

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

Pengumpulan Data

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Nama	: Tn. M
Umur	: 60 Tahun
Jenis kelamin	: laki - laki
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMPK
Pekerjaan	: Buruh
Suku Bangsa	: Indonesia
Status perkawinan	: Kawin
Golongan darah	: -
No. CM	: xx - xx - xx - 63
Tanggal masuk	: 12/06/2025
Tanggal pengkajian	: 13/06/2025
Diagnosa medis	: HIL (S) Incarcerata (hernia repair sinistra)
Alamat	: Jl. pisang karang kandri

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	: Bl. Singkep Gunung Simping

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Patiens mengeluhk. tutut untuk menggerakan ekstremitas karena masih terasa lemah, dan mengeluh nyeri pada saat bergerak dan merasa cemas.

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

Patiens datang ke IGD RS Fatimah jam 8 malam dengan keluhan berjalan pada bagian perut bawah rebahan kerusakan pada dia sekitar dirumah benzolan terasa sakit nyeri hebat lalu setelah tampan di al. Jam 9 patiens pada jam 10 langsung didekukkan operasi oxyd p. nyeri tutu operasi. Δ : ditulukitituk. R. Dibagian perut bawah rebahan sisa si : skala nyeri 6' r : nyeri hilang tmbul

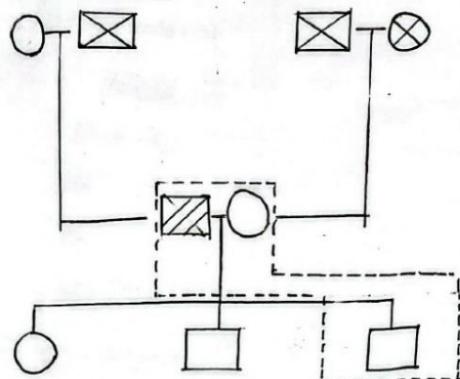
3) Riwayat penyakit dahulu

patiens mengatakan tidak ada riwayat penyakit dahulu

4) Riwayat penyakit keluarga

patiens mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga

5.) Genogram.



Keterangan :

: lakti · lakti

O : Perempuan

— : Gans perkawinan

X : Meninggal

- - - : Garis Jerumah

 : Patient.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-tanda vital

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

2) Kepala dan leher

Yang Dikaji	Keterangan
Bentuk	warna kulitnya tidak ada benjolan, tidak ada nyeri terik
Rambut	Rambut tidak panjang, warna kulitnya dan pуху .
Mata	konjungktiva 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 resi
Mulut	Mukosa mulut lembab, gigi kekuningan, mulut simetris
Leher	Bersih, tidak tampak pemberoran kelenjar, tidak ada nyeri tekan.

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

3) Jantung

Tanggal	
Inspeksi	tidak ada letih
Palpasi	tidak ada nyeri tekan, tidak ada cordis teraba .
Perkusii	bunyi sonor
Auskultasi	terdengar suara sup. dyp HR: 87x / menit .

4) Paru-paru

Tanggal	
Inspeksi	simetris, tidak ada jegas didada
Palpasi	tidak ada krepifikasi
Perkusii	Bunyi sonor
Auskultasi	vitalisasi RR: 20x / menit .

5) Abdomen

Tanggal	
Inspeksi	tidak ada lesi, perut simetris
Auskultasi	terdengar brising usus, buvox/mengalir
Palpasi	terdapat nyeri tekan perut bawah
Perkusi	Bunyi timpali

6) Ekstremitas

Ektremitas atas : terparang infus antangan 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	sawo matang	elastis	lukup lembab	2 detik	tidak ada

d. POLA PENGKAJIAN FUNGSIONAL GORDON

1) PERSEPSI DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

Patiens ketika sakit relatif pergi ke jadi-atas kesehatan terdekat.

