

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Vertigo

2.1.1. Pengertian

Vertigo adalah gangguan orientasi spasial atau ilusi persepsi dari pergerakan tubuh (rasa berputar) dan/atau lingkungan sekitarnya. Hal ini dapat berhubungan dengan gejala lain, seperti impulsio (sensasi tubuh seperti mengambang), *oscillopsia* (ilusi visual dari mata sehingga pandangan seperti maju atau mundur), muntah, atau gangguan melangkah (Laksono & Kusumaningsih, 2022).

Vertigo adalah gejala disfungsi vestibular dan telah digambarkan sebagai sensasi gerakan, paling sering gerakan rotasi. Penting untuk membedakan gejala pusing dari bentuk pusing lainnya, seperti pusing, yang paling sering dikaitkan dengan presinkop (Stanton & Freeman, 2023).

Berdasarkan uraian di atas, penulis menyimpulkan bahwa vertigo merupakan suatu gangguan orientasi spasial yang ditandai dengan sensasi gerakan palsu seperti rasa berputar pada tubuh atau lingkungan sekitar. Kondisi ini disertai gejala penyerta seperti mual, muntah, gangguan penglihatan, serta ketidakseimbangan saat berjalan. Vertigo dapat dialami oleh semua kelompok usia, dengan penyebab yang berbeda tergantung pada usia penderita.

2.1.2. Etiologi

Vertigo paling sering disebabkan oleh disfungsi pada sistem vestibular dari lesi perifer atau sentral. Etiologi vertigo perifer meliputi penyebab vertigo sebagai berikut (Stanton & Freeman, 2023):

1. BPPV

BPPV (*Benign Paroxysmal Positional Vertigo*) adalah episode pusing dan sensasi berputar dengan gerakan kepala tertentu. BPPV dihasilkan dari endapan kalsium atau puing-puing di kanal setengah lingkaran posterior dan menyebabkan sering terjadi episode vertigo sementara yang berlangsung beberapa menit atau kurang.

2. Penyakit Ménière

Pasien dengan penyakit Ménière sering mengalami tinnitus, gangguan pendengaran, dan kepenuhan pendengaran selain vertigo.

3. Herpes zoster oticus (sindrom Ramsay Hunt)

Pada sindrom Ramsay Hunt, vertigo dihasilkan dari reaktivasi virus Varicella-zoster laten (VZV) di ganglion geniculate, yang menyebabkan peradangan pada saraf vestibulocochlear. Saraf wajah juga sering terlibat, mengakibatkan kelumpuhan wajah.

4. Kolesteatoma

Kolesteatoma adalah lesi seperti kista yang diisi dengan puing-puing keratin. Kolesteatoma paling sering melibatkan telinga tengah dan mastoid.

5. Otosklerosis

Otosklerosis ditandai dengan pertumbuhan tulang yang tidak normal di telinga tengah, yang menyebabkan gangguan pendengaran konduktif dan dapat mempengaruhi koklea, juga menyebabkan tinnitus dan vertigo.

6. Fistula perilimfatik

Fistula perilimfatik adalah penyebab vertigo perifer yang kurang umum dan akibat trauma.

Etiologi sentral vertigo harus selalu dipertimbangkan dalam perbedaan. Stroke iskemik atau hemoragik, terutama yang melibatkan sistem otak kecil atau vertebrobasilar, mengancam jiwa dan harus dikesampingkan dengan riwayat, fisik, dan tes diagnostik lainnya jika diperlukan. Penyebab sentral lain yang lebih serius termasuk tumor, terutama yang timbul dari sudut serebellopontine. Contoh tumor tersebut termasuk glioma batang otak, medulloblastoma, dan schwannoma vestibular, yang dapat menyebabkan gangguan pendengaran sensorineural serta gejala pusing (Stanton & Freeman, 2023).

Migrain vestibular adalah penyebab utama umum vertigo. Mereka ditandai dengan sakit kepala unilateral yang terkait dengan gejala lain, termasuk mual, muntah, fotofobia, dan fonofobia. Akhirnya, multiple sclerosis telah dikaitkan dengan penyebab vertigo sentral dan perifer. Multiple sclerosis dapat menyebabkan vertigo dengan mengembangkan

plak demielinasi di jalur vestibular. BPPV adalah penyebab umum perifer vertigo pada pasien dengan multiple sclerosis (Stanton & Freeman, 2023).

Penyebab lain dapat menyebabkan vertigo, termasuk vertigo yang diinduksi obat dan gangguan psikologis, termasuk suasana hati, kecemasan, dan somatisasi. Obat-obatan yang terkait dengan vertigo termasuk antikonvulsan seperti fenitoin dan salisilat (Stanton & Freeman, 2023).

2.1.3. Patofisiologi

Terjadinya vertigo melibatkan beberapa struktur anatomi. Struktur anatomi yang dilibatkan adalah nukleus vestibular yang terletak di pons akan menerima input dari labirin vestibular melalui cabang vestibular saraf kranial VIII (Vestibulokoklear) dan dari serebelum. Nukleus vestibular juga akan mengirimkan serabut eferen ke serebelum, fasikulus longitudinal medial serta saluran vestibulospinal. Sehingga, etiologi dari vertigo bisa berasal dari telinga bagian dalam, serebelum atau otak, yang kemudian dikelompokkan sebagai vertigo perifer (serebelum dan otak) dan vertigo perifer (telingah bagian dalam) berdasarkan struktur anatomi yang dilibatkan (Ramadhan et al., 2024).

