

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Vertigo**

##### **1. Pengertian Vertigo**

Vertigo adalah suatu gejala atau perasaan dimana seseorang atau benda di sekitarnya seolah-olah sedang bergerak atau berputar, yang biasanya disertai dengan mual dan kehilangan keseimbangan. Jika sensasi 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 (Triyanti et al., 2018).

Vertigo merupakan gangguan orientasi spasial atau ilusi persepsi dari pergerakan tubuh (rasa berputar) dan atau lingkungan sekitarnya. Hal ini dapat berhubungan dengan gejala lain, seperti sensasi tubuh seperti mengambang (impulsion), ilusi visual dari mata sehingga padangan seperti maju atau mundur (oscillopsia), nausea, muntah, atau gangguan melangkah. Vertigo biasanya disertai dengan kehilangan keseimbangan, mual muntah dan dapat berlangsung hanya beberapa saat atau bisa berlanjut sampai beberapa jam bahkan hari. Keluhan pusing sensasi tubuh seperti mengambang dari penderita vertigo merupakan keluhan umum yang membuat pasien datang untuk berobat sekitar 4.4 juta Pasien datang dengan keluhan vertigo. Adapun penyebab vertigo adalah gangguan pada leher. Gangguan leher ini ditimbulkan adanya pengapuran pada tulang leher yang menyebabkan vertigo (Rahmadani, 2024).

## 2. Etiologi

Keseimbangan dikendalikan oleh otak kecil yang mendapat informasi tentang posisi tubuh dari organ keseimbangan di telinga tengah dan mata. Penyebab umum dari vertigo (Wulandari, 2023) :

- a. Keadaan lingkungan : mabuk darat (perjalanan), mabuk laut.
- b. Obat-obatan : alkohol, gentamisin (infeksi bakteri : telinga luar, mata)
- c. Kelainan telinga: endapan kalsium pada salah satu kanalis semisirkularis di dalam telinga bagian dalam yang menyebabkan benign *paroxysmal positional*.
- d. Vertigo, infeksi telinga bagian dalam karena bakteri, labirintitis, penyakit maniere.
- e. Peradangan saraf vestibuler, herpes zoster.
- f. Kelainan Neurologis: Tumor otak, tumor yang menekan saraf vestibularis, sklerosis multipel, dan patah tulang otak yang disertai cedera pada labirin, persyarafannya atau keduanya.
- g. Kelainan sirkularis: Gangguan fungsi otak sementara karena berkurangnya aliran darah ke salah satu bagian otak (transient ischemic attack) pada arteri vertebral dan arteri basiler.

