

# LAMPIRAN

## Lampiran asuhan keperawatan

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. K DENGAN VERTIGO DI PANTI PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA DEWANATA CILACAP

Tgl/Jam pengkajian : Kamis, 02 Januari 2025/10.00 WIB  
Metode Pengkajian : Observasi dan wawancara  
Diagnosa Medis : Vertigo

#### A. PENGKAJIAN

##### I. BIODATA

###### 1. IDENTITAS KLIEN

Nama Klien : Ny. K  
Alamat : Cilacap  
Umur : 67 tahun  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Janda  
Pendidikan : SD  
Pekerjaan : IRT

###### 2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. A  
Umur : 40 tahun  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Buruh  
Alamat : Cilacap  
Hubungan dengan Klien : Anak

##### II. RIWAYAT KEPERAWATAN

###### 1. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri kepala

**2. Riwayat Penyakit Sekarang**

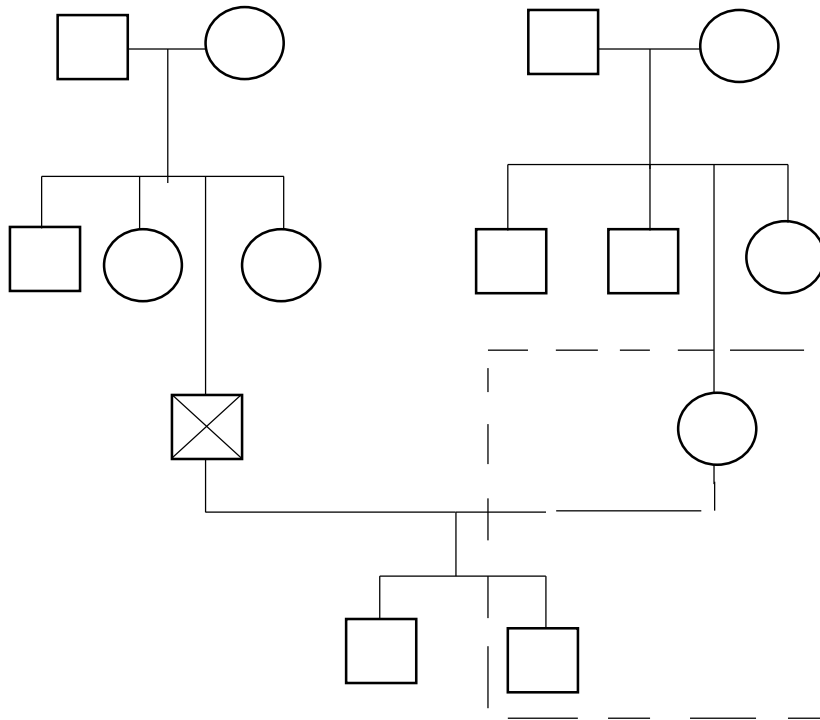
Pasien mengatakan nyeri pada kepala sejak 1 bulan yang lalu disertai mual, nyeri dirasakan bertambah jika pasien terlalu cape. Nyeri berkurang jika pasien berbaring. Nyeri dirasakan pasien seperti berputar-putar dan serta hilang timbul dengan skala 6 dari (0-10). Vital sign pasien data yang di peroleh sebagai berikut kesadaran: composmentis, GCS: E4V5M6, Skala nyeri : 6 dari (0-10), TD : 150/80 mmHg, nadi : 90x/menit, suhu : 36,5°C, SPO2: 98% RR : 20xmenit.

**3. Riwayat Penyakit Dahulu**

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi

**4. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Pasien mengatakan bahwa di dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit yang sama.

**Genogram :****Keterangan :**

☒ : laki-laki  
meninggal

□ : laki-laki

○ : perempuan

○ : pasien Ny. K

--- : tinggal serumah

— : garis keturunan

### III. PEMERIKSAAN FISIK

#### 1. KEADAAN/PENAMPILAN UMUM

1) Kesadaran: compos mentis, E: 4, V:5, M:6 =15

2) Tanda-tanda vital:

- a. TD: 160/90 mmHg
- b. Nadi :
  - Frekuensi : 95x/menit
  - Irama : teratur
  - Kekuatan : kuat
- c. Pernafasan
  - Frekuensi : 20x/menit
  - Irama : teratur
- d. Suhu: 36,7°C
- e. Skala nyeri: 6

#### 2. KEPALA

- a. Bentuk kepala : mesocephal, tidak ada trauma pada bagian kepala
- b. Kulit kepala : bersih, tidak ada ketombe
- c. Rambut : rambut lurus, warna rambut hitam.