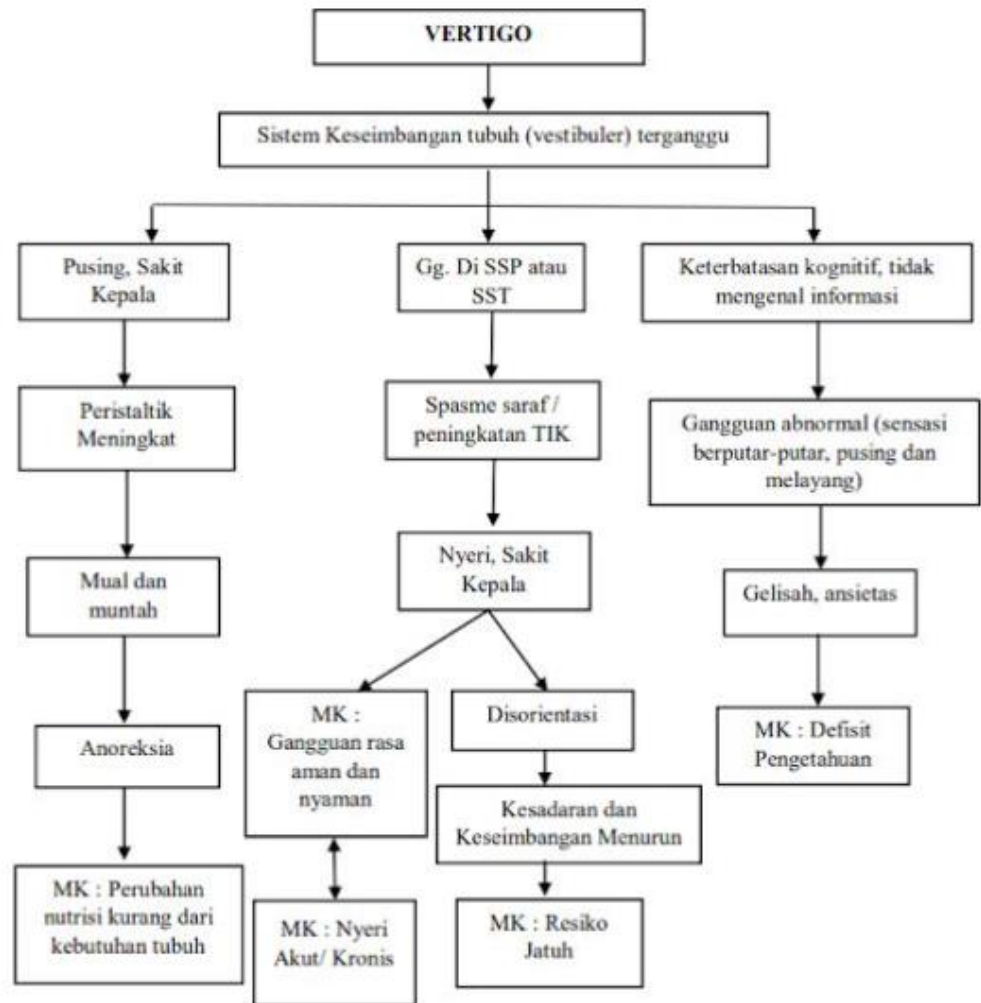
Patofisiologi terjadinya vertigo berdasarkan teori konflik sensoris menjelaskan bahwa vertigo terjadi akibat adanya ketidakseimbangan pada ketiga jenis reseptor AKT (Alat Keseimbangan Tubuh) yang terdiri atas vestibulum, visus dan proprioseptif. Keadaan tersebut merupakan akibat

dari rangsangan berlebihan, lesi pada sistem vestibular perifer atau sentral, sehingga menyebabkan pusat pengelolaan data di otak menjadi kebingungan, dan pada akhirnya pemrosesan pada jalur sensoris menjadi tidak normal (Sumardin, 2023).

Proses tidak normal yang terjadi akan menimbulkan perintah dari pusat AKT menjadi tidak sesuai dengan kebutuhan yang diinginkan dan membangkitkan tanda kegawatan. Perintah yang tidak sesuai akan menimbulkan refleksi antisipatif yang salah dari otot-otot ekstremitas (deviasi jalan/semboyongan), penyanggah tubuh (deviasi saat posisi tegak) dan otot penggerak mata (nistagmus) (Sumardin, 2023).

2.1.4. Pathway

Berikut ini pathway dari vertigo (Wulandari, 2023).



Bagan 2. 1 Pathway Vertigo (Sumber: Wulandari, 2023) dengan modifikasi

2.1.5. Manifestasi Klinis

Secara singkat, menurut Susilawati (2021), gejala penyerta vertigo meliputi pusing, kulit pucat, mual dan muntah, gangguan keseimbangan, tidak mampu berkonsentrasi, dan perasaan seperti mabuk.

Menurut Kurniawan (2022) serta Faujiah & Rofi'ah (2024), gejala yang dirasakan penderita vertigo meliputi:

- a. Sakit kepala seperti nyeri tertimpa berat di kepala
- b. Kepala berputar
- c. Pendengaran berdengung
- d. Penglihatan ganda dan menurun
- e. Halusinasi
- f. Mata terlihat bersilangan (juling)
- g. Lingkungan berputar kedua arah (nystagmus)
- h. Kesusahan berjalan ketika mata tertutup
- i. Mual
- j. Ketidakstabilan postur tubuh, kehilangan keseimbangan
- k. Penglihatan kabur
- l. Disorientasi

2.1.6. Komplikasi

Kunci untuk sampai pada diagnosis adalah membedakan vertigo dari penyebab lain dari pusing atau ketidakseimbangan dan membedakan vertigo sentral dari perifer. Diagnosis yang akurat sangat penting dalam penyebab

yang mengancam jiwa. Hal ini termasuk neoplasma, infeksi, dan kecelakaan serebrovaskular (Sutarni et al., 2023).

2.1.7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan fisik pada pasien vertigo meliputi:

- a. Kepala dan leher, termasuk pemeriksaan saraf kranialis
- b. Telinga, hidung, tenggorokan
- c. Pemeriksaan neurologi
 1. Tes fungsi okulomotor
 - a) Smooth pursuit: menilai gerakan bola mata terkonjugasi/tidak
 - b) Nistagmus: spontan, dipicu pandangan, gerakan kepala
 - c) Saccade: disimetrik (serebelum), lambat (batang otak), terlambat (lobus frontalis), diskonjugasi (sklerosis multiple)
 - d) Head thrust: tanpa refiksasi saccade terbilang normal, adanya refiksasi saccade perifer terbilang abnormal.
 - e) Head shake: normal jika tanpa nistagmus, kelainan vestibuler perifer jika nistagmus horizontal, kelainan vestibular sentral di batang otak jika nistagmus vertikal.
 - f) Aktivitas visual dinamik: normal jika salah < 3 baris, kelainan vestibular bilateral jika salah 3 ke atas
 - g) Supresi fiksasi: normal jika tanpa nistagmus, abnormal jika nistagmus sentral
 2. Tes posisi: pearsat Dix-Hallpike
 3. Tes visus

4. Tes kontrol postural: tes romberg, tes past pointing, tes tandem gait, tes Fukuda

Menurut Sutarni et al. (2023), pemeriksaan penunjang vertigo dapat berupa:

- a. Laboratorium pada kasus stroke, infeksi
- b. EEG pada kasus vestibular epilepsi EMG pada kasus neuropati
- c. EKG pada kasus serebrovaskular
- d. TCD pada kasus serebrovaskular
- e. CT Scan/MRI pada kasus stroke, infeksi, dan tumor

2.1.8. Penatalaksanaan

Penanganan yang diberikan pada vertigo selama ini dapat dilakukan dengan farmakologi, non farmakologi maupun operasi. Farmakologi adalah penanganan vertigo menggunakan obat-obatan, sedangkan non farmakologi adalah penanganan vertigo menggunakan teknik lain selain obat-obatan.

