

BAB III STUDI KASUS

A. Assesment / Pengkajian

1. Identitas Pasien

- a. Nama : Tn. D
- b. Umur : 58 Tahun
- c. Jenis kelamin : Laki-laki
- d. Pendidikan : SLTA
- e. Pekerjaan : Swasta
- f. Agama : Islam
- g. Suku/Bangsa : Jawa
- h. Alamat : Cindai Alus Martapura
- i. Ruangan dirawat : Anna 4
- j. Tanggal Masuk RS : 27 Januari 2023
- k. Tanggal Pengkajian : 3 Februari 2023
- l. No. Register : 06 84 xx
- m. Diagnosa Medis : Hidrosefalus Post PSA
- n. Dokter yang merawat : dr.Steven, SpS Raber dr.Ardik L, SpBS

2. Riwayat Penyakit

a. Keluhan Utama

Nyeri kepala hebat seperti ditusuk tusuk seluruh kepala terus menerus, skala nyeri 8.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien dibawa keluarga ke RS (Rumah Sakit) Suaka Insan Banjarmasin tanggal 27 Januari 2023 pukul 20.00 wita dengan keluhan nyeri kepala hebat yang dirasakan sejak kurang lebih satu bulan sebelum masuk rumah sakit. Pasien mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan hampir di seluruh bagian kepala seperti tertekan benda berat dan ditusuk-tusuk. Pasien awalnya memang kadang mengalami keluhan nyeri kepala, namun keluhan nyeri yang dirasakan hanya sementara dan hilang bila dibuat istirahat ataupun diberi obat pereda sakit kepala. Namun, sejak satu bulan ini pasien mengalami keluhan nyeri kepala yang benar-benar hebat hingga pasien mengalami kesulitan beraktivitas jika terjadi serangan, kemudian sakit yang dialami dirasakan terus-menerus dan tidak hilang dengan istirahat ataupun

diberikan obat. Pasien juga mengaku bahwa sering mengalami mual yang hilang timbul sejak satu bulan yang lalu. Keluhan mual yang dirasakan muncul mendadak meskipun pasien tidak sedang makan.

Satu minggu yang lalu pasien baru keluar dari rawat inap di RS Suaka Insan dengan keluhan nyeri kepala hebat namun di perbolehkan rawat jalan oleh DPJP (dokter penanggung jawab pasien), sewaktu di rumah obat pereda nyeri habis sebelum jadwal kontrol ke praktek dokter sampai, pasien mengalami nyeri kepala hebat, keluarga membawa pasien rawat inap di RS Syifa Medika Banjarbaru selama dua hari dan dari DPJP pasien di diagnosa hidrosefalus post SAH (sub arachnoid haemorrhage) yang kemudian di rujuk ke RS Suaka Insan atas permintaan keluarga dengan DPJP Spesialis syaraf yang berbeda dari yang sebelumnya merawat pasien. Pasien dirawat bersama dengan Spesialis Bedah Syaraf, pada tanggal 29 Januari 2023 pasien dilakukan tindakan operasi trepanasi open pemasangan VP Shunt.

Pada tanggal 3 Februari 2023 pukul 07.30 wita dilakukan pengkajian kepada pasien didapatkan keadaan umum pasien tampak sakit sedang, kesadaran composmentis sdengan GCS 15 (E4M6V5), tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 86x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 36,5 0 C. , pasien mengatakan hari ke lima pasca operasi nyeri kepala sudah jauh berkurang skala nyeri 4 hilang timbul dibandingkan dengan sebelum operasi, tidur malam bisa kadang terbangun sesekali , mengeluh pusing bila berubah posisi pusing akan bertambah jika pasien mencoba duduk, ADL (activity daily living) masih dibantu total oleh perawat dan keluarga, luka post op trepanasi open VP shunt di kepala dan di perut tampak bersih di tutup kassa., infus RL 20 tpm (tetes permenit) terpasang ditangan kanan, foley kateter terpasang, produksi urine 2000-2500 ml perhari warna kuning jernih.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien tidak memiliki riwayat trauma sebelumnya. Pasien mengaku bahwa tidak ada anggota keluarga maupun kerabat yang memiliki keluhan yang sama. Pasien memiliki riwayat penyakit darah tinggi dan kencing manis.

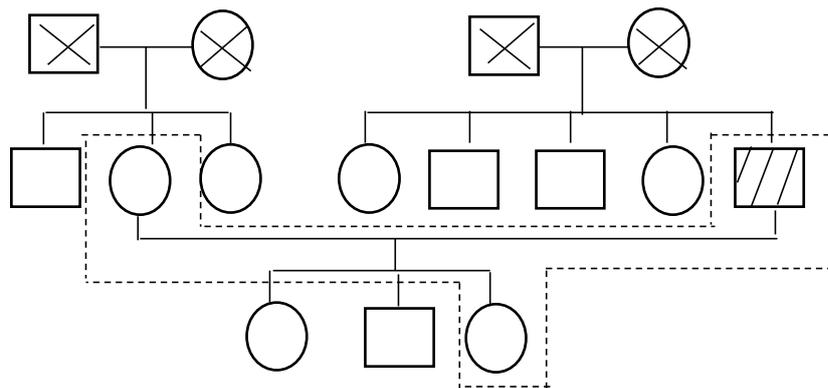
d. Riwayat Penyakit Keluarga

Orang tua pasien (ibu) dan empat saudara kandung pasien juga memiliki penyakit kencing manis.

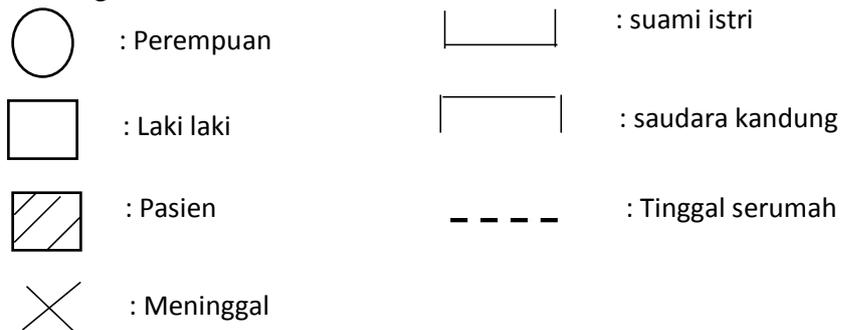
e. Riwayat Sosial

Pasien bekerja di perusahaan swasta, aktif bila ada kegiatan di masyarakat

f. Genogram



Keterangan :



Penjelasan : Pasien anak terakhir dari 5 bersaudara, tinggal serumah dengan istri dan anak bungsunya.

