

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Teori Penyakit

##### 1. Pengertian

Vertigo berasal dari bahasa latin ,*vertere*, artinya memutar merujuk pada sensasi berputar sehingga mengganggu rasa keseimbangan seseorang,umunya disebabkan oleh gangguan pada sistem keseimbangan. Derajat yang lebih ringan dari vertigo disebut *dizziness* yang lebih ringan lagi disebut *giddiness* dan *unsteadiness* (finestone,1982)

Pengertian vertigo adalah adanya sensasi gerakan atau rasa gerak dari tubuh atau lingkungan sekitarnya dengan gejala lain yang timbul terutama dari sistem otonom,yang disebabkan oleh gangguan alat keseimbangan tubuh oleh berbagai keadaan atau penyakit (Misbach dkk.,2006).Dengan demikian,vertigo bukan suatu gejala pusing berputar saja ,tetapi merupakan suatu kumpulan gejala atau satu sindrom yang terdiri dari gejala somatic (nistagmus,unstable ) otonomik (pucat,pelehan dingin,mual dan muntah),pusing dan gejala psikatrik. *Dizziness* lebih mencerminkan keluhan rasa gerakan yang umum,tidak spesifik,rasa goyah,kepala ringan dan perasaan yang sulit dilukiskan sendiri oleh penderitanya.Pasien sering menyebutkan sensasi ini sebagai nggilyer Sedangkan *giddiness* berarti *dizziness* atau vertigo yang berlangsung singkat (PARDOSSI,2012).

##### 2. Etiologi Vertigo

Etiologi vertigo dapat dibagi menjadi (Kelompok studi vertigo PERDOSSI ,2012)

###### a. Otologi

Ini merupakan 24-61% kasus vertigo (paling sering),dapat disebabkan oleh BPPV(*benign paroxysmal positional Viertigo*) penyakit Miniere,Parese N.VIII (*vestibulokoklearis*),maupun otitis media.

b. Neurologis

Merupakan 23-61% kasus, berupa:

- Gangguan serebrovaskular batang otak, serebelum
- Ataksia karena neuropati
- Gangguan visus
- Gangguan serebelum
- *Sklerosis multipel*
- Vertigo servikal

c. Interna

Kurang lebih 33% dari keseluruhan kasus terjadi karena gangguan kardiovaskuler. Penyebabnya bisa berupa tekanan darah yang naik atau turun, aritmia kardis, penyakit jantung koroner, infeksi, hipoglikemi, serta intoksikasi obat, misalnya: nifedipin, benzodiazepine dan xanax.

d. Psikiatrik

Terdapat pada lebih dari 50 % kasus vertigo. Biasanya pemeriksaan klinis dan laboratoris menunjukkan dalam batas normal. Penyebabnya bisa berupa depresi, fobia, ansietas, serta psikosomatis

e. Fisiologis

Misalnya, vertigo yang timbul ketika melihat ke bawah saat kita berada di tempat tinggi.

3. Patofisiologi

Menurut Price, S.A (2007) Vertigo timbul jika terdapat ketidakcocokan informasi aferen yang disampaikan ke pusat kesadaran. Susunan aferen yang terpenting dalam sistem ini adalah susunan vestibuler atau keseimbangan, yang secara terus menerus menyampaikan impulsnya ke pusat keseimbangan. Susunan lain yang berperan ialah sistem optik dan proprioseptik, jaras-jaras yang menghubungkan nuklei vestibularis dengan nuklei N. III, IV dan VI, susunan vestibuloretikularis, dan vestibulospinalis.

Menurut Wilson (2007) Informasi yang berguna untuk keseimbangan tubuh akan ditangkap oleh reseptor vestibuler, visual, dan proprioseptik; reseptor vestibuler memberikan kontribusi paling besar, yaitu lebih dari 50 % disusul kemudian reseptor visual dan yang paling kecil kontribusinya adalah proprioseptik. Menurut Wilson (2007) Dalam kondisi fisiologis/normal, informasi yang tiba di pusat integrasi alat keseimbangan tubuh berasal dari reseptor vestibuler, visual dan proprioseptik kanan dan kiri akan diperbandingkan, jika semuanya dalam keadaan sinkron dan wajar, akan diproses lebih lanjut. Respons yang muncul berupa penyesuaian otot-otot mata dan penggerak tubuh dalam keadaan bergerak. Di samping itu orang menyadari posisi kepala dan tubuhnya terhadap lingkungan sekitar. Jika fungsi alat keseimbangan tubuh di perifer atau sentral dalam kondisi tidak normal/ tidak fisiologis, atau ada rangsang gerakan yang aneh atau berlebihan, maka proses pengolahan informasi akan terganggu, akibatnya muncul gejala vertigo dan gejala otonom; di samping itu, respons penyesuaian otot menjadi tidak adekuat sehingga muncul gerakan abnormal yang dapat berupa nistagmus, unsteadiness, ataksia saat berdiri/ berjalan dan gejala lainnya.

