

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep penyakit; Vertigo

2.1.1. Pengertian

Vertigo ditandai dengan adanya gerakan atau sensasi gerak pada tubuh, seperti rotasi (memutar), tanpa sensasi memutar yang sebenarnya, yang mungkin ditandai dengan badan berputar atau terasa berputar. Ini termasuk vertigo dalam gangguan keseimbangan, yang digambarkan sebagai pusing, pening, sempoyongan, rasa seperti melayang, atau dunia seperti berjungkir balik. (2019, Akbar)

Vertigo adalah perasaan pusing yang disertai dengan gejala lain yang mungkin timbul, terutama pada sistem otonom, yang dapat terjadi karena adanya gangguan pada sistem otonom yang disebabkan oleh suatu kondisi. Sutarni dkk (2018)

Berdasarkan kedua pengamatan di atas, dapat disimpulkan bahwa vertigo adalah suatu kondisi di mana seseorang merasa pusing atau seperti berada di lingkungan sekitar. Vertigo terutama memengaruhi sistem vestibular, yang meliputi telinga dan otak yang mengatur orientasi dan keseimbangan tubuh.

2.1.2. Etiologi

vertigo dapat berasal dari telinga bagian dalam, batang otak, atau serebelum, yang kemudian dikelompokkan sebagai vertigo perifer dan vertigo sentral berdasarkan struktur anatomi yang terlibat. (Ramadhan & Hunaifi, 2022)

1. **Vertigo sentral**

Terdapat suatu penyakit atau gangguan pada sistem saraf pusat. Kondisi ini meliputi migrain vestibular, stroke iskemik arteri vertebralis, transient ischemic attack (TIA), multiple sclerosis, dan adanya massa pada ekstremitas bawah seperti tumor dan neuroma akustik. Selain itu, kondisi bawaan seperti Dandy Walker Syndrome yang ditandai dengan hipoplasia vermis sebelumnya, kistik vena ke empat, dan pembesaran fossa posterior yang dapat diobati atau bahkan tidak diobati dengan hidrocefalus, dapat menyebabkan vertigo sentral. Federic (2021)

2. **Vertigo perifer**

kelainan pada labirin dan N.Vestibular. Penyebab dari vertigo perifer adalah post trauma, toksik, labirints, oklusi & fistula labirin. (Frederic, 2021) ada beberapa factor risiko yang berpotensi mengalami vertigo menurut. (R. Kusumastuti & Sutarni, 2018)

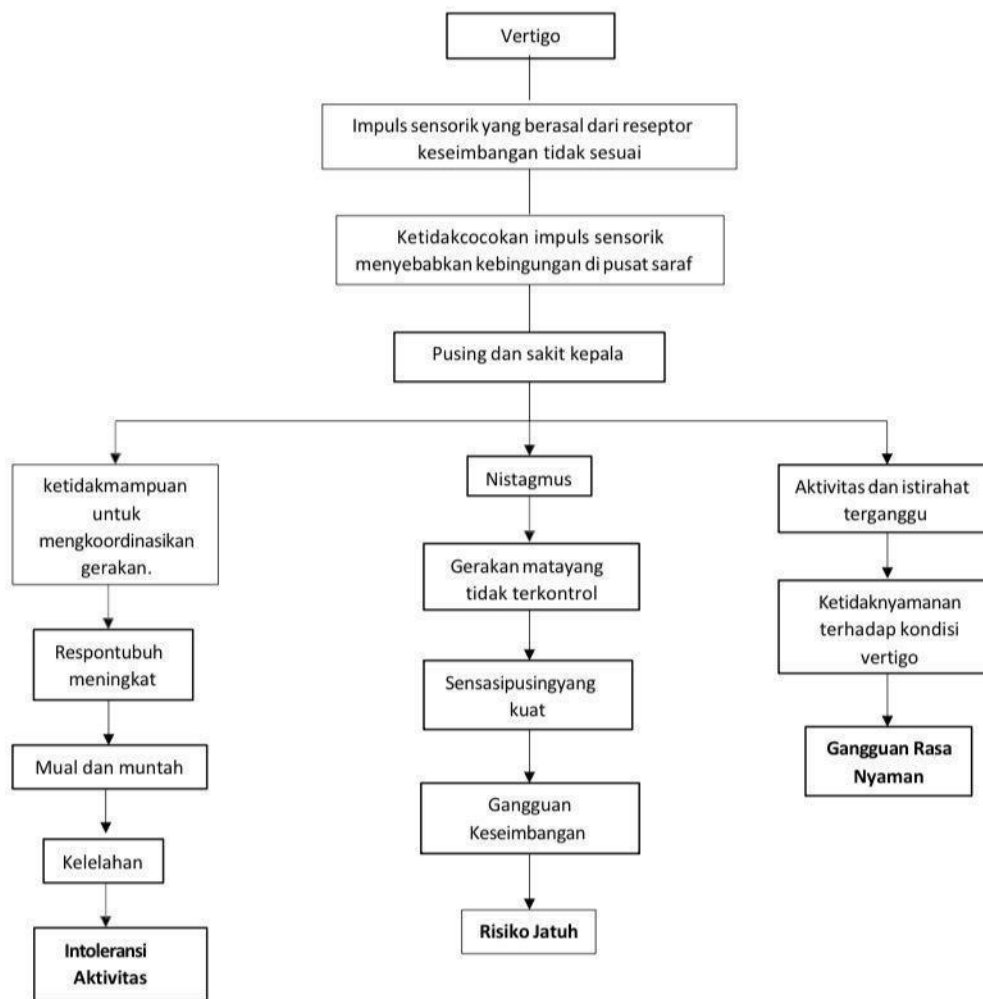
1. Umur tua
2. Jenis kelamin
3. Jenis kelamin yang lebih berisiko terkena vertigo adalah jenis kelamin perempuan
4. Indeks masa tubuh
5. Riwayat merokok
6. Seorang perokok akan lebih berisiko terserang vertigo.