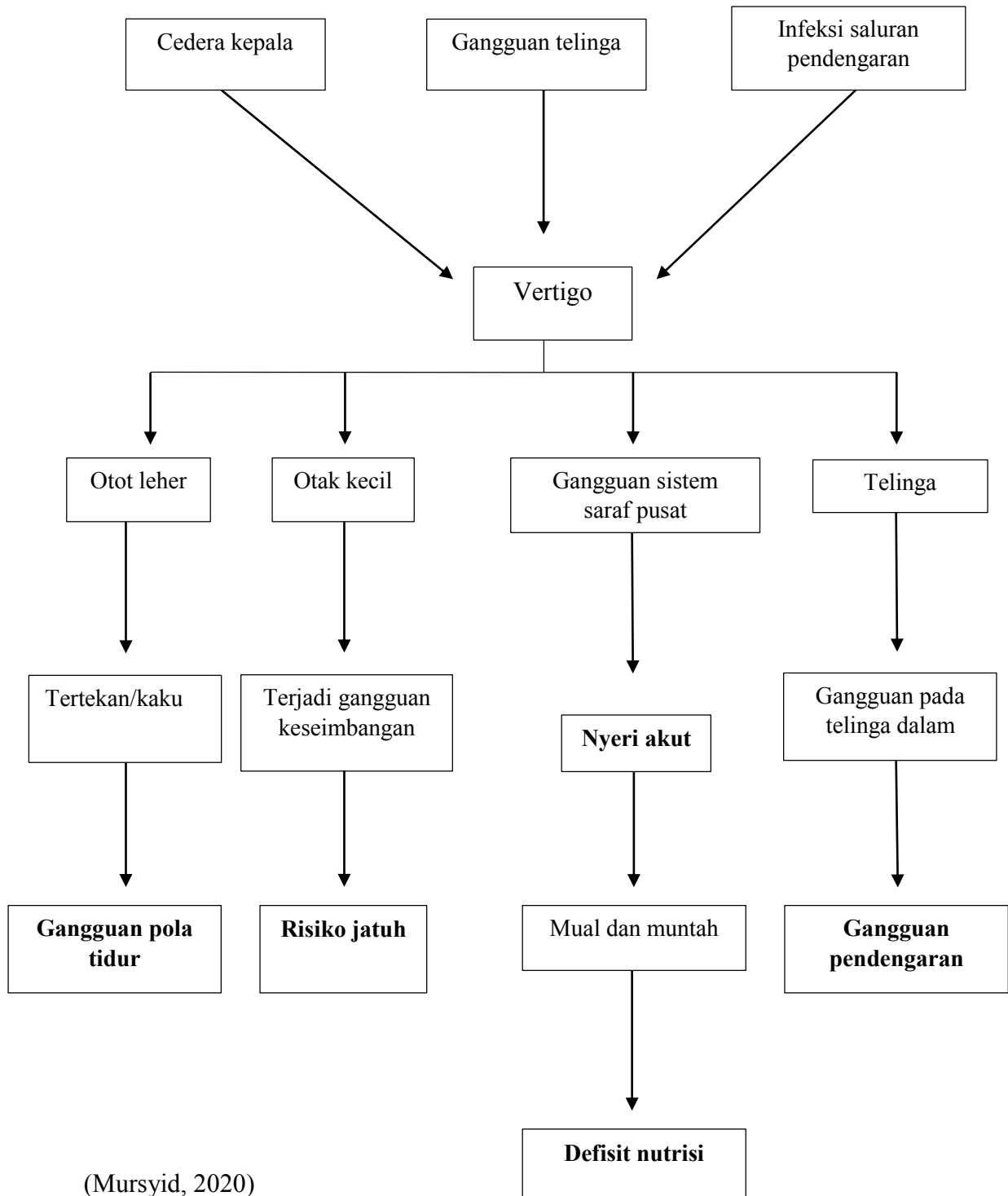
### 3. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada klien dengan vertigo yaitu perasaan berputar yang kadang-kadang disertai gejala mual, muntah, kepala berat, nafsu makan menurun, lelah, lidah pucat dengan selaput putih lengket, nyeri kepala dan penglihatan kabur, mengalami kesulitan berjalan karena merasakan sensasi gerakan berputar, dan mengalami kesulitan bicara (Wulandari, 2023).

Pasien vertigo akan mengeluh jika posisi kepala berubah pada suatu keadaan tertentu, pasien akan merasa berputar atau merasa sekelilingnya berputar jika akan ke tempat tidur, berguling dari satu sisi ke sisi lainnya, bangkit dari tempat tidur di pagi hari, mencapai sesuatu yang tinggi atau jika kepala digerakan ke belakang. Biasanya vertigo akan berlangsung 5-10 detik (Wulandari, 2023).

Psikiatrik meliputi depresi, fobia, ansietas psikosomatis yang dapat mempengaruhi tekanan darah pada seseorang. Sehingga menimbulkan tekanan darah naik turun dan dapat menimbulkan vertigo dengan perjalanannya seperti diatas. Selain itu, faktor fisiologi juga dapat menimbulkan gangguan keseimbangan (Wulandari, 2023).

