

BAB II

TINJAU PUSTAKA

2.1.Konsep Penyakit Vertigo

2.1.1. Pengertian

Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV) adalah sering kali dialami oleh masyarakat pada umumnya, vertigo adalah masalah yang dapat mengakibatkan sensasi tidak nyaman, orang yang mengalami vertigo akan mempersepsikan delusi gerakan yang tidak normal menggunakan perasaan berputar. Dimana akan merasakan sekelilingnya bergerak, kondisi ini mengakibatkan penderita vertigo kehilangan keseimbangan sebagai akibatnya sulit buat berdiri atau berjalan(Buja Harditya et al., 2023).

Vertere atau yang dikenal sebagai vertigo bisa terjadi pada semua orang bahkan pada semua kelompok usia. Vertigo diartikan menjadi adanya sensasi gerakan berasal tubuh atau lingkungan yang ditandai adanya gangguan keseimbangan tubuh yang disebabkan oleh penyakit tertentu(Rajin et al., 2023).

Vertigo artinya suatu istilah yg berasal dari Bahasa latin *vertere* yang berarti memutar. Vertigo sering kali dinyatakan menjadi rasa pusing, sempoyongan, rasa melayang, badan atau lingkungan sekelilingnya berputar-putar. Vertigo ialah salah satu bentuk sakit kepala dimana penderita mengalami persepsi gerakan yang tidak semestinya ditimbulkan oleh

gangguan pada sistem vestibular(Nur Anggraini & Evita Wurlatte dan Wempi Eka Permana, n.d.).

Dari ketiga pendapat tersebut, dapat disimpulkan bahwa vertigo merupakan gangguan orientasi lingkungan sekitar yang akan membuat seseorang mengalami pusing berputar, melayang disertai mual dan telinga berdenging.

2.1.2. Etiologi

Menurut(Kurniawan, 2022)etiologi penyakit vertigo yaitu:

a. Faktor prediposisi

- 1) *Motion sickness*
- 2) Perilymphatic fistula
- 3) Vestibular migrain
- 4) Labirinitis

b. Faktor Presipitasi

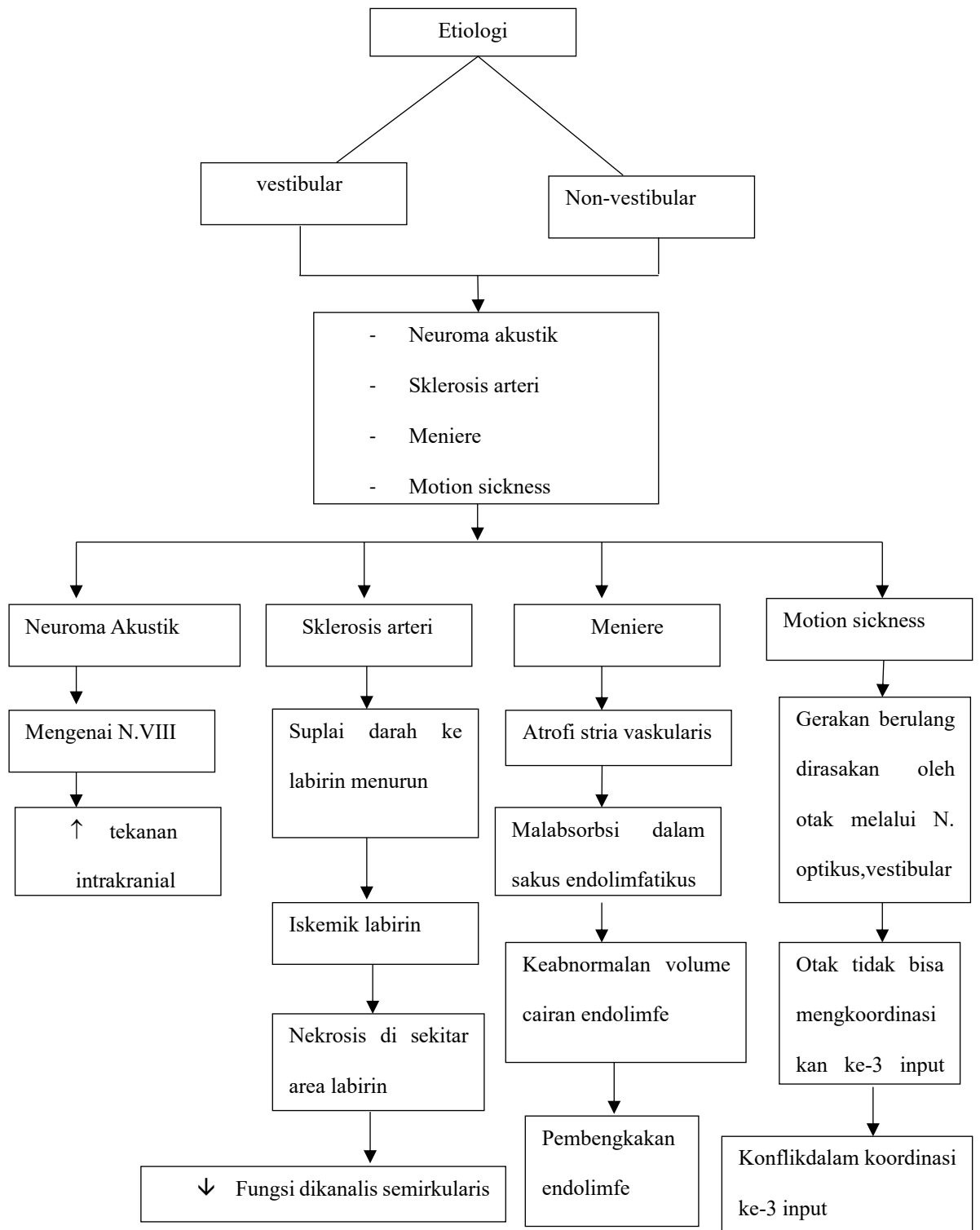
- 1) Arteriosklerosis
- 2) Intoksikasi
- 3) Nyeri Kepala