#### Klasifikasi Vertigo

Vertigo dapat dibagi menjadi (Kelompok Studi Vertigo PERDOSSI, 2012)

##### **a. Vertigo Vestibular**

Timbul pada gangguan sistem vestibular, menimbulkan sensasi berputar timbulnya episodic, diprovokasi oleh gerakan kepala dan bisa disertai rasa mual/muntah. Berdasarkan letak lesinya dikenal ada 2 jenis vertigo vestibular (Kelompok Studi Vertigo PERDOSSI, 2012)

##### 1) Vertigo vestibular perifer

Terjadi pada lesi di labirin dan nervus vestibularis. Vertigo vestibular perifer timbulnya lebih mendadak setelah perubahan posisi kepala, dengan rasa berputar yang berat, disertai mual/muntah dan

keringat dingin. Bila disertai gangguan pendengaran berupa tinnitus atau ketulian dan tidak disertai gejala neurologis fokal seperti, hemiparesis, diploopia perioral parastesia, penyakit paresisfasialis. Penyebabnya antara lain adalah begini paroxysmal positional vertigo (BPPV), penyakit miniere, neuritisvesti oklusia, labirin, labirinitis.

## 2) Vertigo vestibular sentral

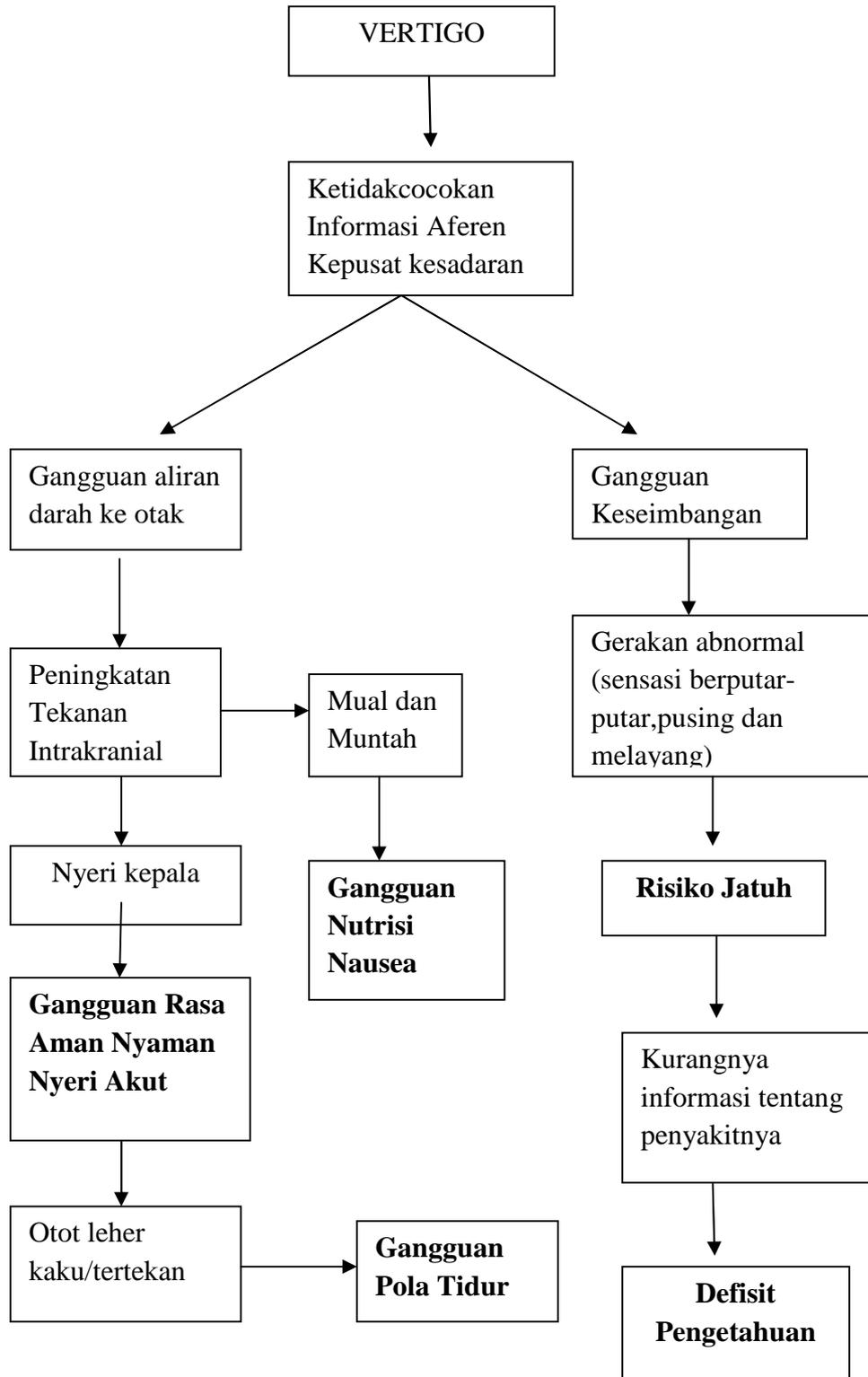
Timbul pada lesi di nucleus vestibularis di batang otak atau thalamus sampai ke korteks serebri. Vertigo vestibular sentral timbulnya lebih lambat, tidak terpengaruh oleh gerakan kepala. Rasa berputarnya ringan jarang disertai rasa mual/muntah, atau kalau ada ringan saja. Tidak disertai gangguan pendengaran. Bisa disertai gejala neurologis fokal seperti disebut. Penyebabnya antara lain migraine, CVD, tumor, epilepsi demielinisasi dan degenerasi.