2.1.3. Patofisiologi

Vertigo disebabkan oleh gangguan pada sistem keseimbangan tubuh, yang mengakibatkan ketidaksesuaian antara posisi tubuh yang sebenarnya dan persepsi yang diterima oleh sistem saraf pusat. Ketika terdapat kelainan dalam jalur informasi dari indera keseimbangan yang dikirim ke sistem saraf pusat, atau jika terjadi gangguan pada pusat keseimbangan itu sendiri, maka proses adaptasi yang normal tidak dapat berlangsung. Sebaliknya, kondisi ini akan memicu reaksi alarm.

Keadaan ini berkaitan dengan serat-serat di formasi retikularis batang otak, yang berhubungan dengan aktivitas sistem kolinergik dan adrenergik. Gejala pusing dan sakit kepala yang dialami oleh individu dengan vertigo dapat menyebabkan kelelahan, yang dikenal sebagai intoleransi aktivitas. Hal ini disebabkan oleh gangguan pada alat keseimbangan tubuh, yang mengakibatkan ketidaksesuaian antara posisi tubuh yang sebenarnya dan persepsi yang diterima oleh sistem saraf pusat.

Akibat dari ketidaksesuaian impuls sensorik yang berasal dari reseptor keseimbangan, terjadi kebingungan di pusat saraf, yang dapat memicu respons seperti nistagmus, ataksia, serta sensasi melayang atau berputar. Ketidakmampuan untuk menstabilkan pandangan dan keseimbangan juga meningkatkan risiko jatuh. Selain itu, pusing dan sakit kepala yang disebabkan oleh gangguan pada sistem saraf pusat dapat mengganggu aktivitas dan istirahat, sehingga menimbulkan ketidaknyamanan, yang dikenal sebagai gangguan rasa nyaman (Frederic, 2021).



Gambar 2. 1 Pathway Vertigo Sentral (Frederic, 2021) dan SDKI 2017.

2.1.4. Tanda dan Gejala

Menurut (Frederic, 2021) Manifestasi klinis Vertigo Sentral berdasarkan penyebab nya yaitu:

- a. Migrain vestibular
 - 1. Sakit kepala parah
 - 2. Mual
 - 3. Fotofobia
 - 4. Phonopobia
 - 5. Sensitif terhadap pergerakan kepala

Apabila disertai dengan aura, kondisi ini dapat menyebabkan gejala seperti scotoma, perubahan somatosensoris, halusinasi auditorik dan olfaktori, kelemahan tubuh, kesulitan berbicara, serta pusing. Aura tersebut dapat berlangsung dari beberapa detik hingga beberapa jam. Selain itu, aura dapat muncul sebelum, setelah, atau bersamaan dengan serangan sakit kepala.

2.1.5. Komplikasi

Menurut (Sutarni 2018) vertigo dapat menyebabkan komplikasi sebagai berikut:

- a. Cidera fisik

Pasien yang mengalami vertigo sering kali mengalami kehilangan keseimbangan akibat gangguan pada saraf VIII (Vestibularis). Hal ini menyebabkan pasien kesulitan untuk mempertahankan posisi berdiri dan berjalan.

b. Kelemahan otot

Pasien dengan vertigo cenderung mengurangi aktivitas fisik. Mereka lebih memilih untuk berbaring atau beristirahat, sehingga posisi berbaring yang berkepanjangan dan gerakan yang terbatas dapat mengakibatkan kelemahan otot.

c. Infeksi di telinga

1. Penyakit Meniere, yang merupakan gangguan pada telinga bagian dalam yang dapat menyebabkan vertigo.
2. Trauma telinga dan labirintitis, yang merupakan peradangan pada telinga bagian dalam.
3. Infeksi akibat otitis media kronik, yang terjadi pada ruang berisi udara di belakang gendang telinga.

2.1.6. Pemeriksaan penunjang

Menurut Frederic (2021), terdapat beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk membantu dalam penegakan diagnosis vertigo sentral, antara lain:

a. Pemeriksaan radiologis

Pemeriksaan ini merupakan alat investigasi yang penting ketika terdapat kecurigaan bahwa penyebab vertigo bersifat sentral. Gejala klinis yang perlu diperhatikan meliputi vertigo yang muncul secara tiba-tiba dan tidak dipicu oleh perubahan posisi, vertigo yang disertai dengan sakit kepala baru di daerah oksipital, serta ketulian tanpa riwayat penyakit Meniere. Selain itu, vertigo akut dengan hasil head impulse test yang normal dan adanya tanda neurologis sentral, seperti ataksia trunkal, juga menjadi pertimbangan untuk segera melakukan pemeriksaan radiologis.

b. Pemeriksaan MRI

Pemeriksaan ini lebih dianjurkan ketika terdapat kecurigaan terhadap penyakit tertentu, seperti sklerosis multipel, infark vaskular, atau tumor di area serebelopontin.

c. Pemeriksaan CT-scan

Pemeriksaan ini lebih direkomendasikan untuk mendeteksi adanya abnormalitas pada tulang petrosa atau perdarahan di serebelum. Selain itu, CT-scan juga berfungsi sebagai alat untuk melakukan tindak lanjut terhadap vertigo yang diinduksi oleh trauma.