1. Farmakologi

Penatalaksanaan secara farmakologi dalam jangka panjang tentunya obat yang dikonsumsi memiliki efek samping. Beberapa penatalaksanaan secara farmakologi yaitu pengobatan suppressant vestibular yang digunakan adalah golongan benzodiazepine (diazepam, clonazepam) dan antihistamine (meclizine, dipenhidramin). Benzodiazepines dapat mengurangi sensasi berputar, Antihistamine mempunyai efek supresif pada pusat muntah sehingga dapat

mengurangi mual dan muntah karena motion sickness (Rahmayuli & Nurhusna, 2022).

2. Nonfarmakologi

Adapun tatalaksana non farmakologi untuk vertigo yaitu terdapat beberapa jenis manuver yang dapat dilakukan. Manuver-manuver tersebut diantaranya manuver Epley, manuver Semont, manuver Lempert, Forced Prolonged Position, dan BrandtDaroff exercise (Rahmayuli & Nurhusna, 2022).

Perawatan non-farmakologis tambahan untuk pasien dengan disfungsi vestibular unilateral atau bilateral permanen termasuk terapi fisik dengan rehabilitasi vestibular. Latihan rehabilitasi vestibular melatih otak untuk menjaga keseimbangan melalui petunjuk visual dan proprioseptif alternatif. Beberapa uji coba kontrol acak telah menunjukkan manfaat dalam rehabilitasi vestibular, termasuk penurunan gejala pusing, penurunan pusing yang dipicu oleh gerakan, dan peningkatan aktivitas kehidupan sehari-hari (Stanton & Freeman, 2023).

Pada beberapa pasien, terutama mereka yang didiagnosis dengan neuritis vestibular, kombinasi terapi farmakologis dan nonfarmakologis dianjurkan. Pada neuritis vestibular, kortikosteroid direkomendasikan dalam pengaturan akut selain rehabilitasi vestibular. Pada pasien dengan penyakit Ménière, penyesuaian gaya hidup selain pengobatan dan rehabilitasi vestibular telah terbukti efektif. Pasien dengan penyakit Ménière mungkin sangat sensitif terhadap diet tinggi garam, kafein, dan alkohol.

Menghindari pemicu yang diketahui dapat membantu meringankan gejala. Diuretik juga dapat diresepkan ketika modifikasi diet saja tidak cukup dalam mengendalikan gejala. Episode akut dapat diobati secara simtomatik dengan penekan vestibular seperti meclizine.

Pasien dengan vertigo posisi paroksismal jinak mendapat manfaat dari agen non-farmakologis. Perawatan utama untuk BPPV difokuskan pada manuver rotasi kepala yang menggantikan endapan kalsium kembali ke ruang depan melalui reposisi kanalis atau manuver Epley. Manfaat dari manuver Epley adalah pasien dapat melakukannya di rumah. Untuk melakukan manuver Epley yang dimodifikasi (seperti yang ditunjukkan pada gambar), instruksikan pasien untuk memposisikan diri tegak di tempat tidur dengan kepala berputar 45 derajat ke kiri dan bantal di belakang mereka. Bantal harus diposisikan sedemikian rupa sehingga tepat di bawah bahu mereka saat terlentang. Setelah pasien berada dalam posisinya, mereka harus segera kembali ke bantal sehingga kepala direbahkan ke tempat tidur. Mereka harus menahan posisi ini selama 30 detik. Tanpa mengangkat kepala, mereka harus memutar kepala 90 derajat ke sisi yang berlawanan (kanan) dan tahan posisi ini selama 30 detik lagi. Setelah 30 detik, mereka harus memutar tubuh mereka dan menuju 90 derajat lagi ke kanan dan menunggu 30 detik lagi. Terakhir, mereka harus duduk di sisi kanan tempat tidur. Manuver ini dapat diulang mulai dari sisi yang berlawanan dan harus dilakukan setidaknya 3 kali sehari sampai pasien tidak mengalami episode vertigo posisi lebih lanjut selama 24 jam. Manuver Epley efektif pada 50

hingga 90% pasien. Sayangnya, BPPV tidak dapat disembuhkan pada sejumlah pasien tertentu, dan perawatan bedah dapat menjadi pilihan, terutama jika gejalanya melumpuhkan. Pilihan bedah termasuk oklusi saluran posterior dengan sumbat tulang atau transeksi saraf ampuller posterior. Kedua prosedur bedah tersebut memiliki risiko gangguan pendengaran. Lihat Gambar. Manuver Epley (Stanton & Freeman, 2023).

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Vertigo

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien. Adapun pengkajian kasus vertigo menurut Susilawati (2021) adalah:

1. Identitas pasien

Nama, tempat tanggal lahir, umur, alamat, pekerjaan, jenis kelamin, agama, suku, sumber biaya, tanggal masuk Rs dan diagnosa medis.

2. Riwayat kesehatan

Dilakukan untuk menggali masalah keperawatan lainnya sesuai keluhan pasien.

- a. Keluhan utama

Klien mengeluh pusing

- b. Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan nyeri di bagian kepala, nyeri dirasakan seperti berputar-putar, nyeri yang dirasakan apabila klien duduk atau berdiri. Rasa nyeri berkurang apabila klien berbaring. Nyeri dirasakan hilang timbul skala 6 (0- 10)

c. Riwayat kesehatan dahulu

Pengkajian masa lalu digunakan untuk mengenali berbagai kondisi yang memberikan dampak terhadap kondisi saat ini. Perawat menanyakan riwayat masuk rumah sakit dan penyakit yang pernah diderita, penggunaan obat-obatan, dan adanya alergi. Riwayat nutrisi dan riwayat pola hidup juga penting dikaji detail pada pasien.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang memiliki penyakit seperti klien dan tidak ada penyakit keturunan seperti jantung, diabetes melitus dan asma.

e. Aktivitas/istirahat : dengan gejala kelemahan, kelelahan

f. Sistem pernafasan : frekuensi nafas normal 20 x/menit pergerakan dada kanan dan kiri simetris dan tidak ada sianosis.

g. Sistem persyarafan : bicara normal, orientasi waktu menjawab dengan baik, orientasi orang menjawab dengan baik, orientasi tempat klien baik, pupil mengecil saat diberi refleks cahaya, klien tidak dapat menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah.

