**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY K DENGANDIAGNOSA MEDIS VERTIGO DAN MASALAHKEPERAWATAN RESIKO JATUH**

**DI UPTDGRIYA WERDHA JAMBANGAN SURABAYA**

**Oleh :**

**HARDILANI PRITASARI**

**193.0034**

**PROGRAM STUDI PROFESI KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA 2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY K DENGANDIAGNOSA MEDIS VERTIGO DAN MASALAHKEPERAWATAN RESIKO JATUH**

**DI UPTDGRIYA WERDHA JAMBANGAN SURABAYA**

**KaryaIlmiah Akhir inidiajurkansebgai salah satusyaratuntuk**

**MemeperolehgelarNers**

**Oleh :**

**HARDILANI PRITASARI, S.Kep**

**1930034**

**PROGRAM STUDI PROFESI KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA 2020**

**HALAMAN PERNYATAAN**

Saya bertandatangan di bawahini :

Nama :HardilaniPritasari, S.Kep

Nim : 1930034

Tanggallahir : 05 April 1996

Program Studi : Profesi Ners Keperawatan

Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir yang berjudul Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny K Dengan Dianogsa Medis Vertigo Dan Masalah Keperawatan Resiko Jatuh di UPTD GriyaWerdha Jambangan Surabaya, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Suarabaya.

Jika kemudain hati ternyata saya melakukan tindakan plagiat sayaakan bertangung jawab sepebuhnya dan menerima sanksii yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebanar-benranya agar dapat digunakan sebagimana mestinya.

 Surabaya, 23 Juli 2020

 HardilaniPritasari

 NIM : 193.0034

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan aamti, selaku pembimbing mahasiswa :

N a m a : HardilaniPritasari, S.Kep

N I M : 193.0049

Program Studi : Profesi Keperawatan

J u d u l : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.K Dengan Diagnosa Medis Vertigo dan Masalah Keperawatan Resiko Jatuh di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya ilmiah akhir ini diajukan dalam sidang namemenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns.)**

 Surabaya, 23Juli 2020

|  |  |
| --- | --- |
| Pembimbing I  **NS. Yoga Kartapati, M.Kep., Sp.Kep.Kom**NIP. 03.045 | Penguji **Dhian Satya R., M.Kep, NS**NIP. 03008 |

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 23 Juli 2020

**HALAMAN PENGESAHAN**

KaryaIlmiah Akhir dari :

Nama : Hardilani Pritasari, S.Kep

N I M : 193.0034

Program Studi : Profesi Keperawatan

J u d u l : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. K Dengan Diagnosa Medis Vertigo dan Masalah Keperawatan Resiko Jatuh di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya

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

Penguji I : NS. Yoga Kartapati, M.Kep., Sp.Kep.Kom

 NIP.03.045

Penguji II : Dhian Satya R., M.Kep., NS 

 NIP. 03.008  ****

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 23 Juli 2020

**KATA PENGANTAR**

 Segalapuji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul**“Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Lansia Ny.K dengan Diagnosa Medis Vertigo dan Masalah Keperawatan ResikoJatuh di UPTD PantiGriyaWerdha Surabaya”** dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Profesi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya Ilmiah Akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literature sertamen dapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dibuat dengan sangats ederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terimakasih, rasa hormat dan penghargaankepada :

1. Kol (Purn) Wiwiek Liestya Ningrum, S. Kp., M. Kep., selaku ketua Stikes Hang Tuah Surabaya terimakasih telah member kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Profesi Keperawatan.
2. Bapak Nuh Huda, S. Kep., Ns., M. Kep., Sp. KMB selaku kepala Program Studi Profesi Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Keperawatan.
3. Puket 1, puket 2 dan puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah member kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Profesi Keperawatan.
4. Ibu Dhian Satya R., M.Kep., Ns, sebagai penguji 1 terimakasih atas segala arahannya dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.
5. Bapak Yoga Kartapati, S.Kep., Ns, selaku pembimbing 1 dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini yang telah banyak meluangkan waktu dan penuh kesabaran memberikan saran, masukan, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Ibu Nadia Okhtiary, A.Md selaku kepala perpustakaan di Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Seluruh dosen, staf, dan karyawan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah banyak membantu kelancaran proses belajar mengajar selama masa perkuliahan untuk menempuh studi di Stikes Hang Tuah Surabaya.
8. Ny K lansia di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya yang telah bersedia menjadi respon den dalam karya ilmiah akhir ini.
9. Rekan dan teman-teman semua se-almamater Profesi Keperawatan A10 yang saling menyemangati sehingga karya ilmiah akhir ini dapat terselesaikan.

Penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga karya ilmiah akhir ini dibuat dengan sederhana dan isinya jauh dar isempurna. Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah member kesempatan, dukungan dan bantuan dalam mnyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Semoga karya ilmiah akhir ini dapat diterima sebagai bahan penelitian yang nantinya bermanfaat bagi pembaca dan ilmu keperawatan.

Surabaya, 24Juli 2020

 HardilaniPritasari

**DAFTAR ISI**

**Cover i**

**Halaman Pernyataan iii**

**Halaman Persetujuan iv**

**Halaman Pengesahan v**

**Kata Pengantar vi**

**Daftar Isi ix**

**Daftar Tabel xi**

**Daftar Gambar xii**

**Daftar Lampiran xiii**

**Daftar Singkatan xiv**

**BAB 1 PENDAHULUAN**

1.1. Latar Belakang 1

1.2. Rumusan Masalah 4

1.3. Tujuan 4

1.3.1. Tujuan Umum 4

1.3.2. Tujuan Khusus 5

1.4. Manfaat Penelitian 5

1.4.1. Secara Akademis 5

1.4.2. Secara Praktis 6

1.5. Metode Penulisan 6

1.5.1. Metode 6

1.5.2. Teknik Pengumpulan Data 6

1.5.3. Sumber Data 7

1.5.4. Studi Keputusan 7

1.6. Sistematika Penulisan 7

1.6.1. Bagian Awal 7

1.6.2. Bagian Inti 8

1.6.3. Bagian Akhir 8

**[BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA](#_Toc510984273)**

2.1. Konsep Lansia 9

2.1.1. Definisi Lansia 9

2.1.2. Batasan Usia Lansia 10

2.1.3. Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia 10

2.2. Konsep Jatuh 12

2.2.1. Definis Jatuh 12

2.2.2. Faktor Resiko Jatuh 13

2.2.3 Pencagahan Jatuh 17

2.2.4. Morse Fall Scala 17

2.3. Konsep Vertigo 18

2.3.1. Definis Vertigo 18

2.3.2 Anatomi Fisiologi Vertigo 18

2.3.3 Patofisiologi Vertigo 19

2.3.4. Tanda dan Gejala Vertigo 20

2.3.5. Menifestasi Klinis Vertigo 22

2.3.6. Komplikasi Vertigo 24

2.3.7. Penatalaksanaan Vertigo 24

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan 27

2.4.1. Pengkajian Keperawatan 27

2.4.2. Diagnosa Keperawatan 31

2.4.3. Intervensi Keperawatan 31

**BAB 3 TINJAUAN KASUS**

3.1. Pengkajian 36

3.1.1. Identitas Pasien 36

3.1.2. Riwayat sakit dan kesehatan 36

3.1.3 Pengkajian Head To Toe 38

3.1.4. Pengkajian Keseimbangan 40

3.1.5 Pengkajian Psikososial 40

3.1.6 Pengkajian Efektif 40

3.1.7 Pengkajian Status Sosial 42

3.1.8 Tingkat Kerusakan Intelektual 43

3.1.9 Indetifikasi Aspek Kognitiv 44

3.1.10 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan 47

3.1.11 Tingkat Kemandirian 47

3.1.12 Pengkajian Lingkunagn 49

3.2 Analisa Data 50

3.3 Prioritas Masalah 53

3.4 Intervensi Keperawatan 54

3.5 Implementasi 58

**BAB 4 PEMBAHASAN**

4.1. Pengkajian Keperawatan 67

4.2 Diagnosa Keperawatan 69

4.3 Intervensi Keperawatan 70

4.4 Implemtasi Keperawatan 72

4.5 Evaluasi Keperawatang 74

**BAB 5 PENUTUP**

5.1. Simpulan 76

5.2. Saran 77

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**DAFTAR TABEL**

**Table 3.1** Analisa Data ………………………………………………………….50

**Tabel 3.2** PrioritasMasalah ……………………………………………………...53

**Table 3.3** Intervensi ……………………………………………………………..54

**Tabel 3.4** Implementasi ………………………………………………………….58

**DAFTAR LAMPIRAN**

**Lampiran 1** Hasil SPMQ ……………………………………………………73

**Lampiran 2** Hasil MMSE …………………………………………………...74

**Lampiran 3** Hasil Indeks Bartel …………………………………………….76

**Lampiran 3** Hasil Pengkajian Resiko jatuh …………………………………77

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai umur 60 tahun keatas (Padila, 2013). Menurut UU nomor 13 tahun 1998 kesejahteraan lanjut usia di Indonesia menyatakan bahwa lansia adalah seseorang berusia diatas 60 tahun (Nugroho, 2012). Lansia merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melewati tiga tahap kehidupannya, yaitu masa anak, masa dewasa dan masa tua yang tidak dapat dihindari oleh setiapindividu (Nugroho, 2012).

Vertigo meruapakan satu fenomena yang terkadang sering ditemui dimasyarakat. Vertigo adalah suatu gejala atau perasaan dimana seseorang atau gejala atau perasaan dimana seseorang atau benda di sekitar seolah-olah sedang bergerak atau berputar, yang biasanya disertai dengan mual muntah dan kehilangan keseimbangan. Jika sensinya atau ilusi berputar yang dirasakan adalah diri sendiri, hal tersebut merupakan vertigo subjektif. Sebaliknya, jika yang berputar adalah lingkungan sekitarnya, maka itu disebut vertigo objektif (Rustinah, 2008; Mudzakir et al., 2009). Seseorang yang mengalami vertigo akan mempersepsi suatu gerakan yang disebabkan suatu gerakan yang abnormal atau suatu ilusi berputar.

Dampak dari bertambahnya usia yaitu berkurangnya fungsi-fungsi organ, yaitu penurunan system neurologis, kardiovaskuler, muskuloskeleteal, dan sytemlainnya. Hampir 80% lanjut usia memiliki setidaknya satu masalah kronis. Penyakit kronis tersebut dapat mengganggu aktivitas dalam pemenuhan kebutuhan hidup tubuh mereka sehari-hari. Dampak dari penurunan fungsi ini dapat menyebabkan efek negatif pada lanjut usia. Sebagai contoh dampak dari penurunan fungsi pada lanjut usia yaitu terjatuh (Staats, 2008).

Jatuh adalah sebuah keadaan yang tidak bisa diperkirakan, dimana kondisi lansia berada di bawah atau lantai tanpa sengaja dengan ada atau tanpas aksi. Jatuh merupakan salah satu penyebab utama dari kematian dan cedera pada populasi lanjut usia 20-30% dari lansia yang memiliki derajat kecacatan tinggi terkait jatuh akan mengalami kehilangan kebebasan akan aktivitas hidup sehari-hari (Jamebozorg et al, 2013).

Penyakit vertigo ini merupakan keluhan yang sering dijumpai dalam praktek yang digambar dengan rasa berbutar, pening, takstabil (*giddiness, unsteadiness*) ataupusing (*dizziness*). Pervelensi vertigo di Jerman berusia 18 tahun higga 79 tahun adalah 30%, 24% diasumsikan karena kelainan vastribular. Penelitian di Prancis menemukan 12 bulan setelahnya prevelensi vertigo 48% (Grill et al., 2013; Bissdorf, 2013). Prevalensi di Amerika, disfungsi vestibular sekitar 35% populasi dengan umur 40 tahunkeatas (Grill et al., 2013). Pasien yang mengalami vertigo vestibular 75% mendapatkan gangguan vertigo perifer 25% mengalami vertigo sentral (Cheker et al., 2012).

Di Indonesia dilaporkan bahwa pada tahun 2009, angka kejadian vertigo sangat tinggi sekitar 50% dari orang yang berumur 75 tahun, dan pada tahun 2010 terjadi 50% kasus dari usia 40-50 tahun dan juga merupakan keluhan nomer tiga paling sering ditemukan sebesar 4-7 persen dari keseluruhan populasi dan hanya 15 persen yang diperiksakan ke dokter (Samarliyah Sputro, 2015).