### **b. Vertigo nonvestibular**

Timbul pada gangguan sistem proprioseptif atau sistem visual menimbulkan sensasi bukan berputar, melainkan rasa melayang, goyang berlangsung konstan /kontinu, tidak disertai rasa mual/muntah, serangan diasanya dicetuskan oleh gerakan objek disekitarnya, misalnya di tempat keramaian atau lalu lintas macet. Penyebab antara polineuropati, meliopati artrosis servikalis trauma leher, presinkope, hipotensi, ortostatik, hiperventilasi tension, headache hipoglikemi, penyakit sistemik.

Gambar 2.2 Pathway Vertigo

**PATHWAY PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN VERTIGO**



*Sumber :Asmada,doni,2018*

#### 4. Manifestasi Klinis

Gejala pada vertigo vestibular dengan gejala sensasi rasa berputar tempo serangan episodik mul atau muntah ,gangguan pendengaran gerakan pencetus gerakan kepala.Vertigo vestibular dibagi menjadi 2 yaitu vertigo perifer dengan gejala bangkitan lebih mendadak,beratnya vertigo berat,pengaruh gerakan kepala positif mual/muntah/keringatan tanda fokal otak tidak ada.Vertigo sentral bangkitan lebih lambat berat-nya vertigo ringan,pengaruh gerakan kepala kadang terjadi kadang tidak mual/muntah,keringatan bisa terjadi gangguan pendengaran kemungkinan tanda fokal otak. lalu,vertigo nonvestibular dengan gejala sensasi melayang, goyang tempo serangan kontinu/konstan mual/muntah tidak ada,tidak terdapat gangguan pendengaran dan gerakan pencetus gerakan objek visual.

Berdasarkan gejala klinis yang menonjol,vertigo dapat pula dibagi ` menjadi tiga kelompok,yaitu (PERDOSSI,2012)

##### a. Vertigo paroksismal

Ciri khas :serangan mendadak ,berlangsung beberapa menit atau hari, menghilang sempurna,suatu ketika muncul lagi,dan diantara serangan penderita bebas dari keluhan.

Berdasarkan gejala penyerta dibagi :

- 1) Dengan keluhan telinga,tuli,atau telinga berdenging:sindrom Meniere,arakhnoiditis pontoserebelaris,TIA vertebrobasilar,kelainan odontogen,tumor fossa posterior.
- 2) Tanpa keluhan telinga: TIA vertebrobasilar,epilepsi,migraine,vertigo anak
- 3) Timbulnya dipengaruhi oleh perubahan posisi: vertigo posisional paroksismal benigna.

##### b. Vertigo kronis

Ciri khas : vertigo menetap lama,keluhan konstan tidak membentuk serangan-serangan akut.

