

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN VERTIGO  
DI RUANG SYARAF PAV VII RUMKITAL  
Dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh:

**NUR WULANDARI, S.Kep**

**NIM. 2230083**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2023**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN VERTIGO  
DI RUANG SYARAF PAV VII RUMKITAL  
Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat  
Untuk Memperoleh Gelar Ners**



Oleh:

**NUR WULANDARI, S.Kep**

**NIM. 2230083**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2023**

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 17 Januari 2023

Penulis,

Nur Wulandari, S.Kep

NIM. 2230083

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : **Nur Wulandari, S.kep**

NIM : **2230083**

ProgamStudi : **Pendidikan Profesi Ners**

Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Vertigo Di**

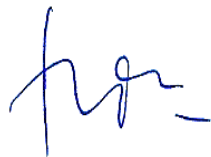
**Ruang Syaraf PAV VII Rumkital Dr. Ramelan Surabaya**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan Karya Ilmiah Akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns.)**

**Pembimbing Institusi**

**Pembimbing Klinik**



**Dr. Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep, Sp.KepMB**  
**NIP. 03.020**

**Riyanto Budi Laksana, S.Kep., Ns**  
**NIP. 197712022006041004**

**Mengetahui,**  
**Stikes Hang Tuah Surabaya**  
**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep**  
**NIP. 03.009**

Ditetapkan di : **STIKES Hang Tuah Surabaya**

Tanggal : **17 Januari 2023**

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Nur Wulandari, S.Kep

NIM : 2230083

ProgramStudi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Vertigo Di**

**Ruang Syaraf PAV VII Rumkital Dr. Ramelan Surabaya**

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir diStikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada Prodi Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

**Penguji Ketua: Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep .....**  
NIP.03006

**Penguji I : Dr. Nuh Huda, S.Kep.,Ns.,M.Kep,Sp.Kep MB .....**  
NIP.03045

**Penguji II : Rivanto Budi Laksana, S.Kep., Ns .....**  
NIP.197712022006041004

**Mengetahui,  
Stikes Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep**  
NIP. 03.009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 17 Januari 2023

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat ALLAH SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama (Purn), Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. Selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
2. Laksamana TNI dr. Gigih Imanta J., Sp. PD., Finasim., M.M Selaku Kepala Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Surabaya yang telah memberi Ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya
4. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S,Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

5. Bapak Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku dosen penguji yang dengan tulus ikhlas dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak Dr. Nuh Huda, S.Kep.,Ns.,M.Kep,Sp.Kep MB, selaku pembimbing, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Bapak Riyanto Budi Laksana, S.Kep., Ns, selaku pembimbing ruangan yang dengan tulus ikhlas dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Bapak Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah dan praktik dan makna dalam penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Pasien Ny. N yang telah memberikan kesempatan untuk dilakukan asuhan keperawatan dalam mendukung pelaksanaan praktik keperawatan komprehensif dan penulisan Karya Ilmiah Akhir.
10. Kedua orang tuasaya yang sangat berharga (Bapak Bakri dan Ibu Maini), kedua kakak saya yang tidak berhentinya memberikan doa sepanjang waktu, menguatkan, member dukungan dan memotivasi dalam menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
11. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang Ega Meilina yang mulai S1 selalau bersama sampai profesi Ners, dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap berjalan.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 17 Januari 2023

Penulis

Nur Wulandari



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat .....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
1.5 Metode Penulisan .....	8
1.6 Sistematika Penulisan .....	9
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>10</b>
2.1 Konsep Penyakit .....	10
2.1.1 Anatomi Fisiologi.....	10
2.1.2 Pengertian.....	11
2.1.3 Etiologi.....	12
2.1.4 Klasifikasi.....	13
2.1.5 Manifestasi Klinis.....	17
2.1.6 Faktor Resiko.....	17
2.1.7 Patofisiologi.....	18
2.1.8 WOC.....	22
2.1.9 Komplikasi.....	23
2.1.10 Pemeriksaan Penunjang.....	23
2.1.11 Penatalaksanaan.....	26
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	29
2.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	29
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	33

2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	34
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	40
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	40
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>41</b>
3.1 Pengkajian.....	41
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	54
3.2.1 Analisa Data.....	54
3.2.2 Prioritas Masalah.....	56
3.3 Intervensi Keperawatan.....	57
3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	63
<b>BAB 4 PEMBAHASAN.....</b>	<b>97</b>
4.1 Pengkajian.....	97
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	103
4.3 Intervensi Keperawatan.....	105
4.4 Implementasi Keperawatan.....	108
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	111
<b>BAB 5 PENUTUP.....</b>	<b>113</b>
5.1 Simpulan.....	113
5.2 Saran.....	114
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>116</b>

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	34
Tabel 3.1 Hasil Laboratorium.....	50
Tabel 3.2 Terapi Medis.....	53
Tabel 3.3 Analisa Data.....	54
Tabel 3.4 Prioritas Masalah.....	56
Tabel 3.5 Intervensi.....	57
Tabel 3.6 Implementasi Dan Evaluasi.....	63

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Vertigo.....	10
Gambar 2.2 Kerangka Masalah / WOC.....	22
Gambar 3.1 Genogram pasien.....	43

## DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL

### Daftar Singkatan :

CRF	: Corticotropin Releasing Factor
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
Head to toe	: Pemeriksaan fisik umum
MRS	: Masuk Rumah Sakit
N	: Nadi
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
S	: Suhu
SMRS	: Sebelum Masuk Rumah Sakit
TD	: Tekanan Darah
TTV	: Tanda-Tanda Vital
USG	: <i>Ultrasonografi</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

### Daftar Simbol :

%	= Persen
/	= Garis Miring
?	= Tanda Tanya
.	= Titik
,	= Koma
:	= Titik Dua
“	= Tanda Petik
=	= Sama Dengan
( )	= Tanda Kurung
<	= Kurang dari
>	= Lebih dari

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kata vertigo asalnya dari bahasa latin *vertere* yang artinya adalah berputar, mengacu pada sensasi atau rasa berputar-putar pada penderitanya sehingga keseimbangannya terganggu (Sutarni et al., 2018). Vertigo merupakan suatu ilusi gerakan, biasanya berupa sensasi berputar yang akan meningkat dengan perubahan posisi kepala (Kusumastuti & Sutarni, 2018). Vertigo adalah suatu gangguan sensasi gerakan yaitu adanya sensasi gerak dari tubuh atau lingkungan sekitarnya dengan gejala yang timbul, terutama dari jaringan otonomik yang disebabkan oleh gangguan alat keseimbangan tubuh yang mengakibatkan terganggunya sistem vestibular yang terbagi menjadi vertigo perifer (akibat gangguan pada *end organ*) dan vertigo sentral (akibat gangguan pada saraf vestibular atau hubungan sentral menuju batang otak atau cerebellum). (Lumbantobing, 2017). Vertigo adalah sensasi gerakan tubuh ataupun lingkungan disekitar dengan gejala lainnya yang bisa timbul yang utama pada sistem otonom yang timbul karena ada gangguan pada sisten keseimbangan tubuh oleh kondisi ataupun penyakit. Oleh karena itu vertigo bukan sekedar gejala pusing saja, tapi merupakan suatu sindrom yang terdiri dari gejala somatik dan gejala psikiatrik (Sutarni et al., 2018).

Vertigo biasanya terjadi disertai dengan mual dan muntah, bahkan disertai dengan diare. Akibatnya vertigo dapat menyebabkan dehidrasi dan jatuh (Nike Chusnul Dwi Indah Triyanti, Tri Nataliswati, 2018). Vertigo timbul akibat gangguan telinga tengah atau gangguan penglihatan. Berbagai penyakit dibagian tubuh lain maupun sekitar otak juga menimbulkan vertigo, penyebab vertigo terbanyak adalah gangguan pada leher, gangguan ini ditimbulkan adanya pengapuran pada tulang leher yang menyebabkan vertigo (Aman & Keselamatan, 2020). Infeksi yang terjadi pada bagian

dalam telinga bisa menyebabkan kerusakan organ telinga sehingga penderita bisa kehilangan pendengaran secara permanen (Kevala dandra & Nurmala, 2019).

Vertigo adalah keluhan yang umum ditemukan, berdasarkan data epidemiologi dunia, kejadian vertigo mencapai 30%. Angka kejadian vertigo pada wanita dua sampai tiga kali lebih tinggi dibandingkan dengan laki laki (Neuhauser, 2016). Terkadang seorang penderita vertigo itu sendiri pada awalnya tidak mengetahui jenis gejala maupun penyakit yang dideritanya karena minimnya informasi yang mereka ketahui (Mayasari et al., 2020).

Di Jerman, pravelensi vertigo antara usia 19 sampai 79 tahun adalah 30%, dimana 24% diantaranya diduga disebabkan oleh kelainan vestibular. Penelitian di Perancis menemukan setelah 12 bulan, pravelensi vertigo meningkat 48%. Kasus vertigo di Amerika adalah 64 orang tiap 100.000, dengan presentasi wanita lebih banyak dari pada pria. Vertigo juga lebih sering terdapat pada Usia yang lebih tua yaitu diatas 50 tahun. Pasien yang menderita vertigo vestibular, 75% menderita vertigo perifer dan 25% menderita vertigo sentral (Nike Chusnul Dwi Indah Triyanti, Tri Nataliswati, 2018).

Menurut Depkes RI 2018, pasien yang mengalami vertigo di daerah Jawa Tengah adalah 6,3% yaitu 311 orang, Jawa Timur 6,0 % yaitu 255 orang dan Jawa Barat 6,1% yaitu 295 orang.

Prevalensi vertigo di Indonesia pada tahun 2018, 50% dari usia 40-50 tahun (Fithriana, 2020). Berdasarkan kelompok umur pada 01 Januari 2019 sampai 31 Desember 2019, angka kejadian vertigo paling banyak terjadi pada usia 45-64 tahun sebanyak 74 pasien dan terjadi pada laki-laki penyakit vertigo sebanyak 58 pasien (Herlina, A, Ibrahim, 2018).

Berdasarkan buku register rawat inap di Ruang Syaraf Pav VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tahun 2022 untuk per 3 bulan (januari, februari, maret sebesar 13 orang), (april, mei, juni sebesar 13 orang), (juli, agustus, September sebesar 15 orang), (oktober, novembr dan desember sebesar 27 orang). Kejadian vertigo ini meningkat di setiap bulannya hingga kejadian kasus ini menempati 10 penyakit terbanyak di Ruang Syaraf Pav VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Untuk terbanyak yang mengalami penyakit vertigo terjadi pada per 3 bulan terakhir yaitu : Oktober, November dan Desember sebanyak 27 orang. (Herlina, A, Ibrahim, 2018).

Salah satu akibat dari kejadian atau trauma tersebut adalah seseorang akan mengalami vertigo. Kasus ini sebaiknya harus segera ditangani, karena jika dibiarkan begitu saja akan mengganggu sistem lain yang ada di tubuh dan juga sangat merugikan klien karena rasa sakit atau pusing yang begitu hebat. Terkadang klien dengan vertigo ini sulit untuk membuka mata karena rasa pusing seperti berputar-putar. Ini disebabkan karena terjadi ketidak seimbangan atau gangguan orientasi. Serangan vertigo jika tidak segera ditangani akan menyebabkan dampak buruk yaitu kematian. Dampak yang lain adalah vertigo dapat menjadi indikasi serius terhadap gangguan pada telinga. Infeksi yang terjadi pada bagian dalam telinga bisa menyebabkan kerusakan organ telinga sehingga penderita bisa kehilangan pendengaran secara permanen (Kevaladandra & Nurmala, 2019).

Banyak pengobatan yang dapat dilakukan terhadap seseorang yang mengalami vertigo. Diantaranya adalah dengan terapi farmakologis atau dengan obat obatan. Orang yang menderita vertigo biasanya akan meminum obat yang mengurangi gejala dari vertigo, tetapi tentu saja obat yang di konsumsi atau diminum memiliki efek samping. Selain dengan teknik farmakologi, masih banyak terapi yang dilakukan untuk mengurangi vertigo atau dengan teknik non farmakologis (Nike Chusnul Dwi



Indah Triyanti, Tri Nataliswati, 2018). Penatalaksanaan nyeri kepala pada penderita vertigo adalah dengan memberikan terapi farmakologis yaitu dengan memberikan obat analgesik atau anti nyeri dan terapi non farmakologis atau memberikan tindakan tidak dengan obat-obatan salah satu caranya adalah memberikan teknik relaksasi napas dalam. Teknik relaksasi sangat penting dalam mengendalikan stres. Teknik relaksasi juga dapat dapat meredakan nyeri kepala yang dirasakan penderita vertigo (Haryani, 2018).

Diagnosa keperawatan yang kemungkinan muncul yaitu nyeri akut, defisit nutrisi, gangguan pola tidur serta risiko jatuh. Intervensi untuk masalah keperawatan nyeri akut adalah dengan memberikan teknik relaksasi dan melakukan kolaborasi dengan dokter untuk memberikan analgesik. Intervensi untuk masalah defisit nutrisi adalah untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan meningkatkan nafsu makan supaya tidak terjadi mual dan muntah. Intervensi untuk masalah gangguan pola tidur adalah untuk memaksimalkan istirahat tidur cukup sesuai jam tidur antara 6-8 jam dan merubah pola tidur. Intervensi untuk masalah keperawatan risiko jatuh adalah orientasi ruang kepada klien dan keluarga, mengatur tempat tidur pada posisi yang rendah, mendekatkan bel pada pasien dan mengajarkan cara menggunakan bel untuk memanggil perawat (PPNI, 2017) (PPNI, 2018).

Menurut (Jumariah & Mulyadi, 2017) peran dan fungsi perawat adalah memberikan asuhan keperawatan, melakukan pendidikan kesehatan, menemukan kasus, koordinator dan kolaborator, dan sebagai konselor. Peran dari seorang perawat yaitu sebagai pemberi asuhan keperawatan. Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan vertigo adalah dapat mengatasi masalah yang dihadapi klien dengan memberikan asuhan keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter untuk memberikan terapi dan memberikan informasi yang penting tentang

penyakit vertigo yaitu teknik meredakan nyeri kepala karena vertigo. Harapannya perawat dapat memberikan asuhan keperawatan menggunakan proses keperawatan untuk mengetahui masalah-masalah meliputi masalah fisik, psikologi, sosial dan spiritual, sehingga dapat memberikan pelayanan yang maksimal.

Asuhan keperawatan yang harus dikerjakan seorang perawat meliputi; melakukan pengkajian keperawatan secara holistik, menetapkan diagnosis keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, mengevaluasi hasil tindakan keperawatan, melakukan rujukan, memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi, memberikan konsultasi keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter dan melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas (Undang Undang RI No.38 Tahun 2014, 2014).

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan diatas, penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Vertigo di Ruang Syaraf Pav VII RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pasien dengan vertigo, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien vertigo di Ruang Syaraf Paviliun VII Rumkital Dr. Ramelan Surabaya?”.

### **1.3 Tujuan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan vertigo di Ruang Syaraf Paviliun VII Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan vertigo di Ruang Syaraf Paviliun VII Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis vertigo di Ruang Syaraf Paviliun VII Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis vertigo di Ruang Syaraf Paviliun VII Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis vertigo di Ruang Syaraf Paviliun VII Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis vertigo di Ruang Syaraf Paviliun VII Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

### **1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah**

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat ddari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini :

## 1. Secara Teoritis

Dengan memberikan asuhan keperawatan seara cepat, tepat dan efesien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian pada pasien yang mengalami vertigo.

## 2. Secara Praktis

### a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pada pasien dengan vertigo sehingga pentalaksanaan ini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

### b. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan vertigo vertigo serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan

### c. Bagi Keluarga dan Klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi ini vertigo sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis darurat. Selain itu agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien dengan vertigo dirumah agar disability tidak berkepanjangan.

### d. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulis ini bisa digunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien vertigo sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

## 1.5 Metode Penulisan

### 1. Metoda

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan asuhan keperawatan dengan diagnosa keperawatan pada pasien pada tanggal 02 Desember 2022 yang meliputi studi kepustakaan, yang mempelajari mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

### 2. Teknik pengumpulan data

#### a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

#### b. Observer

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

#### c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegaskan diagnose dan penanganan selanjutnya.

### 3. Sumber data

#### a. Data Primer

Adalah data yang diperoleh dari pasien

#### b. Data Sekunder

Adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan data tim kesehatan lain.

c. Studi Keputusan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

### **1.6 Sistematikan Penulisan**

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan pembahasan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran dan abstraksi.
2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus

BAB 2 : Landasan teori yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnose vertigo

BAB 3 : Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis

BAB 5 : Simpulan dan saran

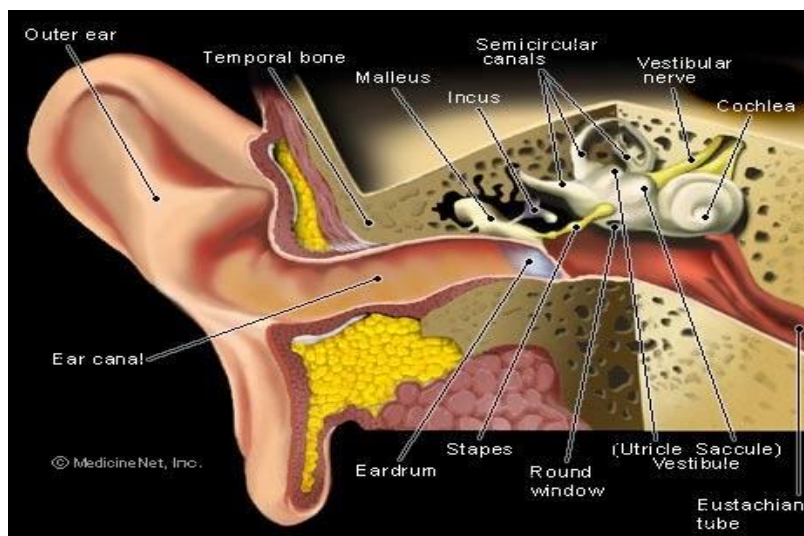
## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi :  
1) Konsep Penyakit Vertigo, 2) Konsep Asuhan Keperawatan Vertigo, 3) Konsep Masalah Pada Penyakit Vertigo.

## 2.1 Konsep Penyakit

### 2.1.1 Anatomi Fisiologi Vertigo



Gambar 2.1 Anatomi Sistem Vestibular ( Patestas & Gartner, 2006)

- A. Jaringan saraf yang terkait dalam proses timbulnya sindrom *vertigo* :
1. *Reseptor* alat keseimbangan tubuh yang berperan dalam proses *transduksi* yaitu mengubah rangsangan menjadi bioelektrokimia:
    - a. *Reseptor* mekanis *divestibulum*
    - b. *Resptor* cahaya direktina
    - c. *Resptor* mekanis dikulit, otot dan persendian (*propioseptik*)
  2. Saraf *afere*n, berperan dalam transmisi menghantarkan *impuls* ke pusat keseimbangan di otak :
    - a. Saraf *vestibularis*

- b. Saraf *optikus*
  - c. Saraf *spinovestibulosrebelaris*.
3. Pusat-pusat keseimbangan, berperan dalam proses modulasi, komparasi, integrasi/koordinasi dan persepsi : inti *vestibularis*, *serebelum*, *kortex serebri*, *hypotalamusi*, *inti akulomotorius*, *formasio retikularis*
- B. Anggota dalam tubuh yang menyebabkan vertigo (Johan, Rafsanjani, 2018) :
1. Otak kecil (serebelum) : terdapat pada vertigo sentral yang disebabkan oleh gangguan di otak, terutama pada batang otak. Kedua bagian ini saling berkaitan dengan sistem vestibular, yaitu sistem yang mengendalikan koordinasi gerakan dan keseimbangan.
  2. Telinga bagian dalam : vertigo tidak menimbulkan infeksi telinga, melainkan infeksi telinga yang dapat memicu penyakit vertigo.  
Contoh : akibat komplikasi dari mastoiditis (infeksi yang terjadi ditonjolan tulang belakang telinga) termasuk dalam vertigo perifer yaitu gangguan pada telinga bagian dalam yang mengontrol keseimbangan.
  3. Mata : pada ukuran lensa, misalnya antara mata kiri dan kanan berbeda jauh atau terjadi gangguan pada sumbu mata sehingga menyebabkan penglihatan menjadi kabur atau ganda
  4. Sistem sensor proprioseptif : modalitas sensori yang mencakup sensasi gerak sendi dan rasa posisi sendi, bagian penting dalam menjaga keseimbangan.

