

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Rasa Nyaman

1. Definisi Kenyamanan

Kenyamanan merupakan suatu keadaan seseorang merasa sejahtera atau nyaman baik secara mental, fisik maupun social. (Keliat dkk, 2015).

Kenyamanan menurut Keliat dkk, (2015) dapat dibagi menjadi tiga yaitu:

- a. Kenyamanan fisik; merupakan rasa sejahtera atau nyaman secara fisik.
- b. Kenyamanan lingkungan; merupakan rasa sejahtera atau rasa nyaman yang dirasakan didalam atau dengan lingkungannya
- c. Kenyamanan sosial; merupakan keadaan rasa sejahtera atau rasa nyaman dengan situasi sosialnya.

2. Pengertian Kebutuhan Rasa Nyaman

Menurut Potter & Perry yang dikutip dalam buku Iqbal Mubarak et al, (2015) rasa nyaman merupakan merupakan keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan ketentraman (kepuasan yang dapat meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan yang telah terpenuhi), dan transenden. Gangguan rasa nyaman adalah perasaan seseorang merasa kurang nyaman dan sempurna dalam kondisi fisik, psikospiritual, lingkungan, budaya dan sosialnya. (Keliat et al, 2015). Menurut Keliat dkk, (2015) gangguan rasa nyaman mempunyai batasan karakteristik yaitu: ansietas, berkeleuh kesah, gangguan pola tidur, gatal, gejala distress, gelisah, iritabilitas, ketidakmampuan untuk relaks, kurang puas dengan keadaan, menangis, merasa dingin, merasa kurang senang dengan situasi, merasa hangat, merasa lapar, merasa tidak nyaman, merintih, dan takut.

Gangguan rasa nyaman merupakan suatu gangguan dimana perasaan kurang senang, kurang lega, dan kurang sempurna dalam dimensi fisik , psikospiritual, lingkungan serta sosial pada diri yang biasanya mempunyai gejala dan tanda minor mengeluh mual (PPNI, 2016).

Kenyamanan seharusnya dipandang secara holistic yang mencakup

empat aspek yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh
- b. Sosial, berhubungan dengan interpersonal, keluarga, dan sosial
- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri seorang yang meliputi harga diri, seksualitas dan makna kehidupan.
- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna, dan unsur ilmiah lainnya. Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman dapat diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan. (Iqbal Mubarak et al., 2015)

3. Definisi Gangguan Rasa Nyaman

Gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial (SDKI, 2019). Gangguan rasa nyaman adalah perasaan seseorang merasa kurang nyaman dan sempurna dalam kondisi fisik, psikospiritual, lingkungan budaya dan sosialnya (Ramadhan, 2022).

Gangguan rasa nyaman mempunyai batasan karakteristik yaitu: ansietas, berkeleuh kesah, gangguan pola tidur, gatal, gejala distress, gelisah, iritabilitas, ketidakmampuan untuk relaks, kurang puas dengan keadaan, menangis, merasa dingin, merasa kurang senang dengan situasi, merasa hangat, merasa lapar, merasa tidak nyaman, merintih, dan takut (Dewi, 2020).

4. Jenis Gangguan Rasa Nyaman

Menurut Mardella (2013) Gangguan rasa nyaman dapat dibagi menjadi 3 yaitu:

a. Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan keadaan seseorang mengeluh ketidaknyamanan dan merasakan sensasi yang tidak nyaman, tidak menyenangkan selama 1 detik sampai dengan kurang dari enam bulan.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah keadaan individu mengeluh tidak nyaman dengan adanya sensasi nyeri yang dirasakan dalam kurun waktu yang

lebih dari enam bulan.

c. Mual

Mual merupakan keadaan pada saat individu mengalami sensasi yang tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan, area epigastrium atau pada seluruh bagian perut yang bisa saja menimbulkan muntah atau tidak.

5. Penyebab Gangguan Rasa Nyaman

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) penyebab Gangguan Rasa Nyaman adalah:

- a. Gejala penyakit.
- b. Kurang pengendalian situasional atau lingkungan.
- c. Ketidakadekuatan sumber daya (misalnya dukungan finansial, sosial dan pengetahuan).
- d. Kurangnya privasi.
- e. Gangguan stimulasi lingkungan.
- f. Efek samping terapi (misalnya, medikasi, radiasi dan kemoterapi).
- g. Gangguan adaptasi kehamilan.