3. Pemeriksaan Fisik

A. Keadaan Umum

- a. Kesadaran : composmentis
- b. Pasien tampak sakit sedang, mengatakan nyeri kepala serasa ditusuk tusuk masih hilang timbul sudah berkurang skala nyeri 4 (1-10) , kepala pusing bila berubah posisi baring terutama bila mencoba duduk, ADL di bantu total, luka operasi di kepala ada dua lokasi, di

frontal bentuk tapal kuda ada 17 jahitan dan parietal kanan ada 5 jahitan dan diperut diatas umbilikus 7 jahitan, semua jahitan tampak bersih, tidak tampak cairan atau pus , infus RL 20 tpm terpasang di tangan kanan, kateter terpasang urine warna jernih.pasien menghabiskan kadang 1 porsi kadang ½ porsi bubur padat yang disediakan, minum 7-8 gelas perhari.

c. GCS : E 4 V5 M 6

d. TTV :

1) TD : 120/80. mmHg;

2) Nadi : 86 x/m

3) Suhu : 36,5 °C

4) Pernafasan : 21 x/m

5) Nyeri :

P : hydrosefalus dan post op trepanasi open pasang vp shunt

Q : rasa ditusuk tusuk

R : seluruh kepala

S : 4 (skala 1-10)

T : Hilang timbul

6) SpO2 : 96 %, O2 : - Lpm

B. Sistem Integumen

Permukaan kulit agak kering, tidak ada perubahan warna kulit, warna agak pucat.

Masalah : tidak ada masalah

C. Kepala

Keluhan : Nyeri rasa di tusuk tusuk hilang timbul skala nyeri 4(1-10)dan nyeri luka post op trepanasi skala nyeri 2 (1-10)

Inspeksi :tampak luka operasi di frontal bentuk tapal kuda 17 jahitan dan parietal kanan bentuk horisontal 5 jahitan,luka bersih, tidak terdapat cairan atau pus

Distribusi rambut : di gundul sudah mulai tumbuh banyak warna putih (uban),merata

Warna kulit kepala : normal

Kebersihan kulit kepala : bersih

Palpasi :

massa abnormal : tidak ada

Krepitasi : tidak ada

Nyeri tekan : daerah luka operasi frontal dan parietal kanan

Masalah : Nyeri akut

D. Muka

Simetris, tidak tampak ada lesi

Masalah : tidak ada

E. Mata

Visus : N/A

Lapang pandang : tidak ada kelainan

Inspeksi :

Konjungtiva : tidak kelainan

Palpebra : tidak ada kelainan

Perdarahan : tidak ada

Pupil: (+ ka/ + ki) reaksi thd cahaya (+)

Tanda peradangan : tidak ada

Fungsi penglihatan : berkurang untuk jarak dekat

Penggunaan alat bantu : kaca mata

F. Telinga

Secret, serumen, benda asing tidak ada, pendengaran baik

Masalah : Tidak ada

G. Hidung

Inspeksi :

Bentuk : simetris

Warna : normal

Obstruksi: tidak ada

Pernafasan cuping : tidak ada

Masalah : Tidak ada

H. Mulut dan faring

Inspeksi

Warna bibir : agak pucat

Mukosa bibir : agak pucat
Mukosa dalam : agak pucat
Gigi : ada 2 gigi goyang
Gusi : tidak ada nyeri
Lidah : agak kotor
Warna lidah : agak pucat
Pembengkakan tonsil : tidak ada
Sakit tenggorok : tidak ada
Gangguan bicara : tidak ada
Masalah : Tidak ada

I. Leher

Simetris : Ya
Kaku kuduk: tidak
Benjolan Limphe nodul: tidak
Leher sebelah kiri terdapat Vp Shunt
Masalah : Tidak ada

J. Thorax

Inspeksi :
Bentuk dada : simetris
Warna kulit dada : normal
Kondisi kulit dada : agak kering
Ekspansi dinding dada : simetris normal
Tanda peradangan : tidak ada
Otot bantu nafas : tidak ada
Palpasi :
Massa abnormal : tidak ada , ket : mobilisasi ;
Krepitasi : tidak ada
Nyeri tekan : tidak ada
edema : tidak ada
emfisema sub cutis : tidak ada
Letak ictus cordis : sela iga V, linea medioclavicularis kiri
Auskultasi:
Jantung :
Suara jantung normal
Paru :
Suara nafas : sonor
Perkusi :
Jantung
Pekak / lainnya : pekak

Batas jantung : normal
Paru : normal
Masalah : Tidak ada

K. Payudara dan axila

Inspeksi :
Ukuran & bentuk : simetris
Puting susu : menonjol, tidak ada kelainan
Kondisi kulit : bersih
Palpasi :
Edema : tidak ada
Massa abnormal : tidak ada
Nyeri : luka post op pemasangan Vp shunt
Masalah : Tidak ada

L. Abdomen

Inspeksi : tampak luka operasi pasang Vp shunt di atas umbilikus, ada 7 jahitan, luka tampak bersih tidak ada cairan dan pus.
Bentuk : normal
Bayangan vena abnormal (caput medusae) : tidak ada
Kondisi kulit : baik tidak ada lesi
Auskultasi:
Bising usus : ada ,6-8x permenit
Palpasi :
Penegangan dinding abdomen : tidak ada
Edema : tidak ada
Nyeri tekan : daerah luka post op
abnormal : Massa tidak ada
Perkusi: tympani
Masalah : Resiko Infeksi

M. Genitalia

Tidak ada kelainan, terpasang foley catheter no 16
Masalah : Resiko Infeksi

N. Ekstremitas

Inspeksi : tidak ada kelainan

Palpasi: tidak ada kelaianan

Kekuatan otot:

D	S
5	5
5	5

Keterangan :

0: Tidak ada kontraksi otot

1: Kontraksi otot dapat dipalpasi tanpa pergerakan persendian

2: Tidak mampu melawan gravitasi (gerak pasif)

3: Hanya mampu melawan gravitasi

4: Mampu mengerjakan persendian dengan gaya gravitasi , mampu melawan dengan tahanan sedang

5: Mampu mengerjakan persendian dalam lingkup gerak penuh mampu melawan gravitasi, mampu melawan dengan tahan penuh

Masalah : Tidak ada

4. 11 Pola Gordon

a. Persepsi terhadap kesehatan – manajemen kesehatan

Persepsi terhadap kesehatan dan manajemen terhadap kesehatan :

Sebelum masuk RS Pasien mengatakan, “jika merasa tidak enak badan akan pergi periksa ke dokter praktik mandiri, jika anjuran dokter tersebut harus dirawat inap barulah ke rumah sakit”.

