

LAMPIRAN

LEMBAR OBSERVASI

Analisis Tingkat Nyeri Pada Pasien *Post Operasi Space Occupying Lession (SOL)* Dengan Intervensi Elevasi Kepala 30 Derajat Di RSUD Jend. Ahmad Yani Metro Tahun 2025

A. Data Responden

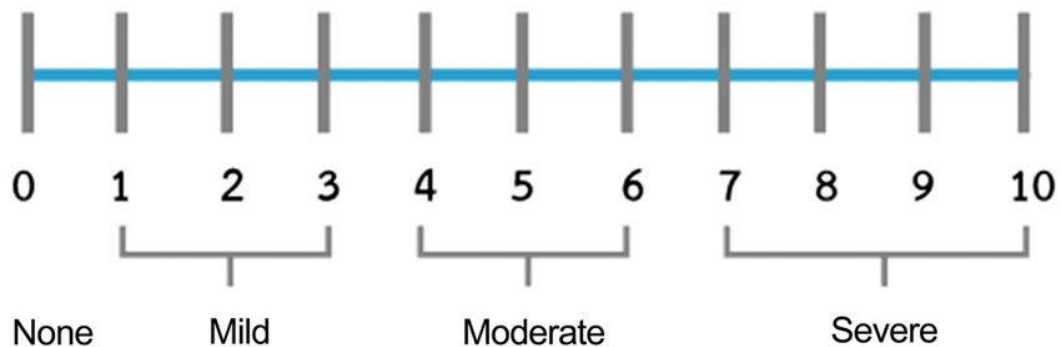
Hari/Tanggal :

1. Nama Klien (inisial) :
2. Usia :
3. Jenis Kelamin :
4. Riwayat Operasi : ☐ Pernah ☐ Tidak Pernah
5. Pemberian Obat Analgetik : Ya/Tidak Pukul:

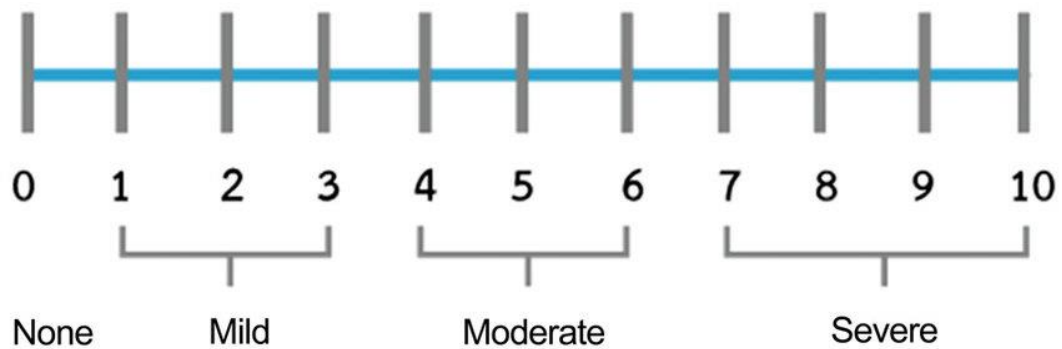
B. Petunjuk pengisian

Lingkari angka dibawah ini, yang menunjukkan skala nyeri anda dari 0 – 10!

Sebelum dilakukan intervens head up 30° terhadap tingkat nyeri



Setelah dilakukan intervensi head up 30° terhadap tingkat nyeri



Keterangan :

- 0 : Tidak Nyeri
- 1 – 3 : Nyeri Ringan
- 4 – 6 : Nyeri Sedang
- 7 – 10 : Nyeri Berat