Berdasarkan gejala penyertanya dibagi:

- Dengan keluhan telinga: otitis media kronis, tumor serebelopontin, meningitis TB, labirinitis, lues serebri.
  - Tanpa keluhan telinga: kontusio serebri, hipoglikemia, ensefalitis pontis, kelainan okuler, kardiovaskuler dan psikologis, posttraumatik sindrom, intoksikasi, kelainan endokrin.
  - Timbulnya dipengaruhi oleh perubahan posisi: hipotensi orthostatic, vertigo servikalis.
- c. Vertigo yang serangannya akut, berangsur-angsur berkurang tetapi tidak pernah bebas serangan .

Berdasarkan gejala penyertanya dibagi:

- Dengan keluhan telinga: neuritis N. VIII, trauma labirin, pendarahan labirin, herpes zoster otikus.
- Tanpa keluhan telinga: neuritis vestibularis, sclerosis multipel, oklusi arteri serebri posterior, ensefalitis vestibularis, sclerosis multipel, hematobulbi.

## 5. Pemeriksaan

### a. Pemeriksaan Fisik:

- 1) Pemeriksaan fisik umum ( tanda-tanda vital, heart rate dan ritme jantung, palpasi arteri karotis dan auskultasi arteri karotis).
- 2) Pemeriksaan neurologis (kesadaran, nervus kranialis ,sistem saraf motorik dan sistem saraf sensorik)
- 3) Tes Romberg

Pemeriksaan berada dibelakang pasien, pasien berdiri tegak dengan kedua tangan didada, kedua mata terbuka, dia amati selama 30 detik setelah itu pasien diminta menutup mata dan diamati selama 30 detik, jika dalam keadaan mata terbuka pasien sudaah jatuh menandakan kelainan pada serebelum, jika dalam keadaan mata tertutup pasien cenderung jatuh ke satu sisi menandakan kelainan vestibular/propioseptif.

4) Tes Romberg di pertajam

Pemeriksaan berada di belakang pasien, lalu tumit pasien berada di depan ibu jari kaki yang lainnya, kemudian pasien di amati dalam keadaan mata terbuka selama 30 detik, lalu pasien menutup mata dan diamati selama 30 detik, interpretasi sama dengan tes Romberg.

5) Tes jalan tandem (tandem gait)

Pasien di minta berjalan dengan sebuah garis lurus, dengan menempatkan tumit di depan jari kaki sisi yang lain secara bergantian. Pada kelainan serebelum: pasien tidak dapat melakukan jalan tandem dan jatuh ke satu sisi. Pada kelainan vestibular: pasien akan mengalami deviasi ke sisi lesi.

6) Tes fukuda

Pemeriksaan berada di belakang pasien, lalu tangan di luruskan ke depan, mata pasien ditutup, pasien diminta berjalan di tempat 50 langkah. Tes fukuda di anggap normal jika deviasi ke satu sisi  $>30$  derajat atau maju/mundur  $>1$  meter. Tes fukuda menunjukkan lokasi kelainan di sisi kanan atau kiri.

7) Tes past pointing

Pada posisi duduk, pasien di minta untuk mengangkat satu tangan dengan jari mengarah ke atas, jari pemeriksa di letakkan di depan pasien, lalu pasien di minta ujung jarinya menyentuh ujung jari pemeriksa beberapa kali dengan mata terbuka, setelah itu di lakukan dengan mata tertutup. Pada kelainan vestibular : ketika mata tertutup maka jari pasien akan deviasi ke arah lesi. Pada kelainan serebelum: akan terjadi hipermetri atau hipometri.

8) Head thrust test

Pasien di minta memfiksasikan mata pada hidung/dahi pemeriksa setelah itu kepala di gerakkan secara cepat ke satu sisi, pada kelainan vestibular perifer akan di jumpai adanya sakadik.

- b. Pemeriksaan Penunjang
  - 1) Laboratorium pada stroke dan infeksi
  - 2) EEG pada kasus vestibular epilepsi
  - 3) EMG pada kasus neuropati
  - 4) EKG pada kasus serebrovaskular
  - 5) TCD pada kasus serebrovaskular
  - 6) CT Scan/MRI pada kasus stroke,infeksi dan tumor

#### 6. Penatalaksanaan Vertigo

Terapi vertigo meliputi beberapa perlakuan yaitu pemilihan medikamentosa rehabilitasi dan operasi(Luxon,2004;Huin & Uddin,2003).