2.1.7. Penatalaksanaan

Menurut Mu'jizatillah et al. (2021), penatalaksanaan keperawatan pada pasien vertigo dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. Mengingat bahwa gerakan kepala dapat memperburuk gejala vertigo, pasien disarankan untuk berbaring diam dalam ruangan yang gelap selama 1-2 hari pertama.
- b. Fiksasi visual dapat membantu menghambat nistagmus dan mengurangi perasaan vertigo subjektif pada pasien dengan gangguan vestibular perifer, seperti neuronitis vestibularis. Pasien mungkin merasa lebih nyaman dengan memfokuskan pandangan pada objek yang dekat, seperti gambar atau jari yang direntangkan ke depan, dibandingkan dengan berbaring dengan kedua mata tertutup.
- c. Aktivitas intelektual atau konsentrasi mental dapat memicu terjadinya vertigo. Oleh karena itu, ketidaknyamanan dapat diminimalkan melalui relaksasi mental yang disertai dengan fiksasi visual yang kuat.
- d. Jika pasien mengalami mual dan muntah yang berat, pemberian cairan intravena diperlukan untuk mencegah dehidrasi.
- e. Dalam kasus di mana vertigo tidak kunjung hilang, banyak pasien dengan gangguan vestibular perifer akut mungkin tidak mengalami perbaikan yang signifikan pada hari pertama atau kedua. Mereka sering merasa sangat tidak nyaman dan khawatir akan serangan berikutnya. Penting untuk meyakinkan pasien bahwa neuronitis vestibularis dan sebagian besar gangguan vestibular akut lainnya bersifat jinak dan dapat sembuh. Dokter harus menjelaskan bahwa kemampuan otak untuk beradaptasi akan membantu menghilangkan vertigo setelah beberapa hari.

- f. Latihan vestibular dapat dimulai beberapa hari setelah gejala akut mereda.

Latihan ini bertujuan untuk memperkuat mekanisme kompensasi sistem saraf pusat terhadap gangguan vestibular akut.

Langkah-langkah untuk meringankan atau mencegah gejala vertigo meliputi:

Langkah-langkah untuk meringankan atau mencegah gejala vertigo

1. Mengambil napas dalam-dalam dan menutup mata.
2. Tidur dengan posisi kepala yang sedikit lebih tinggi.
3. Membuka mata secara perlahan, sambil memiringkan tubuh atau kepala ke kiri dan ke kanan.
4. Bangun secara perlahan dan duduk sejenak sebelum beranjak dari tempat tidur.
5. Menghindari posisi membungkuk saat mengangkat barang.

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dalam proses keperawatan, di mana data dikumpulkan secara sistematis dari berbagai sumber. Tujuan dari pengkajian ini adalah untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi status kesehatan klien. Hasil dari pengkajian keperawatan akan menjadi dasar dalam memberikan pelayanan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien (Budiono, 2016). Langkah-langkah pengkajian keperawatan pada klien dengan vertigo meliputi:

a. Identitas

Pengkajian identitas yang dilakukan pada klien dengan vertigo mencakup beberapa aspek sebagai berikut:

1. Jenis kelamin

Jenis kelamin perempuan lebih sering mengalami vertigo, yang dapat dipengaruhi oleh faktor hormonal, terutama terkait dengan siklus menstruasi (Park et al., 2019).

2. Usia

Kelompok usia yang paling sering mengalami vertigo adalah individu berusia antara 40 hingga 59 tahun (Park et al., 2019).

a) Riwayat Kesehatan sekarang

1) Keluhan utama

Menurut Jusuf dan Wahidji (2016), keluhan utama yang sering dialami oleh penderita vertigo meliputi nyeri kepala, pandangan kabur dan berbayang, serta mual dan muntah.

2) Keluhan utama saat dikaji

Latar belakang penyakit yang dialami Pasien saat pertama kali masuk rumah sakit perlu ditanyakan pada pasien dengan kondisi vertigo, penting untuk mengeksplorasi apakah ada pengaruh sikap atau perubahan posisi yang dapat memicu vertigo. Pengkajian pada klien vertigo dapat mencakup keluhan pusing, sehingga perawat harus mengajukan pertanyaan untuk membedakan antara pusing berputar diakibatkan oleh gangguan pada sistem saraf gejala utama dapat disingkat dengan pendekatan PQRSST:

P (Paliatif / Provokatif): Apakah terdapat kejadian atau faktor yang dapat menyebabkan rasa pusing berputar?

Q (Quality / Quantity): Bagaimana klien menggambarkan rasa pusing yang dialaminya? Apakah pusing tersebut terasa seperti berputar dan disertai dengan pandangan ganda?

R (Region): Di mana lokasi rasa pusing tersebut dirasakan?

S (Severity / Skala): Seberapa parah rasa pusing yang dialami klien?

Sejauh mana pusing tersebut sejauh mana hal ini memengaruhi aktivitas sehari-hari?

T (Time): Berapa lama rasa pusing serta rasa nyeri yang terus berlanjut? Disaat mana gejala tersebut muncul, dan apakah gejala tersebut memburuk pada malam atau siang hari? Apakah gejala timbul secara mendadak?

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Penting untuk menanyakan apakah pasien memiliki riwayat cedera kepala, infeksi, peradangan, atau tumor di otak. Selain itu, riwayat penggunaan obat-obatan yang dapat merusak fungsi vestibular, seperti antibiotik, aminoglikosida, antikonvulsan, dan salisilat juga perlu dicatat.

4) Riwayat Kesehatan keluarga

Sangat penting untuk mengetahui apakah terdapat riwayat penyakit serupa yang dialami oleh anggota keluarga lainnya atau riwayat penyakit lain yang berkaitan

5) Pola aktivitas sehari-hari

(a) Pola nutrisi

Pasien yang mengalami vertigo umumnya akan mengalami penurunan nafsu makan. Selain itu, dalam pola nutrisi, pasien vertigo sering kali mengalami mual dan muntah

(b) Pola eliminasi

Dapat terdeteksi adanya oliguria. Mengingat kondisi umum pasien yang lemah, pasien cenderung lebih banyak istirahat di tempat tidur, yang dapat menyebabkan terjadinya konstipasi.