6. Gejala dan Tanda Gangguan Rasa Nyaman

Gejala dan tanda gangguan rasa nyaman (mual) dapat dibagi menjadi 2 (dua) yaitu sebagai berikut (PPNI, 2016):

- a. Gejala dan tanda mayor:
 - Data subjektif: Mengeluh tidak nyaman
 - Data objektif: Gelisah
- b. Gejala dan tanda minor
 - Data subjektif:
 - 1) Mengeluh sulit tidur
 - 2) Mengeluh kedinginan/kepanasan
 - 3) Mengeluh mual
 - 4) Mengeluh muntah
 - Data objektif:
 - 1) Tampak meringis/menangis

B. Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Dengan Vertigo

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan, pengkajian keperawatan ini bertujuan untuk menggali atau mendapatkan data utama tentang kesehatan pasien baik itu fisik, psikologis, maupun emosional. (Debora, 2013) Menurut Ardiyansyah, (2012) yang harus dikaji pada klien yang mengalami penyakit vertigo adalah:

a. Pengkajian (Anamnesis)

1) Biodata

Pada biodata, bisa diperoleh data tentang identitas pasien meliputi nama pasien, tempat tanggal lahir, alamat, umur pasien, jenis kelamin pasien, pekerjaan pasien, pendidikan pasien, status kawin pasien, agama dan asuransi kesehatan. Selain itu juga dilakukan pengkajian tentang orang terdekat pasien.

2) Keluhan utama

Selama pengumpulan riwayat kesehatan, perawat menanyakan kepada pasien tentang tanda dan gejala yang dialami oleh pasien. Setiap keluhan harus ditanyakan dengan detail kepada pasien disamping itu diperlukan juga pengkajian mengenai keluhan yang dirasakan meliputi lama timbulnya

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Pada klien dengan vertigo biasanya klien mengeluh pusing bila klien banyak bergerak dan dirasakan berkurang bila klien beristirahat, Kualitas darisuat keluhan atau penyakit yang dirasakan. Pada klien dengan vertigo biasanya pusing yang dirasakan seperti berputar, daerah atau tempat dimana keluhan dirasakan. pada klien dengan vertigo biasanya lemah dirasakan pada daerah kepala,derajat keganasan atau intensitas dari keluhan tersebut, pusing yang dirasakan seperti berputar dengan skala nyeri (0-5), waktu dimana keluhan dirasakan, time juga

menunjukkan lamanya atau kekerapan. Keluhan pusing pada klien dengan vertigo dirasakan hilang timbul.

4) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit terdahulu, baik yang berhubungan dengan system persyarafan maupun penyakit sistemik lainnya.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit-penyakit keluarga perlu diketahui terutama yang menular dan merupakan penyakit turunan. Selain pengkajian riwayat harus bisa diseimbangkan sesuai dengan kebutuhan seorang pasien. Setiap pola merupakan suatu rangkaian perilaku yang membantu perawat dalam mengumpulkan suatu data (Wijaya & Putri, 2013).

b. Pengkajian pola-pola fungsi Gordon adalah:

1) Pola Persepsi Kesehatan

Persepti terhadap adanya arti kesehatan, penatalaksanaan kesehatan serta pengetahuan tentang praktek kesehatan.

2) Pola nutrisi

Mengidentifikasi masukan nutrisi dalam tubuh, balance cairan serta elektrolit. Pengkajian meliputi: nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual, muntah, kebutuhan jumlah zat gizi.

3) Pola eliminasi

Menjelaskan tentang pola fungsi ekskresi serta kandung kemih dan kulit. Pengkajian yang dilakukan meliputi: kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah miksi (oliguria, disuri), frekuensi defekasi dan miksi. Karakteristik urine dan feses, pola input cairan, masalah bau badan.

4) Pola latihan-aktivitas

Menggambarkan tentang pola latihan, aktivitas, fungsi pernapasan. Pentingnya latihan atau gerak dalam keadaan sehat maupun sakit, gerak tubuh dan kesehatan berhubungan dengan satu sama lain. Kemampuan klien dalam menata dirinya sendiri apabila tingkat kemampuannya: 0: mandiri, 1: dengan alat

bantu,2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung dalam melakukan ADL, kekuatan otot dan ROM, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama dan kedalaman napas, bunyi napas, riwayat penyakit paru.

5) Pola kognitif perseptual

Menjelaskan tentang persepsi sensori dan kognitif. Pola ini meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau dan kompensasinya terhadap tubuh. Dan pola kognitif memuat kemampuan daya ingat klien terhadap peristiwa peristiwa yang telah lama atau baru terjadi.

6) Pola istirahat dan tidur

Menggambarkan pola tidur serta istirahat pasien. Pengkajian yang dilakukan pada pola ini meliputi: jam tidursiang dan malam pasien, masalah selama tidur, insomnia atau mimpi uruk, penggunaan obat serta mengalah letih.

7) Pola konsep diri-persepsi diri

Menggambarkan sikap tentan diri sendiri serta persepsi terhadap kemampuan diri sendiri dan kemampuan konsep diri yang meliputi: gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide diri sendiri.

8) Pola peran dan hubungan

Menggambarkan serta mengetahui hubungan pasien serta peran pasien terhadap anggota keluarga serta dengan masyarakat yang berada dalam lingkungan sekitar tempat tinggalnya.