2) POLA NUTRISI DAN METABOLIK

Subyektif

Patiens mengatakan makan se sehari dengan nasi, sayur lauk pauk, patien mengatakan minum air putih 8-10 gelas se hari

Obyektif:

a. Antropometri

Sebelum masuk rumah sakit (>2 bulan yang lalu)

BB : ...kg TB : ...cm LILA cm

Saat Dirawat : Tanggal

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

Kesimpulan: Tidak ada kendikan 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/20 Jun 2025)
Albumin : (tgl..... -

c. *Penampilan fisik*

Pasien tampak bersih

d. *Diit*

- Jenis TKTP
- BEE laki-laki = $66 + (13,7 \times \text{BB kg}) + (5 \times \text{TB cm}) - (6,8 \times \text{U.thn})$
 $= 66 + (13,7 \times 55 \text{ kg}) + (5 \times 160 \text{ cm}) - (6,8 \times 60 \text{ tahun})$
 $= 1.211,5 \text{ Kkal}$
- BEE perempuan = $655 + (9,6 \times \text{BB kg}) + (1,8 \times \text{TB cm}) - (4,7 \times \text{U.thn})$
 $=$
 $=$
 $= 1.211,5 \text{ Kkal}$

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 mengalami rebusan diare BAB setiap pagi dan BAK lancar tidak ada nyeri dan berwarna kuning.*
Selama dirawat

Subyektif: *Pasien mengalami Belum BAB selama dirawat, dan BAK pasien terparang katefer. BAK lancar berwarna kuning jernih. frekuensi rata-rata*
Obyektif:

- BAB

TGL	Frekuensi	Warna	Konsistensi
13 Jun	-	-	-

- BAK

TGL	Frekuensi	Warna	Kelainan
13 Jun'	4-6x	kuning terih	Tidak ada kelainan.

4) POLA AKTIFITAS DAN LATIHAN**Status higienis**

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

Ket: (-); tidak dilakukan

ADL

Tanggal	Bathing	Dressing	Toileting	Transferring	Continance	Feeding	Indeks KATZ
13 Jun'	dibantu	dibantu	dibantu	dibantu	dibantu	dibantu	

Status Mobilisasi

Tanggal	Duduk	Berdiri	Jalan
13 Jun'	Dibantu	Dibantu	Dibantu

Skor Norton

Tgl	Kondisi Fisikumum	Kesadaran	Aktifitas	Mobilitas	Inkontinen sia	Jumlah
13 Jun'	Baik	kompos mentis	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 mengalihkan 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 diri

Citra tubuh: *pakien berjukut 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 bertanggungjawab 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 berusaha dengan istri*

Koping: *pakien mengatakan menerima*

11) SISTEM NILAI DAN KEYAKINAN

Nilai dan Keyakinan: *pakien mengadakan beragama Islam dan rela siap selalu sholat 5 waktu*

Kegiatanibadah: *sholat 5 waktu*

2. PENGKAJIAN SISTEM PERSYARAFAN

Fungsi Serebral

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

Status Emosional	Alamiah dan Datar	+
	Pemarah	-
	Cemas	-
	Apatis	-
	Nyeri kepala	-
Pandangankabur		-

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

7) Badan dan anggota gerak

Badan

Motorik
.....
Normal.....

Refleks

.....
Normal (*langsung menerima respon dengan baik*)

Sensibilitas

Tanggal/Jam	
Sensasi taktil	<i>mash merasakan sentuhan tebas/tumpal</i>
Sensasi suhu dan nyeri	<i>mash merasakan panas dingin dan nyeri</i>
Vibrasi dan propriosepsi	<i>mash merasakan gerakan dan getaran.</i>
Integrasi sensasi	<i>menerima dan memerlukan rangsangan dengan baik.</i>

Anggota gerak atas

Motorik

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

Refleks

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps	positif	positif
Triceps	positif	positif
Radius	positif	positif
Ulna	positif	positif

Sensibilitas

Tanggal/Jam	13 /06 - 2025
Sensasi taktil	merasakan sentuh dan tegas/tumpul
Sensasi suhu dan nyeri	merasakan panas dingin dan nyeri
Vibrasi dan propriosepsi	merasakan gerak dan getaran
Integrasi sensasi	menerima dan merespons 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 tegas/tumpul
Sensasi suhu dan nyeri	merasakan panas dingin dan nyeri
Vibrasi dan propriosepsi	merasakan gerakan dan getaran.
Integrasi sensasi	menerima dan merespons dengan baik.

3. Sistem imunitas :

Alergi: ..Tidak ada alergi makanan

Antibiotic: Tidak ada alergi antibiotik.

WBC: 16.600 $10^9/\mu\text{L}$ (lukosit)

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 = 1900 cc	IWL = 825/24jam	
	Total input = 2.500 cc	Total output = 2.025	
14/06. 25	Infus = 1500 cc	Urine = 1200 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

Patient menggunakan BOS kesehatan.

6. Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnostik

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

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
<i>HEMATOLOGI</i>				
Hemoglobin	14.6	13-18	g/dL	
leukosit	16600	4000-10000	$10^9/\mu\text{L}$	
Hematokrit	40.8	45-52	%	
trombosit	199000	150000-450000	$10^9/\mu\text{L}$	
Eritrosit	4.41	4.50-5.60	$10^{12}/\mu\text{L}$	
Eosinofil	0.9	1-5	%	
Neutrofil	71.1	50-70	%	
Bitosit	0.2	0-1	%	
Linfosit	21.4	25-40	%	
Monoosit	0.4	2-8	%	
MCV	92.4	94-108	fL	
MCH	33.2	25-35	pg	
MCHC	39.9	30-36	%	

CT / BT			
Waktu perdarahan (BT)	3	1-3	Menit
Oembekuan (ct)	9	6-15	Menit.
IMMUNOLOGI			
HIV tes RI	Non Reactive	Non Reaktif	
HCV tes	Negative	Negatif	
HBSAG tes	Negative	Negatif	
GULA DARAH			
Gula Darah sekarang	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 rontgen tanggal ...12.Juni 2025 Jenis pemeriksaan : THORAKS AP SUPINE.

Kesan : Klinis : PRE OP

* COR tak membesar

* Gambaran bronkopneumonia.

* Opacitas bentuk oval superposisi aspek posterior os costa 7 kiri,
DD / bone island, klasifikasi paru . nodul paru.

c. Hasil Klinis : PREOP

COR: CTR < 90%

Bentuk dan letak gantung normal

PULMO: corakkan vascular tampak meringkat

tampak patchy opacity pada lapangan tengah bawah paru kanan kiri

Diaphragma kanan setengah costa 10 posterior

sinus costofrenikus kanan kiri lancip

Tampak opasitas bentuk oval yang superposisi aspek posterior os costa 7 kiri.

7. TERAPI MEDIS

1. Infus RL 20 7PM

2. Injeksi IV ketorolac 30 mg/ml @ 1m 8x1 hari

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

8. TERAPI NUTRISI

Diti: TKT.P...Nas...biasa.....



ANALISA DATA

NO.	Sign	problem	Etiologi
1.	DS: pasien mengeluh nyeri pada luka besar operasi P: Nyeri luka operasi ketika bergerak Q: Disasuk - susuk R: Dibagian perut bawah rebelah kiri S: skala nyeri 6 T: Nyeri hilang timbul DO: o pasien tampak meringis kesakitan o pasien tampak gerah dan bertik ap protektif, tepat angkat kafeter	Nyeri Akut (D.0077 hal 172)	Agen pencegahan fisik.
2.	DS: o pasien mengalami nyeri saat menggerakkan ekstremitas dan tubuh o pasien mengeluh merasa cemas saat bergerak. DO: o pasien tampak berhati-hati ketika bergerak, ketukan otot menurun o Rentang gerak menurun o pasien tampak terbatas untuk melakukan pergerakan.	Gangguan mobilitas rasa fisik (D.0059 hal 124)	Penurunan ketukan otot
3.	DS: o pasien mengeluh nyeri pada daerah luka operasi DO: o luka tampak tertutupi o leukosit $10.600 \text{ } 10^3/\mu\text{l}$ o luka tampak permerahan.	Risiko Infeksi (D.0142 hal 304)	Efek prosedur Invasif.

Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Akut d.d Agen pencegara fisik d.d pasien mengalih nyeri pada lelu bekas operasi P: Agen pencegara fisik Q: Ditusuk-tusuk R: Dibagian perut bawah rebah kiri S: skala nyeri 5 T: nyeri kilang timbul, pasien tampak meringis kerakusan, pasien tampak gejash dan ber sikap protektif.
2. Gangguan Mobilitas fisik d.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 (D.0077)	Tingkat Nyeri (L.08066)	Manajemen Nyeri (I.08238)																									
		setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam	observasi																									
		diharapkan Tingkat nyeri menuju dengan kriteria hasil :	<ul style="list-style-type: none"> o Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri 																									
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>IR</th> <th>ER</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>5</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> o Identifikasi faktor yang memperburuk dan mempersingkat nyeri. </td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Sikap protektif</td> <td>3</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Gejash</td> <td>3</td> <td>5</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> o Monitor efek samping penggunaan analgetik. </td> </tr> </tbody> </table> <p>keterangan:</p>	NO	Kriteria hasil	IR	ER		1.	Keluhan nyeri	2	5	<ul style="list-style-type: none"> o Identifikasi faktor yang memperburuk dan mempersingkat nyeri. 	2.	Meringis	2	5		3.	Sikap protektif	3	5		4.	Gejash	3	5	<ul style="list-style-type: none"> o Monitor efek samping penggunaan analgetik. 	
NO	Kriteria hasil	IR	ER																									
1.	Keluhan nyeri	2	5	<ul style="list-style-type: none"> o Identifikasi faktor yang memperburuk dan mempersingkat nyeri. 																								
2.	Meringis	2	5																									
3.	Sikap protektif	3	5																									
4.	Gejash	3	5	<ul style="list-style-type: none"> o Monitor efek samping penggunaan analgetik. 																								
		<ul style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (S) 2. Meringis menurun (S) 3. Sikap protektif menurun (S) 4. Gejash menurun (G) 	<ul style="list-style-type: none"> o Terapeutik, o Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 																									
			Edukasi																									
			<ul style="list-style-type: none"> o Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri o Jelaskan strategi manajemen nyeri. 																									
			<ul style="list-style-type: none"> o Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 																									
			Kolaborasi																									
			<ul style="list-style-type: none"> o Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. 																									

SiDU

RS SIS AL-JESUIT
JL. KALIBATA RAYA NO. 10
KALIBATA, KOTA BANDUNG
Telp. (022) 7200000

2.	Gangguan Mobilitas fisik (D.0059)	Mobilitas fisik (L.05042)	Dukungan Mobilisasi (I.05173)
	Jelaskan dilakukan Intervensi 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan krite- ria hasil :	observasi o Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. NO kriteria hasil Ir Er	 o Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan o monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. 1. kekuatan otot 3 5 2. Rentang gerak 3 5 3. Nyeri 2 5 4. kecemasan 3 5 5. Gerakan terbatas 3 5 Keterangan : 1. Kekuatan otot meningkat. o fasilitasi aktivitas mobilisasi 2. Rentang gerak meningkat. o melakukan perge- rakan, jika perlu. 3. Nyeri menurun. o Ubahkan keluarga untuk 4. Kecemasan menurun. membantu pasien dalam 5. Gerakan terbatas menur- meningkatkan pergerakan. un. Edukasi o Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. o Anjurkan melakukan mobilisasi diri di rumah o Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk diri tempat tidur)
3.	Risiko Infeksi (D.0142)	Tingkat Infeksi (L.19137)	Pencegahan Infeksi (I.14539)
	Jelaskan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :	observasi o Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik NO kriteria hasil Ir Er	 o Batasi jumlah pengunjung 1. kemerahan 3 5 2. kadtargel darah putih 2 4 3. Nyeri 2 5 Edukasi o Cuci tangan sebelum dan sepuasnya kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.

SiDU

IMPLEMENTASI



Tgl/jam	Dokterperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
13/06-26	Nyeri Akut (D.0077)	<ul style="list-style-type: none"> o Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri. 	<p>S: pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi</p> <p>P: Nyeri luka bekas operasi</p> <p>O: Ditusuk-tusuk</p> <p>R: Dibagian perut bawah sebelah kiri</p> <p>S: skala nyeri 6</p> <p>T: nyeri hilang tiba-tiba.</p> <p>O: pasien tampak meringis kerakitan, terpasang kateter</p>	
14.05		<ul style="list-style-type: none"> o Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri. 	<p>S: pasien mengatakan nyeri bertambah pada saat batuk dan bergerak, dan yang memperringan nyeri terikat pasien sedang terbaring.</p> <p>O: pasien tampak kooperatif.</p>	
14.10		<ul style="list-style-type: none"> o Mengajukan strategi merebak nyeri (dengan teknik nafas dalam) 	<p>S: pasien mengatakan faham dengan apa yang dijelaskan</p> <p>O: pasien tampak faham yang diberitahu tentang nafas dalam</p>	
14.15		<ul style="list-style-type: none"> o Mengajarkan teknik nafas rtmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam) 	<p>S: pasien mengatakan mau untuk diajarkan nafas dalam</p> <p>O: pasien tampak mempraktekkan teknik nafas dalam yang diajarkan oleh perawat.</p>	
14.20	Dengguan mobilitas fisik (D.0054)	<ul style="list-style-type: none"> o Mengidentifikasi adanya nyeri atau keruhuan fisik lainnya 	<p>S: pasien mengatakan nyeri saat bergerak</p> <p>O: pasien tampak berhati-hati ketika menggerakkan badannya.</p>	
14.25		<ul style="list-style-type: none"> o Mengidentifikasi toleransi fisik melakukannya pergi rakan. 	<p>S: pasien mengatakan tidak berani untuk menggerakkan badannya karena sakit.</p> <p>O: pasien tampak protektif</p>	