(c) pola istirahat tidur

Pasien Vertigo harus memperbanyak tirah baring dan membatasi aktivitas. Namun tidak jarang pasien dengan vertigo ini mengalami gangguan tidur dikarenakan pusing yang mengganggu.

(d) Pola personal hygiene

Tinjau kebiasaan mandi, sikat gigi, mencuci rambut, dan memotong kuku, termasuk frekuensinya. Untuk klien yang mengalami vertigo, disarankan untuk beristirahat di tempat tidur, sehingga memerlukan bantuan dalam menjaga kebersihan diri

6) Pemeriksaan fisik

Dilakukan melalui pemeriksaan fisik berdasarkan sistem, pada klien yang mengalami vertigo, hasil pemeriksaan fisik akan menunjukkan hal-hal berikut:

(a) Sistem Kardiovaskuler

Dalam sistem kardiovaskular klien vertigo, dapat ditemukan hipotensi ortostatik, aritmia, perubahan denyut jantung, atau tanda gangguan aliran darah ke otak yang dapat memicu atau memperberat gejala vertigo.

(b) Sistem Pernapasan

Pada klien vertigo, sistem pernapasan biasanya menunjukkan napas cepat, dangkal, atau sesak akibat kecemasan dan rasa tidak nyaman.

(c) Sistem Pencernaan

Pada sistem pencernaan, pasien vertigo biasanya mengalami mual, muntah, dan nafsu makan menurun akibat rangsangan pusat muntah di otak yang dipicu oleh gangguan keseimbangan.

(d) Sistem Perkemihan

Pada sistem perkemihan, pasien vertigo biasanya tidak mengalami gangguan langsung, namun frekuensi buang air kecil bisa meningkat akibat kecemasan atau stres, dan dalam beberapa kasus, retensi urin bisa terjadi jika vertigo disertai gangguan neurologis.

(e) Sistem Musculoskeletal

Pasien vertigo biasanya mengalami kelemahan otot, dan ketidakseimbangan yang membuat pasien sulit berdiri atau berjalan, serta dapat menyebabkan ketegangan otot akibat kompensasi tubuh saat berusaha menjaga keseimbangan.

(f) Sistem Endrokrin

Paasien vertigo biasanya tidak menunjukkan gangguan langsung, namun vertigo bisa dipicu atau diperberat oleh gangguan hormonal seperti hipoglikemia (gula darah rendah) atau disfungsi tiroid yang memengaruhi keseimbangan dan sistem saraf pusat.

(g) Sistem Persyarafan

Pada sistem persyarafan, pasien vertigo biasanya mengalami gangguan keseimbangan, nistagmus, sakit kepala, kesemutan, kelemahan anggota gerak, atau bahkan penurunan kesadaran jika vertigo disebabkan oleh gangguan sentral seperti stroke atau tumor otak.

(h) Sistem Integumen

Padda pasien vertigo, sistem integumen biasanya tidak langsung terpengaruh, tetapi gejala seperti pusing dan ketidakseimbangan bisa menyebabkan peningkatan keringat atau perubahan suhu tubuh, yang terkadang dapat mempengaruhi kulit. Namun, gangguan utama lebih sering terjadi pada sistem saraf atau keseimbangan tubuh.

(a) Data psikologis

(a) Status emosi

Tinjau emosi klien terkait dengan penyakit yang tidak diketahui atau yang belum pernah dijelaskan sebelumnya

(b) Konsep diri

Evaluasi individu mengenai nilai-nilai pribadi yang diperoleh dengan menilai sejauh mana perilaku seseorang sesuai dengan citra ideal dirinya.

(c) Gaya komunikasi

Tinjau cara klien berkomunikasi, termasuk cara mereka menyampaikan informasi, respons terhadap penolakan, komunikasi nonverbal, serta kesesuaian antara bahasa verbal dan nonverbal.

(d) pola koping

ini adalah metode yang digunakan klien untuk mengurangi atau mengatasi masalah yang mereka hadapi.

(2) Data spiritual

Keyakinan kepada tuhan yang maha esa, harapan untuk kesembuhan, serta praktik spiritual yang sedang dijalani saat ini.

(3) Pemeriksaan penunjang

Menurut (Frederic, 2021) Pemeriksaan tambahan yang dapat dilakukan untuk mendukung penegakan diagnosis vertigo sentral meliputi:

(a) Uji pendengaran (audiological testing).

Pemeriksaan ini dapat mengidentifikasi apakah terdapat penurunan fungsi pendengaran pada pasien yang mengalami vertigo

(b) Uji kalorik (Caloric testing)

Uji ini bertujuan untuk menilai fungsi labirin guna membantu membedakan antara vertigo tipe perifer dan sentral.

(c) Pemeriksaan radiologis

Ini adalah alat investigasi yang krusial jika terdapat kecurigaan bahwa penyebab vertigo berasal dari sumber sentral. Gejala klinis seperti vertigo yang muncul secara tiba-tiba dan tidak dipicu oleh perubahan posisi, disertai dengan sakit kepala baru di area oksipital, terkait dengan ketuliaan tanpa riwayat penyakit maniere, vertigo akut dengan hasil head impulse test yang normal, serta adanya tanda-tanda neurologis sentral seperti ataksia trunkal, menjadi pertimbangan untuk segera melakukan pemeriksaan radiologis.

(d) Pemeriksaan MRI

Lebih dianjurkan ketika pasien menunjukkan kecurigaan terhadap penyakit seperti sklerosis multipel, infark vaskular, atau tumor di area serebelopontin

(e) Pemeriksaan CT-scan

Lebih dianjurkan untuk mengidentifikasi adanya abnormalitas pada tulang petrosa atau peradarahan di serebelum, serta sebagai alat untuk tindak lanjut vertigo yang disebabkan oleh trauma.