Pilihan terapi vertigo mencakup(Kelompok Studi Vertigo PERDOSSI,2012)

- a. Terapi simtomatik,melalui farmakoterapi
- b. Terapi kausal,mencakup:
  - farmakoterapi
  - prosedur reposisi partikel (pada BPPV)
  - bedah ( karena vertigo yang disebabkan oleh tumor,spondilosis servikalis dan impresi basilar).
- c. Terapi rehabilitatif ( metode Brandt-Daroff,latihan visual vestibular latihan berjalan).

Hindari faktor pencetus dan memperbaiki lifestyle pemilihan terapi vertigo angat tergantung dari tipe dan kausa vertigo ( makanan dan diit adekuat mencegah minum alcohol dan berlebihan,mengurangi obat sedative,ototoksik dan opoid)

#### 7. Komplikasi

- a. Stoke
- b. Obstruksi peredaran darah di labirin
- c. Penyakit meniere
- d. Infeksi dan inflamasi

## B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow dalam (Mubarak & Chayatin 2007) kebutuhan dasar manusia digambarkan dalam piramida hierarki kebutuhan dasar Maslow pada gambar

Gambar 2.2 Piramida Kebutuhan Dasar Manusia



*Sumber gambar: Mubarak & Chayatin 2007*

Kebutuhan fisiologis. Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak harus dipenuhi manusia untuk bertahan hidup. Saat seseorang dalam kondisi sakit, ia tidak akan mampu memenuhi kebutuhannya sendiri sehingga membutuhkan bantuan orang lain untuk memenuhi kebutuhan dasarnya.

Kebutuhan dasar manusia yang akan terganggu pada pasien vertigo, yaitu: Kebutuhan akan rasa aman nyaman, aman pada berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis. Perlindungan fisiologis contohnya perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi. Perlindungan psikologis contohnya bebas dari takut dan kecemasan, serta bebas dari perasaan terancam karena pengalaman baru dan asing yang bebas dari nyeri atau rasa ketidaknyaman

1. Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman (Safety and Security Needs)  
Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik secara fisiologis, maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi:

a. Nyeri dan kenyamanan

Respon nyeri terjadi karena adanya inflamasi. Inflamasi merupakan respon segera terhadap injuri seluler. Jika ini terjadi, vasodilatasi cepat terjadi menyebabkan lebih banyak darah mendekati daerah injuri. Peningkatan aliran darah lokal menyebabkan warna kemerahan di daerah inflamasi. Rasa sakit di daerah inflamasi juga disebabkan oleh volume darah yang meningkat vasodilatasi lokal mengirimkan darah dan sel darah putih ke jaringan yang injuri. Protein serum memegang peranan utama dalam inflamasi (Potter & Perry, 2010)

b. Kebutuhan keamanan dan proteksi Keselamatan

Merupakan suatu keadaan seseorang atau lebih yang terhindar dari ancaman bahaya atau kecelakaan. Kecelakaan merupakan kejadian yang tidak dapat diduga dan tidak diharapkan yang dapat menimbulkan kerugian, sedangkan keamanan adalah keadaan aman dan tentram (Tarwoto & Waetonah, 2015).

c. Konsep dasar infeksi Infeksi

Merupakan suatu kondisi penyakit yang disebabkan oleh masuknya kuman patogen atau mikroorganisme lain ke dalam tubuh yang dapat menimbulkan reaksi tertentu. Contoh reaksi tersebut adalah perubahan sekunder berupa peradangan (inflammation) yang ditandai antara lain oleh vasodilatasi pembuluh darah lokal, peningkatan permeabilitas kapiler, dan pembengkakan sel.

1) Kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi.

2) Bebas dari sakit dan kecemasan.

## C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien (Suarni dan Apriyani,2017)

Adapun pengkajian kasus Vertigo Menurut Asmada,doni,2018 adalah:

#### a. Identitas Pasien

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

#### b. Riwayat kesehatan

Dilakukan untuk menggali masalah keperawatan lainnya sesuai keluhan utama pasien.

##### 1) Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri

##### 2) Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan nyeri dibagian kepala,nyeri yang dirasakan seperti berputar-putar,nyeri yang dirasakan apabila klien duduk atau berdiri.Rasa nyeri berkurang apabila klien berbaring.Nyeri dirasakan hilang timbul skla nyeri 7 (0-10)

##### 3) Riwayat kesehatan dahulu

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

##### 4) Riwayat kesehatan keluarga

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

a . Aktivitas/istirahat: dengan gejala kelemahan, kelelahan

b . Sistem Pernafasan : frekwensi nafas normal 20 x/menit

pergerakan dada kanan dan kiri simetris dan tidak ada sianosis.