Skala	Karakteristik Nyeri
0	Tidak ada rasa sakit dan merasa normal
1	Sangat sedikit gangguan, kadang terasa seperti tusukan kecil
2	Gangguan cukup dihilangkan dengan pengalihan perhatian seperti cubitan ringan pada kulit
3	Nyeri dapat diabaikan dengan beraktivitas/melakukan pekerjaan, masih dapat dialihkan, seperti suntikan oleh dokter
4	Nyeri yang dalam, dapat diabaikan dengan beraktivitas/melakukan pekerjaan, masih dapat dialihkan, seperti sakit gigi atau sengatan lebah
5	Rasa nyeri yang menusuk, tidak bisa diabaikan lebih dari 30 menit, seperti kaki terkilir
6	Rasa nyeri dalam dan menusuk, tidak bisa diabaikan untuk waktu yang lama, tapi masih bisa bekerja
7	Sulit untuk berkonsentrasi, dengan diselingi istirahat/tidur anda masih bisa bekerja
8	Nyeri kuat dan lama, beberapa aktivitas fisik terbatas. Anda masih bisa membaca dan berbicara dengan usaha. Merasakan mual dan pusing kepala/pening
9	Tidak bisa berbicara, menangis, mengerang dan merintih tak dapat dikendalikan, penurunan kesadaran, mengigau
10	Tidak sadarkan diri/pingsan

Sumber : (Honestdocs, 2019 & (Zakiyah, 2015)

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO) TINDAKAN KEPERAWATAN POSISI HEAD UP 30°	
Pengertian	Posisi <i>head up</i> 30 derajat adalah cara memposisikan kepala seseorang lebih tinggi sekitar tiga puluh derajat dari tempat tidur .
Tujuan	Untuk menurunkan tekanan intrakranial, memperbaiki hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.
Persiapan alat	1. Handscoon 2. Handrub 3. Bed pasien
Pra Interaksi	1. Cek catatan keperawatan dan catatan medis pasien (indikasi/instruksi dokter, kontraindikasi dan hal lain yang diperlukan) 2. Cuci tangan
Tahap Orientasi	1. Beri salam, panggil nama pasien dan memperkenalkan diri (untuk pertemuan pertama) 2. Menanyakan keluhan pasien 3. Jelaskan tujuan, prosedur, hal yang perlu dilakukan pasien. 4. Berikan kesempatan kepada keluarga/pasien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai.
Tahap Kerja	1. Jaga privasi 2. Cuci tangan dan gunakan sarung tangan. 3. Pasang pengaman pada tempat tidur pasien 4. Memeriksa tanda – tanda vital awal pasien 5. Atur posisi kepala pasien lebih tinggi sekitar tiga puluh derajat dari tempat tidur dengan posisi tubuh sejajar dan kaki lurus atau tidak menekuk 6. Memeriksa tanda-tanda vital
Terminasi	1. Evaluasi perasaan pasien, simpulkan hasil kegiatan, berikan umpan balik positif 2. Cuci tangan
Dokumentasi	Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan.

**ASUHAN KEPERAWATAN KARYA ILMIAH NERS PADA PASIEN
POST OPERASI CRANIOTOMY *SPACE OCCUPING LESSION (SOL)*
DI RUANG BEDAH D RSUD JEND. AHMAD YANI METRO
TAHUN 2025**

PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa	: Ade PUri Andini		
NIM	: 2414901098	Tgl Pengkajian	: 4 Februari 2025
Ruang Rawat	: Bedah D	No. RM	: 495582
	kamar 1A		

A. IDENTITAS PASIEN

1. Nama : Ny. N
2. Umur : 56 tahun
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Pendidikan : SMP
5. Pekerjaan : IRT
6. Tgl. Masuk RS : 4 Februari 2025 / 13.00 WIB
7. Ds. Medis : *Space Occuping Lession*
8. Alamat : Bangun Rejo

B. RIWAYAT KESEHATAN

Pasien masuk ruangan melalui poliklinik syaraf pada tanggal 4 Februari 2025 pukul 14.20 WIB.

Pasien diantar keluarganya menggunakan kursi roda.

Kesadaran pasien composmentis dengan GCS E4V5M6.