9) Pola reproduksi atau seksual

Menggambarkan tentang kepuasan yang dirasakan atau masalah yang dirasakan dengan seksualitas. Selain itu dilakukan juga pengkajian yang meliputi: dampak sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan payudara sendiri, riwayat penyakit hubungan seks, serta pemeriksaan genetalia.

10) Pola koping dan Toleransi Stres

Menggambarkan tentang pola cara menangani stress, yang meliputi dengan cara: interaksi dengan orang terdekat menangis, dan lain sebagainya.

11) Pola keyakinan dan nilai

Menggambarkan tentang pola nilai dan keyakinan yang dianut. Menerangkan sikap serta keyakinan yang dianut oleh klien dalam melaksanakan agama atau kepercayaan yang dianut.

c. Pemeriksaan Fisik menurut Ardiyansyah, (2012) adalah :

- 1) Kesadaran: pada awalnya compos mentis, adalah perasaan tidak berdaya.
 - 2) Respirasi: tidak mengalami gangguan.
 - 3) Kardiovaskuler: hipotensi, takikardia, disritmia, nadi perifer lemah, pengisian kapiler lambat (vasokonstriksi), warna kulit pucat, sianosis, dan kulit/ membrane mukosa berkereringat (status shock, nyeri akut).
 - 4) Persarafan: sakit kepala, kelemahan, tingkat kesadaran dapat terganggu, disorientasi/bingung, dan nyeri epigastrium.
- d. Faktor pencetusnya

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, (2018) adalah:

a. Gangguan rasa nyaman (D.0074)

Definisi :

Gangguan rasa nyaman merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosial.

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- 1) mengeluh tidak nyaman

Objektif

- 1) Gelisah

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- 1) Mengeluh sulit tidur
- 2) Tidak mampu rileks
- 3) Mengeluh kedinginan/kepanasan
- 4) Merasa gatal
- 5) Mengeluh mual
- 6) Mengeluh lelah

Objektif

- 1) Menunjukkan gejala distress
- 2) Tampak merintih/menangis
- 3) Pola eliminasi berubah
- 4) Postur tubuh berubah
- 5) Iritabilitas

b. Gangguan pola tidur (D.0055)

Definisi : Gangguan pola tidur merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- 1) Mengeluh sulit tidur
- 2) Mengeluh sering terjaga
- 3) Mengeluh tidak puas tidur
- 4) Mengeluh pola tidur berubah
- 5) Mengeluh istirahat tidak cukup

Objektif

(tidak tersedia)

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- 1) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

Objektif

(tidak tersedia)

c. Nausea [SDKI D.0076]

Definisi :

sebagai perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- 1) Mengeluh mual
- 2) Merasa ingin muntah
- 3) Tidak berminat makan

Objektif

Tidak tersedia

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Merasa asam di mulut
2. Sensasi panas/dingin
3. Sering menelan

Objektif

- 1) Salva meningkat
- 2) Pucat
- 3) Diaforesis
- 4) Takikardia
- 5) Pupil dilatasi

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Pertami, 2015).

a. Gangguan rasa nyaman

Table 1 Intervensi Gangguan Rasa Nyaman

Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi: 1) Identifikasi lokasi nyeri, karakteristik kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon verbal 4) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 5) Monitor kebersihan terapi	1) Dukungan Hipnosis Diri 2) Dukungan Pengungkapan Kebutuhan 3) Edukasi Aktivitas/Istirahat 4) Manajemen Kesehatan Kerja 5) Manajemen Keselamatan Lingkungan 6) Manajemen Mual 7) Manajemen Muntah 8) Manajemen Nyeri Akut

<p>komplomer yang sudah diberikan</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (Theraphy music, kompres air hangat/dingin) 2) Kontrol lingkungan memperberat rasa nyeri (suhu ruangan,kebisingan) 3) Pertimbangkan rasa nyeri jenis dan sumber, dalam strategi meredakan nyeri 4) Fasilitas istirahat tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 4) Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian analgesik jika perlu <p>Pengaturan Posisi (I.01019)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi 2) Monitor alat traksi agar selalu tepat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tempatkan pada matras/tempat tidur terapeutik yang tepat 2) Tempatkan pada posisi terapeutik 3) Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan 4) Tempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan 5) Sediakan matras yang kokoh/padat 6) Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi 7) Atur posisi untuk mengurangi sesak (mis: semi-fowler) 8) Atur posisi yang meningkatkan drainage 9) Posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat 10) Imobilisasi dan topang bagian tubuh yang cidera dengan tepat 11) Tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat 12) Tinggikan anggota gerak 20° 	<ol style="list-style-type: none"> 9) Manajemen Nyeri Kronik 10) Manajemen Nyeri Persalinan 11) Manajemen Stres 12) Manajemen Terapi Radiasi 13) Manajemen Trauma Perkosaan 14) Pemantauan Nyeri 15) Pemberian Obat 16) Edukasi Efek Samping Obat 17) Edukasi Keluarga: Manajemen Nyeri 18) Edukasi Kemoterapi 19) Edukasi Kesehatan 20) Edukasi Latihan Fisik 21) Edukasi Manajemen Stres 22) Edukasi Manajemen Nyeri 23) Edukasi Penyakit 24) Edukasi Perawatan Kehamilan 25) Edukasi Perawatan Perineum 26) Edukasi Perawatan Stoma 27) Edukasi Teknik Napas 28) Kompres Dingin 29) Kompres Panas 30) Konseling Perawatan 31) Latihan Berkemih 32) Latihan Eliminasi Fekal 33) Latihan Pernapasan 34) Latihan Rehabilitasi 35) Pencegahan Hipertermi Keganasan 36) Penjahitan Luka 37) Perawatan Amputasi 38) Perawatan Area Insisi 39) Perawatan Inkontinensia Fekal 40) Inkontinensia Urine 41) Perawatan Kehamilan 42) Perawatan Kenyamanan 43) Perawatan Pascapersalinan 44) Perawatan Perineum 45) Perawatan Rambut 46) Perawatan Seksio Sesaria 47) Latihan Rentang Gerak 48) Manajemen Efek Samping Obat 49) Manajemen Hipertermia 50) Manajemen Hipotermia 51) Manajemen Kenyamanan Lingkungan Terapi Relaksasi 52) Teknik Latihan Penguatan Otot dan Sendi 53) Terapi Pemijatan
--	--