(4) Terapi pengobatan

(a) Istirahat

(b) Diet anti kalori, tinggi protein, rendah karbohidrat

Walaupun mengalami penurunan nafsu makan, kebutuhan energi dan nutrisi tetap harus dipenuhi agar tidak memperburuk infeksi

yang dialami, demi mencapai kesehatan yang optimal dan mencegah terjadinya morbiditas serta mortalitas akibat infeksi penyakit (NUR, W. 2023).

(c) Antihistamin H1

(d) Betahistine

Menurut Journal (Ramadhan & Hunaifi, 2022) penggunaan betahistin telah menunjukkan perbaikan dalam pengendalian vertigo, tinnitus, dan gangguan pendengaran. Betahistine telah menunjukkan efektivitas terutama sebagai koadjuvan kompensasi vestibular.

(e) Golongan antagonis kalsium

(f) Flunarizine

Yang berfungsi dengan menghambat saluran kalsium dalam sistem vestibuler, sehingga mengurangi jumlah ion kalsium di dalam sel. Penghambat saluran kalsium ini berperan sebagai supresan vestibuler. Flunarizine diresepkan dalam dua dosis, yaitu 5 mg sekali sehari atau 5 mg dua kali sehari. (Rendra & Pinzon, 2018)

(5) Analisa data

Analisa data merupakan untuk mengaitkan data dengan konsep, teori, dan prinsip yang relavan, guna menarik kesimpulan dalam mengidentifikasi masalah kesehatan pada klien.

2.2.1. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialaminya, baik yang bersifat aktual maupun yang berpotensi terjadi. (SDKI, 2016).

Adapun diagnose keperawatan menurut (Diah Ayu Prameswari, 2021). SDKI 2017 dalam penyakit vertigo adalah:

- a. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara pasokan dan kebutuhan oksigen, serta dipengaruhi oleh tirah baring, kelemahan imobilitas, dan gaya hidup yang monoton (D.0056) penyebab Fisiologis:

3. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

4. Tirah baring

5. Kelemahan

6. Imobilitas

7. Gaya hidup monoton

Gejaladan tanda mayor:

Subjektif:

1. MengeluhLelah

Objektif:

1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

Gejala dan tanda minor:

Subjektif:

1. Dispnea saat/setelah aktivitas

2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas

3. Merasalemah

Objektif:

1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat
2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas
3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia

4. Sianosis

- b. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit, kurang pengendalian situasional/lingkungan, ketidakadekuatan sumber daya (mis. Dukungan finansial, sosial dan pengetahuan, kurang nya privasi, gangguan stimulus lingkungan, efek samping terapi (mis. Medikasi, radiasi, komoterapi. (D.0074). Penyebab fisiologis:

1. Gejala penyakit
2. kurang pengendalian situasional/lingkungan
3. ketidakadekuatan sumber daya (mis. dukungan finansial, sosial, dan pengetahuan)
4. Kurangnya privasi
5. Gangguan stimulus lingkungan
6. Efek samping terapi (mis. medikasi, radiasi, komoterapi)

Gejala dan tanda mayor

Subjektif:

1. Mengeluh tidak nyaman

Objektif:

1. Gelisah

Gejala dan tanda minor:

Subjektif:

1. mengeluh sulit tidur
2. tidak mampu rileks
3. mengeluh kedinginan/kepanasan

4. merasa gatal

5. mengeluh mual

6. mengeluh lelah Objektif:

1. menunjukkan gejala distress

2. tampak merintih atau menangis

3. pola eliminasi berubah

4. postur tubuh berubah

5. iritabilitas

c. Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan, Riwayat

jatuh, penurunan tingkat kesadaran, kekuatan otot menurun, gangguan

pendengaran. (D.0143)

penyebab fisiologis:

1. Osteoporosis

2. Kejang

3. Penyakit sebrovaskuler

4. Katarak

5. Glaukoma

6. Demensia

7. Hipotensi

8. Amputasi

9. Intoksikasi

10. Preeklampsia

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif: Tidak tersedia Objektif: Tidak tersedia

Gejala dan tanda minor:

Subjektif: Tidak tersedia Objektif: Tidak tersedia.

2.2.2. Perencanaan

Perencanaan merupakan proses yang melibatkan penetapan tujuan organisasi, pengembangan strategi untuk mencapai tujuan tersebut, serta penyusunan rencana aktivitas kerja organisasi, sekaligus memberikan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan mengenai apa yang akan dilakukan dan mengapa (SDKI, 2017).

Berikut ini adalah perencanaan tindakan asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan pada klien Vertigo.`

a. **Intoleransi Aktivitas****Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan Intoleransi Aktivitas (SDKI,SLKI,SIKI,2017)**

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
D.0056 Intoleransi Aktivitas Definisi: ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Penyebab: 1. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 2. Tirah baring 3. Kelemahan 4. Imobilitas 5. Gaya hidup monoton Gejala&Tanda Mayor: Subjektif: 1. Klien mengeluh lelah Objektif: 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat 1. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah Objektif: 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat	L.05046 Tingkat Keletihan Definisi: kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat. Kriteria Hasil: Menurun - Keluhan Lelah - Lesu - Gangguan konsentrasi - Sakit kepala - Sakit tenggorokan - Mengi - Sianosis - Gelisah - Frekuensi napas - Perasaan bersalah Meningkat - Verbalisasi kepulihan energi - Tenaga - Kemampuan melakukan aktivitas rutin - Motivasi Membaik	I.05178 Manajemen Energi Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur	Manajemen Energi Observasi 1 Identifikasi penyebab kelelahan 2 Kelelahan emosional, seperti stress dan kecemasan, dapat memperburuk kelelahan fisik karena meningkatkan aktivitas sistem saraf simpatis dan menguras energi tubuh 3 Mengidentifikasi pola tidur yang memungkinkan perbaikan

