengkap.	

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
4.	28/05-2025	Perbaiki penulisan sumber, Perbaiki penulisan kata Pengantar	
5.	28/05-2025	ACC dan perbaiki	  



Lampiran 8:

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	20-5-2025	konsul konsep kelolaan	
2	23-5-2025	revisi box IV. - Data LKA op - Rincian cp. Jil	
3	26-5-2025	revisi cover KTI Ace mgu Ujan Semhar KTI.	

Lampiran 8:

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	23/06 2015	- Hasil : disesunikan dg analisis untuk Sket - penulisan untuk hasil tes yang didapatkan Pengisian nota di Baernier di Gab 1 dan 2	
2.	24/06 2015	- penulisan dan layout skema	
3.	25/06 2015	- nota	