Salah satu faktor klien yang mengalami vertio atau kekambuhan gejala bisa di sebabkan oleh kekelahan lesu, ganggua pada organ gas trointestinal nyeri otot, hipertensi (tekanan darag tinggi), hipotensi (tekanan darah rendah). Namun untuk frekuensi atau seringnya angka kekambuhan gejala pada pasien yang mengalami vertigo selalau tidak menentu, hal ini karena vertigo tersebut akan timbul jika pada pasien tersebut muncul penyebabnya. Menurut Neurologiy Channel (2011), Sistem vestibular tersebut bertangung jawab untuk menghubungkan rangsangan terhadap indra denga gerakan tubuh dan menjaga agar suatu objek tetap berada dalam focus keyiki tubuh bergerak. Selaian disebabkan oleh gangguan pada cistem vertibylar dan gangguan pada otal, vertigo juga bisa disebabkan oleh fktoy idiopati, trauma, fisilogis, konsumsi obata dan penyakit atau sindrom lain seperti Meniere (Dewanto, 2009).Menurut Wratsongko (2006), vertigo bisa terjadi disertai dengan mual dan muntah, bahkan ada juga bisa disertai dengan diaere. Akibat selanjutnya vertigo dapat menyebabkan dehidarsi, gangguangan keseimbangan dan jatuh.

Penangan yang di berikan selama ini dapat di lakukan dengan farmakologi, non farmakologi, maupun operasi. Pada farmakologi diberikan golongan antihistamin dan benzodiazepine. Salah satu terapi non farmakologi menggunakan pendekatan teori keperawatan yang diberikan pearawat untuk membatu pasien yang mengalami gangguan keseimbangan dan resiko jatuh pada kasus vertigo adalah teknik menuver *Brendt Daroff*  (Widjajalaksmi, 2015).

Latihn *Brendt Daroff* akan mengativasi mode adaptasi fisiologi dengan meningkatkan efek adaptasi dan habituasi sistem vestibular, dan pengaulang yang lebih sering pada latihahn BD perpengaruh dalam proses adaptasi pada tingkat integrasi sensori. Integrasi sensoriak juga bekerja dalam penataan kembli ketidakseimbangan input antara sitem organ vatibular dan persepsi sensorik lainnya. Mendorong otokonia untuk kembali ke uterikulus melalu ujung *non ampulatory* kanal dengan bantuan gravitasi. Output yang diperoleh dari aktivitas mode adaptasi fisiologi adalah memeperbaiki kesimbangan dan meurunkan resiko jatuh.

Berdasarkan data di atas maka penulisan tertarik untuk melakukan studi kasus “Asuhan Keperawatan pada Ny K Dengan Masalah Kesehatan Utama Vertigo dan Masalah Keperawatan Utama Resiko Jatuh”

1. **Rumusan Masalah**

Bedasarkan urainan latar belakang diatas maka diperoleh rumusan masalah dalam penelitian yaitu : Bagaimana Asuhan Keperawatan gerontik Ny K Dengan Masalah Kesehatan Utama Vertigo dan Masalah Keperawatan Utama Resiko Jatuh di UPTD Griya Werdha Jambangan ?

1. **Tujuan Penulisan**
2. **Tujuan Umum**

Untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Gerontik Ny K DenganDiagnosaMedis Vertigo dan Masalah Keperawatan Resiko Jatuh di UPTD Griya Werdha Jambangan.

1. **Tujuan Khusus**
2. Dapat melakukan pengkajian pada Ny K Dengan DiagnosaMedis Vertigo dan Masalah Keperawatan Resiko Jatuh di UPTD Griya Werdha Jambangan.
3. Dapat menetukan masalah keperawatan pada Ny K Dengan DiagnosaMedisVertigo dan Masalah KeperawatanResiko Jatuh di UPTD Griya Werdha Jambangan.
4. Dapat menetapkan masalah keperawatan pada Ny K Dengan DiagnosaMedisVertigo dan Masalah Keperawatan Resiko Jatuh di UPTD Griya Werdha Jambangan.
5. Dapat menerapkan asuhan keperawatan pada Ny K Dengan DiagnosaMedisVertigo dan Masalah Keperawatan Resiko Jatuh di UPTD Griya Werdha Jambangan.
6. Dapat melakukan evaluasi keperawatan pada Ny K Dengan DiagnosaMedisVertigo dan Masalah Keperawatan Resiko Jatuh di UPTD Griya Werdha Jambangan.
7. Mendekomentasaikan hasil asuhan keperawatan pada Ny K Dengan DiagnosaMedisVertigo dan Masalah Keperawatan Resiko Jatuh di UPTD Griya Werdha Jambangan.
8. **Manfaat**
9. **Secara akademis**

Merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal Asuhan Keperawatan Ny K Dengan DiagnosaMedis Vertigo dan Masalah Keperawatan Resiko Jatuh di UPTD Griya Werdha Jambangan.

1. **Secara praktisi**

Tugas akhit tindakan bermanfaat bagi :

1. Pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini dapat menjadikan masukan bagi layanan dari rumah sakit agar dapat melakukan Asuhan Keperawatan Ny K Dengan Masalah Kesehatan Utama Vertigo dan Masalah Keperawatan Utama Resiko Jatuh.

1. Untuk peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikitnya yang akHan melakukan studisi kasus pada Asuhan Keperawatan Ny K Dengan DiagnosaMedis Vertigo dan Masalah Keperawatan Resiko Jatuh di UPTD GriyaWerdhaJambangan Surabaya.

1. **Metode Penulisan**
2. **Metode**

Metode deksriptif nyata metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustajan yang mempelajari mengumpulkan, membahas data dengan menggunkan studi pendekatan prosese keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian perencanaan pelaksanaan dan evaluasi (Nursalam 2008).

1. **Teknik Pengumpulan Data**
2. Wawancara

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

1. Observasi

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

1. Pemerikasaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboraturium yang dapat menunjang menegakkan diagnose dan penanganan selajutnya.

1. **Sumber Data**
2. Data premier

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

1. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatn medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1. **Studi Keputakaan**

Studi keputakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalh yang di bahas.

1. **Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memepelajari dan memehami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian yaitu,

1. **Bagian awal**

Menurut halam judulm abstrak penelitian, persetujuan kominisi pembimbing, pengesahan

motto, dan persembahan kata pengatar, daftar isi, daftar table. Daftar gambar, daftar lampiran.

1. **Bagian inti**

Terdiri dari 5 bab yang berisi masing-masing bab terdiri dari sub-sub bab berikut ini :

BAB 1 Pendahuluan, berisi tentang latar belakang, masalah, perumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian dan sistematika karya tulis ilmiah.

BAB 2 Tinjauan Pustaka berisi tentang konsep penyakit, dari sudut medis, dan Asuhan Keperawatan Ny K Dengan Masalah Kesehatan Utama Vertigo dan Masalah Keperawatan Utama Resiko Jatuh.

BAB 3 Tinjauan kasus, bersis tentang diskripsi data hasil pengkajian, Jdiagnosa perencanaan, pelaksanaan, dan evalusai

BAB 4 pembahasn, yang berisi perbandingan anatara teori dengan kenyataan yang dilapangan

BAB 5 penutup, berisi kesimpulam dan saran

1. **Bagian akhir** : terdiri dari daftar pustaka, dan lampir

**BAB 2**

**TINJAUAN TEORI**

Dalambab 2 iniakan di uraikansecarateorismengenaikonseplanisa dan konsepdasarpenyakit vertigo meliputipengertian, tanda dan gejala, penegakan diagnosis, penatalaksanaan dan komplikasisertakonsepasuhankeperawatan vertigo.

1. **Konsep Lansia**
2. **Definisi Lansia**

Lansia adala seseorang yang mengalami tahap akhir dalam perkembangan manusia UU No 13/Tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia disebutkan bahwa lansia adalah seseorang yang berusia lebih dari 60 tahun (Dewi, 2014). Proses menua adalah proses alamiah kehidupan yang terjadi melalui dari awal seseorang hudup dan memiliki beberapa dase yaitu anak, dewasa, dan tua (Kholifah, 2016).

Lansia adalah tahap akhir dalam proses kehidupan yang terjadi banyak pernurunan dan perubahan fisikm psikologi, sosial yang saling berhubungan satu sama lain, sehingga berpotensi menimbulkan masalah kesehatan fisik maupun jiwa pada lansia (Cabrera, 2015). Lansia mengalami penuruna biologis secara leseluruhan, dari penurunan tulang, massa otot yang menyebbakan lansia mengalami penurun keseimbangan yang beresiko untuk terjadinya jatuh pada lanisa (Susilp, 2017).

1. **Batasan Usia Lansia**

Batasan usai pada lansia berbeda-beda, umunya berkisar 60-65 tahun. Berikut pendapat para ahli dalam (Nugroho 2008) mengenai batas usia :

1. Menurut organisais kesehatan WHO ada empat tahap yaitu :
2. Usia pengetahuan (*middle age*) : 45-49 tahun
3. Lanjut Usia (*elderly*) : 60-74 tahun
4. Lanjut usia tua (*old*) : 75-90 tahun
5. Usia sangat tua (*very old*) : diatas 90 tahun
6. **Perubahan-peruhan yang terjadi pada lansia**

Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia (Potter & Perry, 2009)

1. Sitem Intergumen

Pada lansia sudah mengalami perubahan yang terjadi hilangnya elestisitas kulit, perubahan pigmentasi, atrofi kelenjar, penipisan rambut dan pertumbuhan kuku yang lambat.

1. Sistem pendengaran

Terjadi presbicusis atau hilangnya kemampuan pendengaran sekitar 50% terjadi pada usaia diatas 65 tahun

1. Sistem pengelihatan

Terjadinya oenurunan daya akomodusa mata (presbyopia) hilangnya respon terhadap sinar, penurunan adaptasi tentang gelap dan lensa mata sudah mulai menguning.

1. Sistem Respirasi

Penurun reflex batuk, pengeluran lender, debu, iritasi saluran napas berkurang dan terjadi peningkatan infeksi saluran nafas.

1. Muskuloskeletal

Terjadinya penurun massa otot dan kekuatan otot, kekuatan pada sendi serta terjadinya penurun produksi cairan synovial. Otot pada lansia mengalami pengecilan akibat kurangnya aktivitasm proses pembentujan tulang mengalami perlambatan. Tulang menjadi berongga yang disebabkan penyerapan kalsium ileh vitamin D mengalami penurun akibat rawan untuk terjadi pada tulang pada lansia.

Penurunan fungsi sistem muskuloskletal pada lansia dapat menyebabkan beberpa perubahan seperti *osteoarthritisi*, *osteoporosis* yang dapat memunculkan keluhan nyeri, kekakuan pada sendi, hilangnya pergerakan, dan muncul tanda-tanda inflamasi, pembengkaan serta menggakibatkan gangguan mobilitas (Savila, 2013)

1. Sel

Setiap sel memerlukan nutrisi guna memepertahankan kehidupan. Semua sel pun menggunakan oksigen sebagai salah satu zat utama guna membentuk energy. Salah satu sel darah terpenting adala sel darah merah (SDM), dimana sel darah merah ini mentranspor oksigen dari paru-paru menuju jaringan diseluruh tubuh (Guyton, 2002:01).

Menurut Nugroho (2008: 27) dan Aspiani (2014: 35) perubahan yang terjadi pada lanjut usia di tingkat sel yaitu berubahan ukuran sel dimana ukuran sel menjadi lebih besar, namun jumlah sel menjadi lebih sedikitm jumlah cairan tubuh dan cairan intraseluler berkurang, mekanisme perbaikan sel terganggu, proporsi protein di otak, ginjal, darah, dan hati mengalami penurunan, jumlah sel pada otak menjadi lebih dangkal dan melebar akibatnya berat otak berkurang menjadi 5 sampai 20%.

1. Pembuluh darah

Pembuluh darah merupaka sistem saluran tertup yang membawa dara dari jantung dan kembali lagi ke jantung. Aliran dara ke setiap jaringan nantinya akan diatur oleh proses kimi local dan pernafasan umum serta mekanisme humoral yang dapat melebarkan dan menyempitkan pembuluh darah dijaringan (Ganong, 2008:596).