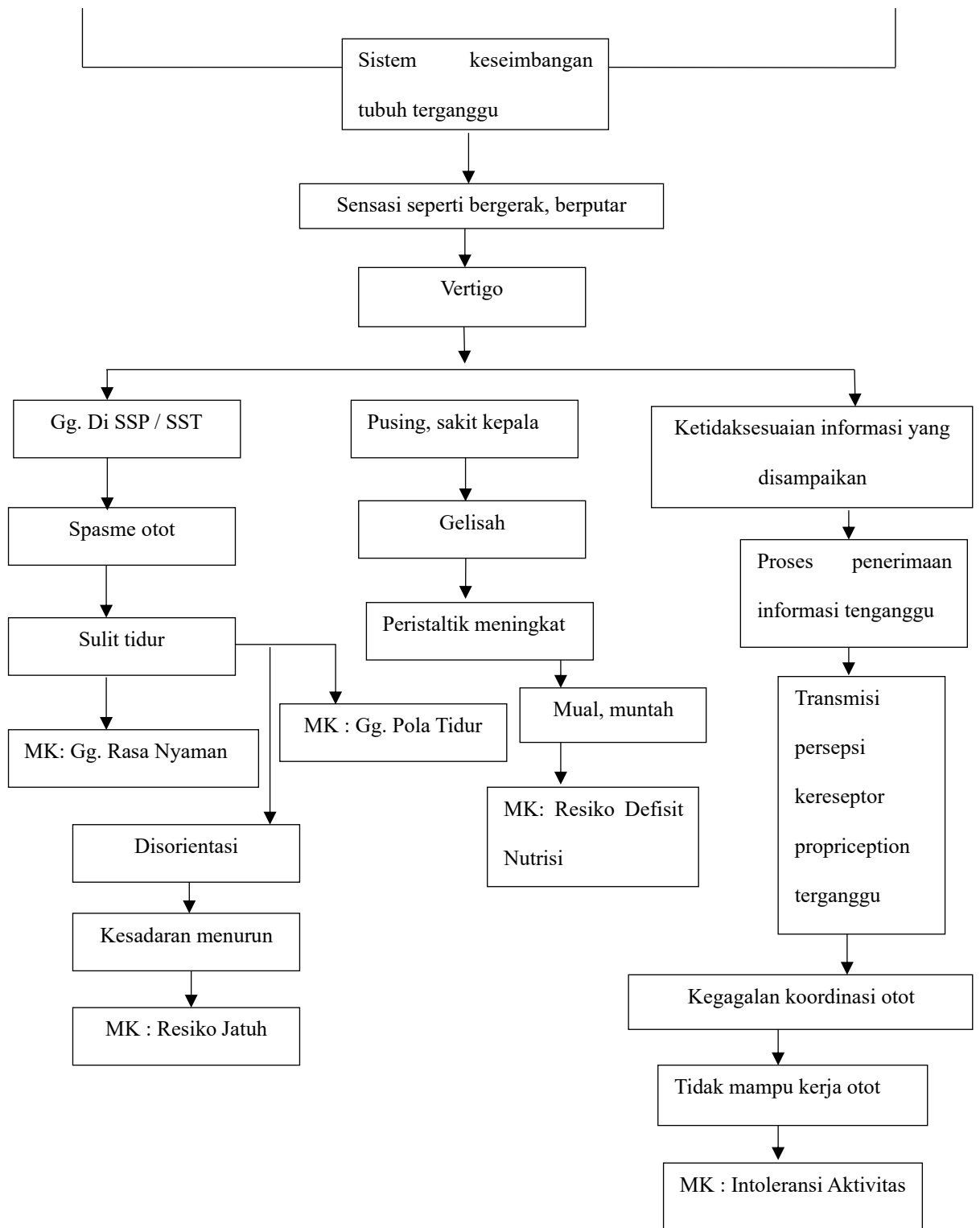
2.1.3. Patofisiologi

Vertigo dapat disebabkan oleh gangguan pada vestibular dan non-vestibular. Vertigo vestibular menimbulkan neuroma akustik mengenai pada N.VIII sehingga dapat terjadi peningkatan intrakranial. Gangguan vestibular lainnya yaitu sklerosis arteri menyebabkan suplai darah ke labirin menurun sehingga dapat terjadi iskemik labirin dan menimbulkan nekrosis pada labirin dan juga terjadi penurunan fungsi kanalis semisirkuler. Adapun penyebab lainnya yaitu meniere sehingga terjadi atrofi stria vaskularis mengakibatkan malabsorpsi dalam sakus endolimfatikus terjadinya keabnormalan volume cairan endolimfe dan menimbulkan hidrops (pembengkakan endolimfe) dan bisa menyebabkan motion sickness yaitu gerakan berulang dirasakan oleh otak melalui N.optikus dan vestibularis sehingga otak tidak bisa mengkoordinasikan ke-3 input dengan baik dan menyebabkan konflik dalam koordinasi ke-3 input sehingga dapat terjadi sistem keseimbangan tubuh terganggu yang menyebabkan terjadi vertigo. Pada pasien vertigo bisa terjadi pada gangguan di SSP (sistem saraf pusat) atau SST (sistem saraf tepi) dapat meningkatkan spasme otot dan menimbulkan nyeri, sakit kepala, sehingga dapat terjadi gangguan rasa nyaman dan juga dapat menimbulkan disorientasi, kesadaran menurun menyebabkan resiko jatuh (cedera). Pada pasien vertigo juga merasakan pusing, sakit kepala, gelisah sehingga peristaltik meningkat kemudian pasien mengalami mual muntah dan menyebabkan resiko defisit nutrisi. Pada pasien vertigo juga mengalami ketidaksesuaian informasi yang

disampaikan sehingga dapat menyebabkan proses penerimaan informasi terganggu dan terjadi transmisi persepsi ke reseptor proprioception terganggu sehingga menyebabkan kegagalan koordinasi otot, ketidakmampuan kerja otot dan menyebabkan terjadinya intoleransi aktivitas. Pada pasien vertigo juga merasakan nyeri, sakit kepala dan menyebabkan nyeri akut sehingga terjadi gangguan pola tidur.