- h. Sistem kardiovaskuler : konjungtiva anemis, tidak terdapat odema periorbita, tidak ada pembesaran vena jugularis, CRT < 3 detik, bentuk thoraks simetris, tekanan darah normal 120/90 mmHg, Nadi 80 x/menit.
- i. Sistem pencernaan : Mukosa bibir tidak kering, tidak ada pembekakan tonsil, mulut bersih, bising usus 10 x/menit, refleks menelan baik, pada saat palpasi tidak ada nyeri tekan turgor kulit baik, dan tidak terjadi distensi abdomen.
- j. Sistem perkemihan : volume urine 1000cc/hari, warna kuning jernih, tidak terpasang kateter, saat di palpasi tidak ada nyeri pada ginjal.
- k. Sistem integumen : Kulit berwarna sawo matang, kulit teraba hangat, warna rambut hitam, ubun-ubun tidak adanya kemerahan atau hematom.
- l. Sistem pendengaran : klien mengatakan mendengar baik, konsentrasi baik.
- m. Eliminasi : tidak ada gejala sakit sebelumnya pada gastrointestinal atau masalah yang berhubungan dengan gastrointestinal.
- n. Makan/cairan : gejala anoreksia, mual, muntah, tidak ada masalah menelan, tidak adanya nyeri ulu hati, tidak terjadi penurunan berat badan, penurunan nafsu makan.
- o. Neurologi : gejala rasa denyutan, pusing/sakit kepala, kelemahan.

- p. Nyeri atau kenyamanan : gejala nyeri, digambarkan sebagai tajam, dangkal, tertusuk-tusuk dan terputar.
- q. Pola tidur : klien mengatakan tidurnya tidak puas, terdapat kantung mata, klien mengatakan tidak bisa tidur, klien mengatakan pola tidur berubah.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017).

Menurut Wulandari (2023), diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien vertigo yaitu :

1. Gangguan rasa nyaman (SDKI D.0074)
2. Nyeri akut (SDKI D.0077)
3. Defisit Nutrisi (SDKI D.0019)
4. Nausea (SDKI D.0076)
5. Gangguan Pola tidur (D.0055)
6. Ansietas (D.0080)
7. Risiko jatuh (SDKI D.0143).

2.2.3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan, dari semua tindakan keperawatan. Perencanaan keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang diharapkan, tindakan tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik. Tim asuhan keperawatan membuat rencana bersama dengan klien dan keluarga untuk mendapatkan asuhan yang efektif guna memenuhi kebutuhan klien. Klien yang mengalami gangguan neurologi mungkin memerlukan bantuan dalam melaksanakan aktivitas kehidupan sehari-hari (activity daily living) (SLKI, 2018). Terkhusus untuk diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman, berikut ini tujuan yang ingin diperoleh: keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun.

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI	RASIONAL
1	Gangguan rasa nyaman (SDKI D.0074) b.d. gejala penyakit DS: - Mengeluh tidak nyaman DO: - Geligah	Status kenyamanan meningkat diberi kode L.08064 Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... x24 jam diharapkan status kenyamanan meningkat	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Observasi - Untuk memahami aspek nyeri secara menyeluruh penting untuk menentukan intervensi yang tepat serta

		<p>dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun 	<ul style="list-style-type: none"> ● Identifikasi skala nyeri ● Identifikasi respon nyeri non verbal ● Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri ● Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri ● Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri ● Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup ● Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan ● Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Berikan Teknik 	<p>mengevaluasi efektivitasnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk membantu mengukur intensitas secara objektif dan memantau perubahan kondisi. - bagi pasien yang sulit berkomunikasi ; ekspresi wajah, postur tubuh, dan perilaku dapat menunjukkan tingkat nyeri. - Mengetahui faktor-faktor ini membantu perawat dan pasien menghindari pemicu nyeri dan mengoptimalkan strategi pengurangan nyeri. - Untuk mengetahui keyakinan yang keliru dapat memperparah
--	--	---	---	--

			<p>nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) ● Fasilitasi istirahat dan tidur ● Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi 	<p>persepsi nyeri. Edukasi dapat membantu pasien lebih kooperatif dalam terapi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui dampak Budaya mempengaruhi cara individu mengekspresikan dan mengatasi nyeri; pendekatan budaya-sensitif lebih efektif. - Untuk mengetahui apakah nyeri kronis dapat menurunkan kualitas hidup secara signifikan; penanganan nyeri juga harus mempertimbangkan aspek psikososial - Menilai efektivitas pendekatan
--	--	--	--	--

			<p>meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri • Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat • Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>Terapi relaksasi (I.09326)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampu 	<p>nonfarmakologis untuk menentukan kelanjutan atau perubahan terapi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui apakah Analgetik dapat menyebabkan efek samping seperti mual, konstipasi, atau depresi napas, terutama opioid. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapi seperti TENS, aromaterapi, dan guided imagery dapat membantu mengalihkan perhatian dan merangsang sistem endogen analgesik. - Lingkungan nyaman membantu menurunkan
--	--	--	---	---

			<p>an berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan ● Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya ● Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan ● Monitor respons terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan 	<p>persepsi nyeri dan meningkatkan relaksasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kurang tidur meningkatkan sensitivitas terhadap nyeri. Tidur yang cukup mendukung penyembuhan dan keseimbangan emosional - Nyeri akut dan kronis memerlukan pendekatan berbeda. Misalnya, nyeri neuropatik lebih responsif terhadap antidepresan atau antikonvulsan dibanding NSAID. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan pemahaman kepada pasien membantu mereka merasa lebih
--	--	--	--	--

			<p>dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi ● Gunakan pakaian longgar ● Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama ● Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan 	<p>terkendali dan mengurangi kecemasan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberi pasien pilihan dalam mengelola nyeri meningkatkan partisipasi dan efektivitas terapi. - pasien dapat mengidentifikasi pola nyeri dan segera mencari bantuan jika terjadi perubahan. - Untuk Mencegah overuse atau underuse obat dan meningkatkan efektivitas pengobatan. - Menambah Pengetahuan tentang cara penggunaan obat, waktu pemberian, dan efek samping memperkuat
--	--	--	--	---