Pembuluh darah mendstribusi dan mengangkat darah yang dipompa oleh jantung guna pemenuhan kebutuhan oksigen, penghantaran nutrient, pembuangan zat sisa, dan penghantaran tubuh difungsikan sebagai penyedia tekana untuk melanjutkan mengalirkan darah ketika jantung sedng teleksasi dan mengisi. Arteri ini berbentuk sangat elestis sehingga dapat mengangkut darah dari jantung ke organ-organ tubuh. Ketika manusia mengalami penuaan, akan terjadi perubahan pada steri dimana arteri mengalami penurunan elastisitas yang bertanggung jawab atas perubahan vascular ke jantung, ginjal dan kelejar pituitary (Sherwood, 2014: 367).

1. **Konsep Jatuh**
2. **Defisinis Jatuh**

Jatuh adalah suatu kejadian yang dipengarhi oleh beberapa faktor seperti faktor fisik, biologis, dan lingkungan (Sabatini, Kusuma & Tmabunan, 2015). Jatuh adalah penurun keseimbangan pada seseorang akibat dari kelemahan kerja otot dan terganggunya sistem keseimbangan seperti mata dan telingga tengah yang menyebabkan seseorang jatuh secara tiba-tiba yang todak sengaja, lansia yang sering mengalami jatuh akan mengakibatkan penurunan keperscayaan diri unru beraktivitas (Wilson, 2017). Jatuh adalah penyebab utama cedera yang dapat meningkatkan resiko kematian pada lansia (Young, 2016).

1. **Faktor Resiko Jatuh**

Ada empat faktor yang menyebabkan lansia jatuh yaitu kondisi patologis dan penuruna fungsional, efek obat, dan faktor lingkungan (Miller, 2012) yaitu :

1. Usia

Bertambahnya usia dapat meneingkatkan resiko jatuh, karena dengan bertambahnya usai akan mengalamu penurunan massa dan kekuatan tulang yang menimbulkan perubahan pada tulang. Lansia yang mengalami usia lebih dari 75 tahun lebih sering mengalami jatuh.

1. Kondisi patologis dan penurunan fungsional

Lansia mengalami masalah patologis dan penurunan fungsional seperti *osteoporosis, osteoarthiritis,* dan perubahan gaya berjalan, hopitesis postural akibat dari oenurunan pada sisitem musculoskeletal. Lanisa juga mengalami demensia, kebingungan, dan depresi, dan kecemasan akibat dari perubahan psikologi dan penurunan kognitif. Demensia pada lanisa diasosiakan dengan meningkatnya resiko jaruh.

1. Efek obat

Lansia mengalami perubahan dan memeiliki beberapa penyalit salah satunya adalah depresi, akibat lansia banyak mengkonsumsi obat-obatan seperto obat antidepresi, diuretic, antukolinergik, antiaritmia yang menimbulkan beberapa efek samping.

1. Faktor lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yange berbeda disekitar lanisa dan memepengaruhi perkembangan hidup lansia, faktor lingkungan yang menyebabkan lansia jtuh seperti pencahayaan yang kurang, kurangya pegangan di tangga, lantai licin tempat tidur yang tinggim dan lingkungan yang tidak umum pada lansia.

Menurut (Ashar, 2016), faktor-faktor penyebab resiko jatuh pada lansia menjadi dua katagori yaitu :

1. Faktor Intrinsik

Fakrot instrinsik yaitu faktor yang didapat dari dalam tubuh lansia antara lain :

1. Riwayat penyakit

Riwayat penyakit kroni diderota lansia selama betahun-yahin seperti dizziness, hilangnya fungsi pengelihatab, penyakit strike, hipertensim dan sinkope yang menyebabkan lansia jatuh (Darmojo, 2009 dalam Ashar, 2016).

1. Perubahan fungsi kogniif

Perubahan psikososial berhubungandengan perubahan kognitif dan efektif. Kemampuan kognitif pada lansia dipengaruhi oleh lingkungan seperti tingkat pendidikan, faktor status kesehatan seperti depresi (Mauk, 2010).

1. Gangguan gerak

Gangguan gerak atau gangguan exterpiramidal yaitu kelainan regilasi terhadap gerakan volunteer. Gerakan yang berlebihan atau gerakan yang berkurang merupakan sindro neurologi yang terjadi seiring dengn bertumbuhan usia (Miller 2005 dalam Ashar, 2016).

1. Gangguan neurologis

Gangguan neurologis yang terjadi pada lansia salah satunya adalah perubahan sistem saraf pada yang dapat mempengaruhi sistem organ lainnya. Storke dan *Trancient Iskemia Attack* (Tia) merupakan perubahan pada sisitem saraf pusat mengakibatkan hemiparese yang sering menyababkan jatuh pada lanisa (Mustakim, 2015).

1. Gangguan pengelihatan

Gangguan pengelihatan akibat dari ukuran pupil yang menurun dan reaksi terhadap cahaya berkurang (Mustakim, 2015). Pada lanis amengalmai gangguan pengelihatan akibat ukuran pupil yang menurun lensa mengubung yang penyebabkan katarak pada lanisa, sehingga kemampuan lansia untuk melihat berkurang. Akibat gangguan pengelihatan lannis amengalami resiko jatuh pada lansia (Cieyaundacitra, 2010 dalam Ashar, 2016).

1. Gangguan pendengaran

Gangguan pendengaran diakibatkan terjadinya perubahan telingga bagian dalam pada lansia. Telinga bagian dlam terdiri dari kokhlea dan organ-organ keseimbangan. Sistem vestibular, mata dan propiseptor membantu dalam mempertahankan tubuh. Gangguanpada sistem vestibular dapat menyebabkan pusing dan vertigo yang dapat mengganggu kesimbangan tubuh pada lansia (Ashar, 2016)

1. Faktor Ekstrinsik

Faktor yang didapat dari luar tubuh atau dari lingkungan sekitar lanisa, antara lain :

1. Alat bantu jalan

Penggunaan alat bantu berjalan seperti walker, tongkat, kursi roda, kruk dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan jatuh arena mempengaruhi fungsi kesimabngan tubuh (*Centers For Disaster and Prevention,* CDC 2014 dalam Ashar 2016).

1. Lingkungan

Lingkungan merupakan faktor akstrinik dalam resiko jatuh atau keadaan yang dapat mendukun dan memebahayakan kehidupan lansia. Lingkungan yang sering membahayakan adalah lingkungan yang dapat meningkatkan resiko jaruh pada lanisa seperti, tempat tidur yang tinggi, alat rumah tangga yang bererakan penerangan yang tidak baik, lantai yang lincin (Suryani, 2018)

1. Aktivitas

Aktivitas dapat dilakukan lansia sehari-hari, kemampuan beraktivitas pada lansia sangat penting dilakukan untuk melihat kemandirian lansia, seperti olahraga, melakukan hobi, naik turun tangga, berjalan dan lain-lain. Lanisa sering mengalai jatuh sebagian besar disebabkan karena memiliki aktivitas sehari-hati dengan rentang tingkat ketergantungan atau lansia yang kurang aktivitas (Suryani, 2018).

1. **Pencegahan Jatuh**

Jatuh merupakan sautu masalah dikarenakan banyak penyebab dan faktor resiko sehingga menimbulkan suatu komplikasi yang didak di inginkan, maka dibutuhkan satu pencegahan yang di lakukan dengan cara sebagai berikut (Millerm 2012) :

1. Mengidentifikasi orang-orang yang berisko
2. Melakukan tindakan pencegahan yang konsisten.
3. Memberikan pendidikan ke pada lanisa yang beresiko jatuh
4. Memberika pendidikan ke pada lanisa unruk meningkatkan kesadaran lansia untuk mencegah resiko jatuh.
5. **Morse Fall Scala (MFS)**

*Morse Fall Scala* (MFS) adala skal untuk mengidenfikasi pasien yang beresiko jatuh. Dengan menghitung skor MTF pada pasien dapat ditentukan resiko jatuh dari pasien tersebut, sehingga dapat ditentukan upaya pencegahan yang dilakukan. Skala ini termasuk mudah dan cepat digunakan sehingga sekitar 82,9% perawat menggunakan untuk menilai resiko jatuh pada lansia yang dilakukan rawat ianp maupun rawat jalan.

MFS memiliki 6 poin pertanyaan yang meliputi riwayat jatuh 3 bulan terahkir, diagnosa skunder, alat bantu jalan, terapi intervena, gaya berjalan atau cara perubahan dan status mental, dimana setiap poin memuliki skor yang beda-beda dengan jumlah skor 135. Penghitingan dan sudah membantu waktu sekitar 3 menit dengan enam pertanyaan dan sudah teruji tingkay validitasnya (Morse, 2014)

Dengan interpretasi :

1. 0-24 : Tidak beresiko
2. 25-50 : Resiko rendah
3. ≥ 51 : Resiko Tinggi untuk jatuh
4. **Konsep Dasar Vertigo**
5. **Definisi Vertigo**

Vertigo adalah halusinasi gerakan lingkungan sekitar secara berputar mengelilingi pasien atau pasien secara berputr mengelilingi lingkukangan sekitar. Vertigo tidak selalu sama dengan *dizziness*. *Dizziness* adalah sebuah istilah non spesifik yang dapat dikatagorikan kedalam 4 subsitel tergantung gejala yang digambarakan oleh pasien. *Dizziness* dapat berupa vertigo, presinkop (perasaan lemas disebabakan oleh berkurangnya perfungsi cerebal), *light-headness disequilibrium* (perasaan goyang atau tidak seimbang ketika berdiri) (Newell, 2010).

Vertigo berasal dar bahas latin vertere yang artinya memutar-merujuk pada sensai berputar sehingga menggagy rasa keseimbangan seseorang, umumnya disebabkan oleh gangguan pada sistem keseimbangan (Labuguen, 2006).

1. **Antomi Fisiologi vertigo**

Jaringan saraf yang terkait dalam proses timbulnya sindrom vertigo :

1. Reseptor alat keseimbangan tubuh yang berperan dalam proses transduksi yaitu mengubah rangsangan menjadi bioelektrokmia :
2. Reseptor mekanisme divestimbulum
3. Reseptor cahaya diretina
4. Reseptor mekanis dikulit, otot dan persendian (*propioseptik*)
5. Saraf aferen, berperan dalam transmisi mengantarkan *implus* kepusat kesemibangan di otak :
6. Saraf *vestibularis*
7. Saraf *optikus*
8. Saraf *spinovestibulosrebelari*.
9. Pusat-pusat keseimbangan, berperan dalam proses modulasi, komperasi intergrasi / koordinasi dan persepsi. Inti *vestibularis, serebelum, kortex serebri, hypotalamusi, inti akulomotorus, farmasio retikularis*.
10. **Patofesiologi**

Vertigo disebabkan dari berbagai hal antara lain dari otology seperti meniere, parese N VII, otitis media. Dari berbagai jenis penyakit terjadi pada telingga tersebut menimbulkan gangguan keseimbangan pada saraf ke VII, dapat terjadi karna penyembaran bakteri maupun virus (otitis media). Selain dari segi otology, vertigo juga disebabkan karna neurologic. Seperti gangguan vitus, multiple skelrosisi, gangguan serebelum, dan penyakit neurologic lainnya. Selain saraf ke VII yang terganggu, vertigo juga diakibatkan oleh terganggunya saraf III, IV, dan VI yang menyebabakan terganggunnta pengelihatan sehingga mata menjadi kabur dan menyebabkan sempoyongn jika berjalan dan merespon daraf ke VIII dalam mempertahankan keseimbangan.

Hipertensi dan tekanan darah yang tidak stabil (tekanan naik turun). Tekanan yang tinggi diteruskan hingga ke pembulu darah di telinnga, akibatnya fungsi telingga akan keseimbangan terganggu menimbulkan vertigo. Begitu pula dengan tekanan dara yang dapat mengurango pasokan darah ke pembuluh darah di telingga sehingga dapat menyebabkan perese N VIII.