Setelah masuk RS: Pasien mengatakan, “sekarang sedang di rawat dirumah sakit karna nyeri kepala hebat.

b. Pola aktivitas dan Latihan

Tabel 3.1. Pola Aktivitas dan Latihan

NO	AKTIVITAS	Sebelum Masuk RS (SKOR)	Setelah Masuk RS (SKOR)
1	Makan/Minum	0	2
2	Mandi	0	2
3	Berpakaian/berdandan	0	2
4	Toilet trening	0	2

5	Berpindah	0	3
6	Berjalan	0	3
Masalah :		Pasien mengalami intoleransi aktivitas selama sakit	
Upaya mengatasi :		Membantu pasien dalam pemenuhan aktivitasnya	

Ket :

0 = Mandiri

1 = Alat bantu

2 = Dibantu orang lain

3 = Dibantu orang lain dan alat

4 = Tidak mampu

Alat bantu : tongkat/splint/brace/kursi roda/pispot/walker/kacamata/dan lain-lain: tongkat

Pengkajian: pasien kategori 3, pasien tampak berbaring dipasang VP Shunt

Masalah: Intoleransi aktivitas

c. Pola istirahat dan tidur

Tabel 3.2 Pola Istirahat dan tidur

NO	Kegiatan	Sebelum Masuk RS	Setelah Masuk RS
1	Tidur siang	Jarang	Setelah post op tidur 3-4 jam
2	Tidur malam	6-7 jam	6-7 jam
3	Kebiasaan sebelum tidur	Menonton TV	Tidak ada
4	Kesulitan tidur	Tidak ada	Setelah post op Tidak ada
	Masalah :	tidak ada	
	Upaya mengatasi :	-	

Pengkajian: sebelum sakit / SMRS pasien tidak ada gangguan tidur, saat pengkajian /MRS 5 hari pasca operasi pasien tidak ada gangguan tidur

d. Pola nutrisi

Tabel 3.3. Pola Nutriisi

NO	Keterangan	Sebelum Masuk RS	Setelah Masuk RS
1	Jenis makanan/diet	Makanan padat	Bubur padat
2	Frekuensi	3x sehari	3x sehari
3	Porsi yang dihabiskan	1 porsi	½ porsi
4	Komposisi Menu	Nasi lauk sayur	Nasi lauk sayur
5	Pantangan	Makanan/minuman manis	Makanan/minuman manis
6	Nafsu makan	Baik	Agak kurang
7	Fluktuasi BB 6 bln terakhir	Tidak ada	Ada penurunan BB 1 bulan ini N/A
8	Sukar menelan	Tidak ada	Tidak ada
9	Riw.penyembuhan luka	Normal	Normal
Masalah :		Diet untuk penyakit diabetes melitus	
Upaya mengatasi :		Kolaborasi dengan DPJP dan ahli gizi	

Pengkajian : SMRS/ sebelum sakit BB pasien 65 kg TB: 167 cm BMI pasien 23,3 termasuk kelebihan bobot (Bobot sehat laki laki 18,5-23) ,SMRS / saat pengkajian /MRS 5 hari pasca operasi istri pasien mengatakan pasien kurus namun penimbangan BB pasien tidak bisa dilakukan (N/A)

e. Pola eliminasi

Tabel 3.4 Pola Eliminasi

NO	Sebelum Masuk RS	Setelah Masuk RS
Buang Air Besar (BAB) :		
1	Frekuensi	1x sehari
2	Warna	kuning
3	Kesulitan	Tidak ada
BAB		
Masalah : Tidak ada		
Upaya Mengatasi: membantu pasien BAB dengan pispot dan menganjurkan meningkatkan intake cairan serta meningkatkan aktifitas mobilisasi sesuai kemampuan secara bertahap		
4	Buang Air Kecil (BAK):	
5	Frekuensi	6-7 x sehari
6	Warna	Kuning jernih
7	Kesulitan	Tidak ada
BAK		

Masalah : Resiko infeksi

Upaya Mengatasi: Selama di RS pasien BAK dengan menggunakan alat bantu kateter , memonitor kebersihan kateter

Masalah : Resiko infeksi karena ada kateter alat invasif

f. Pola kognitif – perceptual

Pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam penglihatan, peraba, perasa dan penciuman maupun pendengaran klien. Pasien dapat berkomunikasi dengan baik, pandangan pasien baik dan jelas, pasien dapat menjawab pertanyaan perawat.

g. Pola konsep diri

- Identitas diri : Pasien mampu mengenali dirinya sebagai seorang kepala keluarga dengan 3 anak , 2 sudah berumah tangga dan 1 masih remaja, dan mempunyai 2 cucu
- Gambaran diri : Pasien merasa kalau dirinya sakit dan memerlukan pertolongan

h. Pola koping

Sebelum masuk RS Pasien mengatakan “Dalam mengambil keputusan dilakukan sendiri dan musyawarah bersama keluarga. Dalam menyelesaikan masalah, mencari jalan keluar dibantu oleh orang lain”.

Setelah masuk RS klien mengatakan “ Dalam menyelesaikan dan mengambil keputusan diputuskan, serta diselesaikan bersama keluarga. Perubahan yang dirasakan setelah sakit : sedikit mengalami stres karena kondisinya.

i. Pola seksualitas – reproduksi

Sebelum masuk RS Masalah hubungan seksual : tidak ada

Setelah masuk RS : pasien tidak dapat melakukan hubungan seksual karena sakit

j. Pola peran – hubungan

Sebelum masuk RS t : pasien mengatakan “ sebelum sakit dapat menjalankan tugas dan kewajiban sebagai kepala keluarga dengan baik”.

Setelah masuk RS : pasien mengatakan “Tidak dapat menjalankan perannya sebagai kepala keluarga dengan baik”.

k. Pola nilai dan kepercayaan

Sebelum masuk RS : pasien selalu taat beribadah

Setelah masuk RS : Keluarga pasien mengatakan “bahwa pasien tetap melaksanakan sholat 5 waktu walaupun sambil berbaring.