2. Gambaran EKG menunjukan aritmia saat/setelah aktivitas	- Nafsu makan	4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	4 kebiasaan tidur untuk meningkatkan energi dan Kesehatan secara keseluruhan
3. Gambaran EKG menunjukan iskemia	- Pola napas		
4. Sianosis	- Pola istirahat		
		Terapeutik	Terapeutik
		1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)	1 Cahaya yang redup, suara yang minim, dan pengurangan kunjungan yang berlebihan dapat membantu menciptakan kondisi yang kondusif Untuk istirahat dan relaksasi.
		2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif	2 Latihan rentang gerak membantu mencegah atrofi otot,meningkatkan sirkulasi darah, serta menjaga fleksibilitas sendi.
		3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan	3 Aktivitas distraksi seperti mendengarkan musik, membaca,

		atau Teknik relaksasi dapat mengalihkan perhatian dari ketidaknyamanan, stres, atau kecemasan.
	4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan	4 Duduk di sisi tempat tidur membantu meningkatkan toleransi ortostatik (kemampuan tubuh beradaptasi terhadap perubahan posisi), mencegah hipotensi ortostatik, dan meningkatkan sirkulasi.
	Edukasi	Edukasi
	1. Anjurkan tirah baring	1 Istirahat yang cukup juga dapat menurunkan fisiologis akibat aktivitas berlebihan.
	2. Anjurkan melakukan	2 Aktivitas yang dilakukan secara

	aktivitas secara bertahap		bertahap membantu tubuh beradaptasi tanpa menyebabkan kelelahan berlebih.
	3. Anjurkan menghubungi	3	Strategi koping seperti teknik relaksasi, manajemen waktu, dan pengaturan prioritas
	4. perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang	4	Aktivitas dapat stress membantu pasien mengelola energi dengan lebih efektif.
	5. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan		
	Kolaborasi	Kolaborasi	
	1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	1	Ahli gizi dapat membantu menentukan kebutuhan kalori, protein, serta mikronutrien yang diperlukan sesuai dengan kondisi pasien.

b. Gangguan Rasa Nyaman

Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman (SDKI,SLKI,SIKI,2017)

DIAGNOSA KEPERAWATAN	UJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
D.0074 Gangguan Rasa Nyaman: Gejala Penyakit Definisi: perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial. Penyebab: Fisiologis: 1. Gejala penyakit 2. Kurang pengendalian situasional/lingkungan 3. Ketidakadekuatan(mis.du kungan finansial,sosial,dan pengetahuan 4. Kurangnya privasi 5. Gangguan stimulus lingkungan 6. Efek samping terapi (mis.mdikasi,radiasi,kom oterapi) 7. Gangguan adaptasi kehamilan Gejala&Tanda Mayor: Subjektif: 1. Mengeluh tidak nyaman	L.08064 Status Kenyamanan Definisi:keseluruhan rasa nyaman dan aman secara fisik,psikologis,spiritual,sosi al,budaya dan lingkungan. Kriteria Hasil: Meningkat - Kesejahteraan fisik - Kesejahteraan psikologis - Dukungan sosial dan budaya - Perawatan sesuai keyakinan budaya - Perawatan sesuai kebutuhan - Kebebasan melakukan ibadah - Rileks Menurun - Keluhan tidak nyaman - Gelisah - Kebisingan - Keluhan sulit tidur - Keluhan kedinginan - Keluhan kepanasan	I.09326 Terapi Relaksasi 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 respon terhadap terapi relaksasi	Terapi Relaksasi Observasi 1. Gejala ini dapat menunjukkan stres, kecemasan, atau kelelahan yang menghambat fungsi kognitif dan emosional pasien. 2. Menggunakan teknik yang sudah dikenal pasien dapat meningkatkan kepatuhan dan efektivitas intervensi. 3. Penting untuk menyesuaikan pendekatan berdasarkan pengalaman dan kesiapan pasien agar intervensi tidak menjadi beban tambahan. 4. Memberikan data objektif untuk mengevaluasi efektivitas teknik relaksasi. 5. Untuk menentukan apakah intervensi perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau diganti.

Objektif:	- Mual	Terapeutik	Terapeutik
1. Gelisah	- Merintih	1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan	1. Suasana yang nyaman mendukung terciptanya relaksasi maksimal.
Gejala&tanda Minor:	- Menangis	2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi	2. Membantu pasien memahami dan mengikuti instruksi secara mandiri di luar sesi.
Subjektif:	- Iritabilitas	3. Gunakan pakaian longgar	3. Meningkatkan kenyamanan fisik dan mendukung kelancaran sirkulasi.
1 Mengeluh sulit tidur	- Menyalahkan diri sendiri	4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama	4. Suara yang tenang dapat menstimulasi sistem saraf parasimpatik untuk menurunkan stres.
2 Tidak mampu rileks	- Konfusi	5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai	5. Relaksasi dapat meningkatkan efektivitas intervensi medis dan mengurangi kebutuhan farmakologis.
3 Mengeluh kedinginan/kepanasan	- Konsumsi alcohol		
4 Merasa gatal	- Penggunaan zat Membaik		
5 Mengeluh mual	- Memori masa lalu		
6 Mengeluh lelah	- Suhu ruangan		
Objektif:	- Pola eliminasi		
1. Menunjukkan gejala distress	- Postur tubuh		
2. Tampak merintih atau menangis	- Kewaspadaan		
3. Pola eliminasi berubah	- Pola hidup		
4. Postur tubuh berubah	- Pola tidur		
5. Iritabilitas			
		Edukasi	Edukasi
		1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)	1. Meningkatkan motivasi dan pemahaman pasien terhadap pilihan yang sesuai dengan preferensinya.