Pskiatrik meliputi depresi, fobia, ansietas, psikosomatis yang dapat mempengaruhi tekanan darah pada seseorang. Sehingga menimbulkan tekanan darah naik turun dan dapat menimbulkan vertigo dengan perjalnannya seperti diatas. Selain itu faktor fisiologi juga dapat menimbulkan gangguan keseimbangan. Karna persepsi seseoramg berbeda-beda.

1. **Tanda dan gejala**

Berdasarkan gejala klinisnya, vertigo dapat dibagi atas beberapa kelompok :

1. Vertigo paroksismal yaitu yang serangnya datang mendadak, berlangsung beberapa menit atau hari, kemudian menghilang sempurna, tetapi suatu ketika serangan tersebut dapat muncul lagi. Diantara serangan, penderita sama sekali bebas keluhan. Vertigo jenis ini dibedakan menjadi:
2. Yang disertai keluhan telingga : Teremasuk kelompok ini adalah morboss meniere, Arekknoiditis pontoserebelaris, sindrom lermoyes, sindrom cogan, tumor fosa crania posterior, kelainan gigi / odontogen
3. Yang tanpa disertai keluhan telinga : termasuk di sini adalah serangan iskemik sepintas arteriavertebrobasilaris, epilepsy, migren ekuivalen, vertigo pada anak (vertigo L’enfance), labirin picu (trigger labyrinth)
4. Yang timbul dipengaruhi oleh perubahan posisi termasuk disini adalah vertigo posisional paroksismal laten, vertigo posisional paroksismal benigna.
5. Vertigo kronis yaitu vertigo yang menetap, keluhannya konstan tanpa (Cermin Dunia Kedokteran No. 144, 2004: 47) serangan akut, dibedakan menjadi :
6. Yang disertai keluhan telinga : otitis media kronika, meningtitis, tb, labirintitis kronis, lues serebri, lesi labirin akibat bahan otoksik, tumor serebelopontin.
7. Tanpa keluhan telinga : kontusio serebi, ensefalitis pontis, sindrom pascakomosio, pellagra, siringobulbi, hipoglikemi, sklerosis multupel, kelainan okluer, intoksikasi obat, kelanin psikis, kelaini kardiovakular, dan kelainan endokrin.
8. Vertigo yang seranggan mendadak/akut, kemudian berangsur-angsur mengurang, dibedakan menjadi :
9. Disertai keluhan telinga : trauma labirin, herpers zoster otikus, labirintitis akut, pendarahan labirin, neutirs N. VIII, cedera pada auditivainterna/arteria vastibukoklearis.
10. Tanpa keluhan telingga : neurontis vastibularis, sindrom vestibularis anterior, ensefalitis vestibularis, vertigo epidemika, sklerosis multipleks, hematobulbi, sumbatan asteria serebeli inferior posterior.

Vertigo juga bisa berhubungan dengan kelainan pengelihatan atau perubahan tekanan darah yang terjadi secara tiba-tiba. Peneybab umum dari vertigo (Israr, 2008) :

1. Keadaan lingkungan : Motion sikness (mabuk darat, mabuk laut).
2. Obat-obatan : alcohol. Gentamisin
3. Kelaianan sirkulasi : Transient ischemic attack (gangguan fungsi otak sementara karena berkurangnya aliran darah ke salah satu bagian otak) pada arteri vertebral dan arteri basiler.
4. Kelianan di telingga : Endapan kalsium pada salah satu kanalis simisirkularis di dalam telingga bagian dalam (menyababkan bagian poroxymal positional vertigo) :
5. Infeksi telinga bagian dalam karena bakteri
6. Herpes zoster
7. Labirintitis (infeksi labirin di dalam telinga)
8. Peradangan saraf vestibular
9. Penyakit maniere.
10. **Menifestasi Klinis Vertigo**

Manifestasi klinis pada klien dengan vertigo yaitu Perasaan berputar yang kadang-kadang disertai gejala sehubungan dengan reak dan lembab yaitu mual, muntah, rasa kepala berat, nafsu makan turun, lelah, lidah pucat dengan selaput putih lengket, nadi lemah, puyeng (dizziness), nyeri kepala, penglihatan kabur, tinitus, mulut pahit, mata merah, mudah tersinggung, gelisah, lidah merah dengan selaput tipis.

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 digerakkan ke belakang. Biasanya vertigo hanya berlangsung 5-10 detik. Kadang-kadang disertai rasa mual dan seringkali pasien merasa cemas.Penderita biasanya dapat mengenali keadaan ini dan berusaha menghindarinya dengan tidak melakukan gerakan yang dapat menimbulkan vertigo. Vertigo tidak akan terjadi jika kepala tegak lurus atau berputar secara aksial tanpa ekstensi, pada hampir sebagian besar pasien, vertigo akan berkurang dan akhirnya berhenti secara spontan dalam beberapa hari atau beberapa bulan, tetapi kadang-kadang dapat juga sampai beberapa tahun.

Pada anamnesis, pasien mengeluhkan kepala terasa pusing berputar pada perubahan posisi kepala dengan posisi tertentu. Secara klinis vertigo terjadi pada perubahan posisi kepala dan akan berkurang serta akhirnya berhenti secara spontan setelah beberapa waktu. Pada pemeriksaan THT secara umum tidak didapatkan kelainan berarti, dan pada uji kalori tidak ada paresis kanal.

Uji posisi dapat membantu mendiagnosa vertigo, yang paling baik adalah dengan melakukan manuver Hallpike : penderita duduk tegak, kepalanya dipegang pada kedua sisi oleh pemeriksa, lalu kepala dijatuhkan mendadak sambil menengok ke satu sisi. Pada tes ini akan didapatkan nistagmus posisi dengan gejala :

1. Mata berputar dan bergerak ke arah telinga yang terganggu dan mereda setelah 5-20 detik.
2. Disertaivertigo berat.
3. Mula gejala didahului periode laten selama beberapa detik (3-10 detik).
4. Pada uji ulangan akan berkurang, terapi juga berguna sebagai cara diagnosis yang tepat.
5. **Komplikasi**
6. Cidera fisik

Pasien dengan vertigo ditandai dengan kehilangan kesimbangan akibat terganggunya saraf VII (vastibularis), sehingga pasien tidak mampu mempertahankan diri untuk tetap berdiri dan berjalan.

1. Kelemahan otot

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

1. **Penatalaksanaan Vertigo**
2. *Vertigo posisional Benigna* (VPB)

Latihan : latihan posisional dapat membantu mempercepat remisi pada sebagian besar penderita VPB. Latihan ini dilakukan pada pagi hari dan merupakan kagiatan yang pertama pada hari itu. Penderita duduk dipinggir tempat tidur, kemudian ia merebahkan dirinya pada posisinya untuk membangkitkan vertigo posisionalnya. Setelah vertigo mereda ia kembali keposisi duduk \semula. Gerakan ini diulang kembali sampai vertigo melemah atau mereda. Biasanya sampai 2 atau 3 kali sehari, tiap hari sampai tidak didapatkan lagi respon *vertigo.*

1. Obat-obatan : obat anti *vertigo* seperti *miklisin, betahistin* atau *fenergen* dapat digunakan sebagai terapi simtomatis sewaktu melakukan latihan atau jika muncul *eksaserbasi* atau serangan akut. Obat ini menekan rasa enek (*nausea*) dan rasa pusing. Namun ada penderita yang merasa efek samping obat lebih buruk dari vertigonya sendiri. Jika dokter menyakinkan pasien bahwa kelainan ini tidak berbahaya dan dapat mereda sendiri maka dengan membatasi perubahan posisi kepala dapat mengurangi gangguan.
2. *Neurotis Vestibular*

Terapi *farmokologi* dapat berupa terapi spesifik misalnya pemberian anti  biotika dan terapi simtomatik. *Nistagmus perifer* pada *neurinitisvestibuler* lebih meningkat bila pandangan diarahkan menjauhi telinga yang terkena dan *nigtagmus* akan berkurang jika dilakukan fiksasi visual pada suatu tempat atau benda.

1. Penyakit *Meniere*

Sampai saat ini belum ditemukan obat khusus untuk penyakit *meniere*. Tujuan  dari terapi medik yang diberi adalah:

1. Meringankan serangan vertigo: untuk meringankan vertigo dapat dilakukan upaya : tirah baring, obat untuk sedasi, anti muntah dan anti vertigo. Pemberian penjelasan bahwa serangan tidak membahayakan jiwa dan akan mereda dapat lebih membuat penderita tenang atau toleransi terhadap serangan berikutnya.
2. Mengusahakan agar serangan tidak kambuh atau masa kambuh menjadi lebih jarang. Untuk mencegah kambuh kembali, beberapa ahli ada yang menganjurkan diet rendah garam dan diberi *diuretic*. Obat anti *histamin* dan *vasodilator* mungkin pula menberikan efek tambahan yang baik.
3. Terapi bedah: diindikasikan bila serangan sering terjadi, tidak dapat diredakan oleh obat atau tindaka konservatif dan penderita menjadi infalid tidak dapat bekerja atau kemungkinan kehilangan pekerjaannya.
4. Presbiastaksis (Disekuilibrium pada usia lanjut)

Rasa tidak setabil serta gangguan keseimbangan dapat dibantu obat *supresan vestibular* dengan dosis rendah dengan tujuan meningkatkan mobilisasi. Misalnya *Dramamine, prometazin, diazepam*, pada enderita ini latihan *vertibuler* dan latihan gerak dapat membantu. Bila perlu beri tongkat agar rasa percaya diri meningkat dan kemungkinan jatuh dikurangi.

1. Sindrom *Vertigo Fisiologis*

Misalnya mabok kendaraan dan vertigo pada ketinggian terjadi karena terdapat ketidaksesuaian antara rangsang *vestibuler* dan visual yang diterima otak. Pada penderita ini dapat diberikan obat anti vertigo.

1. Strok (pada daerah yang didarahi oleh *arteria vertebrobasiler*)
2. TIA: *Transient Ischemic Atack* yaitu stroke ringan yang gejala klinisnya pulih sempurna dalam kurun waktu 24 jam
3. RIND: *Reversible Ischemic Neurologi Defisit* yaitu penyembuhan sempurna terjadi lebih dari 24 jam.

Meskipun ringan kita harus waspada dan memberikan terapi atau penanganan yang efektif sebab kemungkinan kambuh cukup besar, dan jika kambuh bisa meninggalkan cacat.

1. **Konsep Asuhan Keperawatan Vertigo**

Proses keperawatan adalah suatu sistem dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatanyang mempunyai lima tahapan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evalusai. Proses keperawatan ini merupakan suatau proses perencanaan masalah yang sistemik dalam memberikan layanan keperawatan serta dapat menghasilkan rencana keperawatan yang menerangkan kebutuhan setiap pasien.

1. **Pengkajian keperawatan**
2. Identitas

Data klien, mencakup : nama, jenis kelamin, pendidikn, agama, pekerjn, suku bangsa, status perkawinan, alamat, diagnisa medis, no RM, tanggal masuk, tanggal pengkajian, dan ruanf tempat yang klien dirawat. Data penangung jawab mencangkup : nama, umur, jenis kelmain, agama, pekerjaan, suku bangsa, hubungan dengan kine, dan alamat.

1. Riwayat kesehatan klien
2. Alasan masuk

Kronoligi yang menggabarkan perilaku klien dalam mencari pertolongan

1. Keluhan utama

Pada umumnya klien dengam gangguan sistem persarafan akibat vertigo berupa pusing seperti berputar.

1. Riwayat kesehatan sekarang

Merupakan pengembangan dari keluhan utama dan data yang menyertai dengan menggunakan pendekatan PQRST, yaitu :

P: (Paliatif/propokative): Merupakan hala atau faktor yang mencetus terjadinya penyakit, hal yang memberatkan atau memeperingan. Pada klien dengan vertigo biasanya klien mengeluh pusing bila klien banyak bergerak dan dirasakan berkurang bila klien beristerihat

Q (Qulitas) : Kualitas dari suatu keluhan atau penyakit yang dirasakan. Pada klien dengan vertigo biasanya pusing yang di rasakan seperti berputar.

R (Region) : Daerah atau tempay dimana keluhan dirasakan. Pada klien dengan vertigo biasanya lemah dirasakan pada daerah kepala.