SIDII

			terhadap nyeri nya.
14.30		<ul style="list-style-type: none"> o Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilitas asi 	<p>S: pasien mengatakan sudah tidak puas, tidak mudah dan tidak muntah.</p> <p>O: KU cukup, TO : 130/87 N: 78 x/mentit, RR: 20x/ mentit, S: 36,7 °C. pasien masih tampak lemah.</p>
14.35		<ul style="list-style-type: none"> o Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilitasi 	<p>S: keluarga pasien dan pasien mengatakan mengerti yang dijelaskan perawat tentang mobilitasi</p> <p>O: keluarga pasien dan pasien tampak mendengarkan yang disampaikan oleh perawat tentang mobilitasi.</p>
14.40		<ul style="list-style-type: none"> o Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus di lakukan (mis. miring kanan miring kiri, latihan pergerakan kaki jendik) 	<p>S: pasien mengatakan mau untuk melakukan mobilitasi miring kanan dan kiri</p> <p>O: pasien kooperatif dan masih punya untuk mobilitasi</p>
14.45	Risiko infeksi (D.O/I42)	<ul style="list-style-type: none"> o Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 	<p>S: pasien mengatakan luka bekas operasi terasa nyeri</p> <p>O: luka tampak terfokus dan tidak ada rembesan</p>
14.50		<ul style="list-style-type: none"> o Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 	<p>S: pasien mengatakan rebuknya tidak mengetahui tanda dan gejala terjadinya infeksi.</p> <p>O: pasien tampak paham dan mendengarkan yang diajukan</p>
14.55		<ul style="list-style-type: none"> o Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar 	<p>S: pasien mengatakan akan selalu cuci tangan dengan teknik yang sudah diajarkan.</p> <p>O: pasien tampak kooperatif dan mengikuti caracuci tangan</p>

	15.00	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi 	<p>S: pasien mengatakan stop untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein.</p> <p>O: pasien tampak kooperatif</p>
14/06/25	Nyeri Akut 08.15 (D.0077)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Mengidentifikasi skala nyeri 	<p>S: pasien mengatakan skala nyeri sudah berkurang</p> <p>O: pasien tampak sudah mau bergerak karena nyeri yang sudah berkurang</p>
	08.20	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 	<p>S: pasien mengatakan merasakan nyeri setelah diberikan rekras nafas dalam.</p> <p>O: pasien tampak sihat dan mengikuti arahan perawat.</p>
	08.25	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Mengkooperasi pemberian analgetik 	<p>S: -</p> <p>O: -Inj. Ranitidine 2x10mg -Inj. Ketorolac 3x180mg</p>
	08.30	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Memonitor efek samping penggunaan analgetik. 	<p>S: pasien mengatakan setelah diberi obat pereda nyeri sudah sedikit berkurang.</p> <p>O: pasien tampak sudah tidak meringis dan gelisah</p>
	08.35	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Banguan mobilitas fisik (D.0054) 	<p>S: pasien mengatakan sudah tidak pusing tidak mual muntah</p> <p>O: TGU cukup, TB: 149/92 N:88 RR: 20x/menit S: 36,9°C</p>
	08.40	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 	<p>S: Keluarga pasien mengatakan berdasarkan untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan.</p> <p>O: pasien dan keluarga tampak antusias.</p>
	08.45	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Mengajarkan mobilitasi dari sederhana (miring, duduk diatas tempat tidur, (dengan sandaran), tanpa sandaran, duduk diatas tempat tidur) 	<p>S: pasien mengatakan setelah dilakukan gerak miring kiri dan kanan sampai bisa duduk nyeri berkurang.</p> <p>O: pasien tampak senang dan mampu untuk gerak tanpa rasa cemas</p>