<p>atau lebih diatas level jantung</p> <ol style="list-style-type: none"> 13) Tinggikan tempat tidur bagian kepala 14) Berikan bantal yang tepat pada leher 15) Berikan topangan pada area edema (mis: bantal dibawah lengan atau skrotum) 16) Posisikan untuk mempermudah ventilasi/perfusi (mis: tengkurap/good lung down) 17) Motivasi melakukan ROM aktif atau ROM pasif 18) Motivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan 19) Hindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri 20) Hindari menempatkan stump amputasi pada posisi fleksi 21) Hindari posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka 22) Minimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi 23) Ubah posisi setiap 2 jam 24) Ubah posisi dengan Teknik log roll 25) Pertahankan posisi dan integritas traksi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi 2) Ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu <p>Terapi Relaksasi(I.09326)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2) Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3) Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya 4) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah 	
---	--

<p>Latihan</p> <p>5) Monitor respons terhadap terapi relaksasi</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3) Gunakan pakaian longgar 4) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3) Anjurkan mengambil posisi nyaman 4) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5) Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih 6) Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) 	
---	--

b. Gangguan pola tidur (D.0055)

Table 2 Intervensi Gangguan Pola Tidur

Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p>Dukungan Tidur (I.09265)</p> <p>Definisi</p> <p>Memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur.</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan 2. Dukungan Meditasi 3. Dukungan Perawatan Diri BAB/BAK 4. Fototerapi Gangguan Mood atau Tidur 5. Latihan Otogenik 6. Manajemen Dimensia 7. Manajemen Energi 8. Manajemen Lingkungan 9. Manajemen Medikasi 10. Manajemen Nutrisi

<p>makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</p> <p>4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batas waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya <p>Edukasi Aktivitas atau Istirahat (I.12362) Definisi : Mengajarkan pengetahuan aktivitas dan istirahat</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat 3. Jadwal pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya <p>Edukasi :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 11. Manajemen Nyeri 12. Manajemen Penggantian Hormon 13. Pemberian Obat Oral 14. Pengaturan Posisi 15. Promosi Koping 16. Promosi Latihan Fisik 17. Reduksi Ansietas 18. Teknik Menenangkan 19. Terapi Aktivitas 20. Terapi Musik 21. Terapi Pemijatan 22. Terapi Relaksasi <p>Terapi Relaksasi Otot Progresif</p>
--	---

<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik atau olahraga secara rutin 2. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok aktivitas bermain atau aktivitas lainnya 3. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat 4. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. kelelahan, sesak napas saat aktivitas) 5. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan 	
---	--

c. Nausea (D.0076)

Table 3 Intervensi Intoleransi Aktivitas

Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p>Manajemen mual Manajemen mual adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola perasaan tidak enak pada bagian tenggorok atau lambung yang dapat menyebabkan muntah.</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pengalaman mual • Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) • Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) • Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur) • Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan) • Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) • Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan) • Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik • Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu 	

<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup • Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual • Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak • Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu 	
<p>Manajemen muntah</p> <p>Manajemen muntah adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi, mencegah, dan mengelola refleks pengeluaran isi lambung.</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pengalaman muntah • Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) • Identifikasi dampak muntah terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) • Identifikasi faktor penyebab muntah (mis: pengobatan dan prosedur) • Identifikasi antiemetik untuk mencegah muntah (kecuali muntah pada kehamilan) • Monitor muntah (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontrol lingkungan penyebab muntah (mis: bau tidak sedap, suara, dan stimulasi visual yang tidak menyenangkan) • Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab muntah (mis: kecemasan, ketakutan) • Atur posisi untuk mencegah aspirasi • Pertahankan kepatenan jalan napas • Bersihkan mulut dan hidung • Berikan dukungan fisik saat muntah (mis: membantu membungkuk atau menundukkan kepala) • Berikan kenyamanan selama muntah (mis: kompres dingin di dahi, atau sediakan pakaian kering dan bersih) • Berikan cairan yang tidak mengandung karbonasi minimal 30 	