2.1.4. Pathway





Gambar 1. 1 pathway vertigo

Sumber : (Kurniawan, 2022)

2.1.5. Klasifikasi

Menurut (Sutarni et al., 2018) Vertigo diklasifikasikan menjadi dua yaitu :

1. Vertigo vestibular

Vestibular merupakan salah satu organ bagian telinga dalam yang mengirimkan informasi terkait posisi tubuh ke otak untuk mengatur keseimbangan. Vertigo vestibular bisa menyebabkan sensasi berputar disertai mual atau muntah dan juga timbulnya episodik serta diprovokasi oleh gerakan kepala. Berdasarkan letak lesi nya vertigo vestibular dibagi dua jenis yaitu Vertigo sentral merupakan vertigo yang disebabkan oleh kelainan sentral, penyebab dari vertigo sentral adalah stroke, perdarahan cerebelum, traumatik , migrain basilar dan neoplasma. Sedangkan Vertigo perifer yaitu disebabkan oleh gangguan pada labirin dan nervus ke-VIII. Penyebab dari vertigo perifer adalah post-trauma, toksik, labirinitis, oklusi dan fistula labirin.

2. Vertigo non vestibular

Timbul pada gangguan sistem propioseptif atau sistem penglihatan, menimbulkan sensasi bukan berputar, melainkan rasa melayang, dan juga berlangsung secara terus menerus, tidak disertai rasa mual muntah, serangan biasanya disebabkan oleh gerakan objek sekitarnya, misalnya di tempat keramaian. Penyebabnya antara lain kerusakan pada saraf tepi, cedera pada sumsum tulang belakang, trauma leher, gula darah rendah dan penyakit sistemik.

2.1.6. Tanda dan Gejala

Menurut (Kurniawan, 2022) Tanda vertigo antara lain terjadi mual, muntah dan juga telinga berdenging. Adapun gejala yang muncul adalah sensasi kepala berputar, pusing, hilang keseimbangan dan kepala tiba-tiba terasa berat.

2.1.7. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada pasien vertigo adalah :

- a. Penyakit meniere (gangguan telinga bagian dalam yang menyebabkan vertigo).
- b. Trauma telinga atau labirinitis (radang telinga bagian dalam).
- c. Epidemic atau akibat otitis media kronis yaitu infeksi ruang berisi udara dibelakang gendang telinga).

2.1.8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Kurniawan, 2022) Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk membantu menegaskan diagnosis vertigo adalah :

- a. CT-scan atau MRI kepala dapat menunjukkan kelainan tulang atau tumor yang menekan saraf. Jika dicurigai adanya infeksi, sampel cairan dari telinga atau sinus dan tulang belakang dapat diambil.
- b. Pemeriksaan angiogram, dilakukan karena adanya penurunan sirkulasi darah ke otak. Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat apakah ada penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju ke otak.

- c. Pemeriksaan khusus : ENG, Audiometri dan BAEP, psikiatri, laboratorium.

2.1.9. Penatalaksanaan

Ada beberapa pilihan pengobatan yang dapat digunakan untuk meringankan vertigo yaitu terapi farmakologi (mengonsumsi obat) seperti golongan obat antihistamine, antikolinergik, ondansetron sedangkan terapi nonfarmakologi untuk mengurangi vertigo dapat dilakukan sehari-hari salah satunya yaitu terapi *brandt daroff* (Siagian, 2022).

2.2.Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Vertigo

2.2.2 Pengkajian

Menurut (Hadi Purwanto, S.Kep., Ners., 2020) Pengkajian merupakan dasar utama dari proses keperawatan yang melibatkan beberapa langkah diantaranya adalah:

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data yang akurat dan sistematis membantu untuk menentukan status kesehatan dan pola pertahanan penderita, mengidentifikasi kekuatan, kebutuhan yang diperoleh berdasarkan anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan diagnostik lainnya .

1) Anamnesa

a. Identifikasi Pasien

Identifikasi pasien harus dikaji meliputi nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, suku bangsa, no rekam medis, tanggal dan jam masuk rumah sakit dan juga diagnosa medis.

b. Keluhan Utama

Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan utama meliputi keluhan ditemukan yaitu Pusing berputar disertai mual dan muntah, lemah, nafsu makan berkurang, tidak bisa tidur. Keluhan yang dikemukakan sampai dibawa ke rumah sakit dan

masuk ke ruang perawatan, komponen ini terdiri dari PQRST sebagai berikut :

P : (provokatif atau Paliatif) merupakan faktor penyebab penyakit, keadaan hal yang memperberat dan meringankan gejala, pasien dengan vertigo mengeluh pusing, mual dan muntah, telinga berdenging.