#### 3. MUKA

##### a. Mata

- 1) Palpebra : simetris, tidak oedema
- 2) Konjungtiva : merah muda, tidak anemis
- 3) Sclera : putih, tidak ikterik
- 4) Pupil : isokor
- 5) Diameter ka/ki : 3mm/3mm
- 6) reflek terhadap cahaya : positif
- 7) penggunaan alat bantu penglihatan : tidak menggunakan alat bantu penglihatan

##### b. hidung

- Fungsi penciuman : mampu mengenali bau benda
- Sekret : tidak ada sekret
- Nyeri sinus : tidak ada nyeri sinus

- Polip : tidak ada polip
- Napas cuping hidung : tidak ada nafas cuping hidung

c. Mulut

- Kemampuan bicara : lancar, orientasi baik
- Keadaan bibir : lembab, tidak ditemukan sianosis
- Selaput mukosa : lembab
- Warna lidah : merah muda
- Keadaan gigi : bersih tidak ada masalah
- Bau nafas : tidak berbau

d. Telinga

- Fungsi pendengaran : baik
- Bentuk : simetris kanan dan kiri
- Kebersihan : bersih
- Serumen : tidak ada serumen
- Nyeri telinga : tidak ada nyeri telinga

4. LEHER

- 1) Bentuk : normal
- 2) Kelenjar tyroid : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
- 3) Kelenjar limfe : tidak ada pembesaran kelenjar limfe
- 4) JVP : tidak ada pembesaran JVP

5. DADA

a. Paru-paru

Inspeksi : Pengembangan dada simetris antara kanan dan kiri, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada jejas maupun lesi, tidak ada trauma thorak

Palpasi : Vocal fremitus normal, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Suara paru sonor

Auskultasi: bunyi nafas vesikuler, tidak ada suara tambahan.

b. Jantung

Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak

Palpasi : Ictus cordis terba di ICS 5 Mid Clavicula Sinistra

Perkusi : Redup

Auskultasi : Bunyi jantung I-II reguler, tidak terdengar gallop

## 6. ABDOMEN

### a) Inspeksi

Bentuk datar, simetris, tidak ada jejas atau lesi. Tidak ada pembesaran abdomen

### b) Auskultasi

Peristaltik usus 7 kali/menit

### c) Perkusi

Thympani

### d) Palpasi

Tidak terdapat nyeri tekan, tidak teraba pembesaran hepar.

## 7. GENETALIA

Genetalia nampak bersih, tidak ada trauma, tidak ada lesi maupun odema tidak terpasang DC

## 8. REKTUM

Tidak ada hemoroid, tidak ada kesulitan pada saat BAB, anus tampak bersih, tidak ada benjolan.

## 9. EKSTREMITAS

### a. Atas

	Kanan	Kiri
Kekuatan otot	5	5
Rentang gerak	Aktif	Aktif
Akral	Hangat	Hangat
Edema	Tidak ada	Tidak ada
CRT	< 3 detik	< 3 detik
Keluhan	Kaki lemas	Kaki lemas

### b. Bawah

	Kanan	Kiri
Kekuatan otot	4	3
Rentang gerak	Aktif	Aktif
Akral	Hangat	Hangat
Edema	Tidak ada	Tidak ada

CRT	< 3 detik	< 3 detik
Keluhan	Kaki lemas	Kaki lemas

#### IV. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN FUNGSIONAL

##### 1. POLA PERSEPSI DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

Pasien mengatakan jika sakit biasa seperti batuk, pusing, pilek hanya mengkonsumsi obat yang beli dari apotik atau warung, tapi jika sudah parah dan tidak bisa sembuh dengan obat yang biasa dikonsumsi, pasien langsung berobat ke dokter setempat atau ke Puskesmas terdekat.