-
- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih3. Anjurkan mengambil posisi nyaman4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) | <ol style="list-style-type: none">2. Memastikan pasien memahami tahapan dan cara pelaksanaan yang benar.3. Meminimalkan distraksi fisik yang dapat mengganggu proses relaksasi.4. Kesadaran akan perubahan tubuh (mindfulness) meningkatkan efektivitas relaksasi.5. Latihan rutin memperkuat respons relaksasi dan meningkatkan kontrol diri terhadap stres.6. Praktik langsung memfasilitasi pembelajaran aktif dan membangun kepercayaan diri pasien. |
|---|--|
-

c. RISIKO JATUH

Tabel 2.3 Perencanaan Keperawatan Risiko Jatuh (SDKI,SLKI,SIKI,2017)

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
<p>D.0143</p> <p>Risiko Jatuh</p> <p>Definisi: Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh</p> <p>Penyebab:</p> <p>Fisiologis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osteoporosis 2. Kejang 3. Penyakit sebrovaskuler 4. Katarak 5. Glaukoma 6. Demensia 7. Hipotensia 8. Amputasi 9. Intoksikasi 10. Preeklampsia <p>Situasional:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak) 2. Riwayat jatuh 3. Anggota gerak bawah prostesis (buatan) 4. Penggunaan alat bantu berjalan 5. Penurunan tingkat kesadaran 	<p>L.14138</p> <p>Tingkat Jatuh</p> <p>Definisi: Derajat jatuh berdasarkan observasi atau sumber informasi</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <p>Menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jatuh dari tempat tidur - Jatuh saat berdiri - Jatuh saat berjalan - Jatuh saat dipindahkan - Jatuh saat naik tangga - Jatuh saat di kamar mandi - Jatuh saat membungkuk 	<p>I.14529</p> <p>Pemantauan Risiko Jatuh</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi deficit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi terjatuh di lingkungan tertentu 2. Identifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi risiko terjatuh 3. Identifikasi riwayat jatuh 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Defisit kognitif (seperti disorientasi, gangguan memori, atau kesulitan dalam pengambilan keputusan) dan defisit fisik (seperti kelemahan otot, gangguan penglihatan, atau masalah keseimbangan) dapat secara signifikan meningkatkan risiko jatuh. 2. Riwayat jatuh adalah prediktor kuat untuk jatuh di masa depan. 3. Mengetahui apakah pasien pernah jatuh

6. Perubahan fungsi kognitif			sebelumnya,
7. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing)			bagaimana jatuhnya,
8. Kondisi pasca operasi			dan faktor apa yang
9. Hipotensi ortostatik			berkontribusi pada
10. Perubahan kadar glukosa darah			jatuh tersebut dapat
11. Anemia			membantu dalam
12. Kekuatan otot menurun			mengembang kan
13. Gangguan pendengaran			strategi pencegahan
14. Gangguan keseimbangan			yang lebih efektif.
15. Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)			4. Lingkungan yang
16. Neuropati			tidak aman dapat
17. Efek agen farmakologis (mis. sedasi,			meningkatkan risiko.
18. alkohol, anastesi umum)			
	4. Identifikasi karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan potensi jatuh (mis. lantai licin, dan tangga terbuka)		
	5. Monitor keterampilan, keseimbangan, dan tingkat kelelahan dengan ambulasi Monitor	5. Mengidentifikasi kasi bahaya lingkungan memungkinkan an modifikasi untuk meminimalkan risiko tersebut	
	6. kemampuan untuk pindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya	6. Memantau bagaimana pasien berjalan (ambulasi) memungkinkan an Anda untuk menilai keseimbangan, kekuatan, dan	

		koordinasi mereka. Kelelahan juga dapat memengaruhi keseimbangan dan meningkatkan risiko jatuh.
	7. Periksa resepsi keseimbangan, jika perlu	7. Resepsi keseimbangan melibatkan sistem sensorik yang berbeda (misalnya, penglihatan, system vestibular, dan proprioepsi) yang bekerja sama untuk menjaga keseimbangan. Jika ada gangguan pada salah satu sistem ini, risiko jatuh dapat meningkat.
	Terapeutik	Terapeutik
	1. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien	1. Frekuensi pemantauan harus disesuaikan dengan tingkat risiko pasien. Pasien dengan risiko tinggi mungkin memerlukan pemantauan lebih sering daripada pasien dengan risiko

	2. Dokumentasikan hasil pemantauan	rendah. 2. Dokumentasi yang akurat dan lengkap memungkinkan profesional Kesehatan untuk melacak perubahan dalam kondisi pasien, mengidentifikasi tren, dan menyesuaikan rencana perawatan sesuai kebutuhan.
Edukasi	1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	Edukasi 1. Pasien yang memahami mengapa mereka dipantau dan bagaimana pemantauan dilakukan lebih mungkin untuk bekerja sama dan memberikan informasi yang akurat
	2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu	2. Memberikan umpan balik kepada pasien tentang hasil pemantauan mereka dapat membantu

mereka memahami risiko mereka dan termotivasi untuk mengambil langkah-langkah pencegahan.

2.2.3. Pelaksanaan

Implementasi adalah pelaksanaan rencana intervensi yang bertujuan untuk mencapai sasaran tertentu. Tujuan dari implementasi adalah untuk membantu klien mencapai target yang telah ditetapkan, yang meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan mendukung proses koping. Implementasi keperawatan adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan intervensi atau rencana keperawatan dalam pelaksanaannya, diperlukan adanya standar prosedur operasional (SPO) atau panduan untuk melaksanakan implementasi tersebut. (Purba, 2020).