			<p>jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih ● Anjurkan mengambil posisi nyaman ● Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi ● Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih ● Demonstrasikan dan latihan Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) 	<p>kepatuhan dan hasil terapi.</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beberapa nyeri memerlukan terapi medis yang harus dilakukan oleh dokter. Kolaborasi memastikan intervensi menyeluruh dan efektif. <p>Terapi relaksasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui apakah Gejala tersebut dapat menunjukkan stres atau kelelahan mental yang bisa diperbaiki melalui relaksasi. - Menggunakan teknik yang sudah dikenal pasien akan meningkatkan kenyamanan dan efektivitas terapi.
--	--	--	---	---

				<ul style="list-style-type: none">- Terapi hanya akan efektif jika pasien bersedia dan mampu melakukan teknik tersebut.- Parameter ini mencerminkan respons fisiologis tubuh terhadap stres dan efektivitas relaksasi dalam menurunkan ya.- Untuk Menilai apakah teknik yang dipilih berhasil memberikan manfaat, serta menyesuaikan bila hasilnya tidak optimal. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">- Lingkungan yang mendukung membantu pasien fokus pada proses relaksasi dan
--	--	--	--	---

				<p>memperkuat hasilnya.</p> <ul style="list-style-type: none">- Untuk mempermudah pasien memahami dan mengulang teknik secara mandiri di rumah.- Pakaian ketat dapat membatasi pernapasan atau gerakan, sehingga mengganggu proses relaksasi.- Nada suara lembut membantu menenangkan sistem saraf dan mendukung suasana relaksasi.- Terapi relaksasi dapat meningkatkan efektivitas pengobatan medis dengan mengurangi ketegangan
--	--	--	--	---

				<p>dan kecemasan.</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Untuk memberi pemahaman menyeluruh agar pasien dapat memilih teknik sesuai kebutuhan dan kondisi.- Untuk meningkatkan kesiapan dan kepatuhan pasien dalam melakukan teknik relaksasi.- Latihan rutin membentuk kebiasaan sehat dan meningkatkan manfaat jangka panjang dari terapi relaksasi.- Demonstrasi langsung meningkatkan pemahaman dan keterampilan pasien dalam
--	--	--	--	--

				mempraktikkan teknik secara mandiri.
2	<p>Nyeri akut (D.0077) b.d agen pencedera fisik</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mengeluh nyeri <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tampak meringis ● Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri) ● Gelisah ● Frekuensi nadi meningkat ● Sulit tidur 	<p>Tingkat nyeri menurun diberi kode L.08066</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <p>Peralatan medis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri ● Identifikasi skala nyeri ● Identifikasi respon nyeri non verbal ● Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri ● Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri ● Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk memahami aspek nyeri secara menyeluruh penting untuk menentukan intervensi yang tepat serta mengevaluasi efektivitasnya. - Untuk membantu mengukur intensitas secara objektif dan memantau perubahan kondisi. - bagi pasien yang sulit berkomunikasi ; ekspresi wajah, postur tubuh, dan perilaku dapat menunjukkan tingkat nyeri. - Mengetahui faktor-faktor

		<p>menurun</p> <p>6. Frekuensi nadi membaik</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup ● Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan ● Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) ● Kontrol lingkungan 	<p>ini membantu perawat dan pasien menghindari pemicu nyeri dan mengoptimalkan strategi pengurangan nyeri.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui keyakinan yang keliru dapat memperparah persepsi nyeri. Edukasi dapat membantu pasien lebih kooperatif dalam terapi. - Untuk mengetahui dampak Budaya mempengaruhi cara individu mengekspresikan dan mengatasi nyeri; pendekatan budaya-sensitif lebih efektif.
--	--	---	--	--

			<p>yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fasilitasi istirahat dan tidur ● Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri ● Jelaskan strategi meredakan nyeri ● Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri ● Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat ● Ajarkan Teknik 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui apakah nyeri kronis dapat menurunkan kualitas hidup secara signifikan; penanganan nyeri juga harus mempertimbangkan aspek psikososial - Menilai efektivitas pendekatan nonfarmakologis untuk menentukan kelanjutan atau perubahan terapi. - Untuk mengetahui apakah Analgetik dapat menyebabkan efek samping seperti mual, konstipasi, atau depresi napas, terutama opioid.
--	--	--	---	--

			<p>farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapi seperti TENS, aromaterapi, dan guided imagery dapat membantu mengalihkan perhatian dan merangsang sistem endogen analgesik. - Lingkungan nyaman membantu menurunkan persepsi nyeri dan meningkatkan relaksasi. - Kurang tidur meningkatkan sensitivitas terhadap nyeri. Tidur yang cukup mendukung penyembuhan dan keseimbangan emosional - Nyeri akut dan kronis memerlukan pendekatan berbeda.
--	--	--	---	--

				<p>Misalnya, nyeri neuropatik lebih responsif terhadap antidepresan atau antikonvulsan dibanding NSAID.</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Memberikan pemahaman kepada pasien membantu mereka merasa lebih terkendali dan mengurangi kecemasan.- Memberi pasien pilihan dalam mengelola nyeri meningkatkan partisipasi dan efektivitas terapi.- pasien dapat mengidentifikasi pola nyeri dan segera mencari bantuan jika terjadi perubahan.
--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none"> - Untuk Mencegah overuse atau underuse obat dan meningkatkan efektivitas pengobatan. - Menambah Pengetahuan tentang cara penggunaan obat, waktu pemberian, dan efek samping memperkuat kepatuhan dan hasil terapi. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beberapa nyeri memerlukan terapi medis yang harus dilakukan oleh dokter. <p>Kolaborasi memastikan intervensi menyeluruh dan efektif</p>
3	Defisit Nutrisi (SDKI D.0019) b.d ketidakmampuan mencerna makanan DS:	Status nutrisi membaik diberi kode L.03030 Setelah dilakukan	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi 	Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Untuk Menentukan status gizi awal penting

	<p>Tidak ada</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal. 	<p>intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Porsi makan yang dihabiskan meningkat Berat badan membaik Indeks massa tubuh (IMT) membaik 	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi alergi dan intoleransi makanan Identifikasi makanan yang disukai Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik Monitor asupan makanan Monitor berat badan Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) Sajikan makanan 	<p>untuk mengetahui defisit atau kelebihan nutrisi dan menjadi dasar intervensi lanjutan.</p> <ul style="list-style-type: none"> Untuk Menghindari pemberian makanan yang dapat memicu reaksi alergi atau gangguan pencernaan yang membahayakan pasien. Untuk mengetahui Makanan yang disukai lebih mungkin dikonsumsi, sehingga mendukung peningkatan asupan nutrisi. Kebutuhan kalori dan nutrien bervariasi berdasarkan usia, kondisi medis, dan aktivitas fisik.
--	---	---	--	---