Tanda tanda vital saat masuk ruangan :

TD : 130/70 mmHg

N : 112x/mnt

RR : 22x/mnt

Skala nyeri 5 diukur menggunakan *Numeric Rating Scale*.

Penilaian risiko jatuh

No.	Pengkajian	Skala		Nilai	Ket
1.	Riwayat jatuh yg baru / < 3 bulan	Tidak	0	0	Jatuh di kamar mandi 3 bulan yll
		Ya	25		
2.	Diagnose medis sekunder > 1	Tidak	0	0	
		Ya	15		
3.	Alat bantu jalan a. Bedrest dibantu perawat b. Penopang/ tongkat/ walker c. Berpegangan pada benda sekitar			0	Pasien berjalan menggunakan walker
			0		
			15		
4.	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak	0	20	Terpasang infus RL 20 tpm pada tangan kanan
		Ya	20		
5.	Gaya berjalan / pindah a. Normal/ bedrest b. Lemah tidak bertenaga c. Gangguan / tidak normal (pincang)			0	Pasien berjalan pincang / diseret
			0		
			10		
6.	Status Mental a. Sadar penuh b. Keterbatasan daya ingat			0	Pasien sadar penuh / composmentis
			0		
	Jumlah skor			20	Kode Hijau

Keterangan

	Skor	Kode
1. Tidak beresiko, tindakan perawatan dasar	0 – 24	HIJAU
2. Risiko, lakukan tindakan pencegahan jatuh	>25	KUNING

Keluhan Utama saat pengkajian : Nyeri kepala

Riwayat penyakit sekarang : Pasien datang ke RS diantar keluarganya melalui Poliklinik pada tanggal 4 Februari 2025 pukul 14.20 WIB. Saat dilakukan pengkajian pada tgl 5 Februari 2025 pukul 13.15 WIB pasien mengeluh nyeri kepala, dilakukan pengkajian nyeri dengan metode PQRST sebagai berikut :

P. Pasien mengatakan nyeri bertambah apabila berdiri, atau berjalan

Q. Pasien mengataka nyeri yang dirasa seperti ditusuk tusuk

R. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan pada seluruh lapang kepala

S. Skala nyeri 7

T. Pasien mengatakan nyeri yg dirasakan hilang timbul selama ± 12 menit

Saat dikaji pasien mengatakan mual dan muntah serta sakit tenggorokan saat menelan makanan sehingga tidak dapat menghabiskan porsi makannya, setiap makanan yang pasien makan pasien selalu merasa mual dan kemudian muntah

Riwayat alergi : pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan ataupun obat

Daftar obat / Herbal yg sering digunakan sebelum masuk RS : Pasien mengatakan sebelumnya mengonsumsi obat Pereda nyeri yaitu asam mefenamat 500mg ketika nyeri nya muncul saja.

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keturunan.

C. ANAMNESIS PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL

1) Pola metabolic – nutrisi

Pasien mengatakan tidak ada masalah pada kebiasaan pola makan sehari – hari saat sebelum dirawat dan saat dirawat pasien hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok saja dikarenakan pasien merasa mual dan selalu muntah, pasien mengatakan tenggorokannya sakit saat menelan makanan, gusi klien sebelah kanan tampak bengkak. Pasien merasa tenaga menurun dan persepsi pasien tentang BB nya pasien merasa BB stabil.

2) Pola eliminasi

Pasien terpasang kateter, volume cairan 400ml/8jam, urine berwarna kuning terang dan jernih.

3) Pola aktivitas sehari-hari

Pasien mengatakan aktifitas sehari-hari dibantu oleh anak dan suaminya, untuk saat ini pasien masih bedrest.

4) Pola istirahat dan tidur

Pasien mengatakan sulit tidur, ketika tidur mudah terbangun karena nyeri yang dirasakan hilang timbul.