#### 4. Pathways



## 5. Penatalaksanaan Medis

### a. Farmakologi

Penatalaksanaan untuk BPPV didasari dengan kemampuan membuat gerakan sendiri ataupun prosedur-prosedur dalam mereposisikan kanalis, dengan tujuan mengembalikan partikel partikel yang bergerak kembali ke posisi semula yaitu pada makula utrikulus. Berikut akan dijelaskan pergerakan-pergerakan yang dapat dilakukan, dan ditujukan untuk berbagai jenis BPPV. Keberhasilan dari tatalaksana sendiri bergantung pada pemilihan pergerakan yang tepat dalam mengatasi BPPV (Mursyid, 2020).

Beberapa penderita dapat merasakan gejala-gejala seperti pusing, mual, berkeringat, dan muntah saat melakukan pergerakan untuk terapi. Dalam kasus seperti ini, obat-obat penekan vestibulum dapat digunakan sebagai tambahan yang tidak hanya meringankan vertigo yang muncul akibat gerakan yang akan dilakukan tetapi juga mengatur gejala-gejala yang terjadi hingga prosedur dapat dilakukan kembali. Obat-obat golongan terapi tersebut meliputi meclizin, dimenhidrinase, clonazepam dan diazepam. Dosis dapat berbeda tergantung intensitas dari gejala yang timbul (Mursyid, 2020).

### b. Non – Farmakologi

Penatalaksanaan dengan non farmakologi untuk Benign *Paroxysmal Positional Vertigo* (BPPV) tidak secara rutin dilakukan. Beberapa pengobatan hanya diberikan untuk jangka pendek untuk gejala-gejala vertigo, mual dan muntah yang berat yang dapat terjadi pada pasien Benign *Paroxysmal Positional Vertigo* (BPPV), seperti setelah melakukan terapi Particle Repositioning Maneuver (PRM). Pengobatan untuk vertigo yang disebut juga pengobatan

suppresant vestibular benzodiazepine yang digunakan adalah golongan (diazepam, clonazepam) dan antihistamine (meclizine, dipenhidramin). Benzodiazepines dapat mengurangi sensasi berputar namun dapat mengganggu kompensasi sentral pada kondisi vestibular perifer. Antihistamin memiliki efek yang supresif pada pusat muntah sehingga dapat mengurangi mual dan muntah karena motion sickness. Harus diperhatikan bahwa benzodiazepine dan antihistamine dapat mengganggu kompensasi sentral pada kerusakan vestibular sehingga penggunaannya diminimalkan (Mursyid, 2020). Terdapat beberapa manuver untuk reposisi BPPV, yaitu :

#### 1) Manuver Epley

Manuver ini merupakan yang paling sering digunakan pada kanal vertikal. Penderita berada dalam posisi tegak kemudian kepala menoleh ke sisi yang sakit. Kemudian penderita ditidurkan dengan posisi kepala digantungkan, dan dipertahankan selama 1 sampai 2 menit. Berikutnya, kepala ditolehkan 90 derajat ke sisi sebaliknya, dan posisi supinasi berubah menjadi lateral dekubitus dan dipertahan 30-60 detik. Kemudian beritahu pasien untuk mengistirahatkan dagu pada pundaknya dan duduk kembali secara perlahan (Libonati, 2015).

#### 2) Manuver Semont

Manuver ini diindikasikan untuk terapi dari kupulolotoasis kanalis posterior. Jika kanal posterior yang terkena, maka penderita didudukkan dalam posisi tegak, kemudian kepala penderita dimiringkan 45 derajat berlawanan arah dengan bagian yang sakit dan secara cepat bergerak ke posisi berbaring. Nistagmus

dan vertigo dapat diperhatikan. Dan posisi ini dipertahankan selama 1 sampai 3 menit. Setelah itu pasien pindah ke posisi berbaring di sisi yang berlawanan tanpa berhenti saat posisi duduk (Bunjamin, 2016).