5. Pemeriksaan 12 saraf kranial :

Tabel 3.5 Pemeriksaan 12 Syaraf Kranial

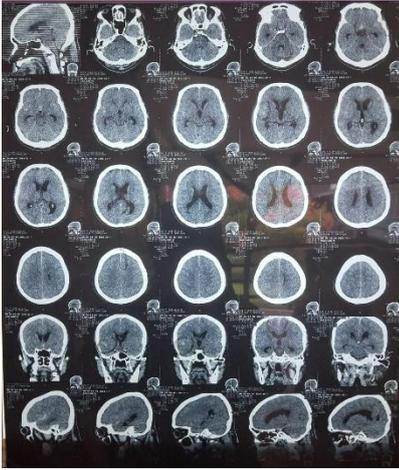
Area pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Analisa
N. I (Olfaktorius)/ rangsangan/ sensasi bau	Pasien mampu memejamkan mata ketika di suruh, mampu membedakan bau, tidak ada anosmia lateral maupun bilateral	Tidak ada masalah
N. II (Optikus)/ mata	Penglihatan baik	Tidak ada masalah
N. III (Okulomotor)/ (kontrol gerak mata, konstriksi pupil & membuka kelopak mata).	Pupil isokor Miadriasi (-) Bereaksi dengan penyinaran	Tidak ada masalah
N. IV (Troklearis)/ (gerakan mata kebawah dan kedalam).	Sama seperti nervus III	Tidak ada masalah
N. V (Trigeminus)/ (sensasi kulit kepala, wajah dan leher)	Menggerakkan rahang kesemua sisi, kemampuan mengunyah baik	Tidak ada masalah
N. VI (Abdusen)/ (gerak mata keluar dan kesamping).	Mampu memutar bola mata	Tidak ada masalah
N. VII (Fasialis)/ gerak tutup mata, ekspresi wajah & rasa pada lidah)	Mampu tersenyum, mengangkat alis mata, menutup kelopak mata	Tidak ada masalah

N. VIII (Vestibuloklolearis)/ (mendengar & keseimbangan tubuh).	Pendengaran baik	Tidak ada masalah
N. IX (Glosofaringeus)/ (perasa & menelan).	Mampu membedakan rasa manis dan asam	Tidak ada masalah
N. X (Vagus)/ (gag refleks).	Mampu menelan dengan baik	Tidak ada masalah
N. XI (Asesorious)/ (gerak otot , kepala, leher & bahu).	Mampu menggerakkan bahu tanpa bantuan	Tidak ada masalah
N. XII (Hipoglosus)/ (gerak lidah).	Mampu menjulurkan lidah	Tidak ada masalah

6. Prosedur Diagnostik

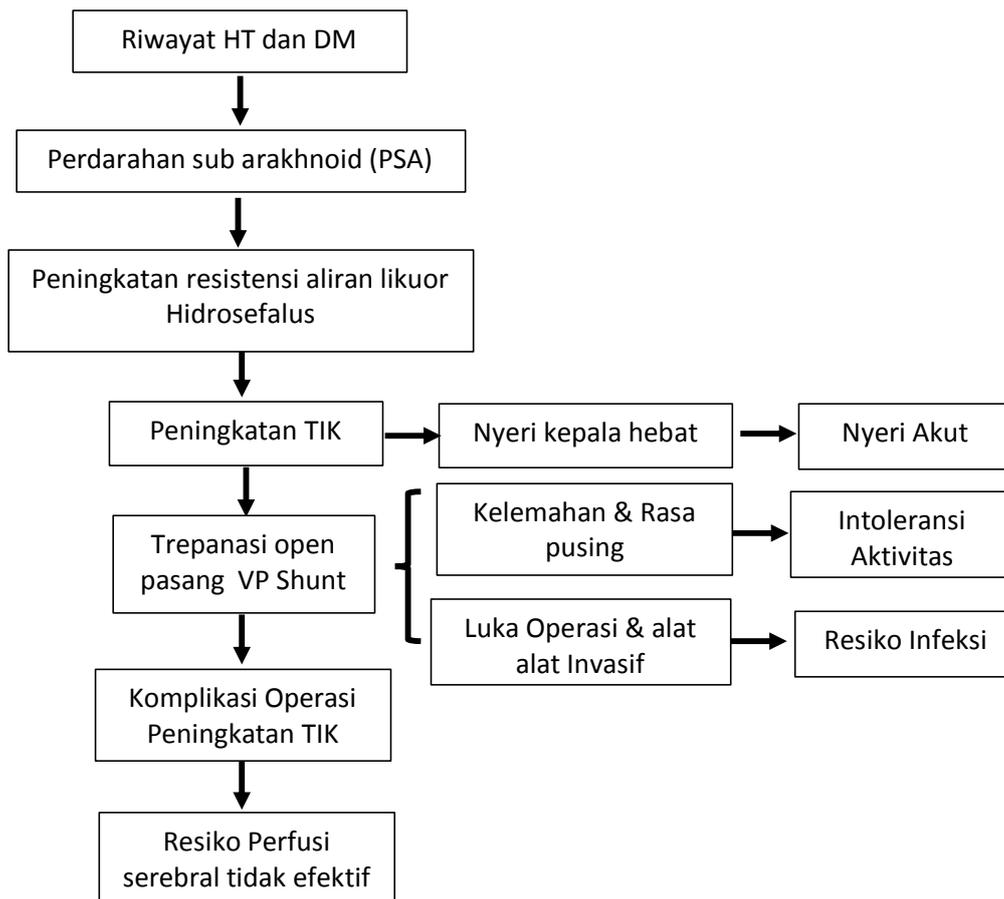
a. Radiologi

Tabel 3.6 Pemeriksaan penunjang

Tanggal dan jenis pemeriksaan	Hasil pemeriksaan
12/ 01/ 2023 CT scan Kepala	SAH, Hidrosefalus 
25 / 01 /2023 Thorax foto	Cor dan pulmo norma

8	SGPT	19	40-60	mg/dl	Normal
9	Rapid Test	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
10	HBsAg	Negatif	Negatif		
11	HIV kategori 1	Nonreaktif	Nonreaktif		Nonreaktif

B. Pathway kasus



Skema 3. 1. Pathway

C. Analisa data

Tabel 3.8 Analisa Data

Data	Etiologi	Analisa Problem
<p>Data Subyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nyeri kepala rasa ditusuk tusuk hilang timbul Skala nyeri 4 <p>Data Obyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> -pasien tampak sakit sedang -composmentis -GCS E4 V5 M6 -luka post op trepanasi di kepala (fontal bentuk tapal kuda 17 jahitan ,parietal kanan bentuk horisontal 5 jahitan dan di perut diatas umbilikus 7 jahitan tampak bersih ,tidak terdapat cairan atau pus ,luka di tutup kassa -tanda tanda vital TD 120/80 mmhg N: 86 x/menit R: 21 x/menit T: 36,5 C Saturasi: 99% 	<p>Agen pencedera fisiologis</p>	<p>Nyeri Akut D.0077</p>
<p>Data Subyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> -pusing bila berubah posisi apalagi ketika mencoba duduk -badan rasa lemah <p>Data Obyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> -pasien tampak sakit sedang -composmentis -GCS E4 V5 M6 	<p>Kelemahan</p>	<p>Intoleransi aktivitas D.0056</p>