<p>menit setelah muntah</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan membawa kantong plastik untuk menampung muntah • Anjurkan memperbanyak istirahat • Ajarkan penggunaan Teknik non farmakologis untuk mengelola muntah (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu 	
--	--

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah fase dimana perawat melakukan pendokumentasian tindakan yang merupakan tindakan keperawatan yang khusus, yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (program keperawatan). Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons klien terhadap tindakan tersebut.

Implementasi/tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada keputusan sendiri. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter (Tarwoto & Wartolah, 2010). Implementasi keperawatan dapat disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Bentuk implementasi keperawatan gangguan mobilitas fisik:

- a. Bentuk perawatan, pengkajian untuk mengidentifikasi masalah baru atau mempertahankan masalah yang ada.
- b. Pengajaran/pendidikan kesehatan pada pasien untuk membantu menambah pengetahuan tentang kesehatan.
- c. Konseling pasien untuk memutuskan kesehatan pasien.

- d. Konsultasi atau berdiskusi dengan tenaga profesional kesehatan lainnya sebagai bentuk perawatan holistik.
- e. Membantu pasien dalam melakukan aktivitas sendiri (Rohman, 2021)

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi perlu diberikan dengan tujuan menilai kondisi kesehatan pasien setelah diberikan implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dilakukan berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan untuk mengetahui apakah tujuan, baik tujuan jangka panjang ataupun jangka pendek tercapai maupun memperoleh informasi yang akurat agar tindakan dapat dimodifikasi, melanjutkan tindakan, atau dihentikan.

Table 4 Evaluasi Keperawatan

No	Masalah keperawatan	Evaluasi keperawatan
a.	Gangguan rasa nyaman (D.0074)	Ekspektasi : meningkat Kriteria hasil : 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun
b.	Gangguan Pola Tidur (D.0055)	Ekspektasi : Membaik Kriteria Hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 6. Kemampuan beraktivitas meningkat
c.	Nausea (D.0076)	Ekspektasi : Menurun. Kriteria Hasil : 1. Nafsu makan meningkat 2. Keluhan mual menurun 3. Perasaan ingin muntah menurun 4. Perasaan asam di mulut menurun 5. Sensasi panas menurun 6. Sensasi dingin menurun 7. Frekuensi menelan meningkat 8. Diaforesis menurun 9. Jumlah saliva menurun 10. Pucat menurun 11. Takikardia menurun 12. Dilatasi pupil menurun

C. Konsep Dasar Penyakit Vertigo

1. Definisi vertigo

Vertigo berasal dari bahasa latin, yaitu “*vertere*” yang dapat diartikan berputar, dan igo yang berarti kondisi. Vertigo merupakan subtype dari “*dizziness*” yang dapat didefinisikan sebagai ilusi gerakan, dan yang paling sering adalah perasaan 12 atau sensasi tubuh yang berputar terhadap lingkungan atau sebaliknya, lingkungan sekitar kita rasakan berputar (Hastuti et al., 2017). Vertigo bukan merupakan suatu penyakit, tetapi merupakan kumpulan gejala atau sindrom yang terjadi akibat gangguan keseimbangan pada sistem vestibular ataupun gangguan pada sistem syaraf pusat (Setiawati & Susianti, 2016).

Vertigo adalah perasaan dimana benda di sekeliling terasa berputar dan tubuh mengalami kehilangan keseimbangan. Vertigo adalah perasaan seolah-olah penderita bergerak atau berputar, atau seolah-olah benda di sekitar penderita bergerak atau berputar, yang biasanya disertai dengan mual dan kehilangan keseimbangan. Vertigo bisa berlangsung hanya beberapa saat atau bisa berlanjut sampai beberapa jam bahkan hari. Penderita kadang merasa lebih baik jika berbaring diam, tetapi vertigo bisa terus berlanjut meskipun penderita tidak bergerak sama sekali (Israr, 2016). Vertigo merupakan suatu gangguan orientasi atau keseimbangan tubuh terhadap suatu ruangan yang membuat penderita merasa bergerak atau berputar. Umur merupakan salah satu faktor resiko terjadinya vertigo perifer (Herlina, A, Ibrahim, 2018).

2. Penyebab vertigo

Menurut Victorya *et al.*, (2016) vertigo dibedakan menjadi 2 berdasarkan penyebabnya, vertigo perifer berhubungan dengan gejala patologis pada telinga sedangkan vertigo sentral disebabkan oleh gangguan vaskuler :

- a. Vertigo sentral merupakan vertigo yang disebabkan karena kelainan sentral, penyebab dari vertigo sentral adalah stroke, perdarahan cerebelum, trauma, migren basilar, neoplasma (Jusuf & Wahidji, 2016).