S (severity): Derajat keganasan atau intensitas dari keluhan tersebut. Pusing yang dirasakan seperti berputar dengan sekala nyeri 5 dari (1-10)

T (time) : Waktu dimana keluhan dirasakan, time yang menunjukan lamanya atau kekerapan. Keluhan pusing pada klien dengan vertigo dirasakn hilang timbul

1. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Riwayat penyakt terdahulu, baik yang berhubungan dengan penyakit sekarang, sistem persyarafan maupun penyakit sistemij lainnya.

1. Riwayat Kesehatan Keluarga

Penyakit-penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit sekarang, penyakit tuurnan dan penyakit menular lainnya.

1. Pemeriksaan fisik
2. Keadaan umum

Dikaji emnegenai tingkat kesadaran. Klien dengan vertigo biasanya dalam keadaan sadar, kadang tampak lemas. Tingakat kesadaraan :

1. Compos mentis
2. Samnolen
3. Stupor
4. Apatis
5. Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadai , pernafasan, suhu
6. Pemeriksaan head to toe
7. Kepala : bentuk kepala, adanya pembengkakkan atau tidak, adanya lesi atau tidak, warna rambut, bentuk rambut, bersih atau tidak.
8. Wajah : adanya muka memerah atau tidak, adanya berjerawat dan berminyak atau tidak.
9. Mata : simetris kiri dan kanan, tidak ada kotoran, konjungtiva anemis, sklera anikterik, pupil tidak dilatasi (isokor)
10. Hidung : simetris kiri dan kanan, secret tidak ada, tidak ada polip, tidak ada pernafasan cuping hidung.
11. Mulut : membrane mukos pucat , bibir kering
12. Telingga : simetris kiri dan kanan dan tidak ada serumen
13. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar typoid, vena jugularis sidtensi, tidak ada pembengkaan kelenjar getah bening.
14. Intugumen : tugor kulit baik
15. Thorak :

Paru-paru : tidak terlihat retraksi intercosta hidung, pergerakan dada simetris, tidak ada nyeri tekan , sonor, tidak ada suara tambahan

Jantung : ictus cordis tidak tampak, ictus cordis teraba pada ICS 4-5 midclavicula, irama teratur.

1. Abdomen : tidak simtris, tidak ada edema, dan striae, nyeri tekan, suara redup, adanya bising usus
2. Ektermitas : adanya keterbatasan dalam beraktivitas atau tidak, adanya kekakuan, adanya nyeri, atau tidak pada seluruh bagian ektermitas. Pada klien dengan ertigo biasanya ditemukan terjadinya gangguan fungsi motori yang dapat berakibat terjadinya mobilisasi, pusing atau kerusakan pada neuro mengakibatkan perubahan pada kekuatan otot tonus otot dan aktifitas reflek.
3. Genitelia : genetelia lengka[,bersih tidak ada gangguan. Tidak terpasang kateter, BAK dan BAB lancer
4. Data penunjang
5. Farmakologi

Dikaji obat yang diprogramkan serta jadwal pemeberian obat.

1. Prosedur diagnostic medic
2. Pemeriksaan laboraturium
3. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah penyataan yang menggabarkan respon actual atau potensial pasie terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyau lisensi dan komponen untuk mengatasinya. Diagnosa keperawatan memberikan dasar untuk pemilihan intervensi untuk mencapai hasil yang menjadi tangung gugat perawat. Diagnosa keperawtan dikembangkan untuk pasien, dan komunitas yang mencangkup data fisik, perrkembangan intelektual, emosi, dan spiritual.

1. Resiko jatuh berhubungan dengan kerusakan kesemibangan (N. VIII)
2. Nyeri akut berhubungan dengan cidera biologis
3. Inteleransi aktivitas berhubungan dengan mobilisasi
4. **Intervensi Keperawatan**

Rencana asuhan keperawatan adalah pedoman tertulis untuk perawata pasien. Rencana keperawatan tertulis untuk mendokumentasikan kebutuhna perawatan kesehatan pasien, yang ditemukan oleh pengkajian dan diagnosa keperawatan, tujuan, dan hasil yang diharapkan yang dirumuskan selama perencanaan.

1. Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan
2. Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x24 jam tingkat jatuh menurun
3. Kriteria hasil : pasien mampu berdiri, duduk, dan berjalan tanpa pusing dank lien mamapu menjelaskan jika terjadi serangan dan cara mengantisipasinya.
4. Intervensi : menejemen keleselamatan lingkungan
5. Idenfikasi kebutuhan keselmatan ( mis, kondisi fisik, fungsi kognitif dan riwayat perilaku)
6. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan
7. Memodifikasi lingkungan untuk meminimaliskan bahaya dan resiko
8. Gunakan perangkat pelindung (mis, pegangan fisik, rel samping, pintu terkunci dan pagar)
9. Ajarkan individu, keluarga, dan kelompok resiko tinggi bahaya lingkungn
10. Nyeri akut berhubungan dengan agen cendera fisik (pusing)
11. Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x 24 jam tingkat nyeri menurun
12. Kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, dan kesulitan tidur menurun.
13. Intervensi : menejemen nyeri
14. Idenfikasi skala, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intesitas nyeri
15. Idenfikasi skala nyeri
16. Berikan teknik nonofarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
17. Kontrol lingkungan yang memberat rasanyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, dan keseimbangan)ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri
18. Kolaborasi pemberin analgesic, jika perlu
19. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas
20. Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1 x24 jam toleransi aktivitas meningkat
21. Kriteria hasil : dipsnea saat aktivitas dan setelah aktivitas menurun
22. Intervenisi : terapi aktivitas
23. Idenfikasi deficit tingkat aktivitas
24. Idenvikasi kemampuan berpartisipsi dalam aktivitas tertentu
25. Monitor respons emosi, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas
26. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu
27. Berikan penguatan positif atas antisipasi dalam aktivitas
28. Anjurkan keluarga untuk member penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas kolaborasi

**WOW VERTIGO**

Gangguan telinga Terjadiganggaun pada vertubularis Neuroma akustik

 VERTIGO

OtotleherotakkecilGangguansistemsarafTelinga Kurang pengetahuan

 Pusat Gangguan pada

Cemas

tekanandalamtelinga

Tertekan / kakuTjdgangguankeseimbangannyeri

Resiko jatuh

Gangguan pola tidur

Mualmuntah

Gangguan pendengaran

Gangguan nutrisi

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapat gambaran secara nyata tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien Ny K Dengan Masalah Kesehatan Utama Vertigo dan Masalah Keperawatan Utama Resiko Jatuh, maka penulisan melakuakan asuhan keperawatan yang dimulai tanggal 13 Juli 2020 samapai dengan 16 Juli 2020 di UPTD Griya Werdha Jambanan Suarabaya dengan uraian berikut :

1. **Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 14 Juli 2020 pukul 12.00 WIB di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.

1. **Identitas Pasien**

Klien bernama Ny K, berjenis kelamin perempuan , tanggal lahir 21 Juni 1945 berusia 75 tahun masuk dalam batasan lanjut usia (old), suku bangsa jawa, Ny K beragama islam, pendidikan Ny K tamat SD, Ny K tinggal di UPTD Griya Werdha Suarabaya sudah dari 5 tahun lalu.Ny K ditempatkan di wisma sedap malam yang berisi 10 orang lansia dan setiap wisma memiliki 1 kamar mandi dalam. Ny K berstatus janda suaminya meninggal 3 tahun yang lalu. Sebulum masuk ke panti Ny K tinggal bersama ke dua anaknya, setelah kedua anaknya menikah Ny K di pindahkan ke UPTD Griya Werdha Surabaya. Untuk meenuhi kebutuhan, Ny K hanya mengandalkan dari anak-anaknya untuk mengirim uang.

1. **Riwayat Kesehatan**
2. Keluhan utama

klien mengeluh pusing. Pusing yang di rasakan Ny R seperti berputar.

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Dalam 3 minggu terahkir, klien mengidap vertigo. Ny K mengatakan mengelu pusing saat banyak bergerak, Ny K mengatakan pusing yang di rasakan seperti berputar, Ny K mengatakan pusing pada daerah kepala belakang, Ny K mengatakan pusing berputar dengan skala 5 dari (1-10), Ny K mengatakan pusing yang di rasakan hilang timbul.

1. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Klien tidak pernah di rawat di rumah sakita maupun dilakukan tindakan oprasi. Klien pernah jatuh 2 bulan lalu akibat pusing yang dirasakan.

1. Riwayat Alergi

Klien mengatakan tidak memiliki alergi obat atau makanan.

1. Keadaan Pasien

Kesadaran Ny K composmentis dengan GCS E4 V5 M6, Tekanan darah 190/80 mmHg, Nadi : 72 x/menit, respurasi : 24 x/menit, suhu : 36,3 oC. Ny R memiliki postur tulang belakang membungkuk.

Genogram

Keterangan :

Laki – laki

Perempuan

Pasien

Meninggal

1. **Pengkajian Head To Toe**
2. Kepala :

Tidak ada pembengkaan kepala, tidak ada lesi, warna rambut Ny K berwana putih, dan rambut Ny K bersih.

1. Wajah

Wajah Ny K tidak kemerahan, tidak ada jerawat, tidak berminyak hanya saja sedikit keriput didaerah muka

1. Mata

Mata Ny K terlihat simetris kanan kiri, tidak ada kotor di area mata, konjungtiva anemis, sklera anikterik, pupil tidak dilatasi (isokor).

1. Hidung

Hidung Ny K terlihat seimtris kanan kiri, tidak terdapat scret, tidak ada polip, tidak ada pernapasan cuping hidung

1. Mulut

Mukosa Ny K pucat dan bibir kering

1. Telingga

Teligga Ny K nampak simetris kanan kiri, dan tidak terdapat sirumen

1. Leher

Leher Ny K tidak terdapat pembesaran kelenjar typoid, vena jugularis, dan tidak ada pembengkaan kelenjar getah pening.

1. Intergumen / kulit

Warna Ny K sawo matang, kulit terlihat sedikit keriput, tugor kulit baik, tidak ada edema, dan lesi

1. Thorak

Paru-paru : tidak terlihat retraksi hidung, gerakan dada simetris, ridak ada nyeri tekan, sonor, dan tidak ada suara tambahan

Jantung : ictus cordis tidak tampak, ictus cordis pada ICS 4-5 midclavicula, dana irama teratur

1. Abdomen :

Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, suara redup, dan adanya bising usus

1. Pola Istirtahat dan Tidur

Ny K mengatakan tidur siang ± 3 jam sedangkan tidur malam dari pukul 21.00 – 06.00.

1. Sitem Endrokin

Tidak di temukan tanda-tanda diabetes, tidak temukan tanda banyak makan dan minum, dan hasil GDA 140 mg/dl.

1. Sistem Reproduksi dan Genetalia

Pada Ny K tidak ada hemaroid ataupun lesi di sekitar geneetelia dan gentelia bersih.

1. Personal Hygine

Ny K mengatakan mandi 2x sehari menggunakan sabun, keramas 2x sehari menggunakan sampo, menyikat gigi 2x sehari menggunakan pasta gigi, berganti pakean 1x seharu dan potong kuku 1x/minggu.

1. **Pengkajian Keseimbangan untuk Lansia (Tinneti, ME, dan Ginter, SF, 1988)**
2. Perubahan posisi atau gerak keseimbangan

Ny K mampu bangun dari kursi dan duduk di kursi dengan normal menggun dengan normal tanpa menggunkan alat bantu. Ny K tidak mampu menahan dorongan dengan baik, Ny K tidak mampu memegang obyek dengan mata tertutup, mampu menoleh kanan dan kiri, dan tidak mampu mengambil barang yang jatuh dengan baik.

1. Komponen gaya berjalan atau gerak

Ny K mampu berjalan pada tempat yang sudah ditentukan tanpa menggunakan alat bantu, klien saat melangkah mampu mengakat kaki kiri dan kana dengan baik. Klien tidak mampu berjalan dengan lurus, menyimpan dan berbalik dengan sempoyongan.

1. **Pengkajian Psikososial**

Ny K mampu berinteraksi dengan orang lain dalam wisma. Ny K mengatakan serng mengobrol dengan teman satu wisma adan terkadang ngobrol dengan teman di wisma lain. Stabilitas emsoi Ny K stabil. Motivasi penghuni panti dengan kemampuan sendiri. Frekuensi kunjungan kelurga Ny K 2 kali/bulan.