- c. Sistem Persyarafan :Bicara normal,orientasi waktu menjawab dengan baik,orientasi orang menjawab dengan baik,orientasi tempat klien baik,pupil mengecil saat diberi reflek cahaya,klien tidak dapat menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah.
- d. Sistem Cardioveskuler: konjungtiva anemis,tidak terdapat odema kelopak mata,tidak ada pembesaran vena jugularis,CRT< 3 detik,bentuk thorax simetris,tekanan darah normal 120/90 mmHg,nadi 80 x/menit
- e. Sistem pencernaan :Mukosa bibir tidak kering,tidak ada pembengkakan tonsil,mulut bersih,bising usus 10 x/menit,reflex menelan baik,pada saat di palpasi tidak ada nyeri tekan turgor kulit baik,dan tidak terjadi distensi abdomen.
- f. Sistem Perkemihan : Volume urine 1000 cc/hari,warna kuning jernih,tidak terpasang kateter,saat di palpasi tidak ada pembesaran kandung kemih,pada saat di palpasi tidak ada nyeri pada ginjal
- g. Sistem Integumen : Kulit berwarna sawo matang,kulit teraba hangat,warna rambut hitam,terdapat ubun-ubun,tidak adanya kemerahan atau hematom.
- h. Sistem pendengaran : klien mengatakan sulit mendengar,distorsi sensori,konsentrasi buruk
- i. Eliminasi: Gejala riwayat perawatan dirumah sakit sebelumnya karena perdarahan, gastrointestinal, atau masalah yang berhubungan dengan gastrointestinal.
- j. Makanan/cairan: Gejala anoreksia, mual, muntah, tidak ada masalah menelan ,tidak adanya nyeri ulu hati, tidak terjadi penurunan berat badan,penurunan nafsu makan.
- k. Neurologi: Gejala rasa denyutan, pusing/sakit kepala, kelemahan.
- l. Nyeri atau kenyamanan: Gejala nyeri, digambarkan sebagai tajam, dangkal, tertusuk- tusuk.

- m. Pola tidur : klien mengatakan tidurnya tidak puas, terdapat kantung mata, klien mengatakan tidak bisa tidur, klien mengatakan pola tidur berubah.
- n. Pengetahuan : klien selalu menanyakan tentang penyakitnya

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2016) .

Diagnosa keperawatan yang muncul Menurut Asmada, Doni, 2018 adalah:

- a. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis d.d . Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala, nyeri seperti tertusuk tusuk ,klien mengatakan nyeri saat beraktivitas, klien tampak meringis, tampak memegang kepalanya Skala nyeri 7 ( 1-10), klien tampak gelisah dan nafsu makan berubah.
- b. Mual b.d peningkatan tekanan intrakranial d.d Klien mengeluh mual, klien mengatakan ingin muntah, klien mengatakan tidak minat makan, klien tampak pucat, Takikardi dan Pupil Dilatasi.
- c. Gangguan Pola Tidur b.d Hambatan Lingkungan d.d Klien mengatakan sangat lemas, sulit tidur, klien mengatakan tidak puas tidur, klien mengatakan istirahat tidak cukup, klien tampak kelelahan dan terdapat kantung mata didaerah mata klien.
- d. Risiko jaatuh d.d faktor risiko Gangguan Keseimbangan
- e. Gangguan Persepsi Sensori b.d Gangguan Pendengaran d.d Klien mengatakan terganggu dalam mendengar, klien tampak distorsi sensori respons tidak sesuai dan konsentrasi buruk.
- f. Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi d.d Klien menanyakan masalah yang di hadapi, klien menunjukkan perilaku yang

tidak sesuai dengan anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah menjalani pemeriksaan yang tidak tepat dan menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi dan hysteria).

### 3. Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012). Perencanaan keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik (Manurung, 2011).