- b. Vertigo perifer merupakan yang disebabkan oleh kelainan pada labirin dan *N.Vestibular*. Penyebab dari vertigo perifer adalah *post trauma, toksik, labirinitis, oklusi & fistula labirin* (Jusuf & Wahidji, 2016).

Ada beberapa faktor risiko yang berpotensi vertigo menurut Parket al., (2019) yaitu:

- a. Umur tua
- b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin yang lebih berisiko terkena vertigo adalah jenis kelamin perempuan

- c. Indeks masa tubuh
- d. Riwayat merokok

Seorang perokok akan lebih berisiko terserang vertigo

3. Patofisiologi Vertigo

Rasa pusing atau vertigo disebabkan oleh gangguan alat keseimbangan tubuh yang mengakibatkan ketidakcocokan antara posisi tubuh yang sebenarnya dengan apa yang dipersepsi oleh susunan saraf pusat. Menurut Putri & Sidharta (2016) ada beberapa teori yang dapat menerangkan terjadinya vertigo, yaitu:

a. Teori rangsang berlebihan (*overstimulation*)

Teori ini berdasarkan asumsi bahwa rangsang yang berlebihan menyebabkan hiperemi kanalis semisirkularis sehingga fungsinya terganggu akibatnya akan timbul vertigo, nystagmus, mual dan muntah.

b. Teori Konflik Sensorik

Dalam keadaan normal, informasi untuk alat keseimbangan tubuh ditangkap oleh tiga jenis reseptor, yaitu reseptor vestibuler, penglihatan, dan propioseptik. Menurut teori ini terjadi ketidakcocokan masukan sensorik yang berasal dari berbagai reseptor sensorik perifer yaitu antara mata, vestibulum dan propioseptik, atau ketidakseimbangan masukan sensorik dari sisi kiri dan kanan. Ketidakcocokan tersebut menimbulkan kebingungan sensorik di sentral sehingga timbul respons yang dapat berupa *nystagmus* (usaha koreksi bola mata), ataksia atau sulit

berjalan (gangguan vestibuler, serebelum) atau rasa melayang, berputar (yang berasal dari sensasi kortikal).

c. Teori *neural mismatch*

Teori ini merupakan pengembangan teori konflik sensorik. Menurut teori ini otak mempunyai memori/ingatan tentang pola gerakan tertentu, sehingga jika pada suatu saat dirasakan gerakan yang aneh/tidak sesuai dengan pola gerakan yang telah tersimpan, timbul reaksi dari

susunan saraf otonom. Jika pola gerakan yang baru tersebut dilakukan berulang-ulang akan terjadi mekanisme adaptasi sehingga berangsur-angsur tidak lagi timbul gejala.