### 2.1.2 Pengertian

Vertigo berasal dari bahasa latin, yaitu “*vertere*” yang dapat diartikan berputar, dan *igo* yang berarti kondisi. Vertigo merupakan subtipe dari “*dizziness*” yang dapat didefinisikan sebagai ilusi gerakan, dan yang paling sering adalah perasaan



atau sensasi tubuh yang berputar terhadap lingkungan atau sebaliknya, lingkungan sekitar kita rasakan berputar (Hastuti et al., 2017).

Vertigo bukan merupakan suatu penyakit, tetapi merupakan kumpulan gejala atau sindrom yang terjadi akibat gangguan keseimbangan pada sistem vestibular ataupun gangguan pada sistem syaraf pusat (Setiawati & Susianti, 2016). Jadi pengertian vertigo adalah perasaan dimana benda di sekeliling terasa berputar dan tubuh mengalami kehilangan keseimbangan. Vertigo adalah perasaan seolah-olah penderita bergerak atau berputar, atau seolah-olah benda di sekitar penderita bergerak atau berputar, yang biasanya disertai dengan mual dan kehilangan keseimbangan. Vertigo bisa berlangsung hanya beberapa saat atau bisa berlanjut sampai beberapa jam bahkan hari. Penderita kadang merasa lebih baik jika berbaring diam, tetapi vertigo bisa terus berlanjut meskipun penderita tidak bergerak sama sekali (Israr, 2016).

Vertigo merupakan suatu gangguan orientasi atau keseimbangan tubuh terhadap suatu ruangan yang membuat penderita merasa bergerak atau berputar. Umur merupakan salah satu faktor resiko terjadinya vertigo perifer (Herlina, A, Ibrahim, 2018).

### **2.1.3 Etiologi**

Vertigo merupakan suatu gejala, penyebabnya antara lain akibat kecelakaan, stres, gangguan pada telinga bagian dalam, obat-obatan, terlalu sedikit atau banyak aliran darah ke otak, dan lain-lain. Tubuh merasakan posisi dan mengendalikan keseimbangan melalui organ keseimbangan yang terdapat di telinga bagian dalam. Organ ini memiliki saraf yang berhubungan dengan area tertentu di otak. Vertigo bisa disebabkan oleh kelainan di dalam telinga, di dalam

saraf yang menghubungkan telinga dengan otak dan di dalam otaknya sendiri (Mardjono, 2017).

Keseimbangan dikendalikan oleh otak kecil yang mendapat informasi tentang posisi tubuh dari organ keseimbangan di telinga tengah dan mata. Penyebab umum dari vertigo (Marril KA,2012):

1. Keadaan lingkungan : mabuk darat (perjalanan), mabuk laut.
2. Obat-obatan : alkohol, gentamisin (infeksi bakteri : telinga luar, mata)
3. Kelainan telinga: endapan kalsium pada salah satu kanalis semisirkularis di dalam telinga bagian dalam yang menyebabkan benign paroxysmal positional.
4. Vertigo, infeksi telinga bagian dalam karena bakteri, labirintis, penyakit maniere.
5. Peradangan saraf vestibuler, herpes zoster.
6. Kelainan Neurologis : Tumor otak, tumor yang menekan saraf vestibularis, sklerosis multipel, dan patah tulang otak yang disertai cedera padalabirin, persyarafannya atau keduanya.
7. Kelainan sirkularis : Gangguan fungsi otak sementara karenaberkurangnya aliran darah ke salah satu bagian otak (transient ischemic attack) pada arteri vertebral dan arteri basiler.

#### **2.1.4 Klasifikasi**

Berdasarkan gejala klinisnya, vertigo dapat dibagi atas beberapa kelompok (Sutarni 2018) :

1. Vertigo paroksismal, yaitu vertigo yang serangannya datang mendadak, berlangsung beberapa menit atau hari, kemudian menghilang sempurna; tetapi

suatu ketika serangan tersebut dapat muncul lagi. Di antara serangan, penderita sama sekali bebas keluhan. Vertigo jenis ini dibedakan menjadi :

- a. Yang disertai keluhan telinga : Termasuk kelompok ini adalah : Morbus Meniere, Araknoiditis pontocerebellaris, Sindrom Lermoyes, Sindrom Cogan, tumor fossa cranii posterior, kelainan gigi/ odontogen.
  - b. Yang tanpa disertai keluhan telinga; termasuk di sini adalah : Serangan iskemi sepintas arteria vertebrobasilaris, Epilepsi, Migren ekuivalen, Vertigo pada anak (Vertigo de L'enfance), Labirin picu (trigger labyrinth).
  - c. Yang timbulnya dipengaruhi oleh perubahan posisi, termasuk di sini adalah : Vertigo posisional paroksismal laten, Vertigo posisional paroksismal benigna.
2. Vertigo kronis, yaitu vertigo yang menetap, keluhannya konstan tanpa serangan akut, dibedakan menjadi:
- a. Yang disertai keluhan telinga : Otitis media kronika, meningitis Tb, labirintitis kronis, Lues serebri, lesi labirin akibat bahan ototoksik, tumor serebelopontin.
  - b. Tanpa keluhan telinga : Kontusio serebri, ensefalitis pontis, sindrom pasca komosio, pelagra, siringobulbi, hipoglikemi, sklerosis multipel, kelainan okuler, intoksikasi obat, kelainan psikis, kelainan kardiovaskuler, kelainan endokrin.
  - c. Vertigo yang dipengaruhi posisi : Hipotensi ortostatik, Vertigo servikalis.
3. Vertigo yang serangannya mendadak / akut kemudian berangsur-angsur mengurang, dibedakan menjadi :

- a. Disertai keluhan telinga : Trauma labirin, herpes zoster otikus, labirintitis akuta, perdarahan labirin, neuritis N.VIII, cedera pada auditoria interna/arteria vestibulokoklearis.
  - b. Tanpa keluhan telinga : Neuronitis vestibularis, sindrom arteria vestibularis anterior, ensefalitis vestibularis, vertigo epidemika, sklerosis multipleks, hematobulbi, sumbatan arteria serebri inferior posterior.
4. Ada pula yang membagi vertigo menjadi :
- a. Vertigo Vestibuler : akibat kelainan sistem vestibuler.
  - b. Vertigo Non Vestibuler : akibat kelainan sistem somatosensorik dan visual.

Berdasarkan gejala klinis, vertigo dapat dibagi atas beberapa kelompok (Lumbantobing, 20016) :

#### 1. Vertigo Jenis Perifer

Vertigo ini terjadi ketika ada masalah dengan telinga bagian dalam dan terjadi dalam durasi yang singkat.

- a. Nouronitis vestibular (penyakit akut yang ditandai dengan vertigo dalam jangka waktu tertentu)
- b. Vertigo posisional benigna (sensasi berputar dengan gerakan kepala tertentu)
- c. Penyakit Miniere (Gangguan telinga yang menyebabkan serangan vertigo)
- d. Trauma kepala
- e. Fisiologis (mabuk kendaraan)
- f. Obat-obatan (alkohol)

- g. Tumor di fosa posterior, misalnya neuroma akustik (tumor jinak yang tumbuh disaraf penghubung antara telinga dan otak).
- A. Infeksi dan peradangan pada sistem vestibular juga dapat menyebabkan vertigo perifer/ contoh dari infeksi dan peradangan tersebut adalah :
  - a. Neuronitis vestibular yang sering disebabkan karena virus setelah pasien terserang flu
  - b. Labirintitis supuratif akut yang disebabkan karena infeksi bakteri akut pada telinga dalam
  - c. Fistula perilimfe adalah adanya telinga tengah dan dalam yang sering disebabkan karena trauma.

## 2. Vertigo Jenis Sentral

Yang terjadi akibat gangguan yang terjadi pada sistem saraf pusat.

Vertigo ini merupakan manifestasi akibat gangguan pada batang otak, serebelum (otak kecil) dan nucleus vestibular. Terjadi secara tiba-tiba dan berlangsung dalam periode waktu yang lama. Keluhan vertigo ini bisa bertahan selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan.

- a. Stroke batang otak (kondisi bergumpalnya darah bagian cabang arteri)
- b. Neoplasma (tumor)
- c. Migran basilar (sakit kepala yang berasal dari batang otak)
- d. Trauma
- e. Infark di batang otak/serebelum (aliran darah terhambat sehingga menyebabkan kerusakan batang otak)

- f. Degenerasi spinocerebellar (penyakit yang menyerang otak kecil dan tulang belakang menyebabkan gangguan pada saraf motorik).

### **2.1.5 Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis pada klien dengan vertigo yaitu perasaan berputar yang kadang-kadang disertai gejala mual, muntah, kepala berat, nafsu makan menurun, lelah, lidah pucat dengan selaput putih lengket, nyeri kepala dan penglihatan kabur, mengalami kesulitan berjalan karena merasakan sensasi gerakan berputar, dan mengalami kesulitan bicara.

Pasien vertigo akan mengeluh jika posisi kepala berubah pada suatu keadaan tertentu, pasien akan merasa berputar atau merasa sekelilingnya berputar jika akan ke tempat tidur, berguling dari satu sisi ke sisi lainnya, bangkit dari tempat tidur di pagi hari, mencapai sesuatu yang tinggi atau jika kepala digerakan ke belakang. Biasanya vertigo akan berlangsung 5-10 detik (Asmada, 2018).

Psikiatrik meliputi depresi, fobia, ansietas psikosomatis yang dapat mempengaruhi tekanan darah pada seseorang. Sehingga menimbulkan tekanan darah naik turun dan dapat menimbulkan vertigo dengan perjalanannya seperti diatas. Selain itu, faktor fisiologi juga dapat menimbulkan gangguan keseimbangan (Saputra, 2017).

### **2.1.6 Faktor Resiko**

#### **1. Usia**

Prevalensi kejadian vertigo pada usia >25 tahun berisiko 25% dan pada usia >40 tahun kejadian mengalami vertigo sebesar 40%. Sedangkan pada usia >60 tahun, Dizziness melaporkan populasi yang mengalami vertigo sekitar 30%.

Disimpulkan bahwa usia >60 tahun berisiko 7 kali dibandingkan dengan orang yang berusia antara 18-39 tahun, dan rata-rata penderita vertigo terjadi pada usia sekitar 49-80 tahun. (Kwong et al. dalam Chayati, 2017: 5).

## 2. Jenis kelamin

Beberapa penelitian menyatakan bahwa sekitar 74% jenis kelamin perempuan memiliki risiko lebih tinggi mengalami vertigo dibandingkan pria. Hal ini dikarenakan pengaruh hormon (Dorigueto et al. dalam Chayati, 2017: 5).

## 3. Kecelakaan

## 4. Riwayat keluarga

## 5. Stress berat

## 6. Kebiasaan merokok

## 7. Mengalami infeksi pada telinga

## 8. Mengonsumsi alkohol (Willy, 2018).

### **2.1.7 Patofisiologi**

Vertigo disebabkan oleh gangguan alat keseimbangan tubuh yang mengakibatkan ketidakcocokan antara posisi tubuh yang sebenarnya dengan apa yang dipersepsi oleh susunan syaraf pusat. Vertigo disebabkan dari berbagai hal antara lain dari otologi seperti meniere, parese N II, dan otitis media. Dari berbagai jenis penyakit yang terjadi pada telinga tersebut menimbulkan gangguan keseimbangan pada syaraf ke N II, N IX, X dapat terjadi karena penyebaran bakteri maupun virus (otitis media) (Dewi, 2020).

Selain dari segi otologi vertigo juga disebabkan karena neurologik. Seperti gangguan visus, multiple sklerosis, gangguan serebelum dan penyakit neurologik lainnya. Vertigo juga diakibatkan oleh terganggunya syaraf II yang menyebabkan

terganggunya penglihatan sehingga mata menjadi kabur dan menyebabkan sempoyongan jika berjalan. Hipertensi dan tekanan darah yang tidak stabil (tekanan darah naik turun). Tekanan yang tinggi diteruskan hingga ke pembuluh darah di telinga, akibatnya fungsi telinga akan keseimbangan terganggu dan menimbulkan vertigo. Begitu dengan tekanan darah yang rendah dapat mengurangi masuknya darah ke pembuluh darah di telinga sehingga dapat menyebabkan persepsi N II (Dewi, 2020)

Dalam kondisi alat keseimbangan baik sentral atau perifer yang tidak normal atau adanya gerakan yang berlebihan, maka tidak terjadi proses pengolahan *input* yang wajar dan muncul vertigo. Dikutip dari buku Bunga Rampai Vertigo (Sutarni, 2018). Dalam kondisi perangkat keseimbangan pusat atau perifer tidak normal dan terjadi gerakan yang aneh atau berlebihan, tidak akan ada pemrosesan input yang normal dan vertigo akan terjadi. Selain itu ada juga masalah respon penyesuaian otot-otot yang tidak adekuat yang menyebabkan pergerakan mata tidak normal (nistagmus) ketidakstabilan saat berjalan dan berdiri dan gejala lainnya. Penyebab pasti dari gejala-gejala ini belum diketahui (Sutarni et al., 2018). ada beberapa teori di antaranya :

1. Teori rangsang berlebihan (*overstimulation*)

Teori ini berdasarkan asumsi bahwa rangsang yang berlebihan menyebabkan hiperemi kanalis semi sirkularis sehingga fungsinya terganggu, akibatnya akan timbul vertigo, nistagmus (bola mata bergetar), mual dan muntah.

2. Teori konflik sensorik.

Menurut teori ini terjadi ketidakcocokan masukan sensorik yang berasal dari berbagai reseptor sensorik perifer yaitu mata/visus, vestibulum dan



proprioceptif, atau ketidakseimbangan masukan sensorik yang berasal dari sisi kiri dan kanan. Ketidakcocokan tersebut menimbulkan kebingungan sensorik di sentral sehingga timbul respons yang dapat berupa nistagmus (usaha koreksi bola mata), sulit berjalan (gangguan vestibuler, serebelum) atau rasa melayang, berputar (berasal dari sensasi kortikal). Berbeda dengan teori rangsang berlebihan, teori ini lebih menekankan gangguan proses pengolahan sentral sebagai penyebab.

### 3. Teori neural mismatch

Teori ini merupakan pengembangan teori konflik sensorik, menurut teori ini otak mempunyai memori/ingatan tentang pola gerakan tertentu, sehingga jika pada suatu saat dirasakan gerakan yang aneh/tidak sesuai dengan pola 3 gerakan yang telah tersimpan, timbul reaksi dari susunan saraf otonom. Jika pola gerakan yang baru tersebut dilakukan berulang-ulang akan terjadi mekanisme adaptasi sehingga berangsur-angsur tidak lagi timbul gejala.

### 4. Teori otonomik

Teori ini menekankan perubahan reaksi susunan saraf otonom sebagai usaha adaptasi gerakan/perubahan posisi, gejala klinis timbul jika sistem simpatis terlalu dominan, sebaliknya hilang jika sistem parasimpatis mulai berperan.

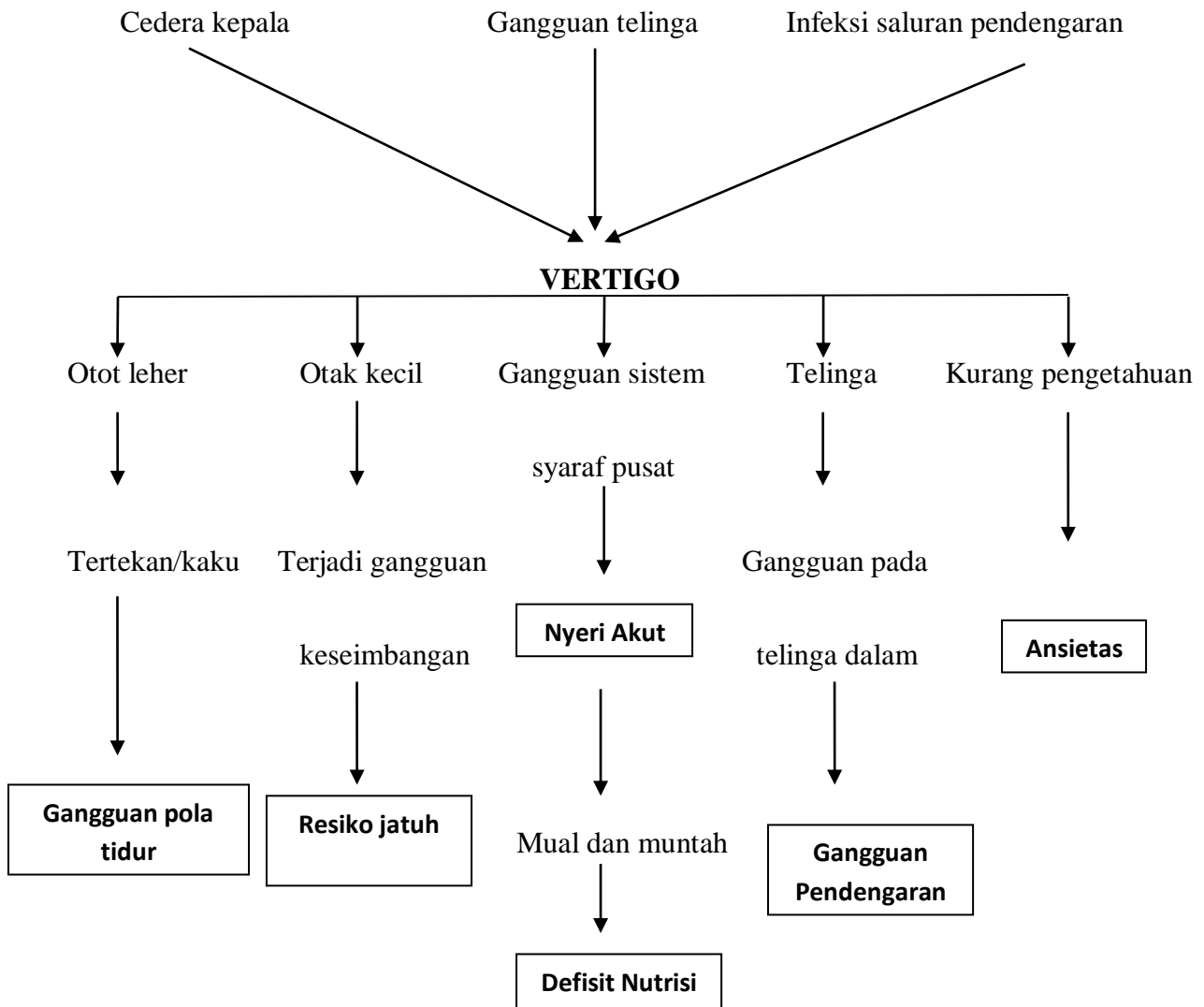
### 5. Teori neurohumoral

Di antaranya teori histamin (Takeda), teori dopamin (Kohl) dan teori serotonin (Lucat) yang masing-masing menekankan peranan neurotransmitter tertentu dalam mempengaruhi sistem saraf otonom yang menyebabkan timbulnya gejala vertigo.

## 6. Teori Sinap

Merupakan pengembangan teori sebelumnya yang meninjau peranan neurotransmisi dan perubahan-perubahan biomolekuler yang terjadi pada proses adaptasi, belajar dan daya ingat. Rangsang gerakan menimbulkan stres yang akan memicu sekresi CRF (corticotropin releasing factor), peningkatan kadar CRF selanjutnya akan mengaktifkan susunan saraf simpatik yang selanjutnya mencetuskan mekanisme adaptasi berupa meningkatnya aktivitas sistem saraf parasimpatik. Teori ini dapat menenangkan gejala penyerta yang sering timbul berupa pucat, berkeringat di awal serangan vertigo akibat aktivitas simpatis, yang berkembang menjadi gejala mual, muntah dan hipersalivasi setelah beberapa.