-ADL dengan bantuan perawat
dan keluarga

Data Subyektif:-	Luka Operasi dan Alat alat Invasif	Risiko infeksi D.0142
Data Obyektif		
Data Subyektif:-	Hidrosefaluas post perdarahan	Risiko perfusi serebral tidak efektif
Data Obyektif	subarakhnoid Post operasi pasang VP shunt	D.0017

D. Diagnosa keperawatan

- 1) Nyeri Akut(D.0077) b.d Agen Pencedera Fisiologis d.d pasien mengeluh nyeri kepala rasa ditusuk tusuk dan nyeri luka operasi
- 2) Intoleran aktivitas (D.0056) b.d kelemahan dan d.d pasien merasa lemah dan pusing saat berubah posisi dan ADL di bantu total keluarga dan perawat
- 3) Risiko infeksi (D.0142) d.d efek prosedur invasif
- 4) Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017) d.d post operasi pasang Vp Shunt

E. Asuhan keperawatan

Nama / Umur : Tn. D, 58 tahun
 Kamar : Anna 4
 Dokter : dr. Steven, SpS
 Hari / Tanggal : Jumat, 3 Februari 2023

Diagnosa Keperawatan 1 : Nyeri Akut(D.0077) b.d Agen Pencedera Fisiologis d.d pasien mengeluh nyeri kepala rasa ditusuk tusuk dan nyeri luka operasi

Tabel 3.9 Asuhan keperawatan Diagnosa Nyeri akut

PATIENT OUTCOME	NURSING INTERVENTION	IMPLEMENTING	EVALUATION
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam, diharapkan Tingkat nyeri (L.08066) berkurang dengan kriteria hasil:	Manajemen Nyeri (I. 08238) Observasi	Jumat , 3 / 2 / 2023 Pukul 08.00 wita	Jumat, 3 / 2 / 2023 Pukul 14.00 wita
1. Pasien melaporkan nyeri menurun	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S.Pasien mengatakan nyeri kepala masih rasa ditusuk tusuk, sudah berkurang skala nyeri 3 , hilang timbul
2. Pasien mampu menggunakan tehnik non farmakologis dalam mengurangi	2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Hasil : nyeri kepala rasa ditusuk tusuk hilang timbul merata di seluruh kepala	O : pasien tampak sakit sedang, kesadaran composmentis GCS E4 V5
	4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil skala nyeri 3	M6 , ekspresi wajah rileks
	5. Identifikasi pengaruh budaya	3. Memonitor efek samping penggunaan analgetik	TTV TD 109/88 mmhg ,

nyeri.	terhadap respon nyeri	Hasil: tanda tanda hipersensitive	N:78x/menit R: 20 x/menit
3. Penggunaan analgesik dosis tidak meningkat	6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	analgesik tidak ada	Saturasi 99% tanpa Oksigen
4. Ttv dbn	7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan Monitor efeksamping penggunaan analgetik	4. Melatih pasien melakukan teknik relaksasi pernafasan untuk mengurangi nyeri non farmakologi.	A. Masalah teratasi sebagian P.Lanjutkan semua intervensi
	Teraupetik	5. Memfasilitasi istirahat dan tidur pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemeliharaan strategi meredakan nyeri.	
	8. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	6. Berkolaborasi pemeberian analgetik sesuai order dokter	
	9. fasilitasi istirahat dan tidur pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemeliharaan strategi meredakan nyeri	- Tramadol 50 mg pukul 08.00 wita - Rativol 30mg IV pukul 09.00 wita	
	Edukasi		
	10. edukasi penyebab, periode, dan pemicu nyeri		
	11. jelaskan strategi meredakan nyeri anjurkan memonitor nyeri secara		

mandiri

12. anjurkan menggunakan analgetik
scara tepat
13. ajarkan teknik non farmakologis
untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

1. kolaborasi pemeberian analgetik, jika
perlu Pemberian evidance base artikel
menggunakan terapi nafas dalam
manajemen nyeri pada pasien seperti
nafas dalam dan jika nyeri masih
tidak teratasi bisa menggunakan
terapi farmakologi. Didukung oleh
jurnal penelitian Tomas (2018)
*“Breathing Exercises Must Be a Real
and Effective Intervention to
Consider in Women with
Fibromyalgia: A Pilot Randomized
Controlled Trial”*
-

Diagnosa Keperawatan 2 : Intoleransi aktivitas (D.0056) b.d kelemahan dan rasa pusing d.d pasien merasa lemah dan pusing saat berubah posisi dan ADL dibantu total keluarga dan perawat.

Tabel 3.10 Asuhan keperawatan Diagnosa Intoleransi Aktivitas

PATIENT OUTCOME	NURSING INTERVENTION	IMPLEMENTING	EVALUATION
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam, diharapkan Toleransi aktivitas (L.05047) meningkat dengan kriteria hasil:	Manajemen Energi (I.05178) Observasi 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	Jumat , 3 / 2 / 2023 Pukul 08.30 wita 1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil : pasien masih mengeluh rasa lelah dan badan rasa lemah jika melakukan aktivitas 2. Memonitor pola dan jam tidur Hasil : pasien bisa tidur siang 1-2 jam dan malam 6-7 jam sesekali terbangun 3. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Hasil ketidaknyamanan pada rasa pusing jika berubah posisi dan	Jumat, 3 / 2 / 2023 Pukul 14.00 wita S.Pasien mengatakan masih pusing jika berubah posisi terlebih lagi duduk, badan juga masih rasa lemah. O : pasien tampak sakit sedang, baring ditempat tidur posisi semi fowlers kesadaran composmentis GCS 15 E4 V5 M6 , ekspresi wajah rileks ADL masih di bantu total perawat dan keluarga TTV TD 109/88 mmhg , N:78 x/menit R: 20 x/menit
1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari hari	Terapeutik 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)	2. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	sedang, baring ditempat tidur posisi semi fowlers kesadaran composmentis GCS 15 E4 V5 M6 , ekspresi wajah rileks
2. Perasaan lemah menurun	2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif	3. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	ADL masih di bantu total perawat dan keluarga
3. Pusing dan tekanan darah membaik	3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur,	Hasil ketidaknyamanan pada rasa pusing jika berubah posisi dan	TTV TD 109/88 mmhg , N:78 x/menit R: 20 x/menit

jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi

1. Anjurkan tirah baring
2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Kolaborasi

1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

4. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)
5. Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
6. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
7. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

temperatur 36,5C Saturasi 99% tanpa Oksigen
 Pasien menghabiskan 1 porsi bubur padat yang disediakan RS.