1. **Pengkajian efektif**

Pada pengkajian depresi menggunkan skala depresi Gariataric yesavage Ny K menunjukan skore 4 (deprsi tidak ada atau minimal) hal tersebut ditunjang karena Ny K merasah bahwa dirinya merasa aktivitas yang dijalani tebatas setelah mengalami vertigo.

1. **Tingkat Kerusakan Intelektual**

Bedasarkan hasil pengkajian SPMSQ didapptkan bahwa Ny K mengalami fugsi intelektual ringan dengan skor 4, hal ini tersebut ditunjangn karena NyK tidak dapat mengingat alamat rumahnya, tidak mengingat siapa presiden sebelumnya, tidak dapat mengingat hari, dan tidak dapat berhitung dengan benar.

1. **Idenfikasi Aspek kognitif**

Bedasarkan hasil pengkajian MMSE pada Ny K didapatkan skor 25 yang artinya Ny K tidak ada gangguan kognitif

1. **Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan**

Ny K tidak memiliki kebisaan merokok. Frekuensi makan Ny K 2 kali dalam 1 hari Ny K menghabiskan ½; porsi. Ny K tidak menghabiskan tambahan makanan. Frekueinsi minum Ny K sehari menghabis > 3 gelas dan Ny K biasan menimu Teh. Waktu tidur Ny K sekitar 4-6 jam. Gangguan tidur yang dialami Ny K sering terbangun saat malam hari. Saat terbangun Ny K penggunakan waktunya untuk berdiam diri di atas kasur. Frekuensi BAB Ny K 1 hari 2 kali, consistensinya lembek, dan Ny K tidak ada gangguan BAB. Frekuensi BAK Ny K 1 hari 1-3 kali, warna urine kuning keruh, dan Ny K tidak memliki gangguan BAK. Kegiatan produktif Ny K yang sering dilakukan yaitu keterampilan tangan. Ny K sering membuat ketarampilan tangan seperti membuat gelang nama bersama teman-temanya. Ny K mandi 1 hari 2 kali dan menggunakan sabun. Ny K sikat segigi 1 hari 2 kali dan menggunakan pasta gigi. Ny K 1 hari sehari berganti pakain bersih.

1. **Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari**

Berdasarkan pengkajian tingkat kemandirian Ny K didapatkan skor 105 yaitu dengan interpretasi tingkat kemandirian Ny K tergolong ringan

1. **Pengkajian Lingkungan**
2. Pemukiman :

Panti Griya Werdha Jambanan memeliki luas banguna 525 m2. Panti ini memeliki bentuk bangunan seperti asrama. Janis bangunan panti ini semi permanen. Atap rumah panti terbuat dari genting, diding panti berbentuk tembok, lantai panti berbentuk tegel. Kebersihan lantain panti baik. Panti memiliki ventisali < 15% luas lantai. Pencahayaan pantik baik. Pengaturan peralatan perabot dip anti kurang baik. Kelengkepan alat rumah tangga di panti lengkap.

1. Sanitasi

Penyediaan air di Panti Griya Werdha Jambangan menggunukan air sumur. Penyedian air minum dip anti mengunakan air beli (aqua). Pengelolahan jamban dipanti berkelompok. Jenis jamban dipanti cemplung terbuka. Jarak sumber air < 10 meter. Sarana pembungan air limbah lancer. Pertugasan sampah daur ulang untuk memubuat ketrampilan tanggan. Polusi udara terdapat dari rumah tangga yang ada disekirtar. Pengelolahan binatang pengerat dipanti menggunan alat.

1. Fasilitas

Fasilitas yang di miliki dipamti ada musholla dan memliki sarana untuk hiburan Ny K yaitu ruangan ketermapilan membuat gelang nama

1. Keamanan dan tranpotasi

Keamanan sistem lingkungan dipanti Griya Werdha Jambanan terdapat pos penjagaan yang berada di depan. Terdapat penangulangan kebakaran dan anggota LINMAS, kondisi lantai rata dan tidak licin dan terdapat pengagangan di sekitar panti.

1. Komunikasi

Terdapat sarana komunikasi. Jenis komunikasi yang digunakan dipanti berupa telepon. Cara penyebaran informasi yang dinganakan secara tidak lansung.

1. **Analisa data**

**Table 3.1 Analisa Data Pada Ny K dengan Vertigo di UPTD Griya Werdah Jambangan Surabaya**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | DATA | ETIOLOGI | MASALAH |
| 1.  | Ds :* Klien mengatakan sudah berusia 75 tahun dan klien mengalami pusing mendadak
* Klien mengatakan pusing yang berputar

Do : * Klien tampak jalan sempoyongan
 | Faktor resiko usia ≥65 tahun, dan gangguan keseimbangan. | Resiko jatuhSDKI (D.0143) |
| 2. | Ds : * Klien mengatakan nyeri kepala

P : klienmengatakanmengeluhpusingsaatbanyakbergerakQ : klienmengatakanpusingsepertiberputarR : klienmengatakanpusingdirasakanbagiankepalabelakangS : skalanyeri 5 dari (1-10)T : klienmengatakanpusinghilangtimbulDo :* Klien tampak meringis
* Klien tampak memengangi kepala
* TD : 150/90
 | Agen pencedera fisik (vertigo) | Nyeri Akut SDKI (D.0078) |
| 3.  | Ds :* Klien mengatakan pusing seperti memutar

Do :* Klien tampak bungkung
* Pengkajian tingkat kemandirian Barthel Indeks menunjukan angka 105 ketergantungan sebagian
* Kekuatan otot

 4 4 4 4GG | Penurunan kendali otot  | Gangguan Mobilitas Fisik SDKI (D.0054) |

1. **Prioritas Masalah**

**Tabel 3.2 Prioritas Masalah Pada Ny K dengan Vertigo di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa Keperawatan | Ditemukan | Tanda Tangan |
| 1.  | Resiko jatuh dengan faktor resiko usia ≥65 tahun, dan gangguan keseimbangan. SDKI (D.0143) | 14 Juli 2020 | Hardilani  |
| 2. | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik (vertigo).SDKI (D.0078) | 14 Juli 2020 | Hardilani |
| 3.  | Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kendali otot. SDKI (D.0054) | 14 Juli 2020 | Hardilani |

1. **Intervensi**

**Table 3.4 Intervensi Pada Ny K dengan Vertigo di UPTD Griya Werdah Jambangan Surabaya**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa keperawatan  | Tujuan / kriteria hasil | Intervensi  |
| 1.  | Resiko jatuh dengan faktor resiko :1. Usia ≥ 65 tahun
2. Gangguan keseimbangan

SDKI (D.0143) | **Tingkat Jatuh SLKI (L.14138)**Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat jatuh menurun dengan kritera hasil :1. Jatuh saat berdiri menurun
2. Jatuh saat duduk menurun
3. Jatuh saat berjalan menurun
 | **Pencegahan jatuh SIKI(1.14540)** Observasi :1. Faktor resiko jatuh (misal usia > 65 tahun).
2. Idenfikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh

Terapiutik1. Orientasikan ruangan pada klien
2. Pasang hendrall tempat tidur
3. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan klien

Edukasi :1. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
2. Anjurkan berkosentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
3. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat.
 |
| 2.  | Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (vertigo) | **Tingkat nyeri SLKI (L.08066)**Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :1. Keluhan nyeri menurun
2. Gelisah menurun
3. Tekanan darah menurun
 | **Manajemen Nyeri SIKI (I.08238)**Observasi :1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intesitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respon nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memeberat dan meringakan nyeri

Terapeutik :1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
2. Kontrol lingkungan yang memeberat rasa nyeri

Edukasi :1. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri
 |
| 3.  | Gangguan mebilitas fisik berhubungan dengan penurunan kendali ototSDKI (D.0054) | **MobilitasFisik SLKI (L.05042)**Setelah dilakukanintervensikeperawatan 3x 24 jam makamobilitasfisikmeningkatdengankriteriahasil :1. Kekuatan otot meningkat
2. Kelemahan fisik menurun
 | **Dukungan ambulasi SIKI (I.06171)**Observasi :1. Indentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisi lainnya
2. Monitor kondisi umum saat melakukan ambulasi

Terapiutik :1. Fasilitasi aktivitas ambulsi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)

Edukasi :1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
2. Anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari temoat tidur ke kursi roda, berjalan dari temoat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
 |

1. **Implementasi**

**Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan pada Ny K dengan Vertigo Hari 1 di UPTD Griya Werdah Jambangan Surabaya**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No  | waktutanggal/ jam | Tindakan  | Catatanperkembangan | TT |
| 1.  | 14 Juni 2020 09.00  | 1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh
2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh
 | S : klienmengatakansudahberusian 75 tahun dan seringmengalamisakitkepalasecaramendadak* Klien mengatakan pusing yang berputar

O : klientampaksempoyonganA : MasalahbelumteratasiP : intervensidilajutkan 1,2  | Hardilani |
| 2.  | 14 juni 2020 09.20 | 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
2. Mengidentifikasi skala nyeri
3. Mengidentifikasi faktor yang memeberat dan meningkatkan nyeri
4. Memeberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri
 | S : KlienmengatakannyeriP : klienmengatakanmengeluhpusingsaatbanyakbergerakQ : klienmengatakanpusingsepertiberputarR : klienmengatakanpusingdirasakanbagiankepalabelakangS : skalanyeri 5 dari (1-10)T : klienmengatakanpusinghilangtimbulO : * Td : 150/90 mmHg,
* Klien tampak meringis
* Klien tampak memengagi kepala

A : MasalahbelumteratasiP : Intervensidilanjutkan 2,3,4, | Hardilani |
| 3.  | 14 Juni 2020 10.00 | 1. Mengindentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisi lainnya
2. Memonitor kondisi umum saat melakukan ambulasi
 | S : KlienmengatakanpusingmemutarsaatberaktifitasberatO :* Klien tampak bungkung
* Pengkajian tingkat kemandirian Barthel Indeks menunjukan angka 105 ketergantungan sebagian
* Kekuatan otot

 4 4 4 4A : IntervensibelumteratasiP : Lanjutkanintervensi 1,2  | Hardilani |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No  | waktutanggal/ jam | Tindakan  | Catatanperkembangan | TT |
| 1.  | 16 Juni 2020 09.00  | 1. Mengidenfikasi faktor resiko jatuh
2. Mengidenfikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh
3. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
 | S : klienmengatakansudahberusian 75 tahun dan seringmengalamisakitkepalasecaramendadakO : -A : MasalahbelumteratasiP : intervensidilajutkan 1,2  | Hardilani |
| 2.  | 16 juni 2020 09.20 | 1. Mengidenfikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
2. Mengidefikasi skala nyeri
3. Mengidenfikasi faktor yang memeberat dan meningkatkan nyeri
4. Memeberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri
 | S :KlienmengatakannyeriP : klienmengatakanmengeluhpusingsaatbanyakbergerakQ : klienmengatakanpusingsepertiberputarR : klienmengatakanpusingdirasakanbagiankepalabelakangS : skalanyeri 5 dari (1-10)T : klienmengatakanpusinghilangtimbulO : * Td : 150/90 mmHg,
* Klien tampak meringis
* Klien tampak memengagi kepala

A : MasalahbelumteratasiP : Intervensidilanjutkan 2,3,4, | Hardilani |
| 3.  | 16 Juni 2020 10.00 | 1. Mengindentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisi lainnya
2. Memonitor kondisi umum saat melakukan ambulasi
 | S : KlienmengatakanpusingmemutarsaatberaktifitasberatO :* Klien tampak bungkung
* Pengkajian tingkat kemandirian Barthel Indeks menunjukan angka 105 ketergantungan sebagian
* Kekuatan otot

 4 4 4 4A : IntervensibelumteratasiP : Lanjutkanintervensi 1,2  | Hardilani |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No  | waktutanggal/ jam | Tindakan  | Catatanperkembangan | TT |
| 1.  | 16 Juni 2020 09.00  | 1. Mengidenfikasi faktor resiko jatuh
2. Mengidenfikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh
3. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
 | S : klienmengatakansudahberusian 75 tahun dan seringmengalamisakitkepalasecaramendadakO : -A : MasalahbelumteratasiP : intervensidilajutkan 1,2  | Hardilani |
| 2.  | 16 juni 2020 09.20 | 1. Mengidenfikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
2. Mengidefikasi skala nyeri
3. Mengidenfikasi faktor yang memeberat dan meningkatkan nyeri
4. Memeberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri
 | S :KlienmengatakannyeriP : klienmengatakanmengeluhpusingsaatbanyakbergerakQ : klienmengatakanpusingsepertiberputarR : klienmengatakanpusingdirasakanbagiankepalabelakangS : skalanyeri 5 dari (1-10)T : klienmengatakanpusinghilangtimbulO : * Td : 150/90 mmHg,
* Klien tampak meringis
* Klien tampak memengagi kepala

A : MasalahbelumteratasiP : Intervensidilanjutkan 2,3,4, | Hardilani |
| 3.  | 16 Juni 2020 10.00 | 1. Mengindentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisi lainnya
2. Memonitor kondisi umum saat melakukan ambulasi
 | S : KlienmengatakanpusingmemutarsaatberaktifitasberatO :* Klien tampak bungkung
* Pengkajian tingkat kemandirian Barthel Indeks menunjukan angka 105 ketergantungan sebagian
* Kekuatan otot

 4 4 4 4A : IntervensibelumteratasiP : Lanjutkanintervensi 1,2  | Hardilani |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Pada tahap ini penilus membandingkan antaraa konsep teori dan hasil yang didapatkan Ny K di Griya Werdha Jambangan Surabaya. Beberapa hal ditemui selama pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evalusai.