### 3) Manuver Lempert

Manuver ini biasa digunakan sebagai terapi dari BPPV kanalis horizontal. Pada manuver ini penderita berguling 360 derajat, dimulai dari posisi supinasi lalu menghadap 90 derajat berlawanan dari sisi yang sakit, posisi kepala dipertahankan, kemudian membalikkan tubuh ke posisi lateral dekubitus. Berikutnya, kepala penderita telah menghadap ke bawah dan badan dibalikkan lagi ke arah ventral dekubitus. Kemudian kepala penderita diputar 90 derajat, dan tubuh berada pada posisi lateral dekubitus. Secara bertahap, tubuh penderita kembali lagi dalam posisi supinasi. Setiap langkah dilakukan selama 15 detik untuk migrasi lambat dari partikel- partikel sebagai respon terhadap gravitasi (Bunjamin, 2016).

### 4) *Forced Prolonged Position*

Manuver ini digunakan untuk terapi BPPV kanalis horizontal. Perlakuannya adalah mempertahankan tekanan dari posisi lateral dekubitus pada telinga yang sakit selama 12 jam.

### 5) *Brandt-Daroff Exercises*

*The Brandt-Daroff Exercises* ini dikembangkan untuk latihan dirumah, sebagai terapi tambahan untuk pasien yang tetap simptomatik, bahkan setelah melakukan manuver *Epley* ataupun *Semont*. Latihan-latihan ini diindikasikan satu minggu sebelum melakukan terapi manuver, agar meningkatkan kemampuan toleransi diri pasien terhadap manuver. Latihan ini juga membantu pasien menerapkan berbagai posisi sehingga dapat lebih terbiasa (Solomon, 2015)

## **B. Konsep Masalah Keperawatan Nyeri Akut**

### **1. Pengertian Nyeri Akut**

Nyeri akut merupakan suatu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Nyeri dapat diklasifikasikan sebagai akut dan kronik. Nyeri akut seringkali adaptif karena mengingatkan individu mengenai kehadiran dan lokasi dari cedera pada lapisan jaringan dan mengkoreksi perilaku yang dapat menyebabkan atau berkontribusi terhadapnya. Nyeri kronik, disisi lain merujuk pada nyeri yang berkelanjutan lebih ringan dari tiga bulan walaupun terapi dan usaha-usaha untuk mengatasinya telah dilakukan oleh pasien. Nyeri dapat berdampak pada semua area kehidupan seseorang dan seringkali berasosiasi dengan masalah-masalah fungsional, psikologis, dan sosial. Lebih lanjut lagi, nyeri kronik dapat memiliki dampak yang signifikan terhadap pikiran terhadap keluarga dan rekan-rekan penderita -rekan penderita (Kurniawan, 2015).



## **2. Penyebab Nyeri Akut**

- a. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

## **3. Tanda dan Gejala Nyeri Akut**

- a. Gejala dan tanda mayor
  - 1) Subjektif
    - a) Mengeluh nyeri
  - 2) Objektif
    - a) Tampak meringis
    - b) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
    - c) Gelisah
    - d) Frekuensi nadi meningkat
    - e) Sulit tidur
- b. Gejala & Tanda Minor:
  - 1) Subjektif
    - a) (tidak tersedia)
  - 2) Objektif
    - a) Tekanan darah meningkat
    - b) Pola napas berubah
    - c) Nafsu makan berubah
    - d) Proses berfikir terganggu
    - e) Menarik diri
    - f) Berfokus pada diri sendiri
    - g) Diaforesis

#### 4. Penatalaksanaan Nyeri Akut

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018), penatalaksanaan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) salah satunya menggunakan intervensi utama yaitu manajemen nyeri yang meliputi :

##### a. Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

##### b. Terapeutik

- 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

##### c. Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri

### **C. Konsep Masalah Keperawatan Nyeri Akut**

#### **a. Pengkajian**

##### **1) Identitas pasien**

Meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, serta diagnosa medis.