Q : (Qualitative atau Quantitas) merupakan keluhan yang dirasakan pasien.

R : (Region atau daerah yang dirasakan) merupakan data dimana lokasi penyebaran yang dirasakan oleh pasien.

S : (Severity atau Skala) merupakan data mengenai seberapa parah yang dirasakan oleh pasien.

T : (Time atau waktu) kapan keluhan dirasakan, lama dan frekuensi nya, secara tiba-tiba atau bertahap.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Adanya keluhan tidak merasa nyaman karena tidak nyaman, pusing berputar, mual muntah. Semuanya terjadi karena gangguan metabolik, sehingga dapat muncul masalah keperawatan gangguan rasa nyaman.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji apakah pasien pernah mengalami penyakit yang sama sebelumnya, apakah pasien mempunyai riwayat hipertensi, kaji

apakah pasien pernah mengonsumsi obat dan kaji riwayat alergi obat.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji apakah ada anggota keluarga pasien yang mempunyai penyakit yang sama atau ada penyakit keturunan dalam silsilah keluarga.

f. Riwayat Psikososial

Kaji informasi terkait perilaku perasaan dan emosi yang dialami oleh penderita berhubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit.

2) Pemeriksaan Fisik

a. Status Kesehatan Umum

Meliputi keadaan penderita, kesadaran, tinggi badan, berat badan, dan tanda-tanda vital.

b. Sistem pernafasan

Pada pasien dengan gangguan keseimbangan biasanya tidak terjadi takipnea pada keadaan istirahat atau aktivitas.

c. Sistem kardiovaskuler

Pada pasien dengan gangguan keseimbangan biasanya tidak terjadi takikardia, distrimia, peningkatan vena jugularis vena pleasure, perubahan tekanan darah postural, hipertensi.

d. Sistem persyarafan

Meliputi penurunan sensori, parathesia, letargi, mengantuk, reflek lambat, kacau mental dan disorientasi.

1) Nervus olfaktorius (N I)

Meliputi syaraf sensori yang berfungsi hanya satu yaitu mencium bau.

2) Nervus Optikus (N II)

Meliputi adanya perubahan retina bisa menunjukkan papilledema (edema pada syaraf optik)

3) Nervus okulomotorius, trochlearis, abduksen (N III, IV , VI)

Fungsi nervus III,IV,VI, saling berkaitan dan periksa bersama-sama.

4) Nervus Trigeminus (N V)

Terdapat dua bagian yaitu bagian sensorik (parsio mayor) dan bagian motorik (parsio minor). Bagian motorik mengurus otot mengunyah.

5) Nervus facialis (N VII)

Meliputi motorik yang menginervasi otot-otot ekpresi wajah juga membawa serabut parasimpatis ke kelenjar ludah dan lakrimalis. Termasuk sensi pengecapan 2/3 bagian anterior lidah.

6) Nervus auditorius (N VIII)

Sifatnya sensorik, mensarafi alat pendengaran yang membawa rangsangan dari telinga ke otak. Saraf ini memiliki dua buah kumpulan serabut saraf yaitu koklea disebut akar tengah yaitu saraf untuk mendengar dan pintu halaman (ventibulum), merupakan akar tengah adalah syaraf untuk keseimbangan.

7) Nervus Glasofaringeul (N IX)

Sifatnya majemuk (sensorik dan motorik) yang mensarafi faring, tonsil dan lidah.

8) Nervus Vagus (N X)

Meliputi kemampuan menelan kurang dan kesulitan membuka mulut.

9) Nervus accesorius (N XI)

Saraf XI menginervasi sternocleidomastoideus dan trapezius menyebabkan gerakan menoleh (rotasi) pada kepala.