				S : pasien mengatakan rasa sakit P : pasien tampak bersih dan ter tutup, tidak ada rembesan.
OB.50	Risiko Infeksi (D.0142)	<ul style="list-style-type: none"> o Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. 		S: pasien mengatakan rasa sakit pada luka operasi sudah berkurang. P: luka tampak bersih dan ter tutup, tidak ada rembesan.
OB.55		<ul style="list-style-type: none"> o Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan. 		S: - P: selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
09.00		<ul style="list-style-type: none"> o Mengajurkan meningkatkan asupan cairan. 		S: pasien mengatakan bersedia untuk memperbaikinya. P: pasien tampak antusias dan kooperatif untuk meningkatkan asupan cairan.
15/06-25	Nyeri akut (D.0097)	<ul style="list-style-type: none"> o Mengidentifikasi skala rasa nyeri. 		S: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dengan skala 1-3. P: pasien tampak sudah tidak menahan nyeri.
		<ul style="list-style-type: none"> o Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (nafas dalam). 		S: pasien mengatakan sudah melaksanakan nafas dalam secara mandiri seperi yang diajarkan. P: pasien tampak kooperatif untuk melakukan nafas dalam secara mandiri.
13.30	Gangguan mobilitas fisk (D.0084)	<ul style="list-style-type: none"> o Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilitas fisk. 		S: pasien mengatakan nyeri pada bagian operasi sudah berkurang, tidak pusing dan tidak mual muntah. P: ku.cukup, Td: 38,1/79, N: 29, S: 86,7°C, pasien tampak kooperatif.
13.35		<ul style="list-style-type: none"> o Mengajurkan mobilitas dini secara mandiri (duduk miring kandil dan kaki). 		S: pasien mengatakan selalu melakukan mobilitas secara mandiri setiap 2 jam sekali. P: pasien tampak kooperatif.
13.40		<ul style="list-style-type: none"> o Mengajarkan mobilitasi bedahan (berdiri di ramping tempat tidur dan berjalan). 		S: pasien mengatakan alhamdulillah Sudah diajarkan untuk berjalan dan nyeri berkurang.

SIDU



13			O: pasien tampak mampu untuk berjalan dan berdiri, 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 rembesan.	✓
13.45		o Mengajarkan cuci tangan dengan benar	S: pasien mengatakan selalu mencuci tangan dengan teknik yang pernah diajarkan	✓
			O: pasien tampak kooperatif.	
13.50		o Mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi	S: pasien mengatakan ber sedek untuk meningkatkan asupan nutrisi dirumah untuk mempercepat penyembuhan luka	✓
			O: pasien kooperatif mengikuti yang diajarkan	

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: Ditusuk-tusuk R: Dibagian perut bawah sebelah kiri S: skala nyeri 5 T: nyeri hilang tiba-tiba.	
		O: pasien tampak meringis kerakitan dan gejala TD: 130/87, N: 78, PR: 21x, S: 36, A: masalah belum teratasi	✓

		No	Kriteria hasil	Ir	Er		
		1.	feluhan nyeri	2	5		
		2.	Meringis	2	5		
		3.	Sikap protektif	3	5		
		4.	Gegerah	3	5		
		<p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Nafas dalam ◦ kolaborasi pemberian analgetik. 					
20.10	Gangguan mobilitas	S:	<p>pasien mengatakan nyeri saat menggerakkan tubuhnya, pasien mengeluh merasa cemas saat bergerak.</p> <p>O: pasien tampak berhati-hati ketika bergerak, kekuatan otot menurun, Rentang gerak menurun, pasien tampak terbatas untuk melakukan pergerakan.</p> <p>A: masalah belum teratasi</p>				
		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>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ monitorisasi redenhana. 					
20.15	Risiko infeksi	S:	<p>pasien mengatakan nyeri pada luka berdas opertasi</p> <p>O: pasien tertibat mendahan nyerinya.</p> <p>A: masalah belum teratasi</p>				
		No	Kriteria hasil	Ir	Er		
		1.	Kemerahan	3	5		
		2.	Nyeri	2	5		
		3.	Kadar sel darah putih	2	5		
		<p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ monitor tanda gejala infeksi 					