D. PEMERIKSAAN FISIK

Tanda – tanda vital

TD : 140/70 mmHg N : 107x/mnt (kuat, teratur) S: 36,0°C

RR : 22x/mnt (teratur, irama nafas normal) SpO² : 99%

Status mental : composmentis

- 1) Kepala : Bentuk kepala normocephalic, terdapat nyeri tekan, kepala Klien botak, terpasang drain.
- 2) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid atau vena jugularis, Tidak ada nyeri tekan atau pembesaran kelenjar limfe.
- 3) Thorax (jantung & paru)
 - a) Inspeksi : Ictus cordis tidak terlihat, bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, pola napas teratur dengan frekuensi 22 kali per menit.
 - b) Palpasi : Ictus cordis teraba pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra, Ekspansi dada simetris
 - c) Perkusi : suara paru sonor di seluruh lapang paru
 - d) Auskultasi : Bunyi jantung S1 dan S2 reguler, tidak ada murmur atau gallop. Denyut nadi radialis teraba kuat dan reguler dengan frekuensi 108 kali per menit. Suara napas vesikuler di seluruh lapang paru, tidak ada suara napas tambahan seperti wheezing atau ronkhi
- 4) Abdomen
 - a) Inspeksi : Bentuk datar, tidak ada distensi, tidak ada bekas luka operasi selain di pinggul.
 - b) Auskultasi : Bising usus aktif, ± 10 kali per menit
 - c) Palpasi : Supel, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba massa
 - d) Perkusi : Timpani di seluruh lapang abdomen, tidak ada pekak hati atau pekak alih.

5) Integument :

- b) Inspeksi: Warna kulit sawo matang, tidak ada ikterik atau sianosis umum. Turgor kulit menurun. Tidak ada lesi atau ruam di area lain selain luka operasi.
- c) Luka Operasi (Kepala): Terbalut, kering, tidak ada tanda-tanda infeksi (kemerahan berlebihan, bengkak, atau drainase purulen yang terlihat pada balutan), terdapat luka post operasi $\pm$ 19cm, terpasang vacum drain, adanya jahitan yang menekan kulit sekitar luka, teraba hangat pada area luka
- d) Kuku: Bersih, tidak ada sianosis atau clubbing. CRT < 2 detik.

1) Ekstremitas

- a) Atas : Simetris, tidak ada edema, tidak ada sianosis atau pucat. Tidak terpasang infus sebelah kanan, Suhu hangat, CRT (Capillary Refill Time) < 2 detik. Kekuatan otot skala 5/5 pada kedua lengan. Rentang gerak aktif penuh pada semua sendi.
- b) Bawah : Simetris tidak ada edema, tidak ada sianosis atau pucat, Suhu hangat. CRT < 2 detik. Denyut nadi dorsalis pedis dan tibialis posterior teraba kuat, Rentang gerak aktif penuh pada semua sendi. Kekuatan otot skala 5/5 pada semua sendi

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Laboratorium

Leukosit : 48,56³/UL

Eritrosit : 3,92⁶/UL

Hemoglobin : 11,4 g/dL

Hematocrit : 32,5 %

MCV : 83,1 %

MCH : 29,2 pg

MCHC : 35,2 g/dL

Trombosit: 327³/UL

RDW : 15,1 %

MPV : 8,50 fL

Radiologi

Telah dilakukan pemeriksaan CT Scan Kepala Tanpa Kontras dengan

Kesan : - Gambaran *finger like oedem pada lobus temporoparietooccipital* kanan, suspek SOL (curiga dengan perdarahan d.d intracerebral hemorrhage)

- *Aging atrophy cerebri*

F. DAFTAR TERAPI (Obat, Cairan, dll)

Terapi obat yang diberikan pada Ny.N antara lain RL 500ml, fentanyl 500mgx2ml, ceftriaxone 1gram/12jam, ketorolac 30mg/8jam, metamizole 2x500mg diberikan melalui intravena.