### 2.1.8 WOC



Sumber : (Rido, 2017)

### **2.1.9 Komplikasi**

Menurut Sutarni 2018 vertigo dapat menyebabkan komplikasi sebagai berikut :

#### **1. Cidera fisik**

Pasien dengan vertigo ditandai dengan kehilangan keseimbangan akibat terganggunya saraf VIII (Vestibularis), sehingga pasien tidak mampu mempertahankan diri untuk tetap berdiri dan berjalan.

#### **2. Kelemahan otot**

Pasien yang mengalami vertigo seringkali tidak melakukan aktivitas. Mereka lebih sering untuk berbaring atau tiduran, sehingga berbaring yang terlalu lama dan gerak yang terbatas dapat menyebabkan kelemahan otot.

#### **3. Infeksi di telinga**

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

### **2.1.10 Pemeriksaan Penunjang**

Menurut PERDOSSI 2012 dalam buku Bunga Rampai Vertigo Pemeriksaan penunjang pada vertigo antara lain : Meliputi uji tes keberadaan bakteri melalui laboratorium, sedangkan untuk pemeriksaan diagnostik yang penting untuk dilakukan pada klien dengan kasus vertigo antara lain :

#### **1. Pemeriksaan fisik**

- a) Pemeriksaan mata ( Gerakan Bola mata / Nistagmus)

b) Pemeriksaan alat keseimbangan tubuh (Untuk mengetahui keseimbangan tubuh pasien)

a. Uji Romberg

Penderita berdiri dengan kedua kaki dirapatkan, mula-mula dengan kedua mata terbuka kemudian tertutup. Biarkan pada posisi demikian selama 20-30 detik. Harus dipastikan bahwa penderita tidak dapat menentukan posisinya (misalnya dengan bantuan titik cahaya atau suara tertentu). Pada kelainan vestibuler hanya pada mata tertutup badan penderita akan bergoyang menjauhi garis tengah kemudian kembali lagi, pada mata terbuka badan penderita tetap tegak. Sedangkan pada kelainan serebeler badan penderita akan bergoyang baik pada mata terbuka maupun pada mata tertutup.

b. Uji Tandem gait.

Penderita berjalan dengan tumit kaki kiri/kanan diletakkan pada ujung jari kaki kanan/kiri ganti berganti. Pada kelainan vestibuler, perjalanannya akan menyimpang dan pada kelainan serebeler penderita akan cenderung jatuh.

b) Pemeriksaan neurologik

1. Kesadaran
2. Nn. Craniales
3. Motorik
4. Sensorik
5. Cerebellum

c) Pemeriksaan otologik

Untuk mengetahui Fungsi Vestibuler

a. Uji Dix Hallpike

Perhatikan adanya nistagmus, lakukan uji ini ke kanan dan kiri. 9 Dari posisi duduk di atas tempat tidur, penderita dibaringkan ke belakang dengan cepat, sehingga kepalanya menggantung  $45^\circ$  di bawah garis horizontal, kemudian kepalanya dimiringkan  $45^\circ$  ke kanan lalu ke kiri. Perhatikan saat timbul dan hilangnya vertigo dan nistagmus, dengan uji ini dapat dibedakan apakah lesinya perifer atau sentral. 10 Perifer, vertigo dan nistagmus timbul setelah periode laten 2-10 detik, hilang dalam waktu kurang dari 1 menit, akan berkurang atau menghilang bila tes diulang-ulang beberapa kali (fatigue). Sentral, tidak ada periode laten, nistagmus dan vertigo berlangsung lebih dari 1 menit, bila diulang-ulang reaksi tetap seperti semula (non-fatigue).

2. Pemeriksaan khusus

Menurut Akbar 2013 pemeriksaan khusus untuk menunjang vertigo

a) ENG

Pemeriksaan ini hanya dilakukan di rumah sakit, dengan tujuan untuk merekam gerakan mata pada nistagmus, dengan demikian nistagmus tersebut dapat dianalisis secara kuantitatif.

b) Audiometri dan BAEP

Untuk mengetahui fungsi pendengaran berguna dengan baik atau tidak. Sedangkan Audiometri atau BERA bertujuan untuk membantu menentukan letak lesi

c) Psikiatrik

Untuk mengetahui apakah pasien mengalrai ansietas, trauma atau phobia.

3. Pemeriksaan tambahan

a) Radiologik dan Imaging

Foto rontgen pada tengkorak, leher untuk mengetahui kelainan pada kepala dan leher (pada neurinoma akustik). Serta untuk mengetahui adanya perdarahan pada pada cerebelum, serta adanya multiple sclerosis.

b) EEG, EMG

Untuk mengetahui neurofisiologi pasien.

### 2.1.11 Penatalaksanaan

Menurut Sutarni 2018 dalam buku Bunga Rampai Vertigo Penatalaksanaan Vertigo dapat dilakukan :

1) Penatalaksanaan Medis

- a) Terapi kausal
- b) Terapi simtomatik
- c) Terapi rehabilitative
- d) Anti kolinergik
- e) Sulfas Atropin : 0,4 mg/im
- f) Scopolamin : 0,6 mg IV bisa diulang tiap 3 jam
- g) Epidame 1,5 mg IV bisa diulang tiap 30 menit
- h) Golongan antihistamin

Golongan ini, yang menghambat aktivitas nukleus vestibularis adalah :

- a. Diphenhidramin: 1,5 mg/im/oral bisa diulang tiap 2 jam
- b. Dimenhidrinat: 50-100 mg/ 6 jam.

### c. Penatalaksanaan Keperawatan

Menurut Yulianto, 2016 Penatalaksanaan keperawatan pada pasien vertigo dijelaskan sebagai berikut :

1. Karena gerakan kepala memperhebat vertigo, pasien harus dibiarkan berbaring diam dalam kamar gelap selama 1-2 hari pertama.
2. Fiksasi visual cenderung menghambat nistagmus dan mengurangi perasaan subyektif vertigo pada pasien dengan gangguan vestibular perifer, misalnya neuronitis vestibularis. Pasien dapat merasakan bahwa dengan memfiksir pandangan mata pada suatu obyek yang dekat, misalnya sebuah gambar atau jari yang direntangkan ke depan, ternyata lebih enak daripada berbaring dengan kedua mata ditutup.
3. Karena aktivitas intelektual atau konsentrasi mental dapat memudahkan terjadinya vertigo, maka rasa tidak enak dapat diperkecil dengan relaksasi mental disertai fiksasi visual yang kuat.
4. Bila mual dan muntah berat, cairan intravena harus diberikan untuk mencegah dehidrasi.
5. Bila vertigo tidak hilang. Banyak pasien dengan gangguan vestibular perifer akut yang belum dapat memperoleh perbaikan dramatis pada hari pertama atau kedua. Pasien merasa sakit berat dan sangat takut mendapat serangan berikutnya. Sisi penting dari terapi pada kondisi ini adalah pernyataan yang meyakinkan pasien bahwa neuronitis vestibularis dan sebagian besar gangguan vestibular akut lainnya adalah jinak dan dapat sembuh. Dokter harus menjelaskan bahwa kemampuan otak untuk beradaptasi akan membuat vertigo menghilang setelah beberapa hari.



6. Latihan vestibular dapat dimulai beberapa hari setelah gejala akut mereda. Latihan ini untuk memperkuat mekanisme kompensasi sistem saraf pusat untuk gangguan vestibular akut.

## 2. Langkah-langkah untuk meringankan atau mencegah gejala vertigo

1. Tarik napas dalam-dalam dan pejamkan mata.
2. Tidur dengan posisi kepala yang agak tinggi.
3. Buka mata pelan-pelan, miringkan badan atau kepala ke kiri dan ke kanan.
4. Bangun secara perlahan dan duduk dulu sebelum beranjak dari tempat tidur.
5. Hindari posisi membungkuk bila mengangkat barang.

## 2.1 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Setiadi, 2018).

Pengkajian keperawatan yang menyeluruh dan akurat sangat penting dalam merawat pasien yang memiliki masalah saraf. Perawat perlu waspada terhadap berbagai perubahan yang kadang samar dalam kondisi pasien yang mungkin menunjukkan perburukan kondisi.

a) Keluhan utama

Keluhan yang dirasakan pasien pada saat dilakukan pengkajian.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat penyakit yang diderita pasien saat masuk rumah sakit. Pada pasien *vertigo* tanyakan adakah pengaruh sikap atau perubahan sikap terhadap munculnya *vertigo*, posisi mana yang dapat memicu *vertigo*.

c) Riwayat kesehatan yang lalu

Adakah riwayat trauma kepala, penyakit infeksi dan *inflamasi* dan penyakit tumor otak. Riwayat penggunaan obat *vestibulotoksik* missal *antibiotik, aminoglikosid, antikonvulsan dan salisilat*.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Adakah riwayat penyakit yang sama diderita oleh anggota keluarga lain atau riwayat penyakit lain baik

e) Aktivitas / Istirahat

1. Letih, lemah, malaise

2. Keterbatasan gerak
  3. Ketegangan mata, kesulitan membaca
  4. Insomnia, bangun pada pagi hari dengan disertai nyeri kepala.
  5. Sakit kepala yang hebat saat perubahan postur tubuh, aktivitas (kerja) atau karena perubahan cuaca.
- f) Sirkulasi
1. Riwayat hipertensi
  2. Denyutan vaskuler, misal daerah temporal.
  3. Pucat, wajah tampak kemerahan.
- g) Integritas Ego
1. Faktor-faktor stress emosional/lingkungan tertentu
  2. Perubahan ketidakmampuan, keputusan, ketidakberdayaan depresi
  3. Kekhawatiran, ansietas, peka rangsangan selama sakit kepala
  4. Mekanisme refresif/dekensif (sakit kepala kronik).
- h) Makanan dan cairan
1. Makanan yang tinggi vasorektiknya misalnya kafein, coklat, bawang, keju, alkohol, anggur, daging, tomat, makan berlemak, jeruk, saus, hotdog, MSG (pada migrain).
  2. Mual/muntah, anoreksia (selama nyeri)
  3. Penurunan berat badan<sup>5</sup>.
- i) Neurosensoris
1. Pening, disorientasi (selama sakit kepala)
  2. Riwayat kejang, cedera kepala yang baru terjadi, trauma, stroke.
  3. Aura ; fasialis, olfaktorius, tinitus.

4. Perubahan visual, sensitif terhadap cahaya/suara yang keras, epitaksis.
  5. Parastesia, kelemahan progresif/paralysis satu sisi tempore
  6. Perubahan pada pola bicara/pola pikir
  7. Mudah terangsang, peka terhadap stimulus.
  8. Penurunan refleks tendon dalam
  9. Papil edema.
- j) Nyeri/ kenyamanan
1. Karakteristik nyeri tergantung pada jenis sakit kepala, misal migrain, ketegangan otot, cluster, tumor otak, pascatrauma, sinusitis.
  2. Nyeri, kemerahan, pucat pada daerah wajah.
  3. Fokus menyempit
  4. Fokus pada diri sendiri
  5. Respon emosional / perilaku tak terarah seperti menangis, gelisah.
  6. Otot-otot daerah leher juga menegang, frigiditas vokal.
- k) Keamanan
1. Riwayat alergi atau reaksi alergi
  2. Demam (sakit kepala)
  3. Gangguan cara berjalan, parastesia, paralisis
  4. Drainase nasal purulent (sakit kepala pada gangguan sinus).
- l) Interaksi social
- Perubahan dalam tanggung jawab atau peran interaksi social yang berhubungan dengan penyakit.

m) Penyuluhan / pembelajaran

1. Riwayat hipertensi, migrain, stroke, penyakit pada keluarga
2. Penggunaan alcohol atau obat lain termasuk kafein.

n) Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum

Menurut Muttaqin (2017) pemeriksaan fisik pada klien dengan vertigo meliputi pemeriksaan fisik umum persystem dari observasi keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, B1 (breathing), B2 (Blood), B3 (Brain), B4 (Bladder), B5 (Bowel), dan B6 (Bone).

a. Pernafasan B1(Breath)

Adanya peningkatan irama pernafasan, pola napas tidak teratur, dispnea, potensi obstruksi.

b. Kardiovaskular B2 (Blood)

Adanya perubahan tekanan darah atau normal. Selain itu terjadi ketidakteraturan irama jantung (irreguler) dan bradikardi. Klien tidak mengeluhkan nyeri dada, bunyi jantung normal, akral hangat, nadi bradikardi.

c. Persyarafan B3 (Brain)

- 1) Kesadaran : amnesia, vertigo, synkop, kejang
- 2) Penglihatan (mata) : deviasi pada mata ketidakmampuan mengikuti pergerakan.
- 3) Pendengaran (telinga) : kehilangan pendengaran, tinnitus
- 4) Penciuman (hidung) : terdapat gangguan pada penciuman
- 5) Pengecapan (lidah) : Ketidakmampuan sensasi (parathesia atau anasthesia), gangguan menelan

6) Ekstremitas : tingling, baal pada ekstremitas, genggaman lemah, tidak seimbang, reflek tendon dalam lemah, apraxia, hemiparase, quadriplegi, sensitive terhadap gerakan

7) GCS : Skala yang digunakan untuk menilai tingkat kesadaran pasien, (apakah pasien dalam kondisi koma atau tidak) dengan menilai respon pasien terhadap rangsangan yang diberikan.

b. Perkemihan B4 (Bladder)

Gangguan control sfinterurine, kebersihan bersih, bentuk alat kelamin normal, uretra normal, produksi urin normal

c. Pencernaan B5 (Bowel)

Mual dan muntah proyektil, usus mengalami gangguan fungsi

d. Muskuloskeletal/integument B6 (Bone)

Keterbatasan pergerakan anggota gerak karena kelemahan bahkan kelumpuhan.

o) Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Adakah kecemasan yang dia lihatkan oleh kurangnya pemahaman pasien dan keluarga mengenai penyakit, pengobatan dan *prognosa*.

2) Pola aktivitas dan latihan

Adakah pengaruh sikap atau perubahan sikap terhadap munculnya *vertigo*, posisi yang dapat memicu *vertigo*.

3) Pola nutrisi *metabolism*

Adakah *nausea* dan muntah

- 4) Pola eliminasi
- 5) Pola tidur dan istirahat
- 6) Pola Kognitif dan perseptua  
Adakah disorientasi dan *asilopsia*
- 7) Persepsi diri atau konsep diri
- 8) Pola toleransi dan *koping stress*
- 9) Pola *sexual reproduksi*
- 10) Pola hubungan dan peran
- 11) Pola nilai dan keyakinan

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi (SDKI. 0077)
2. Risiko jatuh b.d Kerusakan keseimbangan (SDKI. 0143)
3. Intoleransi aktivitas b.d tirah baring (SDKI. 0056)
4. Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan menelan makanan (SDKI. 0019)

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

No	Masalah Keperawatan	Tujuan Keperawatan (SLKI)	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1.	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Biologis (SDKI. 0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri yang dirasakan berkurang.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Keluhan nyeri menurun</li> <li>2) Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat</li> <li>3) Dukungan orang terdekat meningkat</li> <li>4) Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis meningkat</li> </ol> (SLKI : L.08063)	<p><b>Pemberian Analgesic (SIKI : I.08243)</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri.</li> <li>2. Identifikasi riwayat alergi obat</li> <li>3. Identifikasi kesesuaian jenis analgsik (narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri</li> <li>4. Monitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgsik</li> <li>5. Monitor efektivitas analgsik</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Diskusikan jenis analgesic yang disukai untuk mencapai analgesic optimal</li> <li>2) Pertimbangkan penggunaan infuse kontinu, atau bolus apiold untuk mempertahankan kadar dalam serum</li> <li>3) Ajarkan teknik non farmakologi penanganan nyeri</li> <li>4) Mengontrol lingkungan yang menambah berat nyeri</li> <li>5) Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol>	<p><b>Pemberian Analgesic (SIKI : I.08243)</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Melakukan dentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri.</li> <li>2) Memberikan ddentifikasi riwayat alergi obat</li> <li>3) Melakukan kesesuaian jenis analgsik (narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri</li> <li>4) Melakukan monitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgsik</li> <li>5) Melakukan monitor efektivitas analgsik</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Memberikan diskusi jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesic optimal</li> <li>2) Melakukan Pertimbangan penggunaan infuse kontinu, atau bolus apiold untuk mempertahankan kadar dalam serum</li> <li>3) Melakukan teknik non farmakologi penanganan nyeri</li> </ol>



				<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan penyebab nyeri</li> <li>2) Memberikan penjelasan strategi meredakan nyeri</li> <li>3) Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</li> <li>4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4) Mengontrol lingkungan yang menambah berat nyeri</li> <li>5) Memberikan fasilitas istirahat dan tidur</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menjelaskan penyebab nyeri</li> <li>2) Memberikan penjelasan strategi meredakan nyeri</li> <li>3) Agar tidak ada efek samping obat</li> <li>4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri</li> </ol>
2.	<p>Risiko jatuh b.d Kerusakan keseimbangan</p> <p>(SDKI. 0143)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko jatuh berkurang.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jatuh dari tempat tidur menurun</li> <li>2) Kemampuan duduk tanpa sandaran meningkat</li> <li>3) Keseimbangan saat berdiri meningkat</li> <li>4) Pusing menurun</li> </ol> <p>(SLKI : L.05039)</p>	<p><b>Pencegahan Jatuh (SIKI : I.14540)</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi factor risiko jatuh (mis, usia &gt;65tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif)</li> <li>2. Identifikasi factor risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi</li> <li>3. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis, lantai licin, penerangan kurang)</li> <li>4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</li> <li>5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Jatuh (SIKI : I.14540)</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Melakukan identifikasi factor risiko jatuh (mis, usia &gt;65tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif)</li> <li>2) Melakukan identifikasi factor risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi</li> <li>3) Memberikan odentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis, lantai licin, penerangan kurang)</li> <li>4) Memberikan hitungan risiko jatuh dengan menggunakan skala</li> </ol>

				<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientasi ruangan pada pasien keluarga</li> <li>2. Atur pemantauan sesuai kondisi pasien</li> <li>3. Tempatkan pasien berisiko jatuh dengan pantauan perawat dari nurse station</li> <li>4. Dekatkan bel memanggil dalam jangkauan pasien</li> <li>5. Dokumetasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li> <li>2. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>3. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> <li>4. Ajarkan cara menggunakan bel untuk memanggil perawat</li> <li>5. Anjurkan melebarkan jarak dua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi untuk menjaga keseimbangan risiko jatuh</li> </ol>	<p>5) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Melakukan orientasi ruangan pada pasien keluarga</li> <li>2) Mengatur pemantauan sesuai kondisi pasien</li> <li>3) Memberikan tempat pasien berisiko jatuh dengan pantauan perawat dari nurse station</li> <li>4) Mendekatkan bel memanggil dalam jangkauan pasien</li> <li>5) Mendokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li> <li>7. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>8. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> <li>9. Ajarkan cara menggunakan bel untuk memanggil perawat</li> <li>10. Anjurkan melebarkan jarak dua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi untuk menjaga keseimbangan risiko jatuh</li> </ol>
--	--	--	--	---	---

3.	Intoleransi Aktivitas b.d Tirah Baring (SDKI. 0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3X24 jam diharapkan aktivitas yang dirasakan meningkat.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kekuatan tubuh meningkat</li> <li>2) Dispnea setelah aktivitas menurun</li> <li>3) Keluhan lelah menurun</li> <li>4) Perasaan lemah menurun</li> </ol> (SLKI : L.05047)	<b>Manajemen Energi (SIKI : I.05178)</b> Observasi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Identifikasi defisit tingkat aktivitas</li> <li>3. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>4. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>5. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif</li> <li>3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> <li>4. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> <li>5. Tingkatkan aktivitas untuk meminimalisir kelelahan</li> </ol> Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari</li> <li>2. Anjurkan tirah baring</li> <li>3. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>4. Anjurkan menghubungi</li> </ol>	<b>Manajemen Energi (SIKI : I.05178)</b> Observasi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Identifikasi defisit tingkat aktivitas</li> <li>3. Melakukan monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>4. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>5. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>2) Melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif</li> <li>3) Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> <li>4) Memberikan fasilitas duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> <li>5) Melakukan tingkat aktivitas untuk meminimalisir kelelahan</li> </ol> Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menjelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari</li> <li>2) Memberikan anjuran tirah baring</li> <li>3) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>4) Anjurkan menghubungi</li> </ol>
----	---	---	--	--	---

				<p>perawat jika tanda dan gejala berkurang</p> <p>5. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi untuk diberikan analgesic</p>	<p>perawat jika tanda dan gejala berkurang</p> <p>5) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi untuk diberikan analgesic</p>
4.	<p>Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan menelan makanan (SDKI. 0019)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menelan baik.</p>	<p>1. Kemampuan mengunyah meningkat</p> <p>2. Usaha menelan meningkat</p> <p>3. Reflek menelan meningkat</p> <p>(SLKI : L.06052)</p>	<p><b>Terapi menelan (L.03144)</b></p> <p>Observasi :</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala asprasi</p> <p>2. Monitor gerakan lidah saat menelan</p> <p>3. Monitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1) Berikan lingkungan yang nyaman</p> <p>2) Jaga privasi pasien</p> <p>3) Gunakan alat bantu jika perlu (NGT)</p> <p>4) Fasilitasi meletakkan makanan dibelakang mulut</p> <p>Edukasi :</p> <p>1) Informasi manfaat terapi menelan kepada pasien dan keluarga</p>	<p><b>Terapi menelan (L.03144)</b></p> <p>Observasi :</p> <p>1. Melakukan monitor tanda dan gejala asprasi</p> <p>2. Monitor gerakan lidah saat menelan</p> <p>3. Monitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1) Memberikan lingkungan yang nyaman</p> <p>2) Menjaga privasi pasien</p> <p>3) Menggunakan alat bantu jika perlu (NGT)</p> <p>4) Fasilitasi meletakkan makanan dibelakang mulut</p> <p>Edukasi :</p> <p>1) Informasi manfaat terapi menelan kepada pasien dan keluarga</p>

				<p>2) Anjurkan membuka dan menutup mulut saat memberikan makanan</p> <p>3) Anjurkan tidak bicara saat makan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1) Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan terapi</p>	<p>2) Anjurkan membuka dan menutup mulut saat memberikan makanan</p> <p>3) Anjurkan tidak bicara saat makan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1) Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan terapi</p>
--	--	--	--	--	--

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan atau tindakan keperawatan merupakan perilaku spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk melakukan tindakan keperawatan yang telah direncanakan (intervensi keperawatan). Tindakan-tindakan keperawatan pada intervensi keperawatan terdiri dari observasi, terapeutik, kolaborasi dan edukasi (PPNI, 2018). Perawat melakukan pengawasan terhadap keberhasilan intervensi yang dilakukan, dan menilai perkembangan pasien terhadap pencapaian tujuan atau hasil yang diharapkan. Implementasi keperawatan adalah suatu komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan dari asuhan keperawatan yang dilakukan. Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Muttaqin, 2017).

#### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Penilaian keperawatan adalah mengukur keberhasilan dari rencana, dan pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan lansia. Beberapa kegiatan yang harus diikuti oleh perawat (Muttaqin, 2017) :

1. Mengkaji ulang tujuan pasien dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
2. Mengumpulkan data yang berhubungan dengan hasil yang diharapkan.
3. Mengukur pencapaian tujuan.
4. Mencatat atau hasil pengukuran pencapaian tujuan.
5. Melakukan revisi atau modifikasi terhadap rencana keperawatan bila perlu.

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada pasien Vertigo meliputi : 1) Pengkajian, 2) Diagnosis Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Data Dasar**

Ny. N dengan rekam medis 056xxx, berjenis kelamin perempuan, berusia 51 tahun, berasal dari suku Jawa/Indonesia, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai PNS dan sudah menikah memiliki 2 orang anak, penanggung jawab biaya rumah sakit menggunakan BPJS TNI AL. Pasien masuk RS Dr. Ramelan Surabaya melalui IGD pada tanggal 28 November 2022 pukul 09:55 di ruang Pav VII dengan diagnosa vertigo dan dilakukan pengkajian pada tanggal 02 Desember 2022 pukul 12:00 WIB.

#### **1. Keluhan utama**

Pasien masuk rumah sakit adalah karena pasien merasakan nyeri bagian semua kepala selama 2 minggu, 1 minggu sebelum Masuk Rumah Sakit nyeri bagian semua kepala, sehingga tidak mampu bangun dari tempat tidur dan nafsu makan menurun, mulut pahit disertai mual dan muntah. Pasien datang dengan keluhan demam naik turun sejak 3 hari ini. Pasien belum pernah melakukan pengobatan alternatif. Pasien mencoba pengobatan lain dengan mengkonsumsi obat untuk penghilang nyeri dikepala namun nyeri mereda sedikit setelah minum obat pamol tablet.

## **2. Riwayat penyakit sekarang**

Pada tanggal 28 November 2022 jam 09:55 WIB pasien datang bersama keluarga dari rumah ke IGD RSAL Dr. Ramelan Surabaya. Pada Tanggal 28 November 2022 pasien dipindahkan ke Ruang perawatan Pav VII ruang syaraf jam 11.00 WIB. Setelah itu pasien dilakukan pengkajian jam 12.00 WIB didapatkan kesadaran composmentis dan kooperatif, GCS E4 V5 M6, tampak lemah dan tampak pucat, akral teraba hangat, TD: 110/ 70 mmHg, N: 90x/menit, S: 36,5°C, N: 22 x/menit, CRT < 2 detik, Turgor kulit < 3 detik, tidak terdapat oedema pada ekstremitas, tidak terdapat wheezing maupun ronki, BB 55kg dan TB 160. Hasil pemeriksaan laboratorium darah pada Ny.N tanggal 28 November 2022 : Hamoglobin 12.00 g/dl (L: 13,20 – 17,30 | P: 11,70 – 15,50), Leukosit  $7.36 \cdot 10^3/\mu\text{l}$  (4.00-10.00), Eritrosit  $4.71 \cdot 10^6/\mu\text{l}$  (L: 4,40 – 5,90 | P: 3,8 – 5,2), Trombosit  $134.00 \cdot 10^3/\mu\text{l}$  (1500 – 4500), Hematokrit 36.70 % (L: 40,0 – 52,0 | P: 35,0 – 47,0), Natrium 139.2 U/L (< 50), Kalium  $03.74 \cdot 10^3/\mu\text{l}$  (< 50). Terapi medis pada Ny. N tanggal 28 November 2022 : Paracetamol 3x1gr, Ranitidin 2x1gr, Ondancetron 2 x 1 mg, Infus NS 500ml/24 jam, Inf Bfluid (berno) 500ml IV, Betahistine 6mg, Gabapentin 300mg 1/3ta, Inj Diphenhidramin 3x1 amp IV dan Inj Antrain 2,5g.

## **3. Riwayat penyakit dahulu**

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit dahulu

## **4. Riwayat penyakit keluarga**

Pasien dan ibu pasien juga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti diabetes melitus, hipertensi, atau penyakit vertigo seperti ini.

## **5. Riwayat Alergi**

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan ataupun obat-obatan.



## 6. Keadaan Umum & Kesadaran

Keadaan umum pasien lemah dengan kesadaran composmentis. Pemeriksaan tanda-tanda vital pasien yaitu, Tekanan Darah : 110/70mmHg, Nadi: 90x/menit, Suhu: 36,5<sup>0</sup>C, Respiration Rate : 20x/menit.

P : Nyeri saat melakukan gerakan

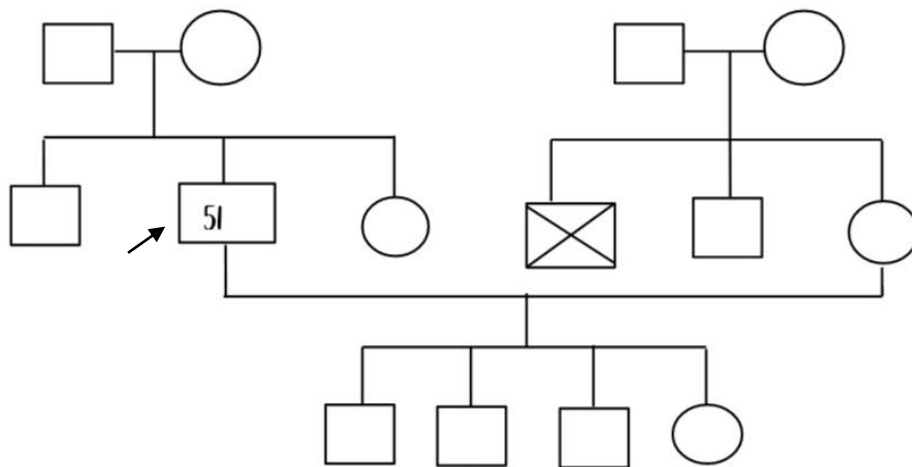
Q : Nyeri dirasakan seperti cekot-cekot

R : Nyeri bagian semua kepala

S : Skala 6 (1-10)

T : Hilang Timbul

### Genogram



Gambar 3.1 Genogram pasien

#### Keterangan :

- |                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| □ : Laki-laki        | -----: Tinggal serumah |
| ○ : Perempuan        | : Garis keturunan      |
| □ : Meninggal        | ↘ : Pasien             |
| — : Garis perkawinan |                        |

### 3.1.2 Pemeriksaan Fisik :

Pemeriksaan tanda – tanda vital: GCS E4 V5 M6, tampak lemah dan tampak pucat, akral teraba hangat, TD: 110/ 70 mmHg, N: 90x/menit, S: 36,5°C, N: 22 x/menit, BB 55kg, TB 160cm.

Pada pemeriksaan fisik B1 (*Breath/* Pernapasan) didapatkan hasil pemeriksaan napas spontan, bentuk dada normochest, tidak terdapat otot bantu napas, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, irama napas reguler, pola napas normal (eupnea), suara dada sonor, tidak terdapat sesak napas, tidak terdapat batuk dan sputum, tidak terdapat suara napas tambahan, suara napas vesikuler.

#### **Masalah Keperawatan: tidak ada masalah keperawatan**

Pada pemeriksaan fisik B2 (*Blood/* Sirkulasi) didapatkan hasil pemeriksaan inspeksi tidak terdapat pembengkakan atau edema, tidak ada hepatomegaly, tidak ada pendarahan, tidak terdapat sianosis. Pada pemeriksaan palpasi ictus cordis teraba, tidak terdapat nyeri pada dada, irama jantung reguler, CRT < 2 detik, akral teraba hangat, TD : 110/70 mmHg, Nadi : 90 x/menit, Suhu : 36,5°C, SPO2 ; 99%, RR : 20 x/menit, GCS : E4 V5 M6. Pada pemeriksaan perkusi suara pekak. Pada pemeriksaan auskultasi bunyi jantung S1 S2 Tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, mur-mur (-), gallop (-), irama jantung reguler.

#### **Masalah Keperawatan: tidak ada masalah keperawatan**

Pada pemeriksaan fisik B3 (*Brain/* Persarafan) didapatkan hasil pemeriksaan GCS total 15 (Eye: 4, Verbal: 5, Motorik: 6), Kesadaran composmentis, terdapat nyeri kepala seperti pusing, tidak terdapat hemiparesis serta tidak ada kelemahan pada anggota tubuh. Pada pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius) fungsi penciuman pasien dapat mencium minyak kayu putih,

Nervus II (Optikus) ketajaman penglihatan, terdapat gangguan penglihatan pada pasien yaitu mata menjadi kabur dan menyebabkan sempoyongan jika berjalan, reflek pupil pasien terhadap cahaya +/+, Nervus III, IV, VI (Okulomotorius, Troklearis, Abdusen) pasien dapat membuka kelopak mata, dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri, ke atas dan ke bawah, Nervus V (Trigeminus) tidak ditemukan paralisis pada otot wajah, pasien mampu membuka dan menutup rahang rahang, Nervus VII (Fasialis) pasien dapat mengerutkan dahi, wajah pasien simetris, pasien dapat membuka dan menutup mata, Nervus VIII (Vestibulokoklearis) tidak terdapat gangguan pendengaran pada pasien tetapi ada gangguan keseimbangan, Nervus IX, X (Glosofaringeus, Vagus) mekanisme kemampuan menelan pasien terdapat gangguan sulit menelan (makanan kasar/nasi) mengakibatkan makanan sulit masuk dan menimbulkan mual dan muntah, pasien dapat minum air putih secara pelan-pelan, Nervus XI (Aksesorius) Pasien mampu menggerakkan kepala dan leher ke kanan- kiri, tetapi pasien masih merasa pusing jika dibuat tidur terus, Nervus XII (Hipoglosus) pasien mampu menjulurkan lidah, menggerakkan lidah ke arah atas, ke arah bawah, ke arah samping kanan dan kiri.

**Masalah Keperawatan: Nyeri Akut**

Pada pemeriksaan fisik B4 (*Bladder/* Perkemihan) didapatkan hasil pemeriksaan pasien tidak terpasang kateter, tidak ada nyeri tekan pada perkemihan, BAK 1x/3jam dengan jumlah  $\pm 400$ cc dengan warna kuning jernih.

**Masalah Keperawatan: tidak ada masalah keperawatan**

Pada pemeriksaan fisik B5 (*Bowel/ Pencernaan*) didapatkan hasil pemeriksaan pasien mengeluh mual dengan pola makan 3x sehari habis ½ porsi, mulut pasien bersih tidak ada karies dan tidak berlubang, mukosa bibir kering, terdapat gangguan makan karena sulit menelan, pasien tidak terpasang NGT, tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen baik hepar maupun lien, selama dirumah sakit pasien BAB 1x, terdengar peristaltic usus 5x/mnt, tidak teraba pembesaran hati dan limfa.

**Masalah Keperawatan: Risiko defisit nutrisi**

Pada pemeriksaan fisik B6 (*Bone/ Muskuloskeletal*) didapatkan hasil pemeriksaan pasien mengatakan masih mampu berjalan, pasien mampu menggerakkan persendiannya secara aktif, tidak terdapat kelainan ekstremitas atas dan ekstremitas bawah, skala kekuatan otot ekstremitas : skala kekuatan otot ekstremitas: ekstremitas atas dextra 5555, ekstremitas atas sinistra 5555, ekstremitas bawah dextra 5555, ekstremitas bawah sinistra 5555. Tidak ada nyeri pada tulang belakang, tidak ada fraktur.

**Masalah Keperawatan: tidak ada masalah keperawatan**

### 3.1.3 Patologi Kesehatan (B1-B6)

#### 1. Oksigenasi

Fungsi pernafasan baik, tidak ada sesak, RR 20x/mnt, suara paru vesikuler, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada ronchi (-/-), tidak ada wheezing (-/-), Tekanan darah 110/70mmHg, bunyi jantung S1 S2 tunggal, murmur tidak ada, CRT <3dtk, SPO2 99%, Nadi 90x/mnt, tidak ada sianosis. GCS E4 V5 M6. Pada tanggal 28 November 2022 Hasil foto thorax Cor dan pulmo tak nampak kelainan.

## 2. Nutrisi

Makan hanya ½ porsi engan 3x/sehari tidak pernah dihabiskan, adanya mual dan muntah, mulut bersih, mukosa mulut kering, bising usus baik 15x, istensi abdomen tidak ada, palpasi perut lembek, reflek sulit menelan. Hasil laborat : Hemoglobin 12.00 g/dl (L: 13,20 – 17,30 | P: 11,70 – 15,50), Leukosit  $7.36 \cdot 10^3/\mu\text{l}$  (4.00-10.00), Eritrosit  $4.71 \cdot 10^6/\mu\text{l}$  (L:4,40–5,90 | P:3,8–5,2), Trombosit  $134.00 \cdot 10^3/\mu\text{l}$  (1500 – 4500), Hematokrit 36.70 % (L: 40,0 – 52,0 | P: 35,0 – 47,0), Natrium 139.2 U/L (< 50), Kalium  $03.74 \cdot 10^3/\mu\text{l}$  (< 50).

## 3. Eliminasi

### a) Buang air besar

Saat dirumah pasien setiap 1-3 hari sekali BAB dengan konsistensi lunak dengan warna kuning kecoklatan, selama dirumah sakit pasien BAB selama 1x.

### b) Buang air kecil

Selama dirumah pasien BAK 5x/hari dengan jumlah  $\pm 1500$  cc/hari dengan warna kuning jernih. Selama dirumah sakit pagi ini pasien BAK 1x/3jam dengan jumlah  $\pm 400$ cc dengan warna kuning jernih.

## 4. Aktivitas istirahat dan tidur

Sebelum masuk rumah sakit biasanya pasien tidur malam  $\pm$  dari jam 22.00 – jam 05.00 WIB dan tidur siang 1-4 jam. Sesudah masuk rumah sakit pasien mengatakan tidur cuma 1-2 jam, sering mengeluh nyeri pada bagian semua kepala, pola tidur pasien terganggu karena sering terbangun dan merasa pusing saat duduk dan berdiri, posisikan tempat tidur pada posisi terendah

dan pastikan memasang handrall pengaman pada tempat tidur. Aktivitas dilakukan ditempat tidur, dibantu oleh keluarga/suami,

Keadaan umum lemah, skala kekuatan otot ekstremitas : skala kekuatan otot ekstremitas: ekstremitas atas dextra 5555, ekstremitas atas sinistra 5555, ekstremitas bawah dextra 5555, ekstremitas bawah sinistra 5555.

5. Proteksi

Kulit bersih, tidak ada demam dengan suhu 36,5 C.

6. Sensori

Adanya gangguan penglihatan sehingga mata menjadi kabur dan menyebabkan sempoyongan jika berjalan.

7. Cairan dan elektrolit

Terpasang infuse NS 500 cc/12jam, mukosa bibir kering, turgor baik, asupan cairan kurang, minum <500cc/24 jam, tidak ada edema kaki dan laborat tgl 28/11/2022 : Na 139.2 mEq/L, K 3.74 mmol/ dL, Hematokrit 36.70%, Kreatinin 0.67 mg/ dL.

8. Fungsi persyarafan

Kesadaran composmentis, GCS E4 V5 M6, pasien mampu mengingat waktu dan tanggal hari ini, reflek fisiologis : bisep, trisep, patella nilai 5555 normal. Reflek patologis : babinski -/-, Gordon -/-, oppenheim -/-, scheafer -/-. Keluhan nyeri bagian semua kepala terasa cekot-cekot, skala nyeri 6. Pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius) : tidak ada gangguan pembauan, Nervus II (Optikus) : adanya gangguan karena terdapat penglihatan pada pasien yaitu mata menjadi kabur dan menyebabkan sempoyongan jika berjalan, Nervus III, IV, VI (Okulomotorius, Troklearis, Abdusen) : tidak ditemukan adanya gangguan gerak kelopak mata, kontriksi pupil, rotasi baik, Nervus V

(Trigeminus) : sensasi wajah tidak ditemukan gangguan, mampu merasakan sentuhan dengan baik, Nervus VII (Fasialis) : wajah simetris, tidak ada kelainan, Nervus VIII (Vestibulokoklearis) : pendengaran baik, tetapi ada gangguan keseimbangan, Nervus IX, X (Glosofaringeus, Vagus) : adanya gangguan menelan makanan sehingga mengakibatkan makanan sulit masuk dan menimbulkan mual dan muntah, Nervus XI (Aksesorius) : Pasien mampu menggerakkan kepala dan leher ke kanan- kiri, tetapi pasien masih merasa pusing jika dibuat tidur terus, Nervus XII (Hipoglosus) : gerakan lidah baik, tidak ada deviasi.

#### 9. Fungsi endokrin

Tidak ditemukan tanda-tanda diabetes, tidak ditemukan tanda banyak minum, GDS 116mgdL. Tidak dalam terapi insulin.