##### 2. POLA NUTRISI/METABOLIK

###### a. Pengkajian Nutrisi (ABCD):

A : Antropometri : BB: 50 kg, TB: 150 cm,

B : Biokimia (Laboratorium) : -

C : Clinical Sign

- Konjungtiva tidak anemis
- Rambut hitam tidak mudah patah
- Turgor kulit baik
- Mulut tidak ada sariawan

D : diet : diet 1700 kkal

###### b. Pengkajian Pola Nutrisi

	Sebelum Sakit	Saat Sakit
Frekuensi	3 x sehari	3 x sehari
Jenis	Nasi, sayur, lauk	Nasi, sayur, lauk
Porsi	1 porsi	½ Porsi rumah sakit
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada

##### 3. POLA ELIMINASI

###### a. BAB

	Sebelum Sakit	Saat Sakit
--	---------------	------------

Frekuensi	1x sehari	1x sehari
Konsistensi	Lembek	Lembek
Warna	Kuning kecoklatan	Kuning kecoklatan
Penggunaan pencahar	Tidak	Tidak
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan

b. BAK

	Sebelum Sakit	Saat Sakit
Frekuensi	4-5 kali/hari	6-7 kali/hari
Jumlah urine	200cc	200cc
Warna	Kuning jernih	Kuning jernih
Pancaran	Kuat	Kuat
Perasaan setelah berkemih	Berkemih tuntas	Berkemih tuntas
Total produksi urine	1000 cc	1500cc
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan

c. Analisa Keseimbangan Cairan Selama Perawatan/ 7 jam

Intake	Output	Analisa
a. Minuman : 800cc	a. Urine : 1500cc	Intake : 2500cc
b. Makanan : 200cc	b. Feses : 100cc	Output : 2425cc
c. Cairan IV: 1500cc	c. Muntah : -	
	d. IWL : 825cc	
Total 2500cc	Total 2425cc	Balance : +75cc

4. POLA AKTIFITAS DAN LATIHAN

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum					√
Mandi					√
Toileting					√
Berpakaian					√
Mobilitas di tempat tidur					√
Berpindah					√
Ambulasi/ROM					√

Keterangan :

0: Mandiri, 1: dengan alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total.

#### 5. POLA ISTIRAHAT TIDUR

	Sebelum Sakit	Saat Sakit
Jumlah tidur siang	1-2 jam	1 jam
Jumlah tidur malam	6-7 jam	4 jam
Penggunaan obat tidur	Tidak ada	Tidak ada
Gangguan tidur	Tidak ada gangguan	Sering terbangun karena merasakan nyeri
Perasaan waktu bangun	Segar	Lemas
Kebiasaan sebelum tidur	Menonton tv	Mengobrol dengan Teman sekamar

#### 6. POLA KOGNITIF-PERSEPSUAL

##### a. Status mental.

Penampilan bersih, kesadaran penuh, tidak ada keanehan dalam pola pikir, tidak tampak adanya gangguan mental.

##### b. Kemampuan penginderaan.

Indra penglihatan pasien masih baik, indra pendengaran pasien masih baik, indra pengecap dan penciuman pasien masih baik, indera perabaan pasien juga masih baik.

##### c. Pengkajian nyeri

Pasien mengatakan nyeri kepala

P : Nyeri dirasakan bertambah jika pasien mau berdiri dan berjalan

Q : Nyeri dirasakan pasien seperti berputar-putar

R : Pada kepala

S : Skala nyeri 6

T : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul

## **7. POLA PERSEPSI KONSEP DIRI**

### **1) Gambaran Diri**

Pasien menggambarkan tentang dirinya adalah seorang yang berbadan ideal, kulit sawo matang, rambutnya sebagian sudah beruban.

### **2) Ideal Diri**

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dari sakitnya.

### **3) Harga Diri**

Pasien saat ini sedang sakit, pasien merasa sedih karena tidak bisa berkumpul dengan keluarganya dirumah.

### **4) Peran Diri**

Pasien mengatakan selama sakit tidak bisa menjalankan perannya sebagai istri.

### **5) Identitas Diri**

Pasien mengatakan jika sakit, pasien merasa lemah, tidak sekuat ketika sehat.

## **8. POLA HUBUNGAN PERAN**

Pasien sebagai masyarakat selalu aktif mengikuti kegiatan ditempat tinggalnya. Pasien selalu membantu orang lain yang membutuhkan.