DIAGNOSA KEPERAWATAN

No.	Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	Ds : - Pasien mengeluh nyeri kepala - Pasien mengatakan nyeri bertambah apabila menggeser posisi tidur - Pasien mengataka nyeri yang dirasa seperti ditusuk tusuk - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan pada seluruh area lapang kepala - Pasien mengatakan nyeri yg dirasakan hilang timbul selama ±12 menit Do : - Skala nyeri 7 - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak meringis - TD : 130/70 mmHg - N : 112x/ mnt - RR : 22x/ mnt	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)
2.	Ds : Pasien mengeluh nyeri Do : - TD : 140/70mmHg - N : 107x/m - GCS :E4V5M5 - Tampak cairan darah pada vacum drain 110cc	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial	Lesi menempati ruang

	- Kesadaran Composmentis - Reflek pada saraf kranial terganggu pada saraf N9, N10 Hasil CT Scan : Gambaran finger like oedem pada lobus temporoparietooccipital kanan, suspek SOL (curiga dengan perdarahan d.d intracerebral hemorrhage) - Aging atrophy cerebri		
3.	Ds : - Pasien mengatakan nyeri Do : - Terdapat luka operasi - Terpasang drain - Terdapat luka operasi sepanjang ±19cm pada area kepala - Kondisi luka operasi tampak kemerahan - N : 107x/m - RR : 22x/m	Resiko Infeksi	Efek prosedur invasif dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh (kerusakan integritas kulit)

Daftar Prioritas Masalah

1. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (Prosedur operasi) d.d Pasien mengeluh nyeri pada seluruh lapang kepala
2. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d lesi menempati ruang d.d sakit kepala
3. Resiko Infeksi d.d efek prosedur invasif

G. INTERVENSI KEPERAWATAN

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	Setelah dilakukan intervensi selama 4x24 jam, maka Tingkat Nyeri (L. 08066) menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Ekspresi wajah meringis menurun 3. Kegelisahan menurun 4. Pola napas membaik 5. Frekuensi nadi membaik 6. Tekanan darah membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi nyeri non verbal - Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

			- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Edukasi - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang (D.0066)	Setelah dilakukan intervensi selama 4x24 jam maka kapasitas adaptif intrakranial (L. 06049) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Sakit kepala menurun 2. Tekanan darah membaik 3. Tekanan nadi membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I. 06194) Observasi - Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) - Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meninga, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun) - Monitor MAP - Monitor status pernapasan - Monitor intake dan output cairan - Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) Terapeutik - Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Pertahankan suhu tubuh normal
3.	Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit) (D.0142)	Setelah dilakukan intervensi selama 4x24 jam, maka Tingkat Infeksi (L. 14137) menurun dengan kriteria hasil: 1. Nyeri menurun 2. Kemerahan menurun	Perawatan Luka (I.14564) Observasi - Monitor karakteris luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) - Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan - Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan - Bersihkan jaringan nekrotik - Berikan salep yang sesuai ke kulit atau lesi, jika perlu - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi

			- Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu
--	--	--	--

3. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Waktu Pelaksanaan	Implementasi	Evaluasi
4/2/2025 14.25 WIB	1. Melakukan pengkajian nyeri menggunakan metode PQRST 2. Menjelaskan strategi meredakan nyeri 3. Memberikan posisi head up 30° selama 30 menit 4. Memeriksa lokasi insisi adanya kemerahan, bengkak, atau tanda-tanda lainnya 5. Mengidentifikasi peningkatan TIK 6. Memonitor MAP 7. Mengidentifikasi karakteristik drainase 8. Memantau karakteristik luka 9. Memantau tanda-tanda infeksi 10. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan memberikan posisi nyaman ke pasien 11. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 12. Kelaskan tanda dan gejala infeksi 13. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 14. Berkolaborasi pemberian terapi IV ceftriaxone 1gr/12jam 15. Berkolaborasi pemberian terapi IV metamizole 2x500mg 16. Berkolaborasi pemberian terapi IV ketorolac 30mg/8jam 17. Berkolaborasi pemberian terapi IV fentanyl	S : 1. Pasien mengeluh nyeri kepala, pasien mengatakan nyeri bertambah, apabila menggeser posisi tidur, pasien mengatakan nyeri yang dirasa seperti ditusuk tusuk, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan pada seluruh area lapang kepala, pasien mengatakan nyeri yg dirasakan hilang timbul selama ±12 menit. 2. Pasien mengeluh nyeri pada area operasi (seluruh lapang kepala) 3. Pasien mengeluh nyeri kepala O : - Skala nyeri 6, pasien tampak gelisah - pasien tampak meringis, TD : 140/70 mmHg, N : 112x/mnt, RR : 22x/mnt - Terpasang drain luka, terdapat cairan darah pada vacum drain sebanyak 110cc, MAP : 93,3mmHg, RR : 22x/m, Intake = Infus RL : 500 ml Air minum 500ml - Output : Urine = 400 Drain : 110cc - Balance Cairan = 1000-550 = 450ml - Terdapat luka operasi, terpasang drain, terdapat luka operasi sepanjang ±19cm pada area kepala, kondisi luka tampak kemerahan, N :107x/m, RR : 22x/m A : 1. Nyeri akut 2. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial 3. Resiko infeksi P : Intervensi dilanjutkan 1. Manajemen nyeri 2. Manajemen peningkatan tekanan intrakranial 3. Perawatan luka

	2x500mg	
5/2/2025 13.00 WIB	1. Menjelaskan strategi meredakan nyeri 2. Memberikan posisi head up 30° selama 30menit 3. Memonitor MAP 4. Memonitor intake dan output cairan 5. Melakukan perawatan luka 6. Mengajukan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 7. Berkolaborasi pemberian terapi IV ketorolac 30mg/8jam 8. Berkolaborasi pemberian terapi IV metamizole 2x500mg 9. Berkolaborasi pemberian terapi IV ceftriaxone 1gr/12jam 10. Berkolaborasi pemberian terapi IV fentanyl 2x500mg	S : 1. Pasien mengatakan nyeri menurun, pasien mengatakan nyaman saat diberi posisi head up 30° 2. Pasien mengatakan sakit kepala 3. Pasien megatakan nyeri pada luka operasi O : 1. Gelisah menurun, TD : 130/80 mmHg,, N : 90x/ mnt, RR : 20x/ mnt. Skala nyeri 4 2. Terpasang drain, terdapat darah pada drain sebanyak 100cc, MAP : 96,6mmHg, Intake : Infus RL : 500ml Air minum : 700 ml Output : Urine : 800 Drain : 100cc Balance Cairan : 1200-900 = 300ml 3. Terdapat luka operasi sepanjang ±19cm pada area kepala, kondisi luka tampak kemerahan, N : 90x/m, RR: 20x/m A : 1. Nyeri akut 2. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial 3. Risiko infeksi P : intervensi dilanjutkan 1. Evaluasi skala nyeri 2. Manajemen peningkatan tekanan intrakranial 3. Perawatan luka
6/2/2025 09.50 WIB	1. Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan memberikan posisi head up 30° 2. Memonitor MAP 3. Memonitor intake dan output cairan 4. Melakukan perawatan luka 5. Mengajukan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 6. Kolaborasi pemberian analgetik ketorolac 30mg/8jam melalui intravena 7. Kolaborasi pemberian terapi anintravena analgetik metamizole 2x500mg 8. Kolaborasi pemberian terapi lintravena ceftriaxone 1gr/12jam	S : 1. Pasien mengatakan nyeri menurun, pasien mengatakan nyaman saat diberikan posisi head up 30° 2. Pasien mengatakan sakit kepala sudah mulai berkurang 3. Pasien mengatakan sakit kepala muncul terkadang saja O : 1. Skala nyeri 3, gelisah menurun TD : 130/70 mmHg, N : 80x/ mnt, RR : 20x/ mnt 2. Terpasang drain, terdapat darah pada drain sebanyak 80cc, MAP : 90mmHg Intake : Infus RL : 500ml Air minum : 1000ml Output : Urine : 1000 Drain : 80 cc Balance Cairan : 1500-1080 = 420ml 3. Tidak ada tanda-tanda infeksi, kondisi luka membaik, kemerahan menurun, terdapat luka operasi sepanjang ±19cm,