Pada fase implementasi, perawat mendampingi klien dalam merefleksikan intervensi atau rencana yang telah disusun sesuai dengan skala prioritas yang disepakati bersama klien. Selanjutnya, pada tahap evaluasi, perawat harus mampu membimbing klien agar klien dapat menetapkan tujuan selanjutnya dalam mengidentifikasi masalah yang dihadapinya. (Purba, 2020).

2.2.4. Evaluasi

Evaluasi adalah proses penilaian terhadap hasil dan proses yang telah dilakukan. Penilaian hasil mengukur sejauh mana keberhasilan yang dicapai sebagai akibat dari tindakan yang diambil. Sementara itu, penilaian proses mengevaluasi apakah terdapat kesalahan pada setiap tahap proses, mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, hingga evaluasi itu sendiri. (Kurniati, 2019)

Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditentukan sebelumnya dalam perencanaan. Proses ini melibatkan perbandingan antara hasil tindakan keperawatan yang telah melaksanakan dengan

tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya, serta menilai efektifitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan, hingga pelaksanaan. (Kurniati, 2019).

2.3. Konsep Teori: Intoleransi Aktivitas

Intoleransi Aktivitas (pembatasan aktivitas) dapat dihubungkan dengan teori king, yang menggambarkan kondisi pasien dalam menghadapi stres dan proses koping yang mereka lakukan. Selain itu, teori ini juga mencakup pengaturan ruang, waktu untuk interaksi, serta peran pasien dalam menjalani aktivitas sehari-hari di rumah sakit. (Putri & Nursanti, 2024).

Dalam kasusnya intoleransi aktivitas seringkali dibarengi dengan *Dizzines*. *Dizziness* bisa disebabkan oleh berbagai faktor, seperti tekanan darah rendah, dehidrasi, gangguan telinga dalam (misalnya vertigo), efek samping obat, anemia, stres, atau masalah neurologis. Jika sering terjadi atau disertai gejala lain (seperti penglihatan kabur atau pingsan), sebaiknya segera konsultasi ke dokter. (Frederic, 2021)

2.3.1. Definisi

Intoleransi aktivitas merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. (SDKI D.0056)

1. Penyebab: Fisiologis

- a) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- b) irah baring
- c) Kelemahan
- d) Imobilitas
- e) Gaya hidup monoton

1) Gejala tandamayor

Subjektif

1. Mengeluh Lelah

2) Objektif:

1. Frekuensi jantung meningkat $>20\%$ dari kondisi istirahat

3) Gejalatandaminor

Subjektif:

1. Dispnea saat/setelah aktivitas

2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas

3. Merasalemah Objektif:

1. Tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat

2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas

3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia

4. Sianosis

4) Kondisi klinis terkait

1. Anemia

2. Gagal jantung kongestif

3. Penyakit jantung coroner

4. Penyakit katup jantung

5. Aritmia

6. Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK)

7. Gangguan metabolic

8. Gangguan muskuloskeletal

2.3.2. Tanda Dan Gejala Intoleransi Aktivitas

Diagnosa Intoleransi aktivitas meliputi kurang nya rasa tidak nyaman saat mengalami dispnea saat beraktivitas, melaporkan kelelahan atau kelemahan secara verbal, ketidaknyamanan setelah melakukan aktivitas, serta frekuensi jantung atau tekanan darah yang tidak normal sebagai respons terhadap aktivitas. Selain itu, terdapat juga perubahan EKG yang menunjukkan adanya aritmia atau iskemia.(Isnaeni & Puspitasari, 2018)

2.3.3. Penatalaksanaan Intoleransi Aktivitas

1. Terapi farmakologis

Pengobatan untuk vertigo, yang juga dikenal sebagai pengobatan supresan vestibular, melibatkan penggunaan golongan benzodiazepin (seperti diazepam dan clonazepam) serta antihistamin (seperti meclizine dan diphenhydramine). Benzodiazepin dapat mengurangi sensasi berputar, tetapi dapat mengganggu kompensasi sentral pada kondisi vestibular perifer. Di sisi lain, antihistamin memiliki efek supresif pada pusat muntah, sehingga dapat mengurangi mual dan muntah yang disebabkan oleh motion sickness. Penting untuk dicatat bahwa penggunaan benzodiazepin dan antihistamin dapat mengganggu kompensasi sentral pada kerusakan vestibular, sehingga penggunaannya harus diminimalkan. (A. Kusumastuti & Muhamad, 2024)

- a) Memposisikan pasien duduk di tepi tempat tidur dengan kaki menjuntai, tengokkan kepala 45 derajat ke satu arah (kiri) lalu baringkan tubuh ke arah sebaliknya (kanan) dengan kondisi kepala masih menengok ke arah sebaliknya, pertahankan posisi ini selama 30 detik.
- b) Setelah itu pasien duduk kembali selama 30 detik dengan pandangan lurus kedepan. Tengokkan kepala 45 derajat ke satu arah (kanan) lalu baringkan tubuh ke arah sebaliknya (kiri) dengan kondisi kepala masih menengok ke arah sebaliknya, pertahankan posisi ini selama 30 detik.

- c) Posisikan pasien untuk duduk kembali selama 30 detik dengan pandangan lurus kedepan.
- d) Ulangi terapi ini sebanyak 5 siklus selama 10 menit dan dilakukan sebanyak 3kali sehari

Hal ini menunjukkan bahwa terapi brandt daroff bisa mengurangi vertigo. Terapi brandt daroff juga sangat efektif, mudah dan juga melancarkan aliran darah ke otak maka tubuh menjadi rileks serta mengurangi stress. Hal ini dibuktikan dengan hasil pengamatan diatas bahwa pada pasien vertigo yang mengalami gejala vertigo sedang sebagian besar menurun menjadi gejala vertigo ringan.(A. Kusumastuti & Muhamad, 2024)