1. **Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan penulis tentanfg kensenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan gerontik dengan masalah utama vertigo. penulis ingin melaksanakan asuhan keperawatan pada klien.

Pengkajian dimulai pada tangagl 14 Juli 2020 di panti Griya Werdha Jambanan Surabaya. Tahap awal penulisan melakukan pengumpulan data. Data diperoleh dari hasil wawancara dengan klien, observasi, dan pemeriksaan fisik. Setelah penulis melakukan pendekatan untuk menjalani hubungan salin percaya bersam Ny K dan format pengkajian yang mendukung. Klien sangat kooperatif menjawab semua pertanyaan dan kontrak wakatu yang di sepakati adanya kesenjangan yaitu pada teori.

Vertigo adalah halusinasi gerakan lingkungan sekitar secara berputar mengelilingi pasien atau pasien secara berputr mengelilingi lingkukangan sekitar. Vertigo tidak selalu sama dengan *dizziness*. *Dizziness* adalah sebuah istilah non spesifik yang dapat dikatagorikan kedalam 4 subsitel tergantung gejala yang digambarakan oleh pasien. *Dizziness* dapat berupa vertigo, presinkop (perasaan lemas disebabakan oleh berkurangnya perfungsi cerebal), *light-headness disequilibrium* (perasaan goyang atau tidak seimbang ketika berdiri) (Newell, 2010).

Dari data pengkajiaan diperoleh data bahwa keluhan utama pada klien sering mengalami pusing di bagian belakang. pusing yang di rasakan klien saat beraktivitas terlalu banyak, pusing yang dirasakan seperti berputar, pusing didaerah kepala bagian kiri belakang,dan hilang timbul. Didapat data bedasarkan catatan keperawatan, klien memeliki riwayat penyakit dahulu yaitu hipertensi. Hasil tekanan dara klien saat dikaji 150/90 mmHg, nadi 72 x/menit, respirasi 24 x/menit, suhu 36,3 oc.

Berdasakan teori dalam pengkajian vertigo memeliki penyebab umum yaitu keadaan lingkungan (mabuk darat atau laut), obat-obatan seperti alcohol, kelaianan sirkulasi darah ke otak, kelianan di telinga seperti terdapat endapan pada telinga bagian dalam.

Menurut asumis penulis penyebab vertigo selain di sebebakan dengan ke adaan lingkungan, obat-obatan, kelainan sirkulasi darah ke otak juga dapat dilihat dari penyakit dahulu yang klien pernah alami, seperti hipertensi. Selain itu juga bisa di lihat dengan faktor usai klien.

1. **Diagnosa Keperawatan**

Dalam memebuat diagnosa penulis sudaj mengasu sesuai dengan konsep teori asuhan keperawatan SDKI. Pada diagnos keperawatan vertigo masalah keperawatan yang mencul diataranya yaitu :

1. Resiko jatuh dengan faktor resiko usia ≥ 65 tahun dan gangguan keseimbangan
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kendali otot.

Dari 3 masalah keperawatan yang muncul diatas hanya beberpa masalah yang menjadi prioritas dalam mengakan diagnosa vertigo yaitu resiko jatuh yang merupakan etiologi atau penyebab dan nyeri akut yang merupakan sebagai akibat dari vertigo.

Ketika *Benign Paroxysmal Positional Vertigo* tercetus, pasien akan merasa seperti ruangan atau lingkungan disekelilingnya berputar atau melayang, sehingga mengganggu pusat perhatian dan keseimbangan pasien akan menurun (Sumarliyah, 2011). Gangguan keseimbangan menyebabkan pasien dengan *Benign Paroxysmal Positional Vertigo* memiliki risiko tinggi untuk mengalami jatuh (Widiantopanco, 2010).

Penulis berasusmi bawah untuk menegakan diagnosa vertigo dapat dilihat dari tanda dan gejala yang dirasakan oleh klien. Berdasarkan pengkajian diatas untuk menegakan diagnosa vertigo dapat mengabil masalah keperawatan yang pertama yaitu resiko jatuh.

1. **Intervensi keperawatan**

Dalam membuat diagnosa keperawatan penulis sudak mengacu sesuai dengan kosnep teori asuhan keperawatan SLKI dan SIKI. Pada diagnos keperawatan vertigo intervensi keperawatan yang muncul sebagai berikut :

1. Resiko jatuh

Untuk diagnosa resiko jaruh, penulis menyusun beberapa rencana keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan itervensi keperawatan 3x24 jam tingkat jatuh menrun dengan kriteria hasil : 1). Jatuh saat berdiri menurun, 2). Jatuh saat duduk menurun, 3). Jatuh saat berjalan menurun . agar tujuan yang telah ditemukan berhasil maka penulis menyusun intervensi pertama sebagai berikut : 1). Idenfikasi resiko jatuh hal ini dilakukan untuk mengetahui penyebab jatuh yang dialami. Intervensi kedua 2). Indenfikasi faktor lingkugan yang meningkatkan resiko jatuh hal ini dilakukan untuk mengurangi faktor resiko jatu yang terjadi dilingkungan. Intervensi yang ketiga 3). Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah hal ini dilakukan untuk mengurangi kejadian jatuh dari tempat tidur. Intervensi yang ke empat 4). Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin hal ini untuk mengurangi resiko jatuh. Intervensi ke lima 5). Anjurkan berkonsetrasi untuk menjaga kesemibangan tubuh hal ini dilakukan untuk tidak jatuh.

1. Nyeri akut

Untuk diagnosa nyeri akut, penulis menyusun rencana keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1). Keluhan nyeri menurun, 2). Gelisah menurun, 3). Tekanan darah menurun. Agar tujuan yang telah ditemukan berhasil maka penulis menyusun intervensi. Intervensi yang 1). Idenfikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intesitas nyeri hal ini dilakukan untuk mengetahui seberapa nyeri yang dirasakan. Intervene yang ke dua 2). Idenfikasi skala nyeri hal ini dilakukan untuk meggukur skala nyeri klien. Intervensi ke tiga 3). Idenfikasi faktor yang memeberatkan dan meringankan nyeri hal ini dilakukan untuk mengetahui faktor penyebab nyeri. Intervensi ke limat 5). Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri hal ini dilakukan untuk menurunkan rasa nyeri. Intervensi ke enam 6). Kontrol lingkungan yang memeberatkan rasa nyeri hal ini dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri pada klien. Intervensi ke tujuh 7). Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri hal ini dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri.

1. Gangguan mobilitas fisik

Untuk diagnosa intoleransi aktivitas, penulis menyusun rencana keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1). Kekuatan otot menungkat, 2). Kelemhan fisik menurun. Agar tujuan yang telah ditemukan berhasil maka penulis menyusun intervensi. Intervensi pertama 1). Indentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainya, 2). Monitor kondisi umum saat melakukan ambulasi, 3). Fasilitasi aktifitas ambulasu dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur), 4). Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi. 5). Anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilaukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

1. **Pelaksanaan keperawatan**

Pelaksanaan adalah perwuju dan atau realisasi dan perencanaa yang telah disusun. Tujuan dari pelaksnaan adalah memebantu pasiendalam memenuhi kebutuhan dasarnta agar sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan mulai tanggal 14 Juni 2020 secara terkoordinasi dan terintergrasi.

1. Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan kesimbangan

Resiko jatu merupakan berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh (SDKI, 2017)

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa resiko jatuh adalah : 1).Melauakn pengkajian meperkenalkan diri pada klien. 2). Menanyakan keluhan yang dirasakan klien. 3). Mengidentifikasi faktor resiko jatuh. 4). Mengidentifikasi faktor lingkungan yang menigkatkan resiko jatuh. 5). Anjurkan mengugunakan alas kaki yang tidak licin.

Salah satu bentuk terapi fisik non farmakologi yang mengurangi atau menghilangkan gejala vertigo adalah dengan menggunakan metode *Brandt Droff* yang merupakan bentuk terapi fisik atau senam fisik vestibular. Terapi fisiki ini dilakukan untuk mengadaptasi diri terhadap gangguan keseimbangan. Latihan *Brandt Droff*  memiliki keuntungan atau kelebihan dari terpi fisik yaitu untuk memepercepat sebuh vertigo dan untuk mencegah terjadinya kekambuhan tanpa harus minum obat. Selain itu, *Brandt Droff* dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Namun salain memeiliki kelebihan kelebihan diatas, metode ini juga memiliki kekurangan yaitu metode ini tidak boleh langsung dilakukan setelah pasien di berikan terapi *epley manuver* maupun *semont menuver* (Bahrudin, 2013; Lumbantobing, 2001).

Menurut penulis memberian terapi fisik non framakologi *BrandT Droff*  ini sangat memebantu untuk memepertahankan keseimbangan tubuh. Selain itu dibantu dengan memodifikasi lingkungan yang tidak lincin dan mengajurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin dapat membatu mengurangi resiko jatuh.

1. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosiaonal yang dierikan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat, dan berintraksi ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SIKI, 2017)

Implementasi yang di lakukan pada diagnosa nyeri akut adalah : 1). Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas. 2). Mengidentifikasi skala nyeri. 3). Mengidentifikasi faktor yang memeberat nyeri. 4). Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri.

Managemen nyeri seperti Latihan distraksi dan relaksasi adalah mengalihakanperhatian dari nyeri. Teknik distraksi dan relaksasi yang dapat dilakukan antara lain :bernafas lambat dan berirama teratur, menyanyi berirama dan menghitungketukannya, mendengarkan musik, mendorong untuk mengkhayal (*Guidedimagery*) yaitu melakukan bimbingan yang baik kepada klien untuk mengkayal (Asmadi,2008).

Penulis berasumsi untuk mengunakan teknik relaksai sperti mengajurkan klien untuk bernapas dalam dan megisi paru-paru berlaha, dan merilekskan otot-otot terus menerusn akan mendapatkan rasa nyaman, tenang dan tileks.

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kendali otot

Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ektermitas secara mandiri (SIKI, 2017)

Implementasi yang dilakukan pada diagnoasa gangguan mobilitas fisik adalah :1) mengidentifikasi adanya nyeri atau kelebihan fisik lainya. 2). Monitor kondisi umum saat melakukan ambulasi

1. **Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana, tidakan dana pelaksaan yang dicapai. Evaluasi pada tinjaukan pustaka berdasarkan observasi peubahan tingkah laku dan respon klien. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dilakukan selama klien dirawat dan dilakukan seusai dengan standart yang teleka ditetapkan yang mengunakan SOAP (*Subjektif, Objektif, assessment, plening*). Pada tahap ini dilakukan respons klien tehadap tindakan keperawatan yang dilakukan pada tanggal 14 Juli 2020 sebgai berikut :

1. Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan

Diagnosa resiko berhubungan dengan gangguan keseimbangan diakibat penyakit vertigo dapat diatasi sebagian dengan cara tidak jatuh saat berdiri, tidak jatuh saat duduk, dan saat berjalan.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik

Diagnosa nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik dapat tertasi sebagian dengan mengatakan skala nyeri menurun awalnya 7 menjadi 5, wajah klien tampak rileks, dan tekanan darah menurun awalny 150/90 mmHg menjadi 130/80 mmHg.