			<p>secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi ● Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein ● Berikan suplemen makanan, jika perlu ● Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ajarkan posisi duduk, jika mampu ● Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kolaborasi pemberian 	<p>Penyesuaian diperlukan agar intervensi efektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - penting untuk menentukan metode pemberian nutrisi yang aman dan efektif. - mengevaluasi seberapa banyak nutrisi yang benar-benar dikonsumsi untuk mencegah malnutrisi atau defisiensi. - Untuk menunjukkan status nutrisi dan keberhasilan intervensi diet. - Untuk menunjukkan status nutrisi dan respon tubuh terhadap intervensi. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk meningkatkan nafsu makan
--	--	--	---	--

			<p>medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu 	<p>dan kenyamanan saat makan, serta mencegah infeksi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk membantu pasien memahami prinsip diet seimbang secara mudah. - Untuk meningkatkan nafsu makan, terutama pada pasien dengan anoreksia atau mual. - membantu fungsi usus yang sehat, terutama pada pasien dengan mobilitas terbatas atau konsumsi obat yang menyebabkan konstipasi. - mendukung pemulihan jaringan, kekuatan otot, dan energi, terutama pada
--	--	--	--	---

				<p>pasien pascaoperasi atau malnutrisi.</p> <ul style="list-style-type: none">- membantu melengkapi kebutuhan nutrisi yang tidak tercukupi melalui diet biasa.- Untuk mendukung kemandirian dan fungsi gastrointestinal yang normal. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- mengurangi risiko aspirasi dan membantu proses menelan yang aman.- Menambah Pengetahuan tentang jenis makanan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi membantu pasien menjalankan pola makan
--	--	--	--	--

				<p>yang tepat dan berkelanjutan.</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - meningkatkan kenyamanan saat makan, mencegah mual, dan meningkatkan nafsu makan. - Untuk menentukan kebutuhan nutrisi individual berdasarkan kondisi medis pasien.
4	<p>Nausea (SDKI D.0076) b.d. gejala penyakit</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mengeluh mual ● Merasa ingin muntah ● Tidak berminat makan <p>DO: -</p>	<p>Tingkat nausea menurun diberi kode L.08065</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nausea menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan ingin muntah menurun 	<p>Manajemen Mual (I.03117)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identifikasi pengalaman mual ● Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) ● Identifikasi dampak mual 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk Memahami kapan, bagaimana, dan seberapa sering mual terjadi membantu menentukan penyebab serta intervensi yang sesuai. - Untuk menunjukkan mual melalui ekspresi wajah atau perilaku tertentu yang

			<p>terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur) • Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan) • Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan 	<p>perlu diidentifikasi oleh perawat.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui penyebab memungkinkan penanganan yang lebih spesifik. - Untuk untuk mengevaluasi keberhasilan intervensi dan menyesuaikan pengobatan. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontrol lingkungan membantu mencegah reaksi tersebut. - Untuk membantu mengurangi respons emetik. - Makan dalam porsi kecil mengurangi tekanan lambung dan lebih mudah ditoleransi, serta mengurangi
--	--	--	--	--

			<p>visual yang tidak menyenangkan)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan) ● Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik ● Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup ● Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 	<p>kemungkinan muntah.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Makanan tersebut lebih mudah diterima oleh pasien yang sensitif terhadap bau atau rasa tertentu, dan membantu menjaga hidrasi. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istirahat untuk memulihkan keseimbangan tubuh dan mengurangi stres. - Untuk membantu mencegah rasa tidak enak di mulut dan menurunkan risiko infeksi atau rasa mual tambahan akibat bau mulut. - Untuk membantu mengurangi persepsi mual
--	--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak • Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu 	<p>tanpa efek samping obat.</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengontrol mual berat, terutama bila tidak membaik dengan intervensi non-farmakologis. <p>Kolaborasi memastikan pemberian tepat indikasi dan dosis</p>
5	<p>Gangguan Pola Tidur (SDKI D.0055)</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengeluh sulit tidur • Mengeluh sering terjaga • Mengeluh tidak puas tidur • Mengeluh pola tidur berubah 	<p>Pola tidur membaik diberi kode L.05045</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka pola tidur membaik,</p>	<p>Dukungan Tidur (L.05174)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk Mengetahui pola tidur membantu mengenali perubahan atau gangguan ritme sirkadian, yang menjadi

	<ul style="list-style-type: none"> ● Mengeluh istirahat tidak cukup <p>Asuransi kesehatan</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tidak tersedia 	<p>dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>dan/atau psikologis)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) ● Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) ● Batasi waktu tidur siang, jika perlu ● Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur ● Tetapkan jadwal tidur rutin 	<p>dasar penyesuaian intervensi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui faktor tersebut memungkinkan penanganan yang lebih spesifik. - Kafein, alcohol, dan makanan berat di malam hari dapat mengganggu kualitas tidur dengan menstimulasi sistem saraf atau menyebabkan ketidaknyamanan lambung. - Penggunaan obat tidur harus dipantau karena bisa menyebabkan ketergantungan, gangguan tidur REM, atau interaksi obat yang merugikan. <p>Terapeutik</p>
--	--	---	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> ● Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) ● Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit ● Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur ● Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur ● Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk membantu tubuh lebih cepat mencapai fase tidur nyenyak. - Untuk membantu menurunkan aktivitas simpatis dan meningkatkan kesiapan tubuh untuk beristirahat. - Untuk <input type="checkbox"/> memberikan relaksasi otot dan stimulasi saraf parasimpatis, membantu tubuh masuk ke kondisi istirahat. - Untuk melakukan penyesuaian jadwal meningkatkan durasi dan kualitas tidur pasien. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidur yang cukup mempercepat
--	--	--	---	---

			<p>mengandung supresor terhadap tidur REM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) • Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya 	<p>penyembuhan dengan mendukung fungsi sistem imun, hormonal, dan metabolik.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk membantu tubuh beradaptasi dengan pola tidur sehat dan meminimalkan gangguan. - Untuk mendorong pasien untuk mengenali dan mengelola penyebab gangguan tidur secara mandiri. - Untuk membantu menenangkan pikiran dan tubuh, serta efektif dalam meningkatkan kualitas tidur tanpa efek samping obat.
6	Anxietas (SDKI D.0080) DS:	Tingkat ansietas menurun diberi kode L.09093	Terapi relaksasi (I.09326) Observasi	Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui

	<ul style="list-style-type: none"> • Merasa bingung • Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi • Sulit berkonsentrasi <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak gelisah • Tampak tegang • Sulit tidur 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Konsentrasi meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif • Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan • Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya • Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan • Monitor respons terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p>	<p>apakah Gejala tersebut dapat menunjukkan stres atau kelelahan mental yang bisa diperbaiki melalui relaksasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan teknik yang sudah dikenal pasien akan meningkatkan kenyamanan dan efektivitas terapi. - Terapi hanya akan efektif jika pasien bersedia dan mampu melakukan teknik tersebut. - Parameter ini mencerminkan respons fisiologis tubuh terhadap stres dan efektivitas relaksasi dalam menurunkannya.
--	--	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> ● Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan ● Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi ● Gunakan pakaian longgar ● Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama ● Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk Menilai apakah teknik yang dipilih berhasil memberikan manfaat, serta menyesuaikan bila hasilnya tidak optimal. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lingkungan yang mendukung membantu pasien fokus pada proses relaksasi dan memperkuat hasilnya. - Untuk mempermudah pasien memahami dan mengulang teknik secara mandiri di rumah. - Pakaian ketat dapat membatasi pernapasan atau gerakan, sehingga mengganggu proses relaksasi.
--	--	--	---	---

			<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) ● Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih ● Anjurkan mengambil posisi nyaman ● Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi ● Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih ● Demonstrasikan dan latihan Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, 	<ul style="list-style-type: none"> - Nada suara lembut membantu menenangkan sistem saraf dan mendukung suasana relaksasi. - Terapi relaksasi dapat meningkatkan efektivitas pengobatan medis dengan mengurangi ketegangan dan kecemasan. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk memberi pemahaman menyeluruh agar pasien dapat memilih teknik sesuai kebutuhan dan kondisi. - Untuk meningkatkan kesiapan dan kepatuhan pasien dalam melakukan teknik relaksasi.
--	--	--	---	---

			atau imajinasi terbimbing)	<ul style="list-style-type: none"> - Latihan rutin membentuk kebiasaan sehat dan meningkatkan manfaat jangka panjang dari terapi relaksasi. - Demonstrasi langsung meningkatkan pemahaman dan keterampilan pasien dalam mempraktikkan teknik secara mandiri.
7	<p>Risiko jatuh (SDKI D.0143) b.d faktor resiko gangguan keseimbangan</p> <p>Faktor risiko untuk masalah risiko jatuh adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usia \geq 65 tahun (pada dewasa) atau \leq 2 tahun (pada anak) 2. Riwayat jatuh 	<p>Tingkat jatuh menurun</p> <p>menurun diberi kode L.141</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat 	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengenali kondisi fisik dan mental pasien membantu menentukan tindakan pencegahan yang sesuai. - Untuk Pemantauan berkala mencegah

	<p>3. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan)</p> <p>4. Penggunaan alat bantu berjalan</p> <p>5. Penurunan tingkat kesadaran</p> <p>6. Perubahan fungsi kognitif</p> <p>7. Lingkungan tidak aman (mis: licin, gelap, lingkungan asing)</p> <p>8. Kondisi pasca operasi</p> <p>9. Hipotensi ortostatik</p> <p>10. Perubahan kadar glukosa darah</p> <p>11. Anemia</p> <p>12. Kekuatan otot menurun</p> <p>13. Gangguan pendengaran</p> <p>14. Gangguan keseimbangan</p> <p>15. Gangguan penglihatan (mis: glaucoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)</p> <p>16. Neuropati</p> <p>17. Efek agen farmakologis</p>	<p>tidur</p> <p>menurun</p> <p>2. Jatuh saat berdiri</p> <p>menurun</p> <p>3. Jatuh saat duduk</p> <p>menurun</p> <p>4. Jatuh saat berjalan</p> <p>menurun</p>	<p>keseimbangan , gangguan penglihatan, neuropati)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi ● Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) ● Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu ● Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p>	<p>insiden jatuh yang tidak terduga.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lingkungan fisik yang tidak aman seperti lantai licin atau pencahayaan buruk merupakan penyebab umum jatuh yang bisa dimodifikasi. - untuk mengklasifikasi risiko jatuh dan menentukan tingkat kewaspadaan klinis. - Proses mobilisasi adalah momen kritis untuk jatuh, terutama pada pasien dengan kelemahan otot, vertigo, atau gangguan kognitif. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - memahami letak fasilitas
--	--	--	--	--

	(mis: sedasi, alkohol, anestesi umum)		<ul style="list-style-type: none"> ● Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga ● Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci ● Pasang handrail tempat tidur ● Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah ● Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station ● Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) ● Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Anjurkan memanggil 	<p>di sekitarnya lebih mampu bergerak dengan aman dan percaya diri.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menghindari pergerakan tak sengaja dari tempat tidur atau kursi roda yang bisa menyebabkan jatuh saat pasien berdiri atau duduk. - membantu stabilisasi dan mencegah pasien terjatuh saat bergerak di tempat tidur. - Mengurangi risiko cedera jika pasien jatuh dari tempat tidur, serta memudahkan pasien naik/turun dari tempat tidur. - Memastikan pengawasan lebih intensif agar perawat
--	---------------------------------------	--	--	--

			<p>perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin ● Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh ● Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri ● Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat 	<p>bisa cepat merespon saat pasien membutuhkan bantuan.</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mencegah pasien mencoba berpindah secara mandiri tanpa pengawasan yang dapat meningkatkan risiko jatuh. - membantu menjaga postur tubuh dan menghindari gerakan mendadak yang menyebabkan jatuh. - memberikan dasar yang lebih stabil dan menurunkan risiko kehilangan keseimbangan - Memberikan kontrol kepada pasien untuk
--	--	--	--	--

				meminta bantuan dengan aman, tanpa harus bangun sendiri.
--	--	--	--	--

Sumber: (PPNI, 2018)

2.2.4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien. Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan.

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan pengkajian ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi keperawatan adalah kegiatan terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Susilawati, 2021).