## **9. POLA MEKANISME KOPING**

Pasien mengatakan jika sakit yang dialami sekarang adalah cobaan dari Allah. Pasien tegar menghadapinya. Pasien ingin segera sembuh dari sakit dan berkumpul lagi dengan keluarganya. Jika pasien ada masalah, pasien selalu bercerita dengan keluarganya.

## **10. POLA NILAI DAN KEYAKINAN**

Pasien beragama islam, pasien taat menjalankan ibadah 5 waktu. Saat sakit ini, pasien beribadah di tempat tidur.

Hari/ tanggal/jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	Ttd
Kamis 02-1-2025 10.00wib	DS: Pasien mengatakan nyeri kepala P:Nyeri bertambah jika pasien berdiri dan berjalan Nyeri berkurang jika pasien berbaring Q:Nyeri dirasakan pasien seperti tertusuk dan berputar-putar R:Pada seluruh bagian kepala S:Skala nyeri 6 T:Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul DO: 1. Pasien tampak kesakitan 2. Pasien tampak meringis menahan nyeri 3. Vital sign TD: 160/90 RR: 20x/menit Nadi: 95x/menit	Nyeri akut (D.0077)	Agen pencedera fisik	
Kamis 02-1-2025 10.00wib	DS : Pasien mengatakan nyeri kepala seperti berputar-putar dan bertambah parah jika pasien merubah posisi tubuh DO: 1. Pasien tampak meringis menahan nyeri 2. Tidak familiar terhadap ruangan	Risiko jatuh (D.0143)	Riwayat jatuh	

Kamis 02-1-2025 10.00wib	<b>DS :</b> Pasien mengatakan nyeri kepala seperti berputar-putar dan bertambah parah jika pasien merubah posisi tubuh <b>DO:</b> 1. Pasien tampak meringis menahan nyeri 2. Tidak familiar terhadap ruangan	Gangguan pola tidur (D.0055)	Kurang kontrol tidur	
--------------------------------	--	------------------------------	----------------------	--

#### C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Risiko jatuh berhubungan dengan riwayat jatuh
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

#### D. RENCANA KEPERAWATAN

Hari/tanggal /jam	No Dx	SLKI	SIKI
Kamis 02-01-2025 10.00 WIB	1	SLKI : Tingkat Nyeri (L.08066) Ekspetasi : Menurun Kriteria Hasil : 1. Keluhan nyeri (5) 2. Meringis (5) 3. Gelisah (5) 4. Frekuensi Nadi (5) Keterangan : 1 Meningkat 2 Cukup meningkat 3 Sedang 4 Cukup menurun 5 Menurun	SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : 1. Identifikasi PQIRST 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 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa

			nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik
Kamis 02-01-2025 10.00 WIB	2	SLKI : Tingkat Jatuh ( L.14138) Ekspektasi : Menurun Kriteria Hasil : 1. Jatuh dari tempat (5) 2. Jatuh saat berdiri (5) 3. Jatuh saat duduk (5) 4. Jatuh saat berjalan (5) Keterangan : 1 Meningkatkan 2 Cukup meningkat 3 Sedang 4 Cukup menurun 5 Menurun	SIKI : Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi : 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 Terapeutik : 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci

			<p>3. Pasang handrail tempat tidur</p> <p>4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station</p> <p>6. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda walker)</p> <p>7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>8. Pelayanan pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> <p>5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p>
Kamis 02-01-2025 10.00wib	3	<p>SLKI : Pola Tidur (L.05045)</p> <p>Ekspetasi : Membaik</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. Keluhan sulit tidur (5)</p> <p>2. Keluhan sering terjaga (5)</p> <p>3. Keluhan tidak puas tidur (5)</p> <p>4. Keluhan pola tidur berubah (5)</p> <p>5. Keluhan istirahat tidak cukup (5)</p> <p>Keterangan :</p> <p>1 Meningkat</p> <p>2 Cukup meningkat</p> <p>3 Sedang</p> <p>4 Cukup menurun</p> <p>5 Menurun</p>	<p>SIKI : Dukungan Tidur (I.05174)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisi dan/atau psikologis)</p> <p>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, maka mendekati waktu tidur minum banyak air sebelum tidur)</p> <p>4. Identifikasi obat tidur</p>