##### **2) Keluhan utama**

Keluhan utama yang sering ditemukan pada klien vertigo biasanya klien merasa pusing yang berputar, adanya gangguan pada telinga bagian dalam yang mempengaruhi keseimbangan.

##### **3) Riwayat penyakit sekarang**

Uraian mengenai penyakit mulai dari timbulnya keluhan yang dirasakan sampai saat dibawa ke layanan kesehatan, apakah pernah memeriksakan diri ke tempat lain serta pengobatan yang telah diberikan dan bagaimana perubahannya.

##### **4) Riwayat kesehatan dahulu**

Adanya riwayat hipertensi serta seringnya mengonsumsi kopi secara berlebihan.

##### **5) Riwayat kesehatan keluarga**

Tidak adanya keluarga yang mengalami vertigo.

##### **6) Riwayat psikososial**

Merupakan respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari.

##### **7) Pengkajian fungsional**

###### **a) Pola persepsi dan Manajemen**

Biasanya klien tidak langsung memeriksakan gejalanya yang terasa pada kepala ke rumah sakit karena menganggap itu hanya pusing biasa.

###### **b) Pola nutrisi – Metabolik**

Kebiasaan diet buruk, mual, muntah, klien juga ada riwayat mengkonsumsi makanan mengandung MSG.

c) Pola eliminasi

Baik biasanya sehari BAB 1x dan BAK 4x.

d) Pola aktivitas dan latihan

Muntah dapat membuat pola aktivitas dan latihan klien terganggu karena terjadi nyeri.

e) Pola kognitif dan Persepsi

Biasanya klien akan mengalami pusing pasca kurang tidur sehingga kemungkinan ada komplikasi pada kognitif, sensorik maupun motoric. Terdapat beberapa cara yang dapat dilaksanakan untuk melakukan pengkajian nyeri yaitu :

**P** : Provokes Penyebab terjadinya nyeri

**Q** : Quality Kualitas : seperti apa nyeri yang dirasakan?

**R** : Radiation Radiasi atau Lokasi: dimana letak nyeri muncul ?  
Bergeser atau tetap.

**S** : Severity Keparahan: Menilai nyeri dengan menghitung dari angka 1- 10

**T** : Time Waktu : nyeri timbul seberapa lama ?

*Numerical Rating Scale (NRS)*

meminta pasien menyebutkan dari angka 0-10 untuk melihat tingkat nyerinya. Pada angka 10 yaitu nyeri paling parah.



Gambar 2. 1 Skala Nyeri

f) Pola istirahat dan tidur

Biasanya klien mengalami gangguan pola tidur karena nyeri.

g) Pola peran dan hubungan

Biasanya pada sebagian besar klien akan mengalami gangguan dalam melakukan perannya dalam berinteraksi sosial.

h) Pola reproduksi dan seksual

Biasanya akan ada gangguan seksualitas klien dan perubahan pada tingkat kepuasan.

i) Pola koping dan toleransi stress

Biasanya klien akan mengalami rasa nyeri pada kepala dan memijat kepala sendiri.

j) Pola nilai dan keyakinan

Diperlukan pendekatan agama supaya klien menerima kondisinya dengan lapang dada.

8) Pemeriksaan fisik (Head to Toe)

a) Keadaan umum

Pasien dalam keadaan compos mentis.

b) Kepala dan Wajah

(1) Inspeksi

Lihat apakah kulit kepala dan wajah terdapat lesi atau tidak, apakah ada edema atau tidak. Pada rambut terlihat kotor, kusam dan kering. Lihat apakah wajah simetris atau tidak.

(2) Palpasi

Raba dan tentukan ada benjolan atau tidak di kepala, tekstur kulit kasar/halus, ada nyeri tekan atau tidak dan raba juga apakah rambut halus/kasar maupun adanya kerontokan.

c) Mata

(1) Inspeksi

Lihat bentuk mata simetris atau tidak, apakah ada lesi dikelopak mata.