#### 10. Personal Hygiene

Pasien mengatakan dirumah sudah mandi, jika dirumah mandi 2x sehari. Saat di rumah sakit belum mandi sama sekali, karena baru kemarin sore masuk RS, hanya menseka area wajah saja saat tadi subuh. Pasien mengatakan sudah mengganti baju pagi hari ini.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

#### 11. Psikososiocultural

##### a. Pengkajian konsep diri

Pasien merasa resah dengan keadaannya saat ini, tetapi dapat menerima keadaannya, karena ini merupakan cobaan dari tuhan, pasien kooperatif selama menjalani perawatan, pasien ingin cepat sembuh, dan selalu berdoa dengan keyakinan agama islam.

b. Pengkajian fungsi peran

Sebelum mengalami sakit pasien bekerja sebagai PNS, pasien saat ini tidak bisa bekerja karena menjalani perawatan dirumah sakit, peran mencari nafkah dibantu dengan suami bekerja sebagai TNI, memiliki 2 orang anak.

c. Adaptasi interdependensi

Pasien mendapatkan dukungan dari seluruh keluarganya, keluarga saling bergantian menunggu, suaminya sangat memperhatikan pasien dan memenuhi kebutuhan pasien, hubungan perawat dan pasien yang lain juga baik.

### 3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Pemeriksaan Tanggal 28 November 2022			
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>Darah Lengkap</b>			
<b>Leukosit</b>	7.36	$10^3/uL$ %	4.00-10.00
Neutrofil%	82.70	%	50.0-70.0
Limfosit%	12.60	%	20.0-40.0
Monosit#	0.30	$10^3/uL$ %	0.01-0.04
Monosit%	4.10	%	3.0-12.0
IMG#	0.030	$10^3/uL$ %	0.01-0.04
IMG%	0.400	%	0.16-0.62



<b>Hemoglobin</b>	12.00	g/dL%	32-36
Hematokrit	36.70	%	37.0-47.0
<b>Eritrosit</b>	4.71	10 <sup>6</sup> /uL %	3.50-5.00
MCV	78.0	Fmol/cell	80 – 100
MCH	25.5	pg	26-34
MCHC	32.7	g/dL	11,7 – 15,5
RDW_CV	12.5	%	11.0-16.0
RDW_SD	34.4	fL	35.0-56.0
<b>Trombosit</b>	134.00	10 <sup>3</sup> /uL %	150-450
MPV	12.4	fL	6.5-12.0
PDW	16.2	%	15-17
Laju PCT	0.167	10 <sup>3</sup> /uL%	0.108-0.282
Endap Darah (LED)	27	mm	0-20
<b>IMUNOLOGI</b>			
Hbs Ag (RPAH)	Negatif		Negatif
<b>HEPATITIS</b>			
Anti HCV	Negatif		Negatif
<b>TUMOR MARKER</b>			
Alfa Feto Protein (AFP)	0.9	IU/ml	0-5.8
CEA	2.29	ng/ml	0.00-4.70
<b>DIABETES</b>			
Glukosa Darah Puasa	116	mg/ dL	< 200
<b>FUNGSI GINJAL</b>			
Kreatinin	0.67	mg/ dL	0.6-1.5
BUN	7	mg/dL	10-24

<b>ELKTROLIT &amp; GAS DARAH</b>			
Natrium (Na)	139.2	mEq/L	135-147
Kalium (K)	03.74	mmoI/ dL	3.0-5.0

## **2. Hasil Hasil Pemeriksaan Foto Thorax AP didapatkan :**

Cor : besar dan bentuk normal

Pulmo : tak tampak infiltrat

Kedua Sinus phrenococostalis tajam

Kedua hemidiafragma normal

Trachea ditengah

Tulang-tulang baik

### **Kesimpulan :**

- Cor dan pulmo tak tampak kelainan

### 3.1.5 Terapi Medis

Terapi obat	Dosis	Rute	Indikasi
Betahistine	3 dd caps-1	kapsul	Obat untuk meredakan keluhan vertigo, gangguan pendengaran
Vit B complex	3x1	tab	Membantu menjaga kesehatan dan fungsi organ tubuh seperti menjaga sistem pencernaan
Diazepam 2mg 2/3 tab  Alprazolam	0,5mg 2/3 tab sulit tidur hingga pukul 22:00	kapsul	Untuk pengobatan kecemasan, epilepsy, sulit tidur.  Obat untuk mengatasi gejala gangguan kecemasan
Curcuma sanbe	2x1	Tablet	Membantu meningkatkan nafsu makan serta memperbaiki fungsi hati
Inj diphenhidramin	3x1	amp	Digunakan untuk insomnia, mengobati bersin-bersin dan ruam alergi
Ibuprofen (Nova/Daun H)	400mg	tablet	Untuk meredakan nyeri peradangan, missal : nyeri kepala, nyeri gigi dan nyeri pada tubuh
Gabapentin	300mg 1/3tab	kapsul	Untuk mencegah migraine, pengobatan pada gangguan system sirkulasi, missal : vertigo, kesulitan berkonsentrasi, kebingungan
Paracetamol inf (berno)	ektra	IV	Meredakan rasa sakit dan demam
Bfluid infusion	500ml	IV	Cairan penyuplai nutrisi yang diberikan secara injeksi
Infusan NS	500ml	IV	Digunakan untuk mengganti cairan plasma isotoniK yang hilang
Antrain	2,5g.	Amp	Meringankan rasa sakit, terutama nyeri kolik dan sakit setelah operasi

### 3.2 ANALISA DATA

Data / Faktor resiko	Etiologi	Masalah/Problem
<p><b>1. DS :</b></p> <p>a. Pasien mengatakan sakit kepala seperti cekot-cekot</p> <p>b. Pasien mengatakan mengeluh nyeri dan pusing bila pasien banyak bergerak dan dirasakan kurang istirahat</p> <p>P : Nyeri saat melakukan gerakan</p> <p>Q : Nyeri dirasakan seperti cekot-cekot</p> <p>R : Nyeri bagian semua kepala</p> <p>S : Skala nyeri 6</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p><b>DO :</b></p> <p>c. Pasien terlihat meringis merasa kesakitan bagian semua kepala</p> <p>d. Pasien tampak lemas dan pucat</p> <p>e. Pasien nampak gelisah</p>	<p>Agen Pencedera Biologis</p> <p>(Inflamasi)</p>	<p>Nyeri Akut</p> <p>(D.0077)</p>
<p><b>2. DS :</b></p> <p>Sebelum sakit tidur</p> <p>a. siang 12.00-14.00</p> <p>b. malam 22.00-05:00 WIB</p> <p>Setelah sakit tidur</p> <p>a. Siang : tidak bisa tidur</p> <p>b. Malam 23.00-02.00</p> <p>c. sulit tidur</p> <p>d. tidak dapat memulai tidur kembali</p> <p>e. mengeluh pola tidur sebelum dan sesudah sakit berubah</p> <p><b>DO :</b></p> <p>a. Pasien mengatakan aktivitas berkurang</p> <p>b. Pasien terlihat lesu</p> <p>c. Pasien terlihat pucat</p> <p>TD : 110/70 mmHg      BB : 60kg</p> <p>N : 90 x/menit      TB : 160cm</p> <p>S : 36,5 °C</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>SPO : 99%</p>	<p>Kurang Kontrol Tidur</p>	<p>Gangguan Pola Tidur</p> <p>(D.0055)</p>

<p><b>3. DS :</b></p> <p>a. Pasien mengatakan kesulitan untuk kesusahan makan dan minum karena sulit menelan sehingga porsi makan hanya habis ¼ porsi dan minum hanya 2-3 gelas sehari yang diminum secara perlahan</p> <p>b. Nafsu makan menurun</p> <p><b>DO :</b></p> <p>a. Membran mukosa pucat</p> <p>b. Otot menelan lemah</p> <p>c. Otot mengunyah lemah</p> <p>TD : 110/70</p> <p>N : 90x/mnt</p> <p>S : 38,5 C</p> <p>RR : 20x/mnt</p> <p>SPO : 98%</p>	<p>Ketidakmampuan Menelan Makanan</p>	<p>Risiko Defisit Nutrisi (D.0032)</p>
<p><b>4. DS :</b></p> <p>a. Pasien mengatakan merasa letih</p> <p>b. Pasien mengatakan merasa pusing saat duduk dan berdiri</p> <p>c. Pasien terlihat tidak mampu beraktivitas dan perlu bantuan keluarga</p> <p><b>DO :</b></p> <p>a. Pasien merasa lemas</p> <p>b. Pastikan pasang handrall disekitar pasien</p> <p>TD : 142/80mmHg</p> <p>N : 86x/menit</p> <p>S : 37,5 °C</p> <p>RR : 24x/menit</p> <p>SPO : 99%</p>	<p>Gangguan Keseimbangan</p>	<p>Risiko Jatuh (D.0143)</p>

### 3.2.1 Prioritas Masalah Keperawatan

NO	MASALAH KEPERAWATAN	TANGGAL		PARAF
		ditemukan	teratasi	
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis	02 Desember 2022	04 Desember 2022	
2.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang Kontrol Tidur	02 Desember 2022	04 Desember 2022	
3.	Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan	02 Desember 2022	04 Desember 2022	
4.	Risiko jatuh berhubungan dengan Gangguan Keseimbangan	02 Desember 2022	04 Desember 2022	

### 3.3 Intervensi Keperawatan

No	Masalah Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	<p>Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Biologis (mis, Inflamasi)</p> <p><b>(SDKI. 0077)</b></p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Pasien tidak gelisah</li> <li>3. Tensi dalam batas normal</li> </ol> <p><b>(SLKI, L.08066, hal 145)</b></p>	<p><b>Pemberian Analgesik (SIKI : I.08243)</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri.</li> <li>2) Identifikasi riwayat alergi obat</li> <li>3) Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri</li> <li>4) Monitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgesik</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Diskusikan jenis analgesic yang disukai untuk mencapai analgesic optimal</li> <li>2) Ajarkan teknik non farmakologi penanganan nyeri</li> <li>3) Mengontrol lingkungan yang menambah berat nyeri</li> <li>4) Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan penyebab nyeri</li> <li>2) Memberikan penjelasan</li> </ol>	<p><b>Pemberian Analgesik (SIKI : I.08243)</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri.</li> <li>2. Untuk mengetahui riwayat alergi obat</li> <li>3. Untuk menyesuaikan jenis analgesik (narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri</li> <li>4. Dengan memonitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgesik</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar mengetahui jenis analgesic yang disukai untuk mencapai analgesic optimal</li> <li>2. Untuk mengajarkan teknik non farmakologi penanganan nyeri</li> <li>3. Untuk mengontrol lingkungan yang menambah berat nyeri</li> <li>4. Agar dapat fasilitas istirahat dan tidur</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar mengetahui penyebab nyeri</li> <li>2. Untuk memberikan penjelasan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Agar mengetahui efek terapi dan</li> </ol>

			<p>strategi meredakan nyeri</p> <p>3) Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</p> <p>4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>2. Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri</p>	<p>efek samping obat</p> <p>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Agar dapat mempercepat proses menurunkan rangsangan nyeri</p>
2.	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang Kontrol Tidur</p> <p>(SDKI. 0055)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kualitas dan kuantitas tidur meningkat.</p> <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <p>1. Keluhan sulit tidur menurun</p> <p>2. Keluhan sering terjaga menurun</p> <p>(SLKI : L.05045)</p>	<p><b>Dukungan Tidur (SIKI : I.09265)</b></p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis)</p> <p>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis, kopi, the, alcohol, minum banyak air sebelum tidur)</p> <p>4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</p> <p>5. Monitor respon terhadap pola tidur</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Modifikasi lingkungan</p> <p>2. Batas waktu tidur siang</p> <p>3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</p> <p>4. Tetapkan jadwal tidur rutin</p>	<p><b>Dukungan Tidur (SIKI : I.09265)</b></p> <p>Observasi :</p> <p>1. Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur</p> <p>2. Untuk mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis)</p> <p>3. Untuk mengetahui makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis, kopi, the, alcohol, minum banyak air sebelum tidur)</p> <p>4. Agar mengetahui obat tidur yang dikonsumsi</p> <p>5. Untuk memonitor respon terhadap pola tidur</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Untuk modifikasi lingkungan</p> <p>2. Mengetahui batas waktu tidur siang</p> <p>3. Untuk memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</p> <p>4. Untuk menetapkan jadwal tidur rutin</p>



			<p>5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)</p> <p>6. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur (teh)</li> <li>3. Menganjurkan pasien istirahat di tempat tidur</li> <li>4. Mengatur posisi pasien nyaman mungkin</li> <li>5. Mengajarkan pasien teknik relaksasi dan nafas dalam</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasikan pemberian analgetik</li> </ol>	<p>5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)</p> <p>6. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar mengerti pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2. Untuk menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur (teh)</li> <li>3. Menganjurkan pasien istirahat di tempat tidur</li> <li>4. Mengatur posisi pasien nyaman mungkin</li> <li>5. Untuk mengajarkan pasien teknik relaksasi dan nafas dalam</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar dapat mempercepat proses pemberian analgesik</li> </ol>
3.	<p>Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan</p> <p><b>(SDKI. 0019)</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menelan baik.</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mengunyah meningkat</li> <li>2. Usaha menelan meningkat</li> </ol>	<p><b>Terapi menelan (L.03144)</b></p> <p>Observasi :</p> <p>Monitor tanda dan gejala aspirasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor gerakan lidah saat menelan</li> <li>2) Monitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan</li> </ol>	<p><b>Terapi menelan (L.03144)</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk memonitor tanda dan gejala aspirasi</li> <li>2. Memberikan monitor gerakan lidah saat menelan</li> <li>3. Melakukan monitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan</li> </ol>

		<p>3. Reflek menelan meningkat</p> <p>(SLKI : L.06052)</p>	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan lingkungan yang nyaman</li> <li>2. Jaga privasi pasien</li> <li>3. Gunakan alat bantu jika perlu (NGT)</li> <li>4. Fasilitasi meletakkan makanan dibelakang mulut</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasi manfaat terapi menelan kepada pasien dan keluarga</li> <li>2. Anjurkan membuka dan menutup mulut saat memberikan makanan</li> <li>3. Anjurkan tidak bicara saat makan</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan dalam memberikan nutrisi</li> </ol>	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar diberikan lingkungan yang nyaman</li> <li>2. Untuk menjaga privasi pasien supaya tetap aman</li> <li>3. menggunakan alat bantu jika perlu (NGT)</li> <li>4. Memberikan fasilitas meletakkan makanan dibelakang mulut</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan informasi manfaat terapi menelan kepada pasien dan keluarga</li> <li>2. Agar dapat membuka dan menutup mulut saat memberikan makanan</li> <li>3. Untuk menganjurkan tidak bicara saat makan</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan terapi</li> </ol>
4.	<p>Risiko jatuh b.d Kerusakan keseimbangan</p> <p>(SDKI. 0143)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko jatuh berkurang.</p> <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) Jatuh dari tempat</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Jatuh (SIKI : I.14540)</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi factor risiko jatuh (mis, usia &gt;65tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif)</li> <li>2) Identifikasi factor lingkungan yang</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Jatuh (SIKI : I.14540)</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar mengetahui faktor risiko jatuh (mis, usia&gt;65tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif)</li> <li>2. Untuk mngetahui faktor</li> </ol>

		<p>tidur menurun</p> <p>6) Kemampuan duduk tanpa sandaran meningkat</p> <p>7) Keseimbangan saat berdiri meningkat</p> <p>8) Pusing menurun</p> <p>(SLKI : L.05039)</p>	<p>meningkatkan risiko jatuh (mis, lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>3) Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p>4) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1) Orientasi ruangan pada pasien keluarga</p> <p>2) Atur pemantauan sesuai kondisi pasien</p> <p>3) Tempatkan pasien berisiko jatuh dengan pantauan perawat dari nurse station</p> <p>4) Dekatkan bel memanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>5) Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi :</p> <p>1) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>2) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>3) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p> <p>4) Ajarkan cara menggunakan bel untuk memanggil perawat</p> <p>5) Anjurkan melebarkan jarak dua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p>	<p>lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis, lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>3. Memberikan hitungan risiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p>4. Melakukan monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur</p> <p>Terapeutik :</p> <p>6) Agar mengetahui orientasi ruangan pada pasien keluarga</p> <p>7) Untuk mengatur pemantauan sesuai kondisi pasien</p> <p>8) Untuk memberikan tempat pasien berisiko jatuh dengan pantauan perawat dari nurse station</p> <p>9) Mendekatkan bel memanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>10) Mendokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Agar berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>2. Agar mengetahui tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>3. Untuk menginformasikan hasil pemantauan, jika perlu</p> <p>4. Untuk mengetahui cara menggunakan bel untuk memanggil perawat</p> <p>5. Anjurkan melebarkan jarak dua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p>
--	--	--	---	---

			Kolaborasi : 1. Kolaborasi untuk menjaga keseimbangan risiko jatuh	Kolaborasi : 1.Kolaborasi untuk menjaga keseimbangan risiko jatuh
--	--	--	---	--

### 3.4 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

No Dx	Hari/Tgl Jam	Implementasi	Paraf	Hari/Tgl Jam	No Dx	Evaluasi formatif SOAP / Catatan perkembangan	Paraf
1,2,4  2,3 1  1,2,3,4  1,3 1 1 3 1 1,3	Jumat, 02 Desember 2022 08.00  08.05 08.10  09.00  09.15  10.00  10.40  11.00 11.20 11.40	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri.</li> <li>- Mengidentifikasi riwayat alergi obat</li> <li>- Mengidentifikasi kesesuaian jenis analgesik (narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri</li> <li>- Memonitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgesik</li> <li>- Mendiskusikan jenis analgesic yang disukai untuk mencapai analgesic optimal</li> <li>- Mengajarkan teknik non farmakologi penanganan nyeri</li> <li>- Mengontrol lingkungan yang menambah berat nyeri</li> <li>- Memfasilitasi istirahat dan tidur</li> </ul>	<p>WJMP.</p> <p>WJMP.</p> <p>WJMP.</p> <p>WJMP.</p> <p>WJMP.</p> <p>WJMP.</p>	Jumat, 02 Desember 2022  13.30	1	<p><b>Diagnosa 1: Nyeri Akut</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada semua kepala</li> </ul> <p>P : Nyeri saat melakukan gerakan</p> <p>Q : Nyeri dirasakan seperti cekot-cekot</p> <p>R : Nyeri bagian semua kepala</p> <p>S : Skala 6 (1-10)</p> <p>T : Hilang Timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gelisah ketika digunakan untuk bergerak. Pasien bersikap menghindari nyeri dengan bergerak secara pelan-pelan.</li> </ul> <p>TD : 110/70mmHg</p> <p>N : 90x/mnt</p> <p>RR : 20x/mnt</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,2, 3, 4, 6, 7, 8</p>	WJMP.