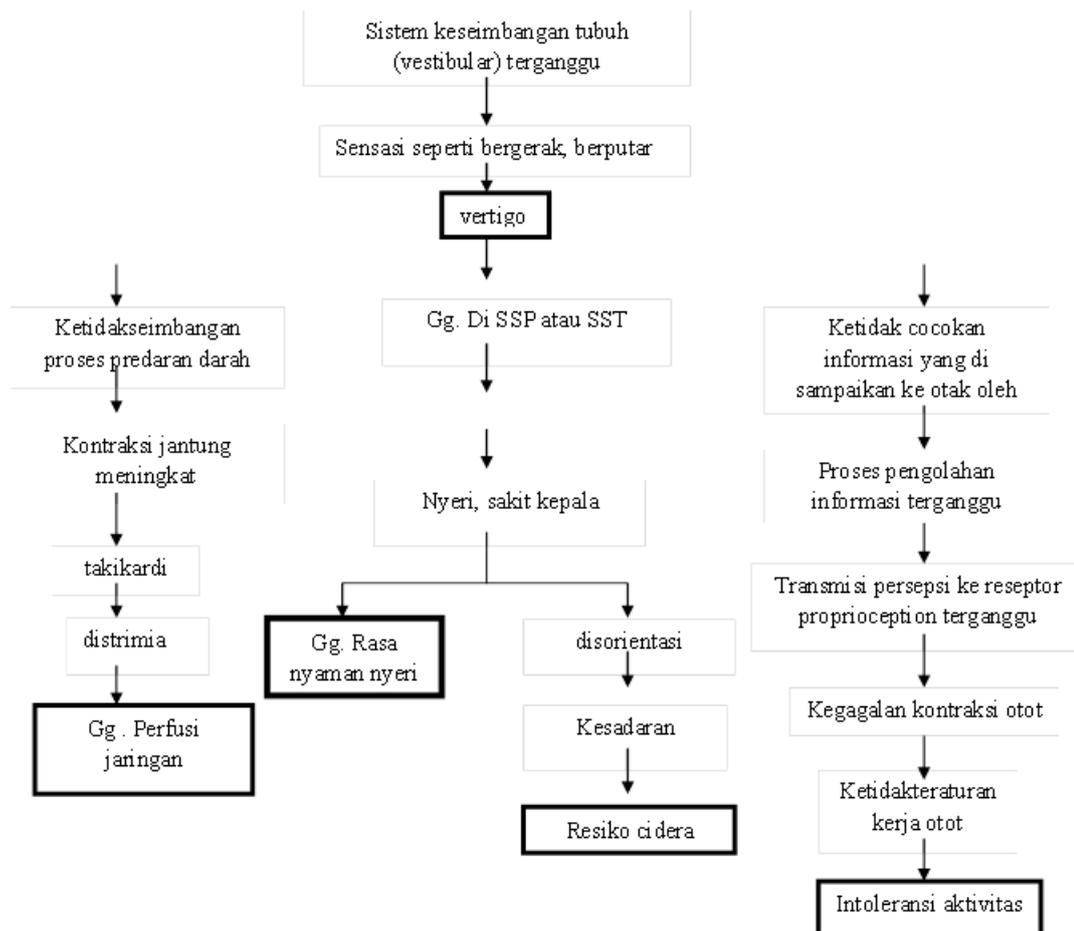
d. Teori Otonomik

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

e. Teori *Sinap*

Merupakan pengembangan teori sebelumnya yang meninjau peranan neurotransmisi dan perubahan-perubahan biomolekuler yang terjadi pada proses adaptasi, belajar dan daya ingat. Rangsang gerakan menimbulkan stress yang akan memicu sekresi CRF (*corticotropin releasing factor*). Peningkatan kadar CRF selanjutnya akan mengaktifkan susunan saraf simpatik yang selanjutnya mencetuskan mekanisme adaptasi berupa meningkatnya aktivitas sistem saraf parasimpatik. Teori ini dapat menerangkan gejala penyerta yang sering timbul berupa pucat, berkeringat di awal serangan vertigo akibat aktivitas simpatis, yang berkembang menjadi gejala mual, muntah dan hipersalivasi setelah beberapa saat akibat dominasi aktivitas susunan saraf parasimpatis. (Putri & Sidharta, 2016).

4. Pathways



Gambar 1 *Pathways* Vertigo

(Sumber: Asmada, Doni, 2018)

5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia, (2016) pemeriksaan yang bisa dilakukan adalah :

- a. Pemeriksaan darah lengkap. Pemeriksaan darah ini dapat menggambarkan kondisi kesehatan.
- b. CT Scan atau pemeriksaan MRI merupakan pemeriksaan yang menggunakan komputer atau mesin yang memancarkan sinar x. Hasil dari pemeriksaan ini akan menampilkan gambar struktur dan jaringan tubuh.

6. Manifestasi klinik

Menurut Sutarni et al (2019) gejala klinis yang menonjol, vertigo dapat pula dibagi menjadi tiga kelompok yaitu:

a. Vertigo proksimal

Ciri khas: serangan mendadak, berlangsung beberapa menit atau hari, menghilang sempurna, suatu ketika muncul lagi dan di antara serangan penderita bebas dari keluhan. Berdasarkan gejala penyertanya di bagi :

- 1) Dengan keluhan telinga, tuli atau telinga berdenging, *sindrom menire, arakhnoiditis pontoserebelaris, TIA vertebrobasilar, kelainan ontogeny, tumor fossa poaterior.*
- 2) Tanpa keluhan telinga: *TIA vertebrobasilar, epilepsi, migrain, vertigo anak.*
- 3) Timbulnya dipengaruhi oleh perubahan posisi: posisional proksimal benigna (Sutarni, et al. 2019).

b. Vertigo kronis

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

- 1) Berdasarkan gejala penyertanya dibagi:
 - a) Keluhan telinga: otitis media kronis, tumor *serebelopontin*, meningitis TB, labirinitis kronis, lues serebri.
 - b) Tanpa keluhan telinga: konstusio serebri, hipoglikemia, ensefalitis pontis, kelainan okuler, kardiovaskular dan psikologis, posttraumatic sindrom, intoksikasi, kelainan endokrin.
 - c) Timbulnya dipengaruhi oleh perubahan posisi: hipotensi *orthostatic, vertigo servikalis* (Sutarni, et al. 2019).
- 2) Berdasarkan gejala penyertanya dibagi:
 - a) Ada pada keluhan telinga: neuritis N. VIII, trauma labirin, perdarahan labirin, herpes zoster otikus.
 - b) Tidak ada pada keluhan telinga: neuritis vestibularis, sclerosis multiple, oklusi arteri *serebeli inferior posterior, ensefalitis vestibularis, sclerosis multiple, hematobulbi* (Sutarni, et al. 2019).