Secara periodik, perawat, klien, dan keluarga mengevaluasi hasil asuhan. Apakah tujuan jangka pendek terpenuhi? Misalnya, apakah klien mampu berpartisipasi dalam perawatan diri? Apakah tujuan jangka panjang tetap realistis, khususnya jika klien memiliki gangguan neurologis progresif? Perencanaan untuk asuhan keperawatan lebih lanjut harus mempertimbangkan prognosis, komplikasi, dan respon klien (Susilawati, 2021).

a) Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)

Evaluasi (SLKI) : Status kenyamanan meningkat diberi kode L.08064

Kriteria hasil:

1. Keluhan tidak nyaman menurun
2. Gelisah menurun

b) Nyeri akut (D.0077)

Evaluasi (SLKI) : Tingkat nyeri menurun diberi kode L.08066

Kriteria hasil:

1. Keluhan nyeri menurun
2. Meringis menurun
3. Sikap protektif menurun
4. Gelisah menurun
5. Kesulitan tidur menurun
6. Frekuensi nadi membaik

c) Defisit Nutrisi (D.0019)

Evaluasi (SLKI) : Status nutrisi membaik diberi kode L.03030

Kriteria hasil:

1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat
2. Berat badan membaik
3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik

d) Nausea (D.0076)

Evaluasi (SLKI) : Tingkat nausea menurun diberi kode L.08065

Kriteria hasil:

1. Perasaan ingin muntah menurun

e) Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Evaluasi (SLKI) : Pola tidur membaik diberi kode L.05045

Kriteria hasil:

1. Keluhan sulit tidur menurun
2. Keluhan sering terjaga menurun
3. Keluhan tidak puas tidur menurun
4. Keluhan pola tidur berubah menurun
5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun

f) Ansietas (D.0080)

Evaluasi (SLKI) : Tingkat ansietas menurun diberi kode L.09093

Kriteria hasil:

1. Verbalisasi kebingungan menurun
2. Perilaku gelisah menurun
3. Perilaku tegang menurun
4. Konsentrasi membaik

g) Risiko Jatuh (D.0134)

Evaluasi (SLKI) : Tingkat jatuh menurun diberi kode L.141

Kriteria hasil:

1. Jatuh dari tempat tidur menurun
2. Jatuh saat berdiri menurun
3. Jatuh saat duduk menurun
4. Jatuh saat berjalan menurun

2.3. Konsep Gangguan Rasa Nyaman pada Pasien Vertigo

2.3.1. Definisi Kenyamanan

Kolcaba mengungkapkan kenyamanan atau rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri). Carpenito mengatakan bahwa perubahan kenyamanan seseorang adalah saat dimana orang tersebut mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespons terhadap suatu rangsangan yang berbahaya (Fithriyani, 2022).

Kenyamanan merupakan inti dari tindakan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan yang optimal. Kecemasan mampu memprovokasi sistem respon stres manusia sehingga kegagalan dalam mengelola ketidaknyamanan dapat mengakibatkan ketidakpercayaan terhadap pelayanan kesehatan (Uki et al., 2024).

Kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu (Fithriyani, 2022):

1. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.
2. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
3. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan)

4. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya.

2.3.2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kenyamanan

Senussiana dalam Fithriyani (2022) berpendapat bahwa ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kenyamanan seseorang, antara lain:

1. Emosi : kecemasan, depresi, dan marah
2. Status mobilisasi : keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot, dan kesadaran menurun. Memudahkan terjadinya resiko injury
3. Gangguan persepsi sensori : mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan
4. Keadaan imunitas : gangguan ini akan menimbulkan daya tahan tubuh kurang sehingga mudah terserang penyakit
5. Tingkat kesadaran : pada pasien koma, respon akan menurun terhadap rangsangan, paralisis, disorientasi, dan kurang tidur.
6. Informasi atau komunikasi : gangguan komunikasi seperti aphasia atau tidak dapat membaca dapat menimbulkan kecelakaan.
7. Gangguan tingkat pengetahuan : kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya.
8. Penggunaan antibiotik yang tidak rasional : antibiotik dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok

9. Status gizi : keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat beresiko terhadap penyakit tertentu.
10. Usia : perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak-anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri
11. Jenis kelamin : secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya
12. Kebudayaan : keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri dan tingkat kenyamanan yang mereka punya

2.3.3. Gangguan Rasa Nyaman

Gangguan rasa nyaman merupakan perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospirtual, lingkungan dan sosial, yang disebabkan karena adanya gejala penyakit, kurang pengendalian situasional atau lingkungan, ketidakaekuatan sumber daya, kurangnya privasi, gangguan stimulus lingkungan, efek samping terapi, dan gangguan adaptasi kehamilan (PPNI, 2017). Maka, penulis memahami bahwa gangguan rasa nyaman adalah gangguan yang dialami berupa perasaan tidak menyenangkan dan tidak merasa lega pada diri sendiri dikarenakan beberapa gangguan fisik, mental atau lainnya. Tanda dan gejala yang timbul pada orang yang mengalami gangguan rasa nyaman, antara lain:

1. Mengeluh tidak nyaman
2. Gelisah

3. Mengeluh sulit tidur
4. Tak mampu rileks
5. Mengeluh kedinginan atau kepanasan
6. Merasa gatal
7. Mengeluh mual
8. Mengeluh lelah
9. Menunjukkan gejala distress
10. Tampak meringis atau menangis
11. Pola eliminasi berubah
12. Postur tubuh berubah
13. Iritabilitas

Luaran yang diharapkan dari diagnosis di atas adalah status kenyamanan meningkat. Status kenyamanan meningkat berarti keseluruhan rasa nyaman dan aman secara fisik, psikologis, spiritual, sosial, budaya, dan lingkungan meningkat. Intervensi yang dilakukan meliputi manajemen nyeri, pengaturan posisi, dan terapi relaksasi (PPNI, 2018).

Berdasarkan jurnal, intervensi yang dapat dilakukan adalah Teknik Brandt Daroff dengan durasi 5-10 menit per intervensi. Latihan Brandt Daroff ini berperan untuk meningkatkan efek adaptasi dan habituasi pada sistem vestibular. Brandt daroff memiliki kelebihan yaitu mengurangi respon stimuli yang berupa perasaan tidak nyaman dan sensasi berputar

pada otak, dan juga membantu mereposisi kristal yang berada pada kanalis semisirkularis dan dapat dilakukan secara mandiri tanpa pengawasan tenaga kesehatan (Septidianti & Sari, 2023).

Langkah penerapan terapi Brandt Daroff adalah sebagai berikut (Ritun & Yanto, 2024):

1. Mengatur posisi dengan duduk tegak di sisi tempat tidur,
2. Berbaring ke samping jangan lebih dari 1 atau 2 detik untuk mencapai posisi ini
3. Tetap pada posisi tersebut selama 30 detik atau sampai pusing reda
4. Kembali ke posisi tegak dan tunggu selama 30 detik
5. Baringkan tubuh ke samping yang berlawanan arah dari sebelumnya
6. Tetap pada posisi ini selama 30 detik atau sampai pusing reda
7. Kembali ke posisi tegak dan tunggu selama 30 detik
8. Ulangi gerakan tersebut