			<p>yang dikonsumsi</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</li> <li>2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu</li> <li>3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> <li>4. Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat pengaturan posisi, terapi akupresur)</li> <li>6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</li> <li>5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)</li> <li>6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya</li> </ol>
--	--	--	---

## E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ tgl/ jam	No Dx	Implementasi	Respon	Ttd
Kamis 02-01-2025 10.30 IB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi PQRST</li> <li>- Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>- Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>- Memberikan terapi brandt daroff</li> <li>- Menjelaskan strategi meredakan nyeri</li> </ul>	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri kepala</p> <p>P:Nyeri bertambah jika pasien mencoba berdiri dan jalan</p> <p>Q:Nyeri dirasakan pasien seperti tertusuk-tusuk dan seperti berputar-putar</p> <p>R:Pada bagian kepala</p> <p>S:Skala nyeri 6</p> <p>T:Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul</p> <p>DO : tampak gelisah, tampak meringis, tekanan darah 160/90, nadi 95x/menit, suhu 36.7, Spo2 99%.</p>	
	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi faktor jatuh</li> <li>- Mengidentifikasi risiko jatuh</li> <li>- Mengidentifikasi faktor lingkungan.</li> </ul>	<p>DS : Pasien mengatakan pernah jatuh 1 x, kaki kadang emes</p> <p>DO : tekanan darah 160/90, nadi 95x/menit, suhu 36.7, Spo2 99%.</p>	

	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>- Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>- Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur.</li> </ul>	<p>DS : Pasien mengatakan sulit tidur, tidur kurang puas, istirahat tidak cukup.</p> <p>DO : tekanan darah 160/90, nadi 95x/menit, suhu 36.7, Spo2 99%.</p>	
Jum'at 03-01- 2025 10.00	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan terapi brandt daroff</li> <li>- Menjelaskan strategi meredakan nyeri</li> </ul>	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri kepala berkurang</p> <p>DO : pasien tanpa memahami dan mempraktekkan terapi</p>	
	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi risiko jatuh</li> <li>- Mengidentifikasi faktor lingkungan.</li> </ul>	<p>DS : Pasien mengatakan kaki emes berkurang</p> <p>DO : tampak menggerakkan kaki, tampak senang</p>	
	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>- Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</li> </ul>	<p>DS : Pasien mengatakan bisa tidur, puas dalam tidur, istirahat cukup.</p> <p>O : tampak segar, tampak senang</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur.</li> </ul>		
Sabtu 04-01-2025 10 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan terapi brandt daroff</li> <li>- Menjelaskan strategi meredakan nyeri</li> </ul>	DS : Pasien mengatakan nyeri kepala berkurang DO : pasien tanpa memahami da mempraktekkan terapi	
	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi risiko jatuh</li> <li>- Mengidentifikasi faktor lingkungan.</li> </ul>	S : Pasien mengatakan kakemes berkurang  DO : tampak menggerakkan kaki, tampak senang	
	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>- Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</li> </ul>	DS : Pasien mengatakan bisa tidur, puas dalam tidur, istirahat cukup. DO : tampak segar, tampak senang	

		- Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur		
--	--	--	--	--

**F. EVALUASI**

Nama : Ny. K

Umur : 67 tahun

Diagnosa Medis : Vertigo

No Dx	Hari/tgl/ jam	Evaluasi	Ttd
1	Kamis/ 02-01- 25/13.00 WIB	<p><b>S:</b>Pasien mengatakan nyeri kepala berkurang  <b>P:</b>Nyeri bertambah jika pasien berdiri dan berjalan  Nyeri berkurang jika pasien berbaring  <b>Q:</b>Nyeri dirasakan pasien seperti tertusuk dan berputar-putar  <b>R:</b>Pada seluruh bagian kepala  <b>S:</b>Skala nyeri 5  <b>T:</b>Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul</p> <p><b>O:</b> 1. Gelisah berkurang  1. Meringis berkurang  2. Vital sign  TD : 160/90 mmHg  RR : 20x/menit  Nadi: 95x/menit</p> <p><b>A:</b> Nyeri akut belum teratasi  <b>P:</b> Lanjutkan intervensi  3. Identifikasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan.  4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri  5. Ajarkan tentang teknik non farmakologi:  Terapi brandt daroff</p>	
2		<p><b>S :</b> Pasien mengatakan pernah jatuh 1x, kaki kadang leme  <b>O :</b> tekanan darah 160/90, nadi 95x/menit, suhu 36.7, Spo2 99%.</p> <p><b>A :</b> Risiko jatuh belum teratasi  : Lanjutkan intervensi  6. Identifikasi faktor jatuh  7. Identifikasi risiko jatuh</p>	