## (2) Palpasi

Raba apakah ada tekanan intra okuler dengan cara ditekan ringan jika ada peningkatan akan teraba keras, kaji apakah ada nyeri tekan pada mata

## d) Hidung

## (1) Inspeksi

Lihat apakah hidung simetris/tidak, lihat apakah hidung terdapat secret/tidak, apakah terdapat lesi/tidak, adanya polip/tidak, adanya pernafasan cuping hidung yang disebabkan klien sesak nafas terutama pada pasien yang vertigonya sudah lama.

## e) Telinga

## (1) Inspeksi

Cek apakah telinga simetris/tidak, terdapat lesi/tidak, melihat kebersihan telinga dengan adanya serumen/tidak.

## (2) Palpasi

Adanya nyeri tekan pada telinga atau tidak

## f) Mulut

## (1) Inspeksi

Mengamati bibir apakah ada kelainan kongenital (bibir sumbing), mukosa bibir biasanya tampak pucat dan kurang bersih, pada gusi biasanya mudah terjadi pendarahan akibat rapuhnya pembuluh darah dan caries positif

## (2) Palpasi

Apakah ada nyeri tekan pada daerah sekitar mulut

## g) Leher

## (1) Inspeksi

Mengamati adanya bekas luka, kesimetrisan, ataupun massa yang abnormal

## (2) Palpasi

Mengkaji adakah pembesaran vena jugularis, kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid.

h) Abdomen :

- (1) Inspeksi : simetris kanan-kiri
- (2) Auskultasi : terdapat suara bising usus 7x/menit
- (3) Perkusi : timphani
- (4) Palpasi : tidak ada nyeri tekan

i) Pemeriksaan Motorik :

- (1) Ekstremitas atas : tidak ada oedem
- (2) Ekstremitas bawah : tidak ada oedem

**b. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan dibagi menjadi dua jenis yaitu Diagnosa negatif dan Diagnosa positif. Diagnosa gangguan persepsi sensori merupakan jenis Diagnosa negatif yang menunjukkan bahwa pasien dalam keadaan sakit sehingga penegakkan Diagnosa ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan. Diagnosa keperawatan dapat ditegakkan apabila data yang dikaji mencakup minimal 80% dari data mayor (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

a. Nyeri Akut

1) Definisi

Nyeri akut merupakan Diagnosa keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

## 2) Etiologi

- a) Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).

## 3) Gejala & Tanda Mayor

Subjektif : Mengeluh nyeri

Objektif :

- 1. Tampak meringis
- 2. Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri)
- 3. Gelisah
- 4. Frekuensi nadi meningkat
- 5. Sulit tidur

## 4) Gejala & Tanda Minor

Subjektif : -

Objektif :

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola napas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berfikir terganggu



- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaphoresis

b. Risiko Jatuh

1) Definisi

Risiko jatuh merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

2) Faktor Risiko

Faktor risiko untuk masalah risiko jatuh adalah:

- a) Usia  $\geq$  65 tahun (pada dewasa) atau  $\leq$  2 tahun (pada anak)
- b) Riwayat jatuh
- c) Anggota gerak bawah prosthesis (buatan)
- d) Penggunaan alat bantu berjalan
- e) Penurunan tingkat kesadaran
- f) Perubahan fungsi kognitif
- g) Lingkungan tidak aman (mis: licin, gelap, lingkungan asing)
- h) Kondisi pasca operasi
- i) Hipotensi ortostatik
- j) Perubahan kadar glukosa darah
- k) Anemia
- l) Kekuatan otot menurun
- m) Gangguan pendengaran
- n) Gangguan keseimbangan
- o) Gangguan penglihatan (mis: glaucoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)
- p) Neuropati

- q) Efek agen farmakologis (mis: sedasi, alkohol, anestesi umum)

### c. Gangguan Pola Tidur

#### 1) Definisi

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

#### 2) Penyebab

Penyebab (etiologi) untuk masalah gangguan pola tidur adalah:

- a) Hambatan lingkungan (mis: kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/Tindakan)
- b) Kurang kontrol tidur
- c) Kurang privasi
- d) Restraint fisik
- e) Ketiadaan teman tidur
- f) Tidak familiar dengan peralatan tidur

### c. Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	Nyeri Akut (D.0077) Gejala & Tanda Mayor Subjektif : Mengeluh nyeri Objektif : 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur 6. Gejala & Tanda Minor 7. Subjektif : - 8. Objektif :	<b>SLKI : Tingkat Nyeri (L.08066)</b> <b>Ekspetasi : Menurun</b> <b>Kriteria Hasil :</b> 1. Keluhan nyeri (5) 2. Meringis (5) 3. Gelisah (5) 4. Frekuensi Nadi (5)  <b>Keterangan :</b> 1 Meningkatkan 2 Cukup meningkat 3 Sedang 4 Cukup menurun 5 Menurun	<b>SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238)</b> Observasi : 1. Identifikasi PQRST 2. Identifikasi respon non-verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup  Terapeutik : 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri

	9. Tekanan darah meningkat 10. Pola napas berubah 11. Nafsu makan berubah 12. Proses berfikir terganggu 13. Menarik diri 14. Berfokus pada diri sendiri 15. Diaphoresis	2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik	
2	Risiko Jatuh (D.0143) Faktor Risiko : 1. Usia $\geq$ 65 tahun (pada dewasa) atau $\leq$ 2 tahun (pada anak) 2. Riwayat jatuh 3. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan) 4. Penggunaan alat bantu berjalan 5. Penurunan tingkat kesadaran 6. Perubahan fungsi kognitif 7. Lingkungan tidak aman (mis: licin, gelap, lingkungan asing) 8. Kondisi pasca operasi 9. Hipotensi ortostatik 10. Perubahan kadar glukosa darah 11. Anemia 12. Kekuatan otot menurun 13. Gangguan pendengaran 14. Gangguan keseimbangan 15. Gangguan penglihatan (mis: glaucoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus) 16. Neuropati 17. Efek agen farmakologis (mis: sedasi,	<b>SLKI : Tingkat Jatuh ( L.14138)</b> <b>Ekspetasi : Menurun</b> <b>Kriteria Hasil :</b> 1. Jatuh dari tempat (5) 2. Jatuh saat berdiri (5) 3. Jatuh saat duduk (5) 4. Jatuh saat berjalan (5) <b>Keterangan :</b> 1 Meningkat 2 Cukup meningkat 3 Sedang 4 Cukup menurun 5 Menurun	<b>SIKI : Pencegahan Jatuh (I.14540)</b> <b>Observasi :</b> 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 3. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 4. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 5. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 6. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <b>Terapeutik :</b> 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah

	alkohol, anestesi umum)					5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station	
						6. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker)	
						7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien	
						8. Pelayanan pasien	
						Edukasi :	
						1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	
						2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin	
						3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh	
						4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	
						5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat	
3	Gangguan Pola Tidur (D.0055)			SLKI : Pola Tidur (L.05045 )		SIKI : Dukungan Tidur (I.05174)	
	DS:			Ekspetasi : Membaik		Observasi :	
	1. Mengeluh tidur	sulit		Kriteria Hasil :		1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur	
	2. Mengeluh terjaga	sering		1. Keluhan tidur (5)	sulit	2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)	
	3. Mengeluh puas tidur	tidak		2. Keluhan terjaga (5)	sering	3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)	
	4. Mengeluh pola tidur berubah			3. Keluhan tidak puas tidur (5)	tidak	4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi	
	5. Mengeluh istirahat tidak cukup	tidak		4. Keluhan pola tidur berubah (5)	pola	Terapeutik :	
	DO:			5. Keluhan istirahat tidak cukup (5)	istirahat	1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)	
	Tidak ada			Keterangan :		2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu	
				1 Meningkat		3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur	
				2 Cukup meningkat		4. Tetapkan jadwal tidur rutin	
				3 Sedang			
				4 Cukup menurun			
				5 Menurun			