10) Nervus Hipoglosus (N XII)

Saraf ini mengandung serabut somato sensorik yang menginervasi otot intristik dan ektrinsik lidah.

e. Sistem Pencernaan

Meliputi terdapat polifagia, polidipsia , mual muntah , diare , konstipasi , dehidrasi , penurunan berat badan.

f. Sistem Endokrin

Tidak ada kelainan pada kelenjar tiroid dan kelenjar paratiroid.

g. Sistem Genitourinaria

Kaji apakah ada keluhan poliuria, retensi urine dan rasa panas atau sakit saat BAK.

h. Sistem Integument

Kaji apakah adanya penurunan pada turgor kulit, adanya luka atau tidak serta kemerahan pada kulit, tekstur rambut dan kuku.

i. Sistem Muskuloskeletal

Pada penderita vertigo pasien mengalami lemas otot, cepat lelah dan tonus otot menurun.

j. Sistem Pendengaran

Pada pasien vertigo mengalami gangguan pendengaran.

k. Sistem penglihatan

Kaji apakah pasien mengalami kerusakan pada organ mata seperti kerusakan retina, terjadi nya kebutaan, kerusakan pada pembuluh darah retina atau lapisan saraf mata, kerusakan bisa

menyebabkan kebocoran dan terjadi penumpukan cairan yang mengandung lemak disertai pendarahan pada retina.

3) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan yaitu :

- a. Pemeriksaan laboratorium rutin atas darah rutin.
- b. Pemeriksaan CT-Scan atau MRI.
- c. Pemeriksaan Angiogram.
- d. Pemeriksaan EEG , EMG BAEP.
- e. Pemeriksaan fisik : Mata . alat keseimbangan tubuh, neurologi, otologi dan pemeriksaan fisik umum.

4) Analisa Data

Menurut (Nur Hasina et al., n.d.) Analisa Data merupakan kemampuan kognitif dalam perkembangan yang kuat dalam berpikir dan penalaran dipengaruhi oleh latar belakang pengetahuan dan informasi, pengalaman dan pengertian keperawatan. Pada saat melakukan analisis data dibutuhkan kemampuan untuk menghubungkan terkait informasi dan menghubungkan informasi tersebut dengan konsep, teori, dan prinsip yang berkaitan untuk membuat kesimpulan saat menentukan masalah eperawatan pasien.

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan menurut dalam penyakit (Diah Ayu Prameswari, 2021) vertigo yaitu:

1. Gangguan Rasa Nyaman (D.0074) berhubungan dengan Gejala Penyakit, kurang pengendalian lingkungan, ketidakadekuatan sumber daya (mis, dukungan finansial, sosial dan pengetahuan, kurangnya privacy, gangguan stimulus lingkunganm efek samping terapi (mis, medikasi, radiasi, kemoterapi, gangguan adaptasi kehamilan).
2. Intoleransi Aktivitas (D.0056) berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imonilitas, gaya hidup monoton.
3. Gangguan Pola Tidur (D.0032) berhubungan dengan Hambatan lingkungan, kurang kontrol tidur, kurang privacy, *restrain fisik*, ketiadaan teman tidur, tidak familiar dengan peralatan tidur.
4. Risiko Jatuh (D.0143) berhubungan dengan gangguan keseimbangan, riwayat jatuh, penurunan tingkat kesadaran, kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran.
5. Risiko Defisit Nutrisi (D.0032) berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien, faktor ekonomi, faktor psikologis.

2.2.4 Perencanaan

Perencanaan Keperawatan Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) Perencanaan Keperawatan yaitu segala bentuk tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan.

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan Gangguan rasa nyaman
(SIKI, 2018)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi (SIKI)
Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan gejala penyakit, kurang pengendalian lingkungan, ketidakadekuatan sumber daya (mis. Dukungan finansial, sosial dan pengetahuan, kurangnya privasi, gangguan stimulus lingkungan, efek samping terapi (mis. Medikasi, radiasi, kemoterapi, gangguan adaptasi kehamilan (D.0074)	Status Kenyamanan (L.08064) Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam, diharapkan status kenyamanan meningkat, dengan kriteria hasil : - Keluhan tidak nyaman menurun - Gelisah menurun - Keluhan sulit tidur menurun - Lelah menurun - Mual menurun	Terapi Relaksasi (I.09326) Observasi 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik 6. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan

-
7. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
 8. Gunakan pakaian longgar Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama
 9. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai

Edukasi

10. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)
 11. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih Anjurkan mengambil posisi nyaman
 12. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
 13. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih
 14. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
-