A. Masalah belum teratasi

P. Lanjutkan intervensi

Diagnosa Keperawatan 3 : Risiko infeksi (D.0142) d.d efek prosedur invasif berhubungan dengan efek prosedur invasif

Tabel 3.11 Asuhan keperawatan Diagnosa Resiko Infeksi

PATIENT OUTCOME	NURSING INTERVENTION	IMPLEMENTING	EVALUATION
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137)dengan kriteria hasil: Tidak terdapat tanda tanda infeksi lokal dan sistemik	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 	<p>Jumat , 3 / 2 / 2023</p> <p>Pukul 09.00 wita</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kondisi luka operasi dan mengukur tanda tanda vital <p>Hasil :</p> <p>Luka operasi tampak bersih tidak terdapat cairan dan pus</p> <p>Tanda tanda vital dalam batas normal</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Membatasi jumlah pengunjung 3. Medressing luka operasi 4. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Mempertahankan teknik aseptik ketika melakukan tindakan invasif 6. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 	<p>Jumat, 3 / 2 / 2023</p> <p>Pukul 14.00 wita</p> <p>S. Pasien mengatakan hari ini hari ke 5 pasca operasi.</p> <p>O : luka operasi dikepala(frontal bentuk tapal kuda 17 jahitan , parietal 5 jahitan dan diperut diatas umbilikus 7 jahitan, semua luka operasi tampak bersih tidak terdapat cairan atau pus, sudah di dresing dan ditutup kassa</p> <p>Infus RI terpasang di tangan kanan</p> <p>Foley kateter terpasang</p> <p>Tanda infeksi lokal dan sistemik tidak ada.</p> <p>A. Resiko infeksi tidak terjadi</p>

-
- | | | |
|--|--|-------------------------|
| 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi | 7. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar | P. Lanjutkan intervensi |
| 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi | 8. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi | |
| 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan | 9. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi | |

Kolaborasi

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. Kolaborasi pemberian antibiotik | 10. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan |
| | 11. Kolaborasi pemberian antibiotik |
| | Sesuai order dokter |
| | - Ceftrimax 2 gr IV pukul 09.00 wita |
-

Diagnosa Keperawatan 4 : Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017) d.d post operasi pasang VP Shunt

Tabel 3.12 Asuhan keperawatan Diagnosa Risiko Perfusi Serebral Tidak efektif

PATIENT OUTCOME	NURSING INTERVENTION	IMPLEMENTING	EVALUATION
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam, diharapkan Perfusi serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil:	<p>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194).</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 2. Monitor status pernapasan 3. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi fowler 3. Hindari manuver valsava 4. Pertahankan suhu tubuh normal <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 	<p>Jumat , 3 / 2 / 2023</p> <p>Pukul 09.00 wita</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK 2. Monitor status pernapasan 3. Monitor intake dan output cairan <p>Hasil : tekanan darah normal, tekanan nadi dan frekuensi normal, pola napas reguler, kesadaran composmentis</p> <p>TTV TD 109/88 mmhg , N:78 x/menit R: 20 x/menit</p> <p>temperatur 36,5C Saturasi 99% tanpa Oksigen</p> <p>Infus RL 20 TPM ,minum 750 cc</p> <p>Urine tampung 1000cc</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Menyediakan lingkungan yang tenang 	<p>Jumat, 3 / 2 / 2023</p> <p>Pukul 14.00 wita</p> <p>S. Nyeri kepala dan pusing masih</p> <p>O : Tanda gangguan perfusi serebral tidak efektif tidak ada.</p> <p>A. Resiko Perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi</p> <p>P. Lanjutkan intervensi</p>

-
3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
 6. Memposisikan pasien semi fowler
 7. Memberitahu pasien agar menghindari manuver valsava
 8. Mempertahankan suhu tubuh normal
- Hasil : temp 36.5C
-

F. Catatan perkembangan

Hari/Tgl. Jam	CATATAN PERKEMBANGAN (S, O, A, P, I, E)	TTD
Sabtu ,4/2/2023 07.15 wita	<p>S : Pasien mengatakan: ”kepala masih nyeri rasa ditusuk tusuk masih 3 (skala nyeri 1-10)”, Nyeri seluruh kepala tidur malam terbangun pukul 03.wita sampai pagi ini tidak bisa tidur</p> <p>Badan rasa lemah dan pusing saat berubah posisi dan melakukan aktivitas.</p> <p>O :Pasien tampak sakit sedang, wajah tampak meringis ketika nyeri datang, memejamkan mata ketika mencoba duduk , ADL dengan bantuan total di bantu keluarga dan perawat</p> <p>Luka operasi dikepala frontal dan parietal kanan dan perut diatas umbilikus tampak bersih dan di tutup kassa.Infus RI 20 tpm tangan kanan ,kateter urine (+)</p> <p>TTV:</p> <p>TD:160/90 mmhg</p> <p>N: 97x/menit</p> <p>R : 20 x/menit</p> <p>Saturasi : 96%</p> <p>Makan : ½ porsi</p> <p>Minum : 4 gelas</p> <p>Urine : 1200 cc</p> <p>Feces : 1x</p> <p>A: 1.Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>2. Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>3. Resiko Infeksi tidak terjadi</p> <p>4. Risiko Perfusi Serebral tidak efektif tidak terjadi</p> <p>P:</p> <p>Diagnosa Keperawatan 1</p> <p>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,</p>	

kualitas, intensitas nyeri

2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respon nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
4. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi pernafasan) kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
5. fasilitasi istirahat dan tidur pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemeliharaan strategi meredakan nyeri
6. kolaborasi pemeberian analgetik

Diagnosa Keperawatan 2

1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
2. Monitor kelemahan fisik dan emosional
3. Monitor pola dan jam tidur
4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan).
6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
7. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
8. Bantu pemenuhan ADL dan nutrisi pasien

Diagnosa Keperawatan 3

1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
 2. Batasi jumlah pengunjung
 3. Berikan perawatan kulit pada area edema
 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
-

- 07.30 wita
8. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
 9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
 10. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
 11. Kolaborasi pemberian antibiotik

Diagnosa Keperawatan 4

1. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK
2. Monitor status pernapasan
3. Monitor intake dan output cairan
4. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
5. Berikan posisi semi fowler
6. Hindari manuver valsava
7. Pertahankan suhu tubuh normal

I:

Diagnosa Keperawatan 1

- 08.00 wita
1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
 2. Mengidentifikasi skala nyeri
 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
 4. Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
 5. Memfasilitasi istirahat dan tidur
 6. kolaborasi pemeberian analgetik
 - Tramadol 50 mg pukul 08.00 wita
 - Rativol 30mg IV pukul 09.00 wita

Diagnosa Keperawatan 2

1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
 2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional
 3. Memonitor pola dan jam tidur
-