		N : 80x/m, RR: 22x/m A : 1. Nyeri akut 2. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial 3. Risiko infeksi teratasi P : manajemen nyeri Manajemen peningkatan tekanan intrakranial Perawatan luka
7/2/2025 10.23 WIB	1. Memberikan posisi head up 30° 2. Memonitor MAP 3. Memonitor intake dan output cairan 4. Melakukan perawatan luka 5. Mengajarkan prosedur posisi head up 30° secara mandiri 6. Berkolaborasi pemberian terapi intravena metamizole 2x500mg	S : 1. Pasien mengatakan nyeri menurun, Pasien mengatakan nyaman dan relaks saat diberikan posisi head up 2. Pasien mengatakan sakit kepala berkurang O : 1. Skala nyeri 3, TD : 120/80mmHg, N : 80x/m, RR : 20x/m 2. Terpasang drain, terdapat darah pada drain sebanyak 30cc, MAP : 93,3mmHg Intake : Infus RL : 500ml Air minum : 1000ml Output : Urine,, : 1000 Drain : 30cc Balance Cairan : 1500-1030 = 470ml 3. Tidak ada tanda tanda infeksi, kondisi luka membaik, kemerahan menurun, luka operasi sepanjang ±19cm, N :80x/m,RR : 22x/m A : nyeri akut P : Intervensi dihentikan <i>Discharge Planning</i> - Mengajarkan melakukan posisi head up 30° secara mandiri dirumah - Menganjurkan untuk tidak melakukan aktivitas terlebih dahulu selama 1-2 minggu - Mengingatkan untuk kontrol ditanggal 17 Februari 2025 di RSUD Jend. Ahmad Yani Metro - Menjelaskan terapi obat pulang agar diminum sesuai anjuran Cefixime oral 3x500mg, metamizole oral 2x500mg, ranitidine oral 2x150mg diminum secara oral.

Lampiran 4 Lembar Konsultasi Pemb. 1

Form : Lembar Konsultasi

	PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS PROGRAM PROFESI POLTEKES KEMENKES TANJUNGPINANG
	Formulir Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Ade Putri Andini
 NIM : 2419901008
 Nama Pembimbing : Dr. Aprina S.Kp. M.Kes
 Judul : Analisis Tingkat Aspek Pola Asam Post Operasi Cerebral
 Serta Oxygensi Otak (ca) Dengan Instrumen Steno Kapla
 30 Desember Di RSUD Jend. Ahmad Yani Medan Tahun 2025

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	Kamis 30/01/2025	JUDUL	Perbaikan Judul, sesuai panduan	OK	me
2	Senin 03/02/2025	JUDUL	ACC Judul	OK	me
3	Senin 17/02/2025	BAB 1	Perbaikan latar belakang, tujuan khusus, ruang lingkup	OK	me
4	Jumat 07/03/2025	BAB 1,2	Tambahan teori mengenai intervensi	OK	me
5	Kamis 27/03/2025	BAB 3,4	Perbaikan metode mlu, dan etika, Perbaiki sesuai Panduan	OK	me
6	Senin 28/04/2025	BAB 4,5	ACC BAB 1,2,3, Perbaikan BAB 4,5	OK	me
7	Jumat 02/05/2025	BAB 4,5	Perbaikan teori dan penelitian terkait	OK	me
8	Senin 05/05/2025	BAB 1-5	Perbaikan Penyusunan Abstrak	OK	me
9	Kamis 15/05/2025	BAB 1-5	ACC ERM/MLU/MLU K/AN	OK	me
10	Rabu 04/06/2025	BAB 1-5	Perbaikan Penulisan bahasa asing	OK	me
11	Kamis 05/06/2025	BAB 1-5	Perbaikan Daftar Pustaka	OK	me
12	Senin 16/06/2025	BAB 1-5	ACC Cetak	OK	me