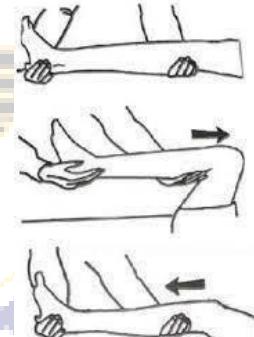
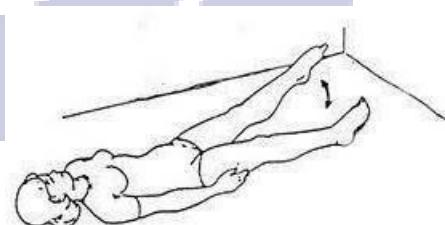
14/06-25	Nyeri Akut	<p>S: pasien mengalami nyeri sudah berkurang</p> <p>P: nyeri tetapi bergerak</p> <p>Q: Ditosuk - tuuk</p> <p>R: Dibagian perut bawah sebelah kiri</p> <p>S: skala nyeri 4</p> <p>T: nyeri hilang tiba-tiba.</p> <p>O: pasien tampak rileks dan mau menahan nyeri, mau untuk melakukan mobilitasi S: 86, GTD: 129/92, N: 88, RR: 20</p> <p>A: Masalah belum teratasi,</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th><th>kriteria hasil</th><th>Ir</th><th>Er</th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td><td style="text-align: right;">X</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td><td></td></tr> <tr> <td>3.</td><td>Sikap protetif</td><td>3</td><td>5</td><td></td></tr> <tr> <td>4.</td><td>Gejala</td><td>3</td><td>5</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> o Napas dalam o kolaborasi pemberian analgesik 	NO	kriteria hasil	Ir	Er		1.	Keluhan nyeri	3	5	X	2.	Meringis	3	5		3.	Sikap protetif	3	5		4.	Gejala	3	5						
NO	kriteria hasil	Ir	Er																													
1.	Keluhan nyeri	3	5	X																												
2.	Meringis	3	5																													
3.	Sikap protetif	3	5																													
4.	Gejala	3	5																													
14.10	Gangguan mobilitas	<p>S: pasien mengalami nyeri saat menggerakkan tubuhnya sudah berkurang, pasien mengalami sedikit bisa melakukan pergerakan.</p> <p>O: pasien tampak rileks dan mau melakukan mobilitasi</p> <p>A: Masalah belum teratasi,</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th><th>kriteria hasil</th><th>Ir</th><th>Er</th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>kekuatan otot</td><td>3</td><td>5</td><td></td></tr> <tr> <td>2.</td><td>Rentang gerak</td><td>3</td><td>5</td><td></td></tr> <tr> <td>3.</td><td>Nyeri</td><td>3</td><td>5</td><td></td></tr> <tr> <td>4.</td><td>Kecemasan</td><td>3</td><td>5</td><td></td></tr> <tr> <td>5.</td><td>Gerakan terbatas</td><td>3</td><td>5</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> o Mengangsutkan mobilitas pederhanad. 	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																													

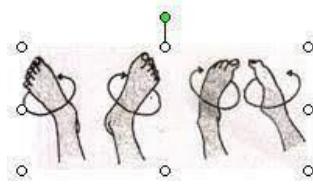


14.20	Risiko Infeksi	<p>S: pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sudah berkurang</p> <p>O: pasien tampak menahan nyeri nya berturang, luka tampak bersih dan tertutup, tidak ada rembesan.</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>kriteria hasil</th><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> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitor tanda gejala infeksi dan karakteristik luka, 	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																			
15/06-25 15.00	Nyeri Akut	<p>S: pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sudah berkurang secara nyeri 3</p> <p>O: pasien tampak sudah rileks dan tidak menahan nyeri</p> <p>A: masalah teratasi</p> <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>Meringis</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>gelisah</td><td>4</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien BLPL Angurkan pasien melakukan teknik nafas dalam . 	No	kriteria hasil	ir	Er	1.	keluhan nyeri	4	5	2.	Meringis	4	5	3.	sikap protektif	4	5	4.	gelisah	4	5
No	kriteria hasil	ir	Er																			
1.	keluhan nyeri	4	5																			
2.	Meringis	4	5																			
3.	sikap protektif	4	5																			
4.	gelisah	4	5																			
15.10	Gangguan Mobilitas	<p>S: pasien mengatakan sudah bisa fisk . melakukan pergerakan</p> <p>O: pasien terihat sudah bisa melakukan pergerakan.</p> <p>A: Masalah teratasi</p>																				