- 08.20 wita
4. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
 5. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus
 6. Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
 7. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
 8. Membantu pemenuhan ADL dan nutrisi pasien
 9. Membantu pemenuhan ADL dan Nutrisi
 10. Kolaborasi dengan DPJP terkait laboratorium cek darah rutin
 11. Kolaborasi dengan DPJP terkait pemeriksaan Laboratorium darah rutin.
 12. Memberikan obat sesuai order dokter
 - Novoravid 2 unit sc pukul 07.30 wita AC
 - Simciti 500 mg iv drip pukul 09.00 wita
 - Pantomex 1 vial iv pukul 09.00 wita
- 08.45 wita
- Glaucote 1 tab peroral pukul 08.00 wit

Diagnosa Keperawatan 3

1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
2. Memberikan perawatan kulit pada area edema
3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi
5. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi
6. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi sesuai diet
7. Kolaborasi pemberian antibiotik
 - Ceftrimax 2 gr IV pukul 09.00 wita

Diagnosa Keperawatan 4

- 09.00 wita
1. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK
 2. Monitor status pernapasan
 3. Monitor intake dan output cairan
 4. Menyediakan lingkungan yang tenang
-

5. Memposisikan pasien semi fowler
 6. Memberitahu pasien agar menghindari manuver valsava
 13.45 wita 7. Mempertahankan suhu tubuh normal

E.

S: Pasien mengatakan nyeri kepala masih rasa ditusuk tusuk hilang timbul , skala nyeri 3 , nyeri merata di seluruh kepala hilang timbul dan luka operasi juga masih sakit, ada tidur dari jam 10.00 sd 12.00 wita

Badan masih rasa lemah, pusing masih bila posisi duduk

O: Pasien tampak sakit sedang, posisi fowler duduk melakukan ROM aktif mengangkat tangan keatas berulang kali ,menggerakkan kesamping kiri dan kanan secara mandiri

Pasien sudah makan siang menghabiskan 1 porsi bubur padat

Minum 4 gelas

Kateter (+)Urine tampak pada kateter 1100 cc warna kuning jernih

Infus RL 20 tpm terpasang di tangan kanan

Luka operasi di kepala dan di perut tampak bersih ditutup kassa

TTV TD: 130/100 mmhg

N: 76 x/menit

R: 20 x/menit

T: 36,7C

Saturasi 96% tanpa O2

Hasil cek laboratorium HB 9 gr/dl

A:1. Nyeri akut teratasi sebagian

2. Intoleransi aktivitas teratasi sebagian

3. Resiko infeksi tidak terjadi

4. Risiko Perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi

P: lanjutkan intervensi perawatan dan medis yang sudah ada

Rencana tranfusi sesuai order dokter 3 kolf PRC.

G. Drug study

Nama Obat	Indikasi	kontraindikasi	Mekanisme Obat	Efek samping	Nursing considerations
Infus RL 20 TPM	Terapi untuk mengatasi depleksi volume berat saat tdk dpt diberikan rehidrasi oral mengekspansi volume intravaskular, sehingga akan menaikkan <i>preload</i> dan memperbaiki perfusi. Efek terapi lain adalah memberikan kandungan natrium laktat sehingga menurunkan kematian sel akibat iskemia	hipernatremia	Ringer Laktat bekerja sebagai sumber air dan elektrolit tubuh serta untuk meningkatkan diuresis (penambah cairan kencing). Obat ini juga memiliki efek alkalis, dimana ion laktat dimetabolisasi menjadi karbondioksida dan air yang menggunakan hidrogen kation sehingga menyebabkan turunnya keasaman.	Cairan RL dapat menimbulkan asidosis laktat, hiperkalemia, pembentukan <i>clotting</i> pada pasien transfusi, alergi, pruritus, atau reaksi lokal	<ul style="list-style-type: none"> • Memastikan IV line masih baik dan paten • Memonitor ketepatan tetesan • Memonitor intake output • Observasi efek samping
Ceftrimex 2x 1 Gram IV	pengobatan infeksi saluran pernapasan bawah, infeksi saluran kemih, infeksi kulit, infeksi tulang,	Hipersensitif terhadap sefalosporin.	membunuh bakteri dengan menginhibisi sintesis dinding sel bakteri	gangguan hematologis (darah), gangguan saluran pencernaan dapat terjadi, teaksi hipersensitivitas.	<ul style="list-style-type: none"> • Bertanggung jawab penuh terhadap penggunaan obat • .Menguasai & mengerti dengan legal& etik pemberian obat

	infeksi intra-abdominal, gonore, meningitis, pencegahan infeksi sebelum operasi.				<ul style="list-style-type: none"> • Memastikan bahwa pemberian obat tersebut aman dan mengawasi efek dari pemberian obat tersebut pada pasien • Skin test sebelum pemberian obat. • Observasi efek samping • Memastikan bahwa pemberian obat tersebut aman dan mengawasi efek dari pemberian obat tersebut pada pasien • Memastikan IV line masih baik
Mersitropil 2x 1 IV	Gejala involusi yang berhubungan dengan Penuaan seperti penurunan Daya Ingat, Astenia, gangguan Beradaptasi & terganggunya reaksi Psikomotor, Alkoholisme khronik & kecanduan, gejala2 paska Trauma, penyimpangan tingkah laku pada ana	Penyakit ginjal berat	Mekanisme aksi piracetam tidak diketahui, meskipun dihipotesiskan untuk bekerja pada saluran ion atau pembawa ion, sehingga menyebabkan peningkatan rangsangan neuron yang tidak spesifik, sambil menjelaskan kurangnya efek agonis atau penghambatan pada tindakan sinaptik (sangat tidak seperti kebanyakan neurotransmitter), dan toksisitasnya rendah. Telah ditemukan untuk meningkatkan aliran darah dan konsumsi oksigen di bagian otak.	Hiperkinesia, insomnia, kenaikan BB, somnolen, cemas, depresi, diare, ruam, iritabilitas, ansietas, tremor, lelah gangguan GI, agitasi, gangguan tidur dan gelisah, sakit kepala, vertigo	<ul style="list-style-type: none"> • Memastikan bahwa pemberian obat tersebut aman dan mengawasi efek dari pemberian obat tersebut pada pasien • Memastikan IV line masih baik
Simciti 2x 1 IV	Simciti merupakan sediaan obat yang digunakan untuk	Hindari penggunaan pada pasien dengan kondisi: Meningkatnya	Simciti mengandung Citicoline 500 mg. Citicoline adalah nukleosida endogen	Efek samping yang mungkin terjadi selama	<ul style="list-style-type: none"> • Memastikan bahwa pemberian obat tersebut aman dan mengawasi

mengobati ketegangan otot pada (Hipertonia) sistem otak, gangguan saraf parasimpatis. kesadaran, gangguan kognitif

yang terbentuk secara alami yang terlibat dalam biosintesis lesitin. Citicoline meningkatkan sintesis fosfatidilkolin (fosfolipid membran neuron utama) dan meningkatkan produksi asetilkolin, sehingga meningkatkan aliran darah dan konsumsi oksigen di otak

penggunaan Simciti, antara lain:

- Gangguan makan (anoreksia), mual.
- Gangguan jantung: Denyut jantung yang lambat (bradikardia), meningkatnya kecepatan denyut jantung (takikardia).
- Gangguan Saluran Cerna (gastrointestinal) : Diare, ketidaknyamanan epigastrium, sakit perut.
- Gangguan umum dan kondisi situs admin : Kelelahan.
- Gangguan sistem saraf: Pusing, sakit kepala.
- Gangguan kulit dan jaringan subkutan : Ruam.

efek dari pemberian obat tersebut pada pasien

- Memastikan IV line masih baik

Rativol 3x 1 IV	Analgesik meredakan nyeri	<p>Jangan mengonsumsi obat ini jika mempunyai kondisi medis, seperti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tepat sebelum atau setelah operasi bypass jantung (coronary artery bypass graft atau CABG) • Sakit maag aktif atau baru-baru ini • Luka pada dinding lambung (tukak lambung) • Perdarahan di saluran cerna, seperti lambung atau perdarahan usus • Cedera kepala tertutup atau pendarahan di otak • Perdarahan dari operasi baru-baru ini • Penyakit ginjal parah atau dehidrasi 	bekerja dengan cara menghambat produksi senyawa kimia yang bisa menyebabkan peradangan dan rasa nyeri.	<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan pembuluh darah: Tekanan darah rendah (Hipotensi). 	Sakit perut Mual Muntah Diare Pusing konstipasi	<ul style="list-style-type: none"> • Bertanggung jawab penuh terhadap penggunaan obat • .Menguasai & mengerti dengan legal& etik pemberian obat • Memastikan bahwa pemberian obat tersebut aman dan mengawasi efek dari pemberian obat tersebut pada pasien
--------------------	------------------------------	--	--	--	--	--

- Riwayat asma atau reaksi alergi yang parah setelah minum aspirin atau NSAID
- Usia akhir kehamilan atau sedang menyusui bayi

Pantomex 2x 1 IV	Pantomex digunakan untuk mengobati sindrom Zollinger-Ellison, penyakit refluks gastro-esofagus, tukak lambung.	hipersensitivitas terhadap obat ini atau bahan lain yang terdapat dalam formulasi.	merupakan senyawa penghambat pompa proton yang dapat menekan tahapan akhir produksi asam lambung. Senyawa ini bekerja dengan mengikat enzim ATPase H ⁺ dan ATPase K ⁺ yang terjadi pada permukaan sel parietal lambung. Efeknya obat ini menghambat kondisi asam basal dan asam yang terstimulasi di lambung.	Efek samping penggunaan Pantomex yang mungkin terjadi adalah: <ul style="list-style-type: none"> • Mual, muntah, diare, konstipasi, perut kembung, sakit perut, pencernaan yang terganggu, mulut kering. • Kelelahan, malaise. • Peningkatan enzim hati. • Gatal biduran • Ruam, gatal. • Insomnia. • Sakit kepala, pusing, vertigo. • Arthralgia (nyeri sendi), mialgia nyeri otot). 	<ul style="list-style-type: none"> • Bertanggung jawab penuh terhadap penggunaan obat • .Menguasai & mengerti dengan legal& etik pemberian obat • Memastikan bahwa pemberian obat tersebut aman dan mengawasi efek dari pemberian obat tersebut pada pasien
---------------------	--	--	---	---	--

Patral 2x 1 tab PO	Patral adalah obat yang mengandung tramadol dan paracetamol. Obat ini berfungsi untuk meredakan rasa nyeri ringan sampai berat, serta menurunkan demam.	<p>Hindari penggunaan Patral jika memiliki kondisi berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riwayat alergi atau hipersensitif terhadap opioid. • Keracunan akut dengan analgesik, alcohol, opioid, narkotika, dan psikotropika. • Sedang menggunakan monoamine oxidase inhibitor (MAOI). • Gangguan hati yang tergolong berat. • Epilepsi yang tidak dikendalikan oleh pengobatan. • Kehamilan dan menyusui. 	Tramadol bekerja dengan cara mengubah cara otak dalam merasakan rasa sakit. Sementara itu, paracetamol bekerja dengan cara menghambat enzim cyclooxygenase (COX). Enzim COX ini berperan dalam pembentukan prostaglandin, yaitu senyawa penyebab nyeri.	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit buang air besar (sembelit) • Pusing • Kantuk • Sakit kepala • Sakit maag atau <i>heartburn</i> • Mulut kering • Gatal-gatal 	<ul style="list-style-type: none"> • Memastikan bahwa pemberian obat tersebut aman dan mengawasi efek dari pemberian obat tersebut pada pasien • Observasi efek samping
Novorapid 3x 2 IU SC	mengurangi tingkat gula darah tinggi	Hindari pemberian pada pasien dengan kondisi anak umur dibawah 6-9 tahun, memiliki masalah	membantu memperbaiki produksi insulin yang dihasilkan tubuh dengan cepat	Hipoglikemia (Penurunan glukosa dalam darah) dan Reaksi anafilaksi (suatu reaksi alergi berat yang terjadi secara tiba-tiba	<ul style="list-style-type: none"> • Memastikan bahwa pemberian obat tersebut aman dan mengawasi efek dari pemberian obat tersebut pada pasien

		dengan ginjal atau hati, atau dengan adrenal, hipofisis atau kelenjar tiroid dan mengubah pola diet secara tiba-tiba.		dan dapat menyebabkan kematian).	<ul style="list-style-type: none"> • Memastikan hasil GDS pasien tidak di bawah normal sebelum memberikan obat • Observasi efek samping
PGB 2x 1 Kapsul PO	merupakan obat dengan kandungan zat aktif pregabalin. Pregabalin digunakan untuk pengobatan nyeri neuropatik dan kejang.	Pasien hipersensitif terhadap gabapentin	Pregabalin merupakan analog neurotransmitter inhibitor dari GABA. Obat ini bekerja dengan cara memodulasi pelepasan neurotransmitter seperti glutamate dan noradrenaline. Penghambatan modulasi dari over eksitasi neuron menyebabkan neuron kembali ke kondisi normal. Pregabalin tidak langsung berikatan pada reseptor GABA atau reseptor benzodiazepin.	Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: Pusing, peningkatan kadar glukosa darah.	<ul style="list-style-type: none"> • Memastikan bahwa pemberian obat tersebut aman dan mengawasi efek dari pemberian obat tersebut pada pasien • Memastikan hasil GDS pasien tidak di bawah normal sebelum memberikan obat • Observasi efek samping