Tabel 2.1 Rencana Asuhan Keperawatan Vertigo

No	Diagnosa Keperawatan	NOC (Nursing Outcome Classification)	NIC (Nursing Intervention Classification)
1	2	3	4
1	<p>Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis d.d</p> <p>Data Subjektif ( DS)</p> <p>a. Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala</p> <p>b .Klien mengatakan nyeri seperti tertusuk tusuk</p> <p>c. Klien mengatakan nyeri saat beraktivitas</p> <p>Data Objektif ( DO)</p> <p>a. Klien tampak meringis</p> <p>b. Klien tampak memegang kepalanya</p> <p>c. Skala nyeri 7 ( 1-10)</p> <p>d. Klien tampak gelisah</p> <p>e. Nafsu makan berubah</p>	<p><b>Kontrol Nyeri ( 1605)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengenali kapan nyeri terjadi (5)</li> <li>2. Penggambarkan faktor penyebab (5)</li> <li>3. Menggunakan tindakan pencegahan (5)</li> <li>4. Menggunakan tindakan pencegahan (nyeri) tanpa analgesik (5)</li> <li>5. Melaporkannya yang terkontrol (5)</li> </ol> <p><b>Tingkat Nyeri ( 2102)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri yang dilaporkan (5)</li> <li>2. Mengerang dan menangis (5)</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (1400)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. lakukan pengkajian nyeri komperhensif meliputi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,intensitas dan faktor pencetus</li> <li>2. Gali pengetahuan dan kepercayaan klien mengenai nyeri</li> <li>3. Berikan informasi mengenai nyeri,berapa lama nyeri yang dirasakan dan antisipasi dari ketidaknyamanan</li> <li>4. Ajarkan klien untuk menggunakan teknik non farmakologi</li> <li>5. Dukung istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyer )</li> </ol>

1	2	3	4
		3. Ekspresi nyeri wajah (5) 4. Frekuensi nafas (5) 5. Denyut nadi (5) 6. Tekanan Darah (5)	<b>Pemberian Analgesik (2210)</b>  1. Cek perintah pengobatan 2. Monitor tekanan darah sebelum dan sesudah pemberian analgesic Berikan analgesic sesuai tambahan ( ketorolac,sucralfat)
2	Mual b.d peningkatan tekanan intrakranial d.d DS: a. Klien mengeluh mual b.klien mengatakan ingin muntah c. klien mengatakan tidak minat makan DO: a. Klien tampak pucat b. Takikardi c. Pupil Dilatasi	<b>Kontrol Mual dan Muntah (1618)</b>  1. Mendeskripsikan faktor-faktor penyebab (1) 2. Mengenali pencetus stimulasi muntah (1) 3.Menggunakan langkah-langkah pencegahan (1) 4.Menghindari bau yang tidak menyenangkan (1)	<b>Manajemen Mual (1450)</b>  1. Identifikasi faktor-faktor penyebab terjadinya mual 2. Kendalikan lingkungan yang mungkin membangkitkan mual 3. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi(mis.hipnosis,relaksasi,I majinasi terbimbing,terapi musik) 4. Tingkatkan istirahat dan tidur yang cukup untuk memfasilitasi pengurangan mual

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
			<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="1509 292 1912 435">5. Lakukan kebersihan mulut sesering mungkin untuk meningkatkan kenyamanan</li><li data-bbox="1509 459 1980 603">6. Instruksikan kepada klien mengenai diet tinggi karbohidrat dan rendah lemak</li><li data-bbox="1509 627 1989 770">7. Dorong pola makan dengan porsi Sedikit makanan yang menarik bagi pasien yang mual</li><li data-bbox="1509 794 2040 874">8. Memberikan obat antiemetic yang sesuai</li></ol>

1	2	3	4
3	<p>Gangguan Pola Tidur b.d Hambatan Lingkungan d.d Data Subjektif ( DS)</p> <p>a. Klien mengatakan sangat lemas b. Klien mengatakan sulit tidur c. Klien mengatakan tidak puas tidur d. Klien mengatakan istirahat tidak cukup</p> <p>Data Objektif ( DO)</p> <p>a. Klien tampak kelelahan b. Terdapat kantung mata didaerah mata klien</p>	<p><b>Tidur ( 0004)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jam tidur (5)</li> <li>2. Pola tidur (5)</li> <li>3. Kualitas tidur (5)</li> <li>4. Tidur dari awal sampai habis dimalam hari secara konsisten (5)</li> <li>5. Perasaan segar setelah tidur (5)</li> <li>6. Tempat tidur yang nyaman (5)</li> <li>7. Suhu ruangan yang nyaman (5)</li> </ol>	<p><b>Pengaturan Posisi ( 0840)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur posisi tidur yang disukai klien</li> <li>2. Tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat</li> <li>3. Posisikan pada kesejajaran tubuh dengan tepat</li> <li>4. Tepatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan</li> </ol> <p><b>Peningkatan Tidur ( 1850)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur yang cukup</li> <li>2. Monitor pola tidur klien dan jumlah jam tidur</li> <li>3. Sesuaikan lingkungan (mis.cahaya,kebisingan,suhu dan tempat tidur) untuk meningkatkan tidur</li> </ol>