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan Intoleransi Aktivitas

(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi (SIKI)
Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imonilitas, gaya hidup monoton (D.0056)	Toleransi Aktivitas (L.05047) Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam, diharapkan intoleransi meningkat, dengan kriteria hasil : - Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat - Kecepatan berjalan meningkat - Jarak berjalan meningkat - Kekuatan tubuh bagian atas meningkat - Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat - Toleransi menaiki tangga meningkat	Manajemen Energi (I.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 4. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 5. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 6. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 7. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 8. Anjurkan tirah baring 9. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 10. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala

	kelelahan berkurang	tidak
	11. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan	
	Kolaborasi	
	12. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	

Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan Gangguan Pola Tidur

(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi (SIKI)
Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Hambatan lingkungan, kurang kontrol tidur, kurang privacy, <i>restrain fisik</i> , ketiadaan teman tidur, tidak familiar dengan peralatan tidur (D.0032)	Pola Tidur (L.05045) Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam, diharapkan pola tidur membaik, dengan kriteria hasil : - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun - Keluhan tidak puas tidur menurun - Keluhan pola tidur berubah menurun - Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 5. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 6. Batasi waktu tidur siang, jika perlu

	7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
	8. Tetapkan jadwal tidur rutin
	9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
	10. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga
	Edukasi
	11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
	12. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
	13. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
	14. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
	15. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya

Tabel 2. 4 Intervensi Keperawatan Risiko Jatuh

(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi (SIKI)
Risiko Jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan, riwayat jatuh, penurunan tingkat kesadaran, kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran (D.0143)	Tingkat Jatuh (L.14138) Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam, diharapkan tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil : - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat berdiri menurun - Jatuh saat duduk menurun - Jatuh saat berjalan menurun - Jatuh saat dipindahkan menurun - Jatuh saat naik tangga menurun - Jatuh saat dikamar mandi menurun - Jatuh saat membungkuk menurun	Pencegahan Jatuh (014540) Observasi 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 6. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 7. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 8. Pasang handrail tempat tidur Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah

	9. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 10. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 11. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 12. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 13. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 14. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 15. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 16. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
--	--

Tabel 2. 5 Risiko Defisit Nutrisi
(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Diagnosa Keperawatan			Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi (SIKI)	
Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan makanan, mencerna, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien, faktor ekonomi, faktor psikologis(D.0032)			Status Nutrisi (L.03030)	Manajemen Makan (L.0311)	Gangguan
			Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam, diharapkan status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil :	Observasi	
			- Porsi makan yang dihabiskan meningkat	1. Monitor asupan dan keluarnya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori	
			- Berat Badan membaik		
				Terapeutik	

	- Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik	2. Timbang berat badan secara rutin 3. Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik (termasuk olahraga) yang sesuai 4. Lakukan kontrak perilaku (mis: target berat badan, tanggungjawab perilaku) 5. Dampingi ke kamar mandi untuk pengamatan perilaku memuntahkan kembali makanan 6. Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku 7. Berikan konsekuensi jika tidak mencapai target sesuai kontrak 8. Rencanakan program pengobatan untuk perawatan di rumah (mis: medis, konseling) Edukasi 9. Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis: pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebihan) 10. Ajarkan pengaturan diet yang tepat 11. Ajarkan keterampilan coping untuk penyelesaian masalah perilaku makan Kolaborasi 12. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan
--	------------------------------------	--

2.2.5 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan (Suwignjo et al., 2022)

2.2.6 Evaluasi

Menurut (Hafidzha & Fitria, 2020) Evaluasi dilakukan secara sumatif yang berupa pemecahan masalah diagnosa keperawatan dalam bentuk catatan perkembangan (SOAPIER) S : data subjektif, O : data objektif, A : analisis, P : planning, I : implementasi, E : evaluasi, R : reassessment yang dibuat jika kerangka waktu ditujuan tercapai, diagnose tercapai sebelum waktu ditujuan, terjadi perburukan kondisi, muncul masalah baru.