					<p>S : 36,5°C</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>SPO : 99%</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,6</p> <p><b>Diagnosa 4 : Risiko Jatuh</b></p> <p>4 S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan pusing masih bertambah dan untuk menjaga keseimbangan tubuh masih belum bisa</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien merasa lemas untuk berpindah posisi secara mandiri,</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,6,7</p>	
1,2,3,4	Jumat, 02 Desember 2022 14.10	- Mengidentifikasi karakteristik Hasil : pasien mengeluh nyeri pada bagian semua kepala		Jumat, 02 Desember 2022	<p><b>Diagnosa 1: Nyeri Akut</b></p> <p>1 S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada semua kepala</li> </ul> <p>P : Nyeri saat melakukan gerakan</p>	

		<p>P : Nyeri saat melakukan gerakan  Q : Nyeri dirasakan seperti cekot-cekot  R : Nyeri bagian semua kepala  S : Skala 6 (1-10)  T : Hilang Timbul</p>	WJNY.		<p>Q : Nyeri dirasakan seperti cekot-cekot  R : Nyeri bagian semua kepala  S : Skala 6 (1-10)  T : Hilang Timbul</p>	
2	14.20	- Memonitor gerakan lidah saat menelan	WJNY.		O:	
2	14.50	- Memonitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan	WJNY.		- Pasien tampak gelisah ketika bagian semua kepala digunakan untuk bergerak. TD : 110/70mmHg N : 90x/mnt RR : 20x/mnt	
1,2	15.00	- Memberikan lingkungan yang nyaman	WJNY.			
2	15.20	- Menggunakan alat bantu jika perlu (NGT)	WJNY.		A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1,2, 3, 4, 6, 7, 8	
2	15.45	- Memfasilitasi meletakkan makanan dibelakang mulut	WJNY.		2	
2	16.00	- Memberikan informasi manfaat terapi menelan kepada pasien dan keluarga	WJNY.		<b>Diagnosa 2 : Gangguan pola tidur</b>	
2	16.20	- Menganjurkan membuka dan menutup mulut saat memberikan makanan	WJNY.		S :	
2	16.40	- Menganjurkan tidak bicara saat makan	WJNY.		- Pasien mengatakan sulit tidur siang dan malam hari - Tidur sering terbangun	WJNY.
2	17.00	- Mengkolaborasi dengan tenaga kesehatan dalam memberikan nutrisi	WJNY.		O :	
2	17.40				- TD : 135/90 mmHg - N : 86 x/menit - S : 36,5 °C - RR : 20 x/menit	
					A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,7	



2	18.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan diet ke pasien, sarankan makan selagi hangat</li> </ul> <p>Hasil : porsi makan habis 1 porsi</p>	WJNH.		3	<p><b>Diagnosa 3 : Defisit Nutrisi</b></p> <p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sering mual dan muntah nafsu makan berkurang.</li> </ul>	WJNH.
1,2,3	18.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan diet ke pasien, sarankan makan selagi hangat</li> </ul> <p>Hasil : porsi makan habis 1 porsi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan terapi injeksi Ranitidin 2x1gr, Ondancetron 2 x 1 mg, Betahistine 6mg, Gabapentin 300mg 1/3ta, Inj Diphenhidramin 3x1 amp IV dan Inj Antrain 2,5g.</li> </ul>	WJNH.			<p><b>O :</b></p> <p>Akral hangat, GCS 456, nafsu makan berubah, membran mukosa pucat</p> <p>TD:140/87mmHg</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>SPO : 99%</p>	
						<p><b>A :</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan 1,2,3,6</p>	

					4	<p><b>Diagnosa 4 : Risiko Jatuh</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan pusing masih bertambah dan untuk menjaga keseimbangan tubuh masih belum bisa</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien merasa lemas untuk berpindah posisi secara mandiri,</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,6,7</p>	WJNY.
2	Jumat, 02 Desember 2022	- Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	WJNY.	Jumat, 02 Desember 2022	1	<p><b>Diagnosa 1: Nyeri Akut</b></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri bagian semua kepala sedikit berkrang</li> </ul> <p>P : Nyeri saat melakukan gerakan</p> <p>Q : Nyeri dirasakan seperti cekot-cekot</p> <p>R : Nyeri bagian semua kepala</p> <p>S : Skala 5 (1-10)</p> <p>T : Hilang Timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gelisah ketika bagian kepala digunakan untuk bergerak.</li> </ul> <p>TD : 110/70mmHg</p>	WJNY.
2	07.00	- Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis)	WJNY.				
2,3	07.20	- Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis, kopi, the, alcohol, minum banyak air sebelum tidur)	WJNY.				
2	08.00	- Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi	WJNY.				
2	09.00	- Memonitor respon terhadap pola tidur	WJNY.				
1,2,3,4	09.30	- Memodifikasi lingkungan					
2		- Membatasi waktu tidur siang					

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> </ul>	WJNH.			N : 90x/mnt RR : 20x/mnt	
1,2	10.00						
	11.00						
2	11.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)</li> </ul>			2	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1,2, 3, 4,	
2	11.40						
	12.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menyesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur</li> </ul>				<b>Diagnosa 2 : Defisit Nutrisi</b> S :	
2		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mual dan muntah sedikit berkurang, dan nafsu makan berkurang</li> </ul>	WJNH.
2	12.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur (teh)</li> </ul>			3	O :	
2,3	12.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan pasien istirahat di tempat tidur</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral hangat, GCS 456, nafsu makan berubah, membran mukosa pucat</li> </ul>	
	12.40					TD:110/70mmHg	
2	13.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengatur posisi pasien senyaman mungkin</li> </ul>				N : 90x/m	
2		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan pasien teknik relaksasi dan nafas dalam</li> </ul>				S : 36,5°C	
1,2	13.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkolaborasikan pemberian analgetik</li> </ul>				RR : 20x/menit	
	13.30					SPO : 99%	WJNH.
1,2,3	13.40						
	14.00						
						A : Masalah belum teratasi	

					<p>P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,6</p> <p><b>4</b></p> <p><b>Diagnosa 3 : Gangguan pola tidur</b></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan untuk sulit tidur siang dan malam hari sudah berkurang</li> <li>- Mengeluh pola tidur selama sakit menurun</li> </ul> <p>O :</p> <p>Pasien sudah nampak membaik  TD : 110/70 mmHg  N : 86 x/menit  S : 36,5 °C  RR : 20 x/menit</p> <p><b>1</b></p> <p>A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3</p> <p><b>Diagnosa 4 : Risiko Jatuh</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan pusing masih bertambah dan untuk menjaga keseimbangan tubuh masih belum</li> </ul>	
--	--	--	--	--	---	--

WENK.



2,4	07.40	menggunakan skala				R : Nyeri bagian semua kepala S : Skala 5 (1-10) T : Hilang Timbul	
1,2,3,4	08.00	- Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur			3		
	08.20	- Mengorientasi ruangan pada pasien keluarga					
4	08.40	- Mengatur pemantauan sesuai kondisi pasien				O :	
4	09.00	- Menempatkan pasien berisiko jatuh dengan pantauan perawat dari nurse station				- Pasien tampak gelisah ketika bagian kepala digunakan untuk bergerak. TD : 110/70mmHg N : 90x/mnt RR : 20x/mnt	
4	10.00	- Mendekatkan bel memanggil dalam					
4	10.20	- Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh				A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1,2, 3, 4,	
4	11.00	- Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan					
4	11.20	- Menginformasikan hasil pemantauan, jika perlu				<b>Diagnosa 2 : Defisit Nutrisi</b>	
4	11.50	- Mengajarkan cara menggunakan bel untuk memanggil perawat				S :	
4	12.00	- Menganjurkan melebarkan jarak dua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri			4	- Pasien mengatakan mual dan muntah sedikit berkurang, dan nafsu makan berkurang	
4	13.00	- Mengkolaborasi untuk menjaga keseimbangan risiko jatuh				O :	
						- Akral hangat, GCS 456, nafsu makan berubah, membran mukosa pucat TD:110/70mmHg	

					<p>1</p> <p>N : 90x/m S : 36,5°C RR : 20x/menit SPO : 99%</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,6</p> <p><b>Diagnosa 3 : Gangguan pola tidur</b></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan untuk sulit tidur siang dan malam hari sudah berkurang</li> <li>- Mengeluh pola tidur selama sakit menurun</li> </ul> <p>O :</p> <p>Pasien sudah nampak membaik TD : 110/70 mmHg N : 86 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit</p>	<p>U.S.M.</p>
--	--	--	--	--	---	---------------

					2	<p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3</p> <p><b>Diagnosa 4 : Risiko Jatuh</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan pusing masih bertambah dan untuk menjaga keseimbangan tubuh masih belum bisa</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien merasa lemas untuk berpindah posisi secara mandiri,</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,6,7</p>	WJNY:
1,2,4  2,3 1	<p>Sabtu, 03 Desember 2022 08.00</p> <p>08.05 08.10</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri.</li> <li>- Mengidentifikasi riwayat alergi obat</li> <li>- Mengidentifikasi kesesuaian jenis analgsik (narkotika, non-</li> </ul>	WJNY:  WJNY:	<p>Sabtu, 03 Desember 2022 13.30</p>	1	<p><b>Diagnosa 1: Nyeri Akut</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada semua kepala</li> </ul> <p>P : Nyeri saat melakukan gerakan Q : Nyeri dirasakan seperti cekot-cekot R : Nyeri bagian semua kepala S : Skala 6 (1-10)</p>	WJNY:



1,2,3,4	09.00	narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri	WJNY.			T : Hilang Timbul	
1,3	09.15	- Memonitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgesik				O:	
1	10.00	- Mendiskusikan jenis analgesic yang disukai untuk mencapai analgesic optimal	WJNY.			- Pasien tampak gelisah ketika digunakan untuk bergerak. Pasien bersikap menghindari nyeri dengan bergerak secara pelan-pelan.	
1	10.40	- Mengajarkan teknik non farmakologi penanganan nyeri				TD : 110/70mmHg	
3	11.00	- Mengontrol lingkungan yang menambah berat nyeri	WJNY.			N : 90x/mnt	
1,3	11.20	- Memfasilitasi istirahat dan tidur				RR : 20x/mnt	
1	11.40	- Menjelaskan penyebab nyeri				A : Masalah belum teratasi	
1	12.00	- Memberikan penjelasan strategi meredakan nyeri	WJNY.			P : Intervensi dilanjutkan 1,2, 3, 4, 6, 7, 8	
1,2,3	12.20	- Menjelaskan efek terapi dan efek samping obat				<b>Diagnosa 2 : Gangguan pola tidur</b>	
1	12.40	- Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat	WJNY.		2	S :	
1	13.00	- Mengkolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri				- Pasien mengatakan sulit tidur siang dan malam hari	
1,2,3,4	13.20	- Menganjurkan keluarga tetap bersama pasien				- Tidur sering terbangun	WJNY.
1,2,3,4	13.20	- Melakukan observasi ttv	WJNY.			O :	
1,3	14.00	Hasil : TD : 110/70 mmHg, Nadi : 90x/menit, Suhu : 36,5°C, SpO <sub>2</sub> : 99%, RR : 20x/menit, GCS : 456				- TD : 135/90 mmHg	
1,3	14.00	- Memberikan terapi injeksi				- N : 86 x/menit	
						- S : 36,5 °C	
						- RR : 20 x/menit	
						A : Masalah belum teratasi	
						P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4	

		<p>Ranitidin 2x1gr, Ondancetron 2 x 1 mg, Betahistine 6mg, Gabapentin 300mg 1/3ta, Inj Diphenhidramin 3x1 amp IV dan Inj Antrain 2,5g.</p>			<p>3</p>	<p><b>Diagnosa 3 : Defisit Nutrisi</b>  <b>S :</b>  - Pasien mengatakan sering mual dan muntah nafsu makan berkurang.  <b>O :</b>  - Akral hangat, GCS 456, nafsu makan berubah, membran mukosa pucat  TD:140/87mmHg  N : 90x/m  S : 36,5°C  RR : 20x/menit  SPO : 99%</p> <p>A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,6</p> <p><b>Diagnosa 4 : Risiko Jatuh</b>  <b>S:</b>  - Pasien mengatakan pusing masih bertambah dan untuk menjaga</p>	<p>WENK:</p> <p>WENK:</p>
					<p>4</p>		

						<p>keseimbangan tubuh masih belum bisa</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien merasa lemas untuk berpindah posisi secara mandiri</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,6,7</p>	
1,2,3,4	Sabtu, 03 Desember 2022			Sabtu, 03 Desember 2022		<p><b>Diagnosa 1: Nyeri Akut</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada semua kepala</li> </ul> <p>P : Nyeri saat melakukan gerakan</p> <p>Q : Nyeri dirasakan seperti cekot-cekot</p> <p>R : Nyeri bagian semua kepala</p> <p>S : Skala 6 (1-10)</p> <p>T : Hilang Timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gelisah ketika bagian semua kepala digunakan untuk bergerak.</li> </ul> <p>TD : 110/70mmHg</p> <p>N : 90x/mnt</p> <p>RR : 20x/mnt</p>	
2	14.10	- Memonitor gerakan lidah saat menelan	WGNP.	21.00	1		
2	14.20	- Memonitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan	WGNP.				
2	14.50	- Memberikan lingkungan yang nyaman					
1,2	15.00	- Menggunakan alat bantu jika perlu (NGT)	WGNP.				
2	15.20	- Memfasilitasi meletakkan makanan dibelakang mulut					
2	15.45	- Memberikan informasi manfaat terapi menelan kepada pasien dan keluarga	WGNP.				
2	16.00	- Menganjurkan membuka dan menutup mulut saat					

2	16.20	memberikan makanan - Menganjurkan tidak bicara saat makan	WJNY.			A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1,2, 3, 4, 6, 7, 8	
2	16.40	- Mengkolaborasi dengan tenaga kesehatan dalam memberikan nutrisi	WJNY.			<b>Diagnosa 2 : Gangguan pola tidur</b>	
2	17.00	- Memberikan diet ke pasien, sarankan makan selagi hangat	WJNY.		2	S : - Pasien mengatakan untuk sulit tidur siang dan malam hari sudah mulai berkurang	WJNY.
2	17.40	Hasil : porsi makan habis 1 porsi	WJNY.			- Istirahat cukup	
2	18.00	- Memberikan diet ke pasien, sarankan makan selagi hangat	WJNY.			O : - TD : 110/70mmHg - N : 86 x/menit - S : 36,5 °C - RR : 20 x/menit	
1,2,3	18.30	Hasil : porsi makan habis 1 porsi	WJNY.			A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,7	
		- Memberikan terapi injeksi Ranitidin 2x1gr, Ondancetron 2 x 1 mg, Betahistine 6mg, Gabapentin 300mg 1/3ta, Inj Diphenhidramin 3x1 amp IV dan Inj Antrain 2,5g.	WJNY.			<b>Diagnosa 3 : Defisit Nutrisi</b>	
					3	S : - Pasien mengatakan mual dan muntah berkurang - Nafsu makan meningkat	WJNY.
						O :	

					<p>- Akral hangat, GCS 456, nafsu makan berubah, membran mukosa pucat TD:110/77 mmHg</p> <p>N : 90x/m</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>SPO : 99%</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3</p> <p><b>Diagnosa 4 : Risiko Jatuh</b></p> <p>4 S:</p> <p>- Pasien mengatakan pusing masih bertambah dan untuk menjaga keseimbangan tubuh masih belum bisa</p> <p>O :</p> <p>- Pasien merasa lemas untuk berpindah posisi secara mandiri,</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,6,7</p>	
--	--	--	--	--	--	--

	Sabtu, 03 Desember 2022			Sabtu, 03 Desember 2022			
2	07.00	- Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	WJNY.	14.00	<b>1</b> <b>Diagnosa 1: Nyeri Akut</b> <b>S:</b> - Pasien mengatakan nyeri pada semua kepala <b>P :</b> Nyeri saat melakukan gerakan <b>Q :</b> Nyeri dirasakan seperti cekot-cekot <b>R :</b> Nyeri bagian semua kepala <b>S :</b> Skala 6 (1-10) <b>T :</b> Hilang Timbul  <b>O:</b> - Pasien tampak gelisah ketika bagian semua kepala digunakan untuk bergerak. <b>TD :</b> 110/70mmHg <b>N :</b> 90x/mnt <b>RR :</b> 20x/mnt  <b>A :</b> Masalah belum teratasi <b>P :</b> Intervensi dilanjutkan 1,2, 3, 4, 6, 7, 8  <b>2</b> <b>Diagnosa 2 : Gangguan pola tidur</b> <b>S :</b> - Pasien mengatakan untuk sulit tidur siang dan malam hari sudah mulai berkurang	WJNY.	
2	07.20	- Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis)	WJNY.				
2,3	08.00	- Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis, kopi, the, alcohol, minum banyak air sebelum tidur)	WJNY.				
2	09.00	- Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi	WJNY.				
2	09.30	- Memonitor respon terhadap pola tidur	WJNY.				
1,2,3,4	10.00	- Memodifikasi lingkungan	WJNY.				
2	11.00	- Membatasi waktu tidur siang	WJNY.				
1,2	11.20	- Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur	WJNY.				
2	11.40	- Menetapkan jadwal tidur rutin	WJNY.				
2	12.00	- Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)	WJNY.				
2	12.10	- Menyesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur	WJNY.				
2	12.30	- Menjelaskan pentingnya tidur	WJNY.				



						<p>SPO : 99%</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3</p> <p><b>Diagnosa 4 : Risiko Jatuh</b></p> <p>S:</p> <p>4 - Pasien mengatakan pusing masih bertambah dan untuk menjaga keseimbangan tubuh masih belum bisa</p> <p>O :</p> <p>- Pasien merasa lemas untuk berpindah posisi secara mandiri,</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,6,7</p>	WJMK-
4	Sabtu, 03 Desember 2022	- Mengidentifikasi faktor risiko jatuh (mis, usia >65tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif)	WJMK-	Sabtu, 03 Desember 2022	1	<p><b>Diagnosa 1: Nyeri Akut</b></p> <p>S:</p> <p>- Pasien mengatakan nyeri dibagian semua kepala sudah mulai berkurang</p> <p>P : Nyeri saat melakukan gerakan</p> <p>Q : Nyeri dirasakan seperti cekot-cekot</p>	WJMK-
4	07.00	- Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis, lantai licin, penerangan kurang)	WJMK-	14.00			
4	07.20						



4	07.40	- Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala	WJNY.			R : Nyeri bagian semua kepala S : Skala 5 (1-10) T : Hilang Timbul	
4	08.00	- Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur	WJNY.				
4	08.20	- Mengorientasi ruangan pada pasien keluarga	WJNY.			O:	
4	08.40	- Mengatur pemantauan sesuai kondisi pasien	WJNY.			- Nyeri berkurang TD : 110/70mmHg N : 90x/mnt RR : 20x/mnt	
4	09.00	- Menempatkan pasien berisiko jatuh dengan pantauan perawat dari nurse station	WJNY.			A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1,2, 3	
4	10.00	- Mendekatkan bel memanggil dalam	WJNY.				
4	10.20	- Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh	WJNY.			<b>Diagnosa 2 : Gangguan pola tidur</b>	
4	11.00	- Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	WJNY.		2	S :	
4	11.20	- Menginformasikan hasil pemantauan, jika perlu				- Pasien mengatakan untuk sulit tidur siang dan malam hari sudah mulai berkurang - Istirahat cukup	WJNY.
4	11.50	- Mengajarkan cara menggunakan bel untuk memanggil perawat				O :	
1,2,3,4	12.00	- Menganjurkan melebarkan jarak dua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri				- TD : 110/70mmHg - N : 86 x/menit - S : 36,5 °C - RR : 20 x/menit	
	13.00	- Mengkolaborasi untuk menjaga keseimbangan risiko jatuh				A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,7	

					<p><b>Diagnosa 3 : Defisit Nutrisi</b></p> <p><b>3 S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mual dan muntah berkurang</li> <li>- Nafsu makan meningkat</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral hangat, GCS 456, nafsu makan berubah, membran mukosa pucat</li> </ul> <p>TD:110/77 mmHg</p> <p>N : 90x/m</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>SPO : 99%</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3</p>	<p>U.S.M.</p>
--	--	--	--	--	---	---------------

					4	<p><b>Diagnosa 4 : Risiko Jatuh</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan pusing berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien merasa sudah bisa berpindah secara mandiri,</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	WJMK.
1,2,4	Minggu, 04 Desember 2022 08.00	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri.	WJMK.	Minggu, 04 Desember 13.30	1	<p><b>Diagnosa 1: Nyeri Akut</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri udah berkurang</li> </ul> <p>P : Nyeri saat melakukan gerakan</p> <p>Q : Nyeri dirasakan seperti cekot-cekot</p> <p>R : Nyeri bagian semua kepala</p> <p>S : Skala 4 (1-10)</p> <p>T : Hilang Timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat nyaman, tidak merasa nyeri</li> </ul> <p>TD : 110/70mmHg</p> <p>N : 90x/mnt</p>	WJMK.
2,3 1	08.05 08.10	- Mengidentifikasi riwayat alergi obat	WJMK.				
1,2,3,4	09.00	- Mengidentifikasi kesesuaian jenis analgsik (narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri	WJMK.				
1,3	09.15	- Memonitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgsik					