---

5.	Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
6.	Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga Edukasi :
1.	Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
2.	Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
3.	Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
4.	Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur
5.	Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
6.	Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya

---

#### **d. Implementasi**

Implementasi merupakan suatu realisasi dari rangkaian intervensi yang telah dibuat dengan tujuan untuk membantu pasien dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami untuk mencapai status kesehatan yang lebih baik dan tercapainya kriteria hasil. Implementasi keperawatan yaitu tindakan keperawatan yang dilakukan harus sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang sudah dituliskan. Implementasi pada pasien vertigo dengan masalah

keperawatan nyeri akut di karya ilmiah akhir ners ini adalah terapi *brandt daroff*.

#### e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah langkah terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi keperawatan ini dapat dilakukan dengan tujuan guna menilai tercapai atau tidaknya tujuan dari implementasi keperawatan yang telah dilakukan.

### D. Evidence Based Practice (EBP)

Penulis, Tahun	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
Farida, Surtini, Yitno, Nandar Bayunata, 2024	Pengaruh Terapi <i>Brandt Daroff</i> Exercise terhadap Keluhan Pusing pada Pasien dengan Vertigo di Puskesmas Kecamatan Tanggunggunung	Desain penelitian dengan menggunakan metode one group pretest-posttest design. Rancangan ini berupaya mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Kelompok subjek di observasi sebelum dilakukan perlakuan, kemudian di observasi lagi setelah perlakuan. Pengujian sebab akibat dilakukan dengan cara membandingkan hasil pretest dengan posttest	Berdasarkan hasil analisis menggunakan wilcoxon sign rank test diperoleh nilai $p = 0,000$ , jadi dapat disimpulkan $0,000 \leq 0,05$ maka $H_0$ ditolak yang artinya ada pengaruh terapi brandt daroff exercise terhadap keluhan pusing pada pasien dengan vertigo di Puskesmas Kecamatan Tanggunggunung
Auliya Deseiz Ritun, Arief Yanto, 2024	Penerapan Terapi <i>Brandt Daroff</i> Untuk Menurunkan Resiko Jatuh Pada Pasien Benign Paroxysmal Positional vertigo (BPPV)	Metode penelitian ini menggunakan metode deskriptif dan desain yang digunakan adalah studi kasus ini dengan pendekatan proses asuhan keperawatan .	Hasil skala resiko jatuh pada kedua subjek studi kasus setelah melakukan terapi brandt daroff menggunakan MFS menunjukan bahwa skala tetap yaitu pada kedua subjek studi kasus skalanya masing- masing 60 dan 70. ini menunjukan bahwa terapi brandt daroff dapat menurunkan skala VSS SF. Sedangkan untuk skala resiko jatuh hasilnya tetap.
Sartika Rahmadani1,	Pengaruh Terapi Brandt Daroff	Dalam penelitian ini menggunakan penelitian	Hasil analisis Uji-T mual muntah pada pasien vertigo

Nunu Harison2, Fourni Ardiansyah, 2024	Terhadap Mual Muntah Pada Pasien Vertigo	kuantitatif dengan jenis penelitian pra experiment dengan pendekatan pre test-post test one group design dengan cara memberikan perlakuan pada semua responden. Sebelum dilakukan terapi responden akan dilakukan pengukuran mual muntah dengan Rodhes Index Nausea Vomiting and Retching (RINVR), kemudian setelah diukur pasien akan diberikan intervensi Terapi Brandt Daroff..	setelah dilakukan terapi Brandt Daroff didapatkan nilai p Value 0,000 ( $<0,005$ ). Dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh terapi Brandt Daroff terhadap mual muntah pada pasienvertigo di Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu.
--	--	--	--