1. Gangguan mobiltas fisik berhubungan penurunan kendali otot

Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan kendali otot dapat teratasi sebiagian kekuatan otot meningkat dan kelemahan fisik menurun

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah melakukan asuhan keperawatan gerontik pada pasien Ny K dengan diagnosa medis vertigo dan masalah perawatan resiko jatuh di UPTD Griya Werdha Jambanan Surabaya, maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan gerontik dengan diagnosa medis vertigo dan masalah keperawatan resiko jatuh.

1. **Kesimpulan**

Berdasarkan tinjuan kasus dan pembaasan pada usaha keperawatan gerontik pada klien dengan diagnosa medis vertigo dan masalah keperawatan resiko jatuh di UPTD Griya Werdha di Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada saat pengkajian asuhan keperawatan gerontik masalah utama vertigo pada Ny K di UPTD Griya Werdha Surabaya didapat data bahwa penyebab dari vertigo yaitu berkativitas berlebihan. Selain berkativitas berlebih vertigo kambuh disebabkan usia yang > 65 tahun.
2. Masalah keperawatan muncul dan menjadi priorita pada Ny K dengan vertigo adalah resiko jatuh, nyeri, intoleransi aktivitas.
3. Perumusan diagnosa asuhan keperawatan gerontik pada Ny K yaitu resiko jatuh.
4. Intervensi keperawatan yang disusun penuli pada diagnosa keperawatan ditegakkan sesuai kondisi pasien.
5. Impelementasi keperawatann yang telah dilakukan oleh penulis berdasarkan intervensi keperawatan yang telah dibuat sesuai dengan kondisi pasien dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain. Implementasi dilakukan mulai tanggal 14-16 juli 2020.
6. Hasil evaluasi pada tanggal 16 Juli 2020. Untuk diagnosa 1 klien mampu mengidentifikasi resiko, faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh dan mampu berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh . Pada diagnosa 2 klien mampu mengurangi faktor yang memberatkan nyeri dan mampu melakukan teknik nonfarmakologi. Sedangkan diagnosa ke 3 klien mampu memantau repon emosional, fisik, sosiak, dan spiritual.
7. **Saran**

Bertolak dari kesimpulan di atas penulis dapat memeberika saran sebagai berikut :

1. Bagi Instistusi pendidikan

Diharapka lebih meningktkan pelayanan pendidikan yang lebih tinggi dan menghasilkan tenanga kesehatan yang prefesional berwawasan global.

1. Bagi pelayanan keshatan

Lebih meningkatkan pelayana kesehatan khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan gerontik dengan resiko jatuh.

1. Untuk penulis

Sebagau pembimbin antara teori yang didapat selama perkulian dengan praktik keterampilan dan pengalaman.

1. Untuk panti werda

Melanjutkan oerawatan terhadap masalah vertigo dengan diagnosa resiko jatuh yang belum teratasi.

**DAFTAR PUSTAKA**

Benson, E Brian MD, Arlen D Meyers. 2016. *Posttraumatic Vertigo* [online], [diunduh 10 Agustus 2016], tersediri dari:emedicine.medscape.com/article/884361.

Ngoerah, IG, 1991. *Dasar-Dasar IlmuPenyakitSaraf*.Airlangga University Press: Surabaya.

Ramos ZR, González, Jiménez M M, *et al*.,. 2013.*Post concussion syndrome and mild head injury. Therole of early diagnosis using Neuropsychological test.*spectroscopy [online], [diunduh 20 september2016], tersediadari[www.pubmed.com](http://www.pubmed.com)

Sjahrir H. 2012. *Nyeri Kepala dan Vertigo*. Yogyakarta.PustakaCendekia Press. Sjamsuhidajat, Wim de Jong. 2010. *Buku Ajar IlmuBedah.* Jakarta. EGC.

Soemarmo, 2015. *PenuntunNeurologi*. Tangerang:BinarupaAksara Publisher.

Stippler M. 2016. *Craniocerebral trauma*. In: DaroffRB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL,eds. *Bradley’s Neurology in Clinical Practice*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier;:chap 62[online], [diunduh 1 September 2016], tersediadari http://www.ncbi.nlm.nih.gov

Padila. (2013). Buku Ajar KeperawatanGerontik, Dilengkapi aplikasi kasus asuhan keperwatan gerontik, terapi modalitas, dan sesuai kompetensi dasar.

Yogyakarta;Nuha Medika.

Badan Pusat Statistik. (2017). StatistikPendudukLanjutUsia. Jakarta ; BPS.

Darmojo R, Boedi dan Martono. (2011). BukuAjarGeriatri. Jakarta ;BalaiPenerbit FKUI.

Boedhi Darmojo. (2011). Buku Ajar – Geriatri (Ilmu Kesehatan UsiaLanjut). Edisi Ke-4.Jakarta; Balai Penerbit FKUI.

Permata HidayatAshar. (2016). *GambaranPresepsiRisikoJatuh Pada Lansia Di PantiWerdha Budi Mulia 4 MargagunaJakartaSelatan. Skripsi.* FKIK, Program StudiIlmuKeperawatan. Universitas Islam NegeriSyarifHidayatullah. Jakarta.

Saifullah, Azam David *dkk*.(2013). PelaksanaanSelf-Care Assistance Di PantiWreda. *JurnalKeperawatanKomunitas*. Volume 1, No. 2 ;94– 100.Astriyana, S. (2012). *PengaruhLatihanKeseimbanganTerhadapPenurunanRisikoJatuh Pada Lansia*. Skripsi*.* FakultasIlmuKesehatan, UniversitasMuhammadiyahSurakarta.

Devi, E. (2016). Pola Penataan Ruang PantiJompoBerdasarkanAktivitas Dan PerilakuPenghuninya. JurnalArteks Vol. I, No. 1.Gallo Joseph J, dkk. (2006). BukuSakuGerontologi. Jakarta ; EGC.

Nursalam. (2003). Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan,ed. 1. Jakarta ;Salemba Medika.Stanley, dkk. (2007). *Buku*Ajar KeperawaanGerontik, ed. 2, Jakarta: EGC.

Wibhawa, Budhi dkk. (2010). Dasar-Dasar Pekerjaan Sosial. Bandung Widya Padjadjaran.

**Lampiran 1** Tingkat Kerusakan Intelektual

Dengan menggunakan SPMSQ (*Short Portable Mental Status Quesioner*). Ajurkan beberapa pertanyaan pada daftar di bawah ini:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Benar | Salah | Nomor | Pertanyaan |
|  |  | 1 | Tanggal berapa hari ini ? **14 juli** |
|  |  | 2  | Hari apa sekarang ? **Kamis** |
|  |  | 3 | Apa nama tempat ini ? **Panti Werdha** |
|  |  | 4 | Dimana alamat anda ? **Lupa dengan alamat rumah**  |
|  |  | 5 | Berapa umur anda ? **75 tahun**  |
|  |  | 6 | Kapan anda lahir ? **21 juni 1945** |
|  |  | 7 | Siapa presiden Indoenesia ? **Jokowi**  |
|  |  | 8 | Siapa presiden Indonesia Sebelumnya ? **Ibu Megawati**  |
|  |  | 9 | Siapa nama ibu anda ? **Ny S**  |
|  |  | 10 | Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru secara menurun **18, 16,13, 10, 7** |
| Jumlah 3  |  |

Interpretasi : berdasarkan hasil pengkajian didapatkan selah=0, fungsi

Intelektual untuk Interpretasi:

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6-8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9-10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

**Lampiran 2** Indentifikasi Aspek Kognitif dengsn **MMSE** (Mini Mental Status Exam)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Aspek kognitif | Nilai Maksimal | Nilai Klien | Kriteria |
| 1 | Orientasi  | 5 | 5 | Menyebutkan dengan benar Tahun : **2020** Musim :**Panas terkadang hujan** Tanggal : **14** Hari : **Selasa** Bulan : **Juli**  |
| 2 | Orientasi  | 5 | 4 | Dimana kita sekarang berada ?Negara : **Indonesia** Provisi : **Jawa Timur** Kabupaten/kata : **Suarabaya** Panti : **UPTD Panti Werdha** Wisma : **Ny K lupa di wisma mana beliu tinggal**  |
| 3 | Registrasi  | 3 | 3 | Sebutkan 3 nama objek (misal kursi , meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien , menjawab :Bantal : **Bantal** Guling : **Guling** Bolpoin : **Bolpoin**  |
| 4 | Perhatian dan kualitas  | 5 | 2 | Meningkatkan klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat jawaban :1. 932. 863. 794. 725. 65 |
| 5 | Meningkat  | 3 | 3 | Meminta klien untuk mengulang ketiga objek pada poin ke-2 (tiap poin nilai 1) |
| 6 | Bahas  | 9 | 8 | Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukan benda tersebut) 1. Kertas 2. Meja Meminta klienuntuk mengulang kata berikut :“ Tidak ada, dan jika atau tetapi klien menjawab :Meminta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah ambil kertas ditangan anda, lipat dulu dan taryuh di lantai :1. mengambilkertas2. melipat3. taruhdilaciPerintahkan pada klienuntukhalberikut (bilaaktivitassesuaiperintahnilaisatupoin.“tutupmataanda”Perintahkankepadaklienuntukmenuliskalimat dan menyalingambar “Saya sukamemasak”  |
| Total nilai  | 30 | 25 | Tidak ada gangguan kognitif  |

Interepetasi :

24-30 : tidak ada gangguan kognitif

18-23 : gangguan kognitif sedang

0-17 : gangguan kognitif berat

**Lampiran 3** Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Baertel)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | Kriteria | Bantuan | Mandiri | Keterangan |
| 1.  | Makan  | 5 | 10  | 2 kali sehari 1 porssi nasi dan lauk pauk  |
| 2.  | Minum  | 5-10 | 15  | 5 kali sehari dengan air putih dan the  |
| 3. | Berpindah dari kursi roda ke tempat kursi, sebaliknya | 0 | 5  | Mandiri  |
| 4. | Kebersihan diri : cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi, aktivitas kekamar mandi (toileting) | 5 | 10  | 2x sehari  |
| 5. | Mandi  | 0 | 5  | 2x sehari  |
| 6.  | Jalan di permukaan datar  | 0 | 5  |  |
| 7. | Naik turun tangga  | 5  | 10 | Dibantu  |
| 8.  | Mengenakan pakaian  | 5 | 10  | Mandiri  |
| 9.  | Kontrol Bowel (BAB) | 5 | 10  | 1x sehari konsistensi lunak  |
| 10. | Kontrol Bledder (BAK)  | 5 | 10  | 5-6 x/hari kuning jernih  |
| 11. | Olahraga atau latihan  | 5 | 10  | 1x/seminggu senam  |
| 12. | Rekreasi atau pemantapan waktu luang  | 5 | 10  | Pengkajian di musholla panti |

Interpretasi :

60 : Ketergantungan penuh

65-125 : Ketregantungan ringan

130 : Mandiri

**Lampiran 4** Pengkajian Risiko Jatuh *Morse Fall Scale*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Resiko jatuh | Skala  | Skor | Skor Klien |
| Riwayat Jatuh  | Pernah Tidak pernah  | 250 | 25 |
| Diagnosis Penyerta  | Ada Tidak ada  | 150 | 15 |
| Alat bantu untuk berpindah  | 1. Perbotan (kursi, meja, dll)
2. Walker
3. Tidak ada/bed/kursi roda, perawat
 | 30150 | 0 |
| Penggunan obat IV atau heparin | 1. Menggunakan
2. Tidak menggunakan
 | 200 | 0 |
| Cara berjalana atau berpindah  | 1. Tidak mampu
2. Lemah
3. Normal bedrest, immonilisais
 | 20100 | 0 |
| Keadaan mental  | 1. Mudah lupa
2. Orientasi baik
 | 2 | 0 |
| TOTAL  | 40 |

Interpretasi

Skor >45 : Resiko tinggi

Skor 24-44 : Resiko sedang

Skor 0-24 : Resiko rendah