1	10.00	- Mendiskusikan jenis analgesic yang disukai untuk mencapai analgesic optimal	WJNY.			RR : 20x/mnt A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1,2	
1	10.40	- Mengajarkan teknik non farmakologi penanganan nyeri					
3	11.00						
1	11.20	- Mengontrol lingkungan yang menambah berat nyeri	WJNY.			<b>Diagnosa 2 : Gangguan pola tidur</b> S :	
1,3	11.40	- Memfasilitasi istirahat dan tidur				- Pasien mengatakan istirahat cukup	
1	12.00	- Menjelaskan penyebab nyeri				- Tidur siang dan malam hari sudah bisa	WJNY.
1,2,3	12.20	- Memberikan penjelasan strategi meredakan nyeri	WJNY.		2	- Tidur sering terbangun menurun	
1	12.40	- Menjelaskan efek terapi dan efek samping obat				O :	
1	13.00	- Mengajarkan menggunakan analgetik secara tepat	WJNY.			- TD : 110/70 mmHg	
1,2,3,4	13.20	- Mengkolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri	WJNY.			- N : 86 x/menit	
		- Mengajarkan keluarga tetap bersama pasien				- S : 36,5 °C	
		- Melakukan observasi ttv				- RR : 20 x/menit	
1,3	14.00	Hasil : TD : 110/70 mmHg, Nadi : 90x/menit, Suhu : 36,5°C, SpO <sub>2</sub> : 99%, RR : 20x/menit, GCS : 456	WJNY.			A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
		- Memberikan terapi injeksi Ranitidin 2x1gr, Ondancetron 2 x 1 mg, Betahistine 6mg, Gabapentin 300mg 1/3ta, Inj Diphenhidramin 3x1 amp IV			3	<b>Diagnosa 3 : Defisit Nutrisi</b> S :	WJNY.
						- Pasien mengatakan mual dan muntah sudah berkurang	

		dan Inj Antrain 2,5g.			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nafsu makan meningkat</li> <li>- Makan habis 1 porsi</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral hangat,GCS 456</li> <li>TD:110/70mmHg</li> <li>N : 90x/m</li> <li>S : 36,5°C</li> <li>RR : 20x/menit</li> <li>SPO : 99%</li> <li>A : Masalah teratasi</li> </ul> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <p><b>Diagnosa 4 : Risiko Jatuh</b></p> <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak pusing</li> <li>- Untuk menjaga keseimbangan tubuh sudah bisa mandiri</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak merasa lemas untuk berpindah posisi secara mandiri</li> </ul>	
				4		

WJNY:

						<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien berpindah secara mandiri tanpa bantuan orang lain</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>	
	Minggu, 04 Desember			Minggu, 04 Desember	1	<p><b>Diagnosa 1: Nyeri Akut</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri berkurang</li> </ul> <p>P : Nyeri saat melakukan gerakan Q : Nyeri dirasakan seperti cekot-cekot R : Nyeri bagian semua kepala S : Skala 3 (1-10) T : Hilang Timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat nyaman, tidak merasa nyeri</li> <li>- TTV normal TD : 110/70mmHg N : 90x/mnt RR : 20x/mnt</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>	WJNY.
1,2,3,4	14.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor gerakan lidah saat menelan</li> </ul>	WJNY.	21.00			
2	14.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan</li> </ul>	WJNY.				
2	14.50	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan lingkungan yang nyaman</li> </ul>	WJNY.				
	15.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menggunakan alat bantu jika perlu (NGT)</li> </ul>	WJNY.				
1,2	15.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memfasilitasi meletakkan makanan dibelakang mulut</li> </ul>	WJNY.				
	15.45	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan informasi manfaat terapi menelan kepada pasien dan keluarga</li> </ul>	WJNY.				
2	16.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan membuka dan menutup mulut saat memberikan makanan</li> </ul>	WJNY.				
2	16.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan tidak bicara saat makan</li> </ul>	WJNY.				



					<p>N : 90x/m</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>SPO : 99%</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <p><b>4</b></p> <p><b>Diagnosa 4 : Risiko Jatuh</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak pusing</li> <li>- Untuk menjaga keseimbangan tubuh sudah bisa mandiri</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak merasa lemas untuk berpindah posisi secara mandiri</li> <li>- Pasien berpindah secara mandiri tanpa bantuan orang lain</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	--	--	--	--



	Minggu, 04 Desember		WJNH.	Minggu, 04 Desember	1		
2	07.00		WJNH.	14.00		<b>Diagnosa 1: Nyeri Akut</b>	
2	07.20		WJNH.			S:	WJNH.
2,3	08.00	- Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur				- Pasien mengatakan nyeri udah berkurang	
		- Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis)	WJNH.			P : Nyeri saat melakukan gerakan	
2	09.00	- Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur				Q : Nyeri dirasakan seperti cekot-cekot	
2	09.30	(mis, kopi, the, alcohol, minum banyak air sebelum tidur)	WJNH.			R : Nyeri bagian semua kepala	
1,2,3,4	10.00	- Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi				S : Skala 4 (1-10)	
2	11.00					T : Hilang Timbul	
1,2	11.20	- Memonitor respon terhadap pola tidur	WJNH.			O:	
2	11.40	- Memodifikasi lingkungan				- Pasien terlihat nyaman, tidak merasa nyeri	
2	12.00	- Membatasi waktu tidur siang				TD : 110/70mmHg	
		- Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur	WJNH.			N : 90x/mnt	
		- Menetapkan jadwal tidur rutin				RR : 20x/mnt	
2	12.10	- Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)	WJNH.		2	A : Masalah teratasi	
	12.30	- Menyesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk				P : Intervensi ihentikan	
2						<b>Diagnosa 2 : Gangguan pola tidur</b>	
2,3	12.40					S :	WJNH.
						- Pasien mengatakan sulit tidur siang dan malam hari berkurang	
						- Istirahat cukup	
						- Tidur sesuai 6-8 jam	

2	13.00	menunjang siklus tidur - Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	WJNY.			O : - TD : 110/70 mmHg - N : 86 x/menit - S : 36,5 °C - RR : 20 x/menit	
2	13.10	- Mengajarkan menghindari makanan atau minuman yang	WJNY.			- RR : 20 x/menit	
1,2	13.30	mengganggu tidur (teh) - Mengajarkan pasien istirahat di				A : Masalah teratasi P : Intervensi ihentikan	
1,2,3	13.40	tempat tidur - Mengatur posisi pasien senyaman			3		
	14.00	mungkin - Mengajarkan pasien teknik				<b>Diagnosa 3 : Defisit Nutrisi</b>	
		relaksasi dan nafas dalam - Mengkolaborasikan pemberian				<b>S :</b> - Pasien mengatakan smual dan	
		analgetik				muntah sudah berkurang - Nafsu makan meningkat - Makan habis 1porisi	WJNY.
						<b>O :</b> - Akral hangat,GCS 456 TD:110/70mmHg N : 90x/m S : 36,5°C RR : 20x/menit SPO : 99% A : Masalah teratasi	

					<p>P : Intervensi dihentikan</p> <p><b>4 Diagnosa 4 : Risiko Jatuh</b></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak pusing</li> <li>- Untuk menjaga keseimbangan tubuh sudah bisa mandiri</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak merasa lemas untuk berpindah posisi secara mandiri</li> <li>- Pasien berpindah secara mandiri tanpa bantuan orang lain</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
4	Minggu, 04 Desember	- Mengidentifikasi faktor risiko jatuh (mis, usia >65tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif)		Minggu, 04 Desember	<b>1 Diagnosa 1: Nyeri Akut</b>	
4	07.00	- Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis, lantai licin,		14.00	S:	
4	07.20				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri udah berkurang</li> </ul> <p>P : Nyeri saat melakukan gerakan</p> <p>Q : Nyeri dirasakan seperti cekot-cekot</p> <p>R : Nyeri bagian semua kepala</p> <p>S : Skala 4 (1-10)</p>	

4	07.40	penerangan kurang) - Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala	WJNY.			T : Hilang Timbul	
4	08.00	- Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur				O:	
4	08.20	- Mengorientasi ruangan pada pasien keluarga	WJNY.			- Pasien terlihat nyaman, tidak merasa nyeri	
4	08.40	- Mengatur pemantauan sesuai kondisi pasien				TD : 110/70mmHg	
4	09.00	- Menempatkan pasien berisiko jatuh dengan pantauan perawat dari nurse station	WJNY.			N : 90x/mnt	
4	10.00	- Mendekatkan bel memanggil dalam				RR : 20x/mnt	
4	10.20	- Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh	WJNY.			A : Masalah teratasi	
4	11.00	- Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan				P : Intervensi dihentikan	
4	11.20	- Menginformasikan hasil pemantauan, jika perlu	WJNY.				
4	11.50	- Mengajarkan cara menggunakan bel untuk memanggil perawat				<b>Diagnosa 2 : Gangguan pola tidur</b>	
4	12.00	- Menganjurkan melebarkan jarak dua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	WJNY.		2	S :	
1,2,3,4	13.00	- Mengkolaborasi untuk menjaga keseimbangan risiko jatuh	WJNY.			- Pasien mengatakan tidur siang dan malam hari berkurang	WJNY.
						- Istirahat cukup	
						O :	
						- TD : 110/70 mmHg	
						- N : 86 x/menit	
						- S : 36,5 °C	
						- RR : 20 x/menit	
						A : Masalah teratasi	
						P : Intervensi dihentikan	

					<p><b>3</b></p> <p><b>Diagnosa 3 : Defisit Nutrisi</b></p> <p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan smual dan muntah sudah berkurang</li> <li>- Nafsu makan meningkat</li> <li>- Makan habis 1 porsi</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral hangat, GCS 456</li> <li>TD:110/70mmHg</li> <li>N : 90x/m</li> <li>S : 36,5°C</li> <li>RR : 20x/menit</li> <li>SPO : 99%</li> <li>A : Masalah teratasi</li> </ul> <p><b>P : Intervensi dihentikan</b></p>	WJNY:
					<p><b>4</b></p> <p><b>Diagnosa 4 : Risiko Jatuh</b></p> <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak pusing</li> <li>- Untuk menjaga keseimbangan</li> </ul>	WJNY:

						<p>tubuh sudah bisa mandiri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien tidak merasa lemas untuk berpindah posisi secara mandiri</li><li>- Pasien berpindah secara mandiri tanpa bantuan orang lain</li></ul> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Vertigo di ruang Pav VII Saraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 02 Desember 2022 sampai tanggal 04 Desember 2022. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. N dengan melakukan anamnesa kepada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan dimulai dari :

##### **1. Identitas**

Ny. N dengan rekam medis 056xxx, berjenis kelamin perempuan, berusia 51 tahun, berasal dari suku Jawa/Indonesia, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai PNS. Kejadian vertigo adalah kasus yang banyak pada faktor resiko dari vertigo bahwa angka kejadian vertigo pada wanita dua sampai tiga kali lebih tinggi dibandingkan dengan laki laki (Neuhauser, 2016). Vertigo juga lebih sering terdapat pada Usia yang lebih tua yaitu diatas 50 tahun (Nike Chusnul Dwi Indah Triyanti, Tri Nataliswati, 2018).

Penyebab vertigo sampai saat ini diketahui pasti. Beberapa penyebab yang mungkin dan hingga saat ini masih dalam tahap penelitian adalah akibat kecelakaan, stres, gangguan pada telinga bagian dalam, obat-obatan, terlalu sedikit atau banyak aliran darah ke otak, dan lain-lain. Organ ini memiliki saraf yang berhubungan dengan area tertentu di otak. Vertigo bisa disebabkan oleh kelainan di dalam telinga, di dalam saraf yang menghubungkan telinga dengan otak dan di dalam otaknya sendiri (Mardjono, 2017).

Menurut peneliti tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus dimana pada usia 50 keatas memiliki resiko rentan penyakit vertigo dengan respon pusing yang semakin menurun dan pasien di diagnosa pada usia 51 tahun.

Data pengkajian yang ada dihubungkan dengan faktor resiko, pasien Ny.N mempunyai resiko yang aktual untuk menderita penyakit vertigo, kondisi ini berhubungan dengan nyeri bagian kepala yang pernah dialami Ny. N pada usia 51 tahun. Untuk saat belum diketahui penyebabnya karena masih merasa pusing terus dan hanya dicek foto thorax, mungkin nanti dapat pemeriksaan lebih lanjut dengan CT Scan Kepala dan MRI.

## **2. Riwayat sakit dan kesehatan**

Keluhan utama pasien masuk rumah sakit adalah karena pasien merasakan nyeri bagian kepala selama 2 minggu, 1 minggu sebelum Masuk Rumah Sakit nyeri bagian kepala terasa pusing dan nggeliyeng, sehingga tidak mampu bangun dari tempat tidur dan nafsu makan menurun, mulut pahit disertai mual dan muntah. Pasien belum pernah melakukan pengobatan alternatif. Pasien mencoba pengobatan lain dengan mengkonsumsi obat untuk



penghilang nyeri dikepala namun nyeri mereda sedikit setelah minum obat pamol tablet. Dengan skala nyeri 6 (1-10). Kemudian pasien memutuskan untuk kerumah sakit karena keluhan yang di rasakan semakin memberat hingga mengganggu aktivitas, pasien juga mengatakan tidak bisa tidur beberapa hari sebelumnya akibat nyeri yang dirasakan. Pada tanggal 28 November 2022 jam 09:55 WIB pasien datang bersama keluarga dari rumah ke IGD RSAL Dr. Ramelan Surabaya. Dengan dilakukan pemeriksaan didapatkan kesadaran composmentis dan kooperatif, GCS E4 V5 M6, tampak lemah dan tampak pucat, akral teraba hangat, TD: 110/ 70 mmHg, N: 90x/menit, S: 36,5°C, N: 22 x/menit, CRT < 2 detik, Turgor kulit < 3 detik, tidak terdapat oedema pada ekstremitas, tidak terdapat wheezing maupun ronki, BB 55kg dan TB 160. Hasil pemeriksaan laboratorium darah pada Ny.N tanggal 28 November 2022 : Hamoglobin 12.00 g/dl (L: 13,20 – 17,30 | P: 11,70 – 15,50), Leukosit  $7.36 \times 10^3/\mu\text{l}$  (4.00-10.00), Eritrosit  $4.71 \times 10^6/\mu\text{l}$  (L: 4,40 – 5,90 | P: 3,8 – 5,2), Trombosit  $134.00 \times 10^3/\mu\text{l}$  (1500 – 4500), Hematokrit 36.70 % (L: 40,0 – 52,0 | P: 35,0 – 47,0), Natrium 139.2 U/L (< 50), Kalium  $03.74 \times 10^3/\mu\text{l}$  (< 50). Terapi medis pada Ny. N tanggal 28 November 2022 : Paracetamol 3 x 1 gr, Ranitidin 2 x 1 gr, Ondancetron 2 x 1 mg, Infus NS 500 / 24 jam, Betahistine 6mg, Gabapentin 300mg 1/3tab dan Antrain.

Riwayat penyakit dahulu, pasien mengatakan tidak memiliki penyakit riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit keluarga, pasien dan ibu pasien juga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti diabetes melitus, hipertensi, atau penyakit vertigo seperti ini.

Riwayat Alergi, pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan ataupun obat-obatan.

Pada vertigo aanya hambatan dalam pasien yang termasuk dalam vertigo kronis, yaitu vertigo yang menetap, keluhannya konstan tanpa serangan akut, dibedakan menjadi:

- c. Yang disertai keluhan telinga : Otitis media kronika, meningitis Tb, labirintitis kronis, Lues serebri, lesi labirin akibat bahan ototoksik, tumor serebelopontin.
- d. Tanpa keluhan telinga : Kontusio serebri, ensefalitis pontis, sindrom pasca komosio, pelagra, siringobulbi, hipoglikemi, sklerosis multipel, kelainan okuler, intoksikasi obat, kelainan psikis, kelainan kardiovaskuler, kelainan endokrin.

Data pengkajian yang ada dihubungkan dengan faktor resiko, pasien Ny.N mempunyai resiko yang aktual untuk menderita penyakit vertigo, kondisi ini berhubungan dengan nyeri bagian kepala yang pernah dialami Ny. N pada usia 51 tahun. Untuk saat belum diketahui penyebabnya karena masih merasa pusing terus dan hanya dicek foto thorax, mungkn nanti dapat pemerikaan lebih lanjut dengan CT Scan Kepala dan MRI.

### **3. Pemeriksaan fisik**

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa di pergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnose keperawatan yang aktual maupun yang masih resiko. Adapun pemeriksaan dilakukan berdasarkan persistem seperti tersebut dibawah ini :

## a) Sistem pernafasan

Pada pemeriksaan fisik B1 (*Breath/* Pernapasan) didapatkan hasil pemeriksaan nafas spontan, bentuk dada normochest, tidak terdapat otot bantu napas, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, irama napas reguler, pola napas normal (eupnea), tidak terdapat sesak napas, tidak terdapat batuk dan sputum, tidak terdapat suara napas tambahan, suara napas vesikuler. Pada pemeriksaan palpasi pasien tidak ada nyeri tekan pada dada. Pemeriksaan perkusi suara sonor. Pada pemeriksaan auskultasi tidak ada suara nafas.

## b) Sistem persyarafan

Pada pemeriksaan fisik B3 (*Brain/* Persarafan) didapatkan hasil pemeriksaan GCS total 15 (Eye: 4, Verbal: 5, Motorik: 6), Kesadaran composmentis, terdapat nyeri kepala seperti pusing, tidak terdapat hemiparesis serta tidak ada kelemahan pada anggota tubuh. Pada pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius) fungsi penciuman pasien dapat mencium minyak kayu putih, Nervus II (Optikus) ketajaman penglihatan, terdapat gangguan penglihatan pada pasien yaitu mata menjadi kabur dan menyebabkan sempoyongan jika berjalan, reflek pupil pasien terhadap cahaya +/+, Nervus III, IV, VI (Okulomotorius, Troklearis, Abdusen) pasien dapat membuka kelopak mata, dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri, ke atas dan ke bawah, Nervus V (Trigeminus) tidak ditemukan paralisis pada otot wajah, pasien mampu membuka dan menutup rahang rahang, Nervus VII (Fasialis) pasien dapat mengerutkan dahi, wajah pasien simetris, pasien dapat membuka dan menutup mata, Nervus VIII (Vestibulokoklearis) tidak terdapat gangguan pendengaran

pada pasien, Nervus IX, X (Glosofaringeus, Vagus) mekanisme kemampuan menelan pasien terdapat gangguan sulit menelan mengakibatkan makanan sulit masuk dan menimbulkan mual dan muntah, pasien dapat minum air putih secara pelan-pelan, Nervus XI (Aksesorius) Pasien mampu menggerakkan kepala dan leher ke kanan- kiri, tetapi pasien masih merasa pusing jika dibuat tidur terus, Nervus XII (Hipoglosus) pasien mampu menjulurkan lidah, menggerakkan lidah ke arah atas, ke arah bawah, ke arah samping kanan dan kiri.

c) Sistem pencernaan

Pada pemeriksaan fisik B5 (*Bowel/* Pencernaan) didapatkan hasil pemeriksaan pasien mengeluh mual dengan pola makan 3x sehari habis ½ porsi, mulut pasien bersih tidak ada karies dan tidak berlubang, mukosa bibir kering, terdapat gangguan makan karena sulit menelan, pasien tidak terpasang NGT, tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen baik hepar maupun lien, selama dirumah sakit pasien BAB 1x, terdengar peristaltic usus 5x/mnt, tidak teraba pembesaran hati dan limfa.

d) Sistem muskuloskeletal

Pada pemeriksaan fisik B6 (*Bone/* Muskuloskeletal) didapatkan hasil pemeriksaan pasien mengatakan masih mampu berjalan, pasien mampu menggerakkan persendiannya secara aktif, tidak terdapat kelainan ekstremitas atas dan ekstremitas bawah, skala kekuatan otot ekstremitas : skala kekuatan otot ekstremitas: ekstremitas atas dextra 5555, ekstremitas atas sinistra 5555, ekstremitas bawah dextra 5555, ekstremitas bawah sinistra 5555. Tidak ada nyeri pada tulang belakang, tidak ada fraktur. ROM : bebas

e) Sistem penginderaan :

Ketajaman penglihatan, terdapat gangguan penglihatan pada pasien yaitu mata menjadi kabur dan menyebabkan sempoyongan jika berjalan, reflek pupil pasien terhadap cahaya +/+

Sistem pendengaran :

Sistem pendegaran pasien tidak megalami penurunan fungsi pendengaran

Sistem penciuman :

Pasien tidak mengalami gangguan fungsi penciuman

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Pencedera Fisiologis (mis, Inflamasi)

(SDKI : D.0077)

Pengkajian data yang didapatkan dari diagnosa tersebut adalah keluhan nyeri pada semua bagian kepala, kesadaran pasien composmentis dengan GCS E4V5M6, dengan skala nyeri 6-7 dengan waktu hilang timbul di daerah kepala. Keluhan lainnya pasien lebih nyeri ketika posisi duduk.