3	<p data-bbox="667 412 979 443">8. Identifikasi faktor lingkungan</p> <p data-bbox="630 512 1153 584">S : Pasien mengatakan masih sulit tidur, tidur juga kurang puas, istirahat tidak cukup</p> <p data-bbox="630 591 1153 663">O : tekanan darah 160/90, nadi 95x/menit, suhu 36.7, Spo2 99%.</p> <p data-bbox="655 669 965 701">: Gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p data-bbox="630 696 839 728">P : Lanjutkan intervensi</p> <ol data-bbox="667 730 1153 898" style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li><li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</li><li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur.</li></ol>
---	---

1	Jum'at/03-01-25/13.00 WIB	<p><b>S:</b>Pasien mengatakan nyeri kepala berkurang  <b>P:</b>Nyeri bertambah jika pasien berdiri dan berjalan  Nyeri berkurang jika pasien berbaring  <b>Q:</b>Nyeri dirasakan pasien seperti tertusuk dan berputar-putar  <b>R:</b>Pada seluruh bagian kepala  <b>S:</b>Skala nyeri 4  <b>T:</b>Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul</p> <p><b>O:</b> 1. Gelisah berkurang  1. Meringis berkurang  2. Vital sign  TD : 160/80 mmHg  RR : 20x/menit  Nadi: 96x/menit  <b>A:</b> Nyeri akut belum teratasi  <b>P:</b> Lanjutkan intervensi  1. Ajarkan strategi meredakan nyeri  2. Ajarkan tentang teknik non farmakologi:  Terapi brandt daroff</p>	
2		<p><b>S</b> : Pasien mengatakan pernah jatuh 1x, kaki lemes berkurang  <b>O</b> : tekanan darah 160/80, nadi 96x/menit, suhu 36.7  Spo2 99%.  : Risiko jatuh belum teratasi  <b>P</b> : Lanjutkan intervensi  1. Identifikasi faktor jatuh  2. Identifikasi risiko jatuh</p>	
3		<p><b>S</b> : Pasien mengatakan bisa tidur, tidur puas, istirahat cukup  <b>O</b> : tekanan darah 160/90, nadi 95x/menit, suhu 36.7,  Spo2 99%.</p>	