Lampiran 2 SOP Mobilisasi Dini

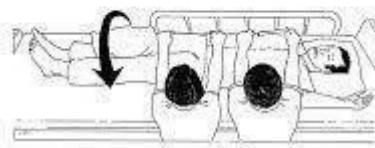
	UNIVERSITAS AL- IRSYAD CILACAP	No. Dokumen :
	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	No. Revisi :
	MOBILISASI DINI POST OPERASI	Tanggal Terbit :
Unit : Laboratorium Keperawatan		Halaman :
Pengertian	Mobilisasi dini <i>post</i> operasi adalah suatu kegiatan atau pergerakan atau perpindahan posisi yang dilakukan 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 (Banamptom, 2021).	Petugas/Pelaksana : Perawat, dosen
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 operasi</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tirah baring, melakukan gerakan dorsifleksi dan plantarfleksi pada kaki (gerakan pompa betis)  <ol style="list-style-type: none"> 2. Melakukan gerakan ekstensi dan fleksi lutut 2-4 jam <i>post operasi</i>.  <ol style="list-style-type: none"> 3. Menaikkan dan menurunkan kaki secara bergantian dari permukaan tempat tidur 2-4 jam <i>post operasi</i>  <ol style="list-style-type: none"> 4. Memutar telapak kaki seperti membuat lingkaran sebesar mungkin menggunakan ibu jari kaki 2-4 jam <i>post operasi</i>



Setelah 6-10 jam *post operasi*

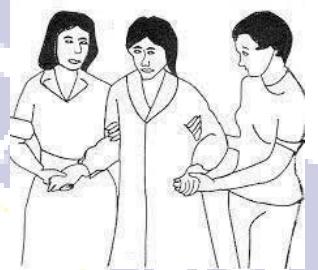
5. Memiringkan badan ke kanan dan ke kiri setiap 2 jam.



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 style="text-align: center;">  <p>2. Latihan Bangun</p>  </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	Banamatum. (2021). <i>Keperawatan Medikal Bedah</i> (8th ed.). Salemba Medika.

	UNIVERSITAS AL- IRSYAD CILACAP	No. Dokumen :
	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	No. Revisi :
	MOBILISASI DINI POST OPERASI DENGAN SPINAL ANESTESI	Tanggal Terbit :
Unit : Laboratorium Keperawatan		Halaman :
		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 consent

SURAT PERSETUJUAN PASIEN**(INFORMED CONCNET)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : MUSTOFA

Umur : 60 Th

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 AFRILYANA

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 Jawa	A.H.
2.	22/05.2025	Bab 1: > latar belakang 1 paragraf 1 pokok bhsa > dari 1 kolom disusun menggunakan ▷ Belum mempunyai tanda o/g berikutnya yg benar	A.H.
3.	26/05.2025	Bab 2: Target matematika misalkan Bab 3: penulisan logarif 1-3	A.H.
4.	27/05.2025	Bab: tambah masalah tertulis Bab 3: Penyelesaian dulu kubik pk dan akar	A.H.
5.	28/05.25	Acc	A.H.

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	16/05/2025	Kesimpulan kesi	E
2	20/05/2025	Perbaiki dr I + II + III	E
3	27/05/2025	<p>Perbaiki dr IV</p> <p>Konsul bahan ksp:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cover, kata pengantar, - daftar isi, daftar tabel, - bagian dek. - List pustaka bahan ksp. 	6

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
4.	28/05 - 2025	Perbaiki penulisan sumber, Perbaikan penulisan kata Pengantar	6
5.	28/05-2025	ACC dan perbaiki	6
			6

Lampiran 8:

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	20 - 5 . 2020	Konsultasi akhir kelelahan	
2	23 - 5 . 2020	<p>Persoalkan bag IV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data WKA or - Mulyati CP. SIE 	
3	26 - 5 - 2020	<p>Persoalkan cover KTI</p> <p>Ace mengijian sembah KTI.</p>	

Lampiran 8:

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	23/06/2025	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil : diperlukan dg analisa untuk S1 ket - Penilaian untuk hasil tsb yang ditentukan Pengalaman dalam daerah dan s 	
2.	29/06/2025	<ul style="list-style-type: none"> - penilaian dan usulan saran 	
3.	26/06/2025	<ul style="list-style-type: none"> - RPT 	