7. Komplikasi

Apabila vertigo tidak segera ditangani dan dilakukan pengobatan, penderita bisa saja mengalami gagar otak ringan maupun berat, itu merupakan akibat yang ditimbulkan karena vertigo pada penderita yang sering kambuh (Yulianto et al., 2016). Vertigo akan menyebabkan komplikasi berupa penurunan kualitas hidup karena gangguan mobilitas. penderita vertigo juga akan mengalami penurunan fungsi individu sebagai pekerja. Vertigo apabila terjadi saat berkendara juga akan mengakibatkan kecelakaan (Benecke et al., 2013).

a. Cidera fisik

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

b. Kelemahan otot

Pasien yang mengalami vertigo seringkali tidak melakukan aktivitas. mereka lebih sering untuk berbaring dan tiduran, sehingga berbaring terlalu lama dan gerak yang terbatas.

8. Penatalaksanaan Vertigo

Tujuan dari pengobatan vertigo yaitu untuk menghilangkan gejala vertigo, mengontrol gejala neurovegetatif dan psikoafektif, juga untuk meningkatkan sistem vestibular (Pradnanying & Widiastuti, 2017). Menurut Susilo (2012) penatalaksanaan vertigo nonmedikasi yaitu :

a. *Manuver Epley*

Langkah- langkah *manuver epley* adalah menggantungkan posisi kepala selama 20-30 detik ke sisi kanan, lalu kepala di putar 90 derajat kearah depan selama 20-30 detik. Selanjutnya pasien diangkat dan diposisikan duduk.

b. *Prosedur Semont*

Langkah *prosedur semont* yang pertama adalah kepala pasien di putar 45 derajat kesisi yang tidak mengalami nyeri atau ke sisi yang sehat, selanjutnya pasien berbaring ke arah yang berlawanan. Langkah

ke dua adalah pasien mempertahankan pada posisi awal selama 30 langkah ketiga pasien melakukan gerakan yang sama ke posisi yang berlawanan. Langkah keempat adalah kembali ke posisi awal.

c. *Manuver Lampert Role*

Manuver lampert role adalah pengobatan untuk BPPV kanal horizontal. Yaitu dengan memposisikan kepala dan telinga pasien yang sakit ke posisi bawah kemudian pasien memutar 90 derajat ke depan dengan cepa. Kemudian diputar 90 derajat ke arah yang tidak sakit dan dilanjutkan memutar 360 derajat sampai telinga pasien yang sakit menempel kebawah. Kemudian kepala pasien dinaikan dan diposisikan duduk.

d. Latihan *Brandt Daroff*

Latihan *Brandt Daroff* dengan cara pasien menutup mata, dan pasien diposisikan duduk disisi tempat tidur dengan tungkai yang digantung. Kemudian baringkan dengan cepat kesatu sisi. Pertahankan 30 detik lalu duduk kembali. Setelah 30 detik barikan secara cepat kesisi yang lainnya, duduk kembali. Karena penyebab dari vertigo beragam, tidak jarang dilakukan pengobatan simptomatik. Pada sebagian besar kasus, setelah beberapa minggu terapi bisa dihentikan. Obat-obat yang dapat sering digunakan:

a. Antikolinergik

Obat-obatan antikolinergik bekerja pada reseptor muskarinik dengan efek kompensasi. Contoh antikolinergik adalah skopolamine. Efek samping dari antikolinergik adalah sedasi, dilatasi pupil dan mulut kering (Pradnanying & Widiastuti, 2017).

b. Antihistamin

Antihistamin mempunyai efek sentral untuk mengurangi vertigo, bekerja pada reseptor H₂. Antihistamin mempunyai efek antikolinergik dan juga blok kanal kalsium (Pradnanying & Widiastuti, 2017). Antihistamin yang dapat diberikan pada penderita vertigo menurut (Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia, 2016) adalah :

1) *Dimenhidrinat*

Lama kerja dari obat ini adalah 4 sampai 6 jam. Dapat diberikan secara peroral atau parenteral (iv atau im) dosis yang diberikan adalah 25-50 mg (1 tablet) selama 4 hari.

2) *Difenhidramin*

Lama kerja dari obat ini adalah 4 sampai 6 jam, diberikan secara peroral dengan dosis 25 mg (1 kapsul), diberikan 4 kali dalam sehari.

3) Senyawa betahisidin

a) *Betahisidin meylate* diberikan secara peroral, 3 kali sehari dengan dosis 12 mg

b) *Betahisidin HCl* dengan dosis yang diberikan 8- 24 mg, diberikan 3 kali sehari.

c. *Benzodiazepin*

Benzodiazepine secara sentral bekerja mensupresi respon vestibular. Obat ini mempunyai masa kerja yang singkat dan mempunyai efek terapi dalam dosis yang kecil.

d. Kalsium antagonis

Chinarizin, memiliki manfaat dapat menekan fungsi vestibular dan bisa mengurangi respon kepada akselerasi angular serta linear. biasanya dosis yang diberikan adalah 15- 30 mg, diberikan 3 kali sehari (Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia, 2016).