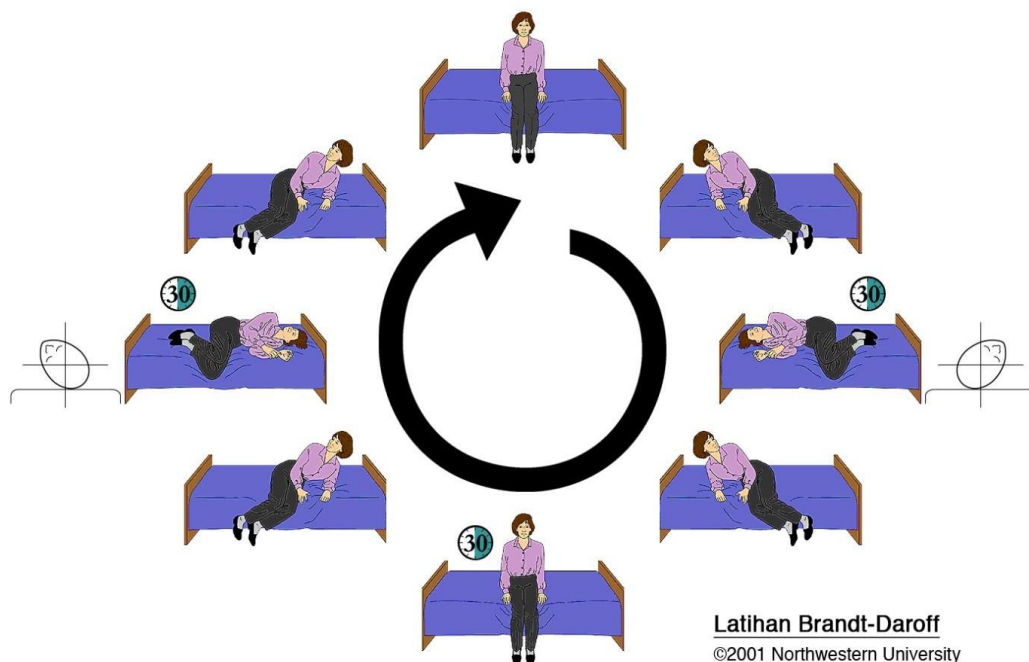
		<p><b>A :</b> Gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur.</li> </ol>	
<b>1</b>	Sabtu/04-01-25/13.00 WIB	<p><b>S:</b>Pasien mengatakan nyeri kepala berkurang  <b>P:</b>Nyeri bertambah jika pasien berdiri dan berjalan  Nyeri berkurang jika pasien berbaring  <b>Q:</b>Nyeri dirasakan pasien seperti tertusuk dan berputar-putar  <b>R:</b>Pada seluruh bagian kepala  <b>S:</b>Skala nyeri 3  <b>T:</b>Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul</p> <p><b>O:</b> 1. Gelisah berkurang  3. Meringis berkurang  4. Vital sign  TD : 150/80 mmHg  RR : 20x/menit  Nadi: 98x/menit</p> <p><b>A:</b> Nyeri akut teratasi  <b>P:</b> Hentikan intervensi</p>	

2	<p>S : Pasien mengatakan pernah jatuh 1x, kaki lemes berkurang</p> <p>O : tekanan darah 150/80, nadi 98x/menit, suhu 36.8, Spo2 97%.</p> <p>A : Risiko jatuh belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor jatuh</li> <li>2. Identifikasi risiko jatuh</li> </ol>
3	<p>S : Pasien mengatakan bisa tidur, tidur puas, istirahat cukup</p> <p>O : tekanan darah 150/80, nadi 98x/menit, suhu 36.8, Spo2 97%.</p> <p>A : Gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur.</li> </ol>

## Lampiran langkah terapi brandt daroff

### Metode Latihan Brandt-Daroff:

- 1 Pasien duduk tegak di tepi tempat tidur dengan kedua tungkai tergantung.
- 2 Dengan kedua mata tertutup baringkan tubuh dengan cepat ke salah satu sisi, pertahankan selama 30 detik.
- 3 Setelah itu duduk kembali selama 30 detik.
- 4 Baringkan tubuh dengan cepat ke sisi yang lain,



**Latihan Brandt-Daroff**

©2001 Northwestern University  
edited by Deddy Andaka / andaka.NET

➤ Latihan ini dilakukan 3 set per hari (pagi, siang dan malam) selama 2 minggu.

**Lampiran informed consent****INFORMED CONSENT**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Setelah mendapat penjelasan, saya menyatakan bersedia dengan sukarela menjadi responden untuk menerima manfaat tentang pemberian Tindakan keperawatan yang berjudul “**Penerapan Terapi *Brandt Daroff* Pada Pasien Vertigo Untuk Mengurangi Nyeri Akut Di Panti Pelayanan Sosial Lanjut Usia Dewanata Cilacap**”.

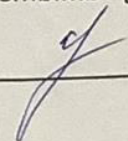
Demikian surat pernyataan ini saya buat.

## LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Febri Prayoga  
 NIM : 4111121034  
 Judul KIAN :

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
1.	2/7 <sup>2015</sup>	Ulang Rumus	af
2.	4/7 <sup>2015</sup>	Font, EVO, data plus. - spesifik Da kap.	af
3.	8/7 <sup>2015</sup>	- lengkapi data lx kap	af
4.	11/7 <sup>2015</sup>	- EBP / jurnal Birkbiza berikutnya Gibawa - Asap Asu Gibawa Suf Birkbiza	af
5.	25/7 <sup>2015</sup>	- BAB II & III - penemuan interpretasi	af
6.	28/7 <sup>2015</sup>	- EBP hrs Spentive Nene Kognitif	af

Pembimbing,

(  )