Menurut asumsi penulis pada Ny. N nyeri dirasakan karena adanya penekanan pada semua kepala yang mengakibatkan nyeri terhadap kepala dan merasa pusing.

2. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang Kontrol Tidur

(SDKI : D.0055)

Pengkajian data yang didapatkan dari diagnosa tersebut adalah terdapat keluhan pada gangguan pola tidur mengakibatkan pasien sering terbangun dan tidur kurang dengan istirahat tidur : pasien mengatakan sebelum sakit tidur

siang 13.00-14.00 malam 22.00-05:00 wib Setelah sakit tidur. Siang : tidak bisa tidur, Malam 24.00-03.00. Gangguan tidur : sulit tidur, tidak dapat memulai tidur kembali, mengeluh pola tidur sebelum dan sesudah sakit berubah, lesu, pucat menjadi terhambat.

Menurut asumsi penulis pada Ny. N nyeri dirasakan karena adanya penekanan pada bagian pola tidur yang mengakibatkan pola tidur berkurang dan terganggu dan sering terbangun.

3. Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan (SDKI : D.0019).

Pengkajian data yang didapatkan dari diagnosa tersebut adalah hasil pemeriksaan pasien mengeluh mual dengan pola makan 3x sehari habis  $\frac{1}{2}$  porsi, mulut pasien bersih tidak ada karies dan tidak berlubang, mukosa bibir kering, terdapat gangguan makan karena sulit menelan, pasien tidak terpasang NGT, tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen baik hepar maupun lien, selama dirumah sakit pasien BAB 1x, terdengar peristaltic usus 5x/mnt, tidak teraba pembesaran hati dan limfa.

Menurut asumsi penulis pada Ny. N didapatkan mual dan muntah setiap diberikan makanan dan hanya habi  $\frac{1}{2}$  porsi. Oleh karena itu memberikan monitor gerakan lidah saat menelan dan melakukan monitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan.

4. Risiko Jatuh berhubungan dengan Gangguan Keseimbangan (SDKI : D.0143)

Pengkajian data yang didapatkan dari diagnosa tersebut adalah penglihatan mata ngeblur, pandangan kurang jelas, semua bagian tangan dan kaki seperti mati rasa tidak merasakan apapun dan tidak bisa digerakkan perlu adanya bantuan.

Gangguan keseimbangan yang mengakibatkan pasien tidak mampu untuk berdiri sendiri dan keseimbangan kurang karena sempoyongan. Komponen tersebut berperan dalam menjaga kontrol postural pada tubuh yang berfungsi menjaga keseimbangan tubuh agar tidak jatuh saat berdiri, berjalan, maupun melakukan aktivitas. Penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah dapat mengakibatkan kelambanan gerak, langkah pendek, kaki tidak dapat menapak dengan kuat dan lebih mudah goyah, susah atau terlambat mengantisipasi bila terjadi gangguan (Ria, 2020).

Menurut asumsi penulis pada Ny. N dengan diagnosa resiko jatuh karena adanya keseimbangan pada semua gerak tubuh yang diakibatkan gejala yang ditimbulkan sempoyongan dan resiko jatuh dengan adanya gangguan mengakibatkan nyeri dikepala akan menyebabkan pusing, oleh sebab itu untuk implementasi yang digunakan seperti pasien safety untuk mengurangi resiko jatuh.

### **4.3 Intervensi**

Tujuan dan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan dituliskan berdasarkan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Tujuan dan intervensi disusun berdasarkan data dan indikasi pasien sehingga masalah keperawatan dapat diselesaikan secara komprehensif. Dalam tahap ini maka penulis menyusun tujuan dan intervensi keperawatan berdasarkan kebutuhan pasien.

- 1. Nyeri Akut berhubungan dengan Pencedera Fisiologis (inflamasi) (SDKI : D.0077)**

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri membaik dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan menuntaskan

aktivitas meningkat, 2) Keluhan nyeri menurun, 3) Pasien tidak gelisah 4) TTD dibatas normal.

Intervensi keperawatan manajemen nyeri antara lain: 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 2) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, 3) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tarik nafas dalam), 4) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, 5) Jelaskan penyebab, periode danpemicu nyeri, 6) Jelaskan strategi meredakan nyeri, 7) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, 8) Kolaborasi pemberian santagesik .

2. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang Kontrol Tidur (SDKI : D.0055)

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka gangguan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1) keluhan sulit tidur menurun, 2) pola tidur menurun.

Intervensi keperawatan dukungan tidur antara lain: 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur, 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis), 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis, kopi, the, alcohol, minum banyak air sebelum tidur), 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi, 5) Monitor respon terhadap pola tidur, 6) Kolaborasikan pemberian analgetik.

3. Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan (SDKI : D.0019).

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka risiko defisit nutrisi meningkat dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan



mengunyah makanan meningkat, 2) Usaha menelan meningkat, 3) Reflek menelan meningkat.

Intervensi keperawatan terapi menelan antara lain: 1) Monitor tanda dan gejala dalam kesulitan menelan makanan, 2) Monitor gerakan lidah saat menelan, 3) Monitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan, 4) Berikan lingkungan yang nyaman, 5) Mual muntah menurun, 6) Nafsu makan membaik

7) Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan terapi gizi seimbang.

4. Risiko Jatuh berhubungan dengan Gangguan Keseimbangan (SDKI : D.0143)

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan risiko jatuh berkurang dengan memberikan orientasi ruangan pada pasien keluarga dengan kenyamanan, dalam pantauan sesuai kondisi pasien, untuk menghindari tempat pasien berisiko jatuh dengan pantauan perawat dari nurse station dan dekatkan bel memanggil dalam jangkauan pasien, dan memastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci memasang handrall. Dengan criteria hasil: 1) Jatuh dari tempat tidur menurun, 2) Kemampuan duduk tanpa sandaran meningkat, 3) Keseimbangan saat berdiri meningkat, 4) Pusing menurun

Intervensi keperawatan pencegahan jatuh antara lain: 1) Identifikasi faktor risiko jatuh (mis, usia >65tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif), 2) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis, lantai licin, penerangan kurang), 3) monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur, 4) Atur pemantauan sesuai kondisi pasien, 5) Tempatkan

pasien berisiko jatuh dengan pantauan perawat dari nurse station, 6) Dekatkan bel memanggil dalam jangkauan pasien, 7) Kolaborasi untuk menjaga keseimbangan risiko jatuh.

#### **4.4 Implementasi**

##### **1. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Pencedera Fisiologis**

Implementasi yang dilakukan untuk menurunkan tingkat nyeri berupa mengidentifikasi lokasi nyeri, skala nyeri, faktor yang memperberat dan meringankan nyeri, memonitor efek samping penggunaan analgesik, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, dan berkolaborasi pemberian analgesic.

Terapi relaksasi nafas dalam merupakan pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas (Hartanti, 2017).

Menurut asumsi penulis nyeri akut yang dialami oleh pasien dikarenakan adanya nyeri bagian semua kepala. Untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien maka penulis memberikan teknik non farmakologis dengan Tarik nafas dalam sehingga nyerinya berkurang dan pasien merasa lebih rileks.

##### **2. Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Kurang Kontrol Tidur**

Implementasi pada gangguan pola tidur berupa mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur dengan 5 tahapan REM (rapid eye movement) : Tahap 1 Tidur ringan : di tahap ini kita berayun-ayun dari tidur dan terjaga sehingga mudah dibangunkan. Di tahap awal ini mata kita bergerak sangat lambat dan otot kita mulai rileks. Jika kita terbangun dari tahap tidur 1,

kita mungkin akan mengingat gambaran visual yang terpecah-pecah. Kebanyakan orang tidak bisa mengingat apa yang terjadi beberapa menit sebelum tertidur. Tahap 2 Mulai tidur : di tahap kedua ini napas dan detak jantung kita mulai teratur, gerakan mata berhenti, suhu tubuh menurun, dan kita masuk ke alam tidur. Gelombang otak kita juga menjadi lambat. Tahap 3-4 Tidur Dalam : di tahapan tidur ini tekanan darah kita turun, napas melambat, dan mata berhenti bergerak serta otot-otot menjadi rileks. Di tahap 3, gelombang otak menjadi sangat lambat yang disebut juga dengan gelombang delta. Di tahap 4, otak kita hanya memproduksi gelombang delta. Suplai darah ke otot akan meningkat. Hormon-hormon, terutama hormon pertumbuhan dilepaskan, yang sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan, termasuk untuk otot. Saat kita terbangun dari tidur dalam, kita tidak bisa langsung beradaptasi dan mungkin merasa agak grogi dan limbung. Tahap 5 sering disebut juga dengan tahap REM : tidur REM sangatlah penting untuk menjaga tubuh kita berfungsi optimal. Karena itu otak kita berusaha menjaga kita tetap tertidur dengan cara kita tak mudah terbangun oleh suara-suara di sekitar yang bisa merusak tahap tidur ini.

Pasien mengatakan setelah sakit tidur siang hanya 1 jam pukul 12.00, tidur malam 23.00-02.00, sulit tidur, sering terbangun, mengeluh pola tidur selama sakit berubah mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, pasien mengatakan tidak makan apa-apa sebelum tidur, menetapkan jadwal tidur rutin pasien dianjurkan tidur tidak terlalu malam, menyesuaikan jadwal pemberian obat dan tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga, pemberian obat diazepam 2mg 2/3 tab jam 10.00.

Gangguan pola tidur oleh Maslow dalam Potter & Perry (2018) sebagai sesuatu kebutuhan yang mendorong individu untuk memperoleh ketentraman, pola tidur yang aman dan nyaman.

Menurut asumsi penulis gangguan pola tidur yang dialami oleh pasien ditandai dengan adanya pola tidur yang kurang efektif dari Ny. N akan adanya rasa tidur sering terbangun pada masalah kesehatannya.

### 3. Risiko Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Ketidakmampuan menelan makanan

Implementasi pada defisit nutrisi berupa Monitor tanda dan gejala kesulitan dalam menelan makanan, perlahan makanan bisa masuk dan makan habis 1 porsi tidak menimbulkan mual dan muntah, monitor gerakan lidah saat menelan, monitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan.

Defisit nutrisi adalah ketidakcukupan asupan zat gizi dalam memenuhi kebutuhan energy harian asupan makanan yang tidak memadai atau karena gangguan pencernaan (Barbara, Glenora, 2018).

Menurut asumsi penulis risiko defisit nutrisi yang dialami oleh pasien memungkinkan menjadi adanya gangguan pada kesulitan menelan sehingga pasien tidak mampu makan dan terjadinya mual dan muntah.

### 4. Risiko Jatuh Berhubungan Dengan Gangguan Keseimbangan

Implementasi pada risiko jatuh adalah Melakukan identifikasi faktor risiko jatuh (mis, usia >65tahun, penurunan tingkat kesadaran), Untuk mengidentifikasi faktor lingkungan yang berisiko jatuh (mis, lantai licin, penerangan kurang), dengan menjaga keseimbangan dan memperhatikan lingkungan disekitar dengan cara singkirkan barang yang berbahaya

terutama pada malam hari, misal : kursi tambahan, pastikan roda tempat tidur terkunci, dan orientasikan pasien pada lingkungan kamar/bangsal, Untuk monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur secara mandiri.

Resiko jatuh merupakan meningkatnya kerentanan peristiwa jatuh yang dapat menyebabkan bahaya fisik, resiko jatuh disebabkan oleh faktor lingkungan dan fisiologis yang berakibat cedera. Akibat yang ditimbulkan dari insiden jatuh dapat menyebabkan pendarahan, luka robek, fraktur, dan cedera kepala (Jumilar, 2018).

Menurut asumsi penulis resiko jatuh yang dialami oleh pasien memungkinkan menjadi kemungkinan terbesar dikarenakan adanya gangguan keseimbangan menyebabkan hilangnya sensasi dan kekuatan otot menurun. Untuk mencegah resiko jatuh diberikan pengawasan kepada pasien, menjaga lingkungan sekitar pasien, dan mengontrol aktivitas pasien.

#### **4.5 Evaluasi**

##### **1) Nyeri Akut Berhubungan Dengan Pencedera Fisiologis**

Pada hasil evaluasi intervensi keperawatan untuk diagnosa nyeri akut di dapatkan data sebagai berikut : S: pasien mengatakan terdapat nyeri bagian semua kepala, tetapi hilang ketika setelah diinjeksi obat betahistine 6mg, gabapentin 300mg 1/3 tab, alprazolam 0,5mg 2/3 tab, P: nyeri saat bergerak, Q: nyeri dirasakan seperti cekot-cekot, R: bagian kepala, Skala 4 (1-10), T: hilang timbul, O: pasien sudah tidak pusing ketika digunakan untuk bergerak. Pasien bersikap menghindari nyeri dengan bergerak secara pelan-pelan, A: masalah teratasi, P: Intervensi dihentikan

## 2) Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Kurang Kontrol Tidur

Pada hasil evaluasi intervensi keperawatan untuk diagnosa gangguan pola tidur di dapatkan data sebagai berikut : S: Pasien mengatakan sudah mulai tidur tanpa sering terbangun, O : Pasien istirahat cukup TD : 110/80mmHg, N : 87x/mnt, S : 36,5 C, RR : 20x/mnt, A : Masalah teratasi, P : Intervensi dihentikan.

## 3) Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Ketidakmampuan menelan makanan

Pada hasil evaluasi intervensi keperawatan untuk diagnosa defisit nutrisi di dapatkan data sebagai berikut : S: pasien mengatakan untuk menelan sudah bisa meskipun sedikit yang dimasukkan, pasien mampu minum air putih dengan banyak dan makan habis 1 porsi. O : Untuk menelan sudah berkurang, A : Masalah teratasi , P : Intervensi dihentikan.

## 4) Risiko Jatuh Berhubungan Dengan Gangguan Keseimbangan

Pada hasil evaluasi intervensi keperawatan untuk diagnosa risiko jatuh didapatkan data sebagai berikut : S: Pasien mengatakan pusing sudah berkurang dan sudah menjaga keseimbangan tubuh, O : Pasien tidak merasa lemas, Pasien mampu berpindah posisi secara mandiri, A : Masalah teratasi , P : Intervensi dihentikan

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Vertigo di ruangan Pav VII Ruang Syaraf RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

#### **5.1 Simpulan**

1. Pengkajian pada pasien vertigo di dapatkan pasien mengeluh nyeri pada bagian semua kepala sehingga menyebabkan pusing dengan adanya inflamasi dibagian kepala (nyeri).
2. Diagnosa medis yang muncul pada pasien vertigo yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi), gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan.
3. Perencanaan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan utama nyeri berkurang akibat sering pusing dibagian semua kepala yang dirasakan pasien, tidak terjadi gangguan pola tidur, tidak terjadi kesulitan makanan dan nafsu makan meningkat, tidak terjadi risiko jatuh dengan melakukan pengamanan di tempat tidur engan cara memasang handrall dan pastikan tempat tiur terkunci. SDKI DPP PPNI (2017)
4. Pelaksanaan intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa medis vertigo untuk menangani masalah keperawatan yaitu memberikan teknik relaksasi manajemen nyeri, kaji penyebab nyeri dan skala

nyeri, memberikan teknik nonfarmakologi dengan tarik napas dalam dan memberikan hasil kolaborasi yaitu antibiotik dan santagesik, gangguan pola tidur menurun sehingga diperlukan istirahat cukup dan tidur teratur dan meningkatkan nafsu makan dengan memberikan curcuma sanbe.

5. Evaluasi pada tanggal 04 Desember 2022, pada masalah nyeri akut didapatkan hasil nyeri sudah berkurang dengan skala 3 (1-10) TTV 110/80, nadi 86x/menit, dapat memposisikan tubuh yang nyaman dan mengulangi teknik non farmakologi tarik napas dalam, memahami tentang penjelasan masalah kesehatan, nafsu makan membaik, dapat tidur nyenyak, terhindar dari risiko jatuh. Dari data tersebut dapat di ambil kesimpulan bahwa mekanisme coping pasien berada pada level adaptif sehingga pasien dipulangkan dengan kondisi adaptif.

## 5.2 Saran

Adapun saran yang dapat diberikan oleh penulis, antara lain :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan yang lain.
2. Perawat sebagai pemberi pelayanan perawatan hendaknya mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang cukup serta mampu bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis vertigo. Karena pada pasien tersebut memerlukan penanganan yang cepat dan tepat supaya tidak jatuh pada kondisi yang gawat.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien. Pendidikan dan pengetahuan



perawat secara berkesinambungan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan yang berhubungan dengan perawatan pasien, dengan harapan perawat mampu memberikan pelayanan asuhan keperawatan professional sesuai dengan standar asuhan keperawatan dan kode etik keperawatan.

4. Mengembangkan dan meningkatkan pemahaman serta mengubah mindset perawat terhadap konsep manusia secara holistik dengan harapan perawat mempunyai responabilitas yang tinggi terhadap keluhan pasien sehingga intervensi yang diberikan mampu menyelesaikan masalah keperawatan pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aditya, I.K. and Suranada, I.W., 2018. Tinjauan Akut, Mekanisme Nyeri. *Sains*, 2(1), pp.1–15.
- Akbar, M. (2019). *Diagnosis Vertigo*. Makassar : Universitas Hasanudin
- Aman, K., & Keselamatan, D. A. N. (2020). Benign Paroxysmal Position Vertigo (BBPV), penurunan keparahan gejala vertigo, latihan brandt darrof. *Jurnal Keperawatan*, 4 (2), 1–7.
- Benson E.B. 2016. Posttraumatic Vertigo Treatment and Management. In : *Otolaryngology and Facial Plastic Surgery*. Medscape.
- Coates Thomas J, 2001. *Mengatasi Gangguan Tidur Tanpa Obat*. Bandung: CV Pionis Jaya
- Dewi, N. kadek. (2020). Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Vertigo Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Di Wilayah Upt Puskesmas Dawan I Klungkung Tahun 2020 Oleh. *Jurnal Keperawatan*, 4(2), 1–7.
- DINKES JATIM. (2018). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2018*. Jawa Timur: Dinas Kesehatan Jawa timur.
- Guyton, Arthur C, Jhon E. Hall. (20017) *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta : EGC.
- Lumbatobing, 2018 *Penyakit Vertigo Tujuh Keliling*. Jakarta : EGC
- Lumban Tobing. S.M, 2019, *Vertigo*, Jakarta : FK UI
- Mardjono, Mahar & Sidharta, Priguna. (2018) *Neurologi Klinis Dasar*. Jakarta : Dian Rakyat.
- Panowo, I., Citra, D. A., Sutarni, S., & Yogyakarta, S. (2018). Sindroma Vertigo Central Sebagai Manifestasi Klinis Pada Central Vertigo Syndrome As a Clinical Manifestation in. *Berkala Ilmiah Kedokteran Duta Wacana*, 3(2), 99–106.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikato Diagnostik (1st ed.)*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Perhimpunan Dokter Spesialis Syaraf Indonesia, 2017, *Vertigo Patofisiologi, Diagnosis dan Terapi*, Malang : Perdossi
- Pradnanying, P. E., & Widiastuti, K. (2017). *Vertigo Pasca Trauma*.

- Putri, C. M., Rahayu, & Sidharta, B. (2019). Hubungan Antara Cedera Kepala Dan Terjadinya Vertigo. *Saintika Media: Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Kedokteran Keluarga*, 12(December), 1–6.
- Sutarni, S., Malueka, R. G., & Gofur, A. (2018). *Bunga Rampai Vertigo*. UGM PRESS
- Yulianto, R., H, M., F & Doewes, M. (2018). Perkembangan terapi Message Terhadap Penyembuhan Vertigo. *Journal of Physical, Education Healt and support*. 127-134.