2.3.Konsep Teori Gangguan Rasa Nyaman

2.3.1. Pengertian Gangguan Rasa Nyaman

Gangguan Rasa Nyaman yaitu suatu gangguan dimana perasaan kurang senang, kurang lega, dan kurang sempurna dalam dimensi fisik ataupun mental, psikospiritual, lingkungan serta sosial pada diri yang biasanya mempunyai gejala dan tanda minor mengeluh mual (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2.3.2. Penyebab

1. Gejala Penyakit
2. Kurang pengendalian situasional/lingkungan
3. Ketidakadejutan sumber daya (mis. Dukungan finansial, sosial dan pengetahuan)
4. Kurangnya Privasi
5. Gangguan stimulus lingkungan
6. Efek samping terapi (mis. Medikasi, radiasi, kemoterapi)
7. Gangguan adaptasi kehamilan

2.3.3. Gejala dan Tanda Mayor

1. Subjektif
 - a) Mengeluh tidak nyaman
2. Objektif
 - b) Gelisah

2.3.4. Gejala dan Tanda Minor

1. Subjektif
 - a) Mengeluh sulit tidur
 - b) Tidak mampu rileks
 - c) Mengeluh kedinginan/kepanasan
 - d) Merasa gatal
 - e) Mengeluh mual
 - f) Mengeluh lelah

2. Objektif

- a) Menunjukkan gejala distress
- b) Tampak merintih/menangis
- c) Pola eliminasi berubah
- d) Postur tubuh berubah
- e) Iritabilitas

2.3.5. Pengukuran Skala Gejala Vertigo

Berdasarkan gejala yang dirasakan oleh pasien, kita dapat mengkategorikan gejala tersebut menjadi beberapa bagian. Pada pasien vertigo bisa dikategorikan dengan gejala skala ringan, sedang dan berat. Untuk mempermudah mengetahui skala gejala vertigo yang dialami pasien, terdapat kuisioner yang mempunyai rentang nilai sehingga kita dengan cepat dan mudah bisa menentukan skala gejala vertigo berdasarkan kategori yang sudah ada. *Vertigo Symptom Scale-Short Form* merupakan kuisioner yang bisa digunakan untuk mengetahui skala gejala vertigo pada pasien. VSS-SF merupakan skala yang dapat digunakan untuk mengetahui pasien vertigo dan versi pendek dari VSS-SF terdiri dari 15 nomor. Penulis mengkaji skala vertigo menggunakan VSS SF dengan cara menanyakan 15 pertanyaan sebagai berikut: perasaan diri sendiri atau objek disekitar seakan berputar yang berlangsung kurang dari 20 menit, merasa panas atau dingin, mual muntah, perasaan diri sendiri atau benda di sekitar seakan berputar dan berlangsung lebih dari 20 menit, jantung berdebar kencang, perasaan pusing hampir setiap hari, Perasaan tertekan di kepala, tidak mampu berdiri ataupun berjalan tanpa alat bantu, sulit bernapas atau napas pendek, kehilangan keseimbangan lebih dari 20 menit, keringat berlebih, perasaan ingin pingsan,

kehilangan keseimbangan kurang dari 20 menit, rasa sakit di jantung ataupun sekitar dada, perasaan pusing lebih dari 20 menit. Subjek bisa menjawab Ya/ Tidak dan terdapat skala 0-4 (0: tidak pernah, 1: hanya sekali-kali, 2: beberapa kali, 3: agak sering setiap minggunya, 4: sering, hampir setiap hari) setelah di jelaskan oleh penulis pasien bisa menjawab pertanyaan dan menyebutkan skala sesuai dengan apa yang dialami, lalu skala di jumlahkan untuk mengetahui skala vertigo termasuk di kategori ringan atau berat vertigo ringan ≤ 12 , vertigo berat ≥ 12 .

2.3.6. Penatalaksanaan Gangguan Rasa Nyaman

Nyeri pada vertigo dapat diatasi dengan cara non-farmakologi ialah kunci awal dalam kenyamanan, dilihat dari biaya serta penggunaan non-farmakologi lebih ekonomis serta tidak memiliki efek samping jika dibandingkan dengan penggunaan farmakologi. Salah satu cara terapi non-farmakologi pada terapi relaksasi ialah tindakan internal individu terhadap nyeri dengan tindakan relaksasi mengenai relaksasi otot, nafas dalam, pijatan, pengalihan, meditasi dan terapi *brandt daroff* (Wike Ramadhani, 2020)