Mengetahui
Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang

[Signature]

Dwi Agustanti, S.Kp., M. Kep. Sp. Kom
NIP.197108111994022001

Lampiran 5 Lembar Konsultasi Pemb 2

Form : Lembar Konsultasi

	PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS PROGRAM PROFESI POLTEKKES KEMENKES TANJUNGPUR
	Formulir Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Ade Rethi Andri
 NIM : 241201008
 Nama Pembimbing : Arti Utami, S.Kp., M.Kes
 Judul : Analisis Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Caudalmy
 Spine Decontaminasi (SD) Dengan Intervensi Elektro Stimulasi
 50 Kompres Di PASD Pada Anestesi Total Narkosis

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	Jumat 14/03/2025	JUDUL	Perbaikan penulisan Judul		
2	Selasa 18/3/2025	BAB I	Susunan latar belakang agar murnai berang meral		
3	Senin 24/3/2025	BAB II	Perbaikan tujuan khusus sesuai panduan		
4	Kamis 17/4/2025	BAB III	tambahan info pada jurnal terkait		
5	Rabu 23/4/2025	BAB III & IV	Perbaikan penomoran sesuai panduan		
6	Jumat 25/4/2025	BAB I - III	Acc. lanjut bab IV, V		
7	Senin 28/4/2025	BAB IV, V	Perbaikan sesuai panduan daftar di lampiran		
8	Rabu 30/4/2025	Abstrak	Perbaikan penyusunan kata		
9	Jumat 12/5/2025	BAB I - V	Perbaikan penulisan sesuai panduan		
10	29/5/2025	BAB I - V	Acc. frekuensi		
11	Kamis 10/6/2025	Daftar Pustaka	Perbaikan penulisan daftar pustaka		
12	Senin 16/6/2025	BAB I - V	Acc. cetak		

Mengetahui
Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang



Dwi Agustanti, S.Kp., M.Kep. Sp. Kom
NIP.197108111994022001

Lampiran 6 Lembar Masukan

Form : Lembar Masukan Sidang

	PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS PROGRAM PROFESI POLTEKKES KEMENKES TANJUNGPINANG
	Formulir Lembar Masukan Sidang

LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN SIDANG KIAN

Nama Mahasiswa : Ade Putri Andini
 NIM : 211910008
 Judul : Analisis Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Gravidanya
 Serta Occupasi Kebun (jika) Dengan Intervensi Elektro Pijat 30 Dosis
 Di RSUD Jend. Ahmad Yani Metro Tahun 2025

No	Materi Perbaikan	Masukan/Perbaikan	
		Sudah	Belum
	Abstrak → fenomena, Data awal & T/K : Hasil TK 3 belum ada Resumen kata : tabel nya & perlu Ruang Lingkup : tgl ? Konsep dan istilah Pisumbala : 0	✓ ✓ ✓ ✓	
	Giri Pengertian, balasan fisis ? TK / ? Penomoran → hal 13 ke belakang Dapur Lampiran ? Implementasi ? D.P. ?	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓	✓

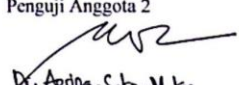
Bandar Lampung, Selasa, 3 Juni 2025

Penguji Utama

 Ns. Musana, S.Kep., M.Kes.
 NIP. 197909061997032001

Penguji Anggota 1

 Giri Utami, S.Kp., M.Kes.
 NIP. 196708121990032001

Penguji Anggota 2

 Dr. Aprina, S.Kp., M.Kes.
 NIP. 196909231988032001

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