			<p>4. Monitor makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur</p> <p>5. Terapkan langkah langkah kenyamanan seperti pijat, pemberian posisi dan sentuhan afektif</p> <p>6. Ajarkan keluarga mengenai faktor yang berkontribusi terjadinya gangguan pola tidur ( seperti faktor lingkungan,pola hidup,psikologis dan fisiologis)</p>
4.	Risiko jatuh d.d Gangguan Keseimbangan	<p><b>Kejadian Jatuh ( 1912)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh saat berdiri (5)</li> <li>2. Jatuh saat berjalan (5)</li> <li>3. Jatuh dari tempat tidur (5)</li> <li>4. Jatuh saat ke kamar mandi (5)</li> </ol>	<p><b>Menajemen lingkungan keselamatan (6486)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi hal-hal yang membahayakan dilingkungan</li> <li>2. Bantu klien untuk melakukan perpindahan kelingkungan yang aman</li> <li>3. Sediakan alat untuk beradaptasi seperti: kursi pijakan untuk</li> </ol>

1	2	3	4
			<p>4. pegangan</p> <p><b>Pencegahan jatuh ( 6490)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sarankan menggunakan alas kaki yang nyaman</li> <li>2. Gunakan teknik yang tepat dalam memindahkan klien dari kursi roda ke tempat tidur atau ke toilet</li> <li>3. Lakukan program latihan fisik rutin yang meliputi berjalan Sediakan alas kaki yang tidak licin untuk memfasilitasi kemudahan klien</li> </ol>
5.	<p>Gangguan Persepsi Sensori b.d Gangguan Pendengaran</p> <p>DS:</p> <p>a.Klien mengatakan terganggu dalam mendengar</p> <p>DO</p> <p>a.Klien tampak distorsi sensori</p> <p>b. Respons tidak sesuai</p>	<p><b>Fungsi Sensori:Pendengaran (2401)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ketajaman pendengaran bagian kiri (5)</li> <li>2. Ketajaman pendengaran bagian kanan (5)</li> <li>3. Mendengar bisikan enam inci dari telinga kiri (5)</li> <li>4. Mendengar bisikan enam inci</li> </ol>	<p><b>Peningkatan Komunikasi:Kurang Pendengaran (4974)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Bersihkan serumen berlebih dengan ujung kain atau lap yang dipelintir sambil menurunkan daun telinga</li> <li>2. Hindari lingkungan yang berisik Saat berkomunikasi</li> </ol>

1	2	3	4
	c. Konsentrasi buruk	dari telinga kanan (5) 5. Berbalik ke arah suara (5) 6. Merespon pada stimulus pendengaran (5)	3. Gunakan gerakan tubuh jika diperlukan 4. Fasilitasi menggunakan alat bantu dengar dengan benar 5. Lepaskan dan masukkan alat bantu dengan benar
6	Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi d.d DS: a.Klien menanyakan masalah yang di hadapi DO: a.Klien menunjukkan perilaku yang tidak sesuai dengan anjuran b.Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah c. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat	<b>Pengetahuan :Proses Penyakit (1803)</b> 1. Karakter spesifik penyakit (5) 2. Faktor-faktor penyebab dan faktor yang berkontribusi (5) 3. Tanda dan gejala penyakit (5) 4. Proses perjalanan penyakit (5) 5. Strategi untuk meminimalkan perkembangan penyakit (5) 6. Manfaat manajemen penyakit (5) 7. Sumber informasi penyakit spesifik yang terpercaya (5)	<b>Pengajaran:Proses Penyakit (5602)</b> 1. Jelaskan mengenai proses penyakit 2. Identifikasi faktor penyebab 3. Berikan informasi pada klien mengenai kondisinya 4. Instruksikan klien mengenai tindakan untuk mencegah meminimalkan efek samping penanganan penyakit 5. Edukasi klien mengenai tindakan Untuk mengontrol/meminimalkan gejala

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
	d.Menunjukkan perilaku berlebihan(mis.apatis,bermusuhan,agitasi dan hysteria)		6. Berikan informasi mengenai pemeriksaan diagnostic yang tersedia

## 5. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni dan Apriyani,2017)

## 6. Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dilakukan,berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya.Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan,untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Suarni dan Apriyani,2017).