

# Assistancy in nursing care of medical surgical nursing for patients with nervous system disorders (vertigo) in flamboyan Room, General Hospital of Banjar

## KOLABORASI

Inspirasi  
Masyarakat Madani

Vol. 002, No. 001  
PP. 105-122  
EISSN: 2809 - 0438

---

Pendampingan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan gangguan sistem saraf (Vertigo) di Ruang Flamboyan RSU Banjar

Ikna Cahyadi Kurniawan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>STIKes Muhammadiyah Ciamis, Ciamis, Indonesia

Korespondensi: Ikna Cahyadi Kurniawan

Email: [iknakurniawan21@gmail.com](mailto:iknakurniawan21@gmail.com)

Alamat : Jl. KH. Ahmad Dahlan no 20 Ciamis 46216

## ABSTRACT

**Introduction:** Vertigo merupakan satu bentuk gangguan keseimbangan atau gangguan orientasi di ruangan atau lingkungan sekitar, seringkali dipicu karena menggerakkan kepala terlalu cepat, vertigo muncul karena adanya gangguan di indera pendengaran bagian dalam. Hal ini kemudian memicu masalah mekanisme keseimbangan tubuh

**Objective:** Asistensi ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien Ny. S Dengan diagnosa medis vertigo di ruang flamboyan RSU kota banjar pada tahun 2022

**Method:** Kegiatan asistensi dilakukan dengan memberikan asuhan keperawatan melalui 5 proses antara lain asesmen, diagnosis, intervensi keperawatan, dan evaluasi

**Result:** hasil yang diperoleh masalah utama yang muncul dengan diagnosa nyeri akut dan intoleransi aktifitas lalu di berikan intervensi selama 1 hari dengan hasil nyeri berkurang dan pasien mulai bisa melakukan aktifitas seperti makan, pergi ke toilet meskipun dengan bantuan keluarga.

**Conclusion:** pemberian asuhan keperawatan dengan diagnosa medis vertigo dapat teratasi

*Keywords: assistancy, nursing care, vertigo*

## Pendahuluan

### 1. Definisi

Vertigo adalah pergerakan tubuh atau lingkungan sekitar yang sebenarnya mengikuti atau tidak mengikuti oleh gejala organ di bawah pengaruh saraf otonom dan mata (Nurhartati, Musfirah, & Suryanti, 2021). Vertigo adalah suatu bentuk gangguan keseimbangan yang disertai perasaan seolah olah penderita bergerak atau berputar putar atau seolah olah benda

di sekitar penderita bergerak atau berputar, yang biasanya disertai dengan mual (Puspitasari & Sumarsih, 2011). Vertigo adalah vertigo merupakan satu bentuk gangguan keseimbangan atau gangguan orientasi di ruangan atau lingkungan sekitar (Sihombing, 2021). Jadi, dapat di simpulkan Vertigo merupakan kerusakan sistem syaraf yang akan membuat seseorang mengalami pusing berputar.

## **2. Etiologi**

Menurut (Pulungan, 2018) Faktor predisposisi penyakit vertigo diantaranya Motion sickness, Perilymphatic fistula, Vestibular migraine, dan Labirinitis. Sedangkan faktor presipitasinya antara lain Arteriosklerosis, Intoksikasi dan Nyeri kepala.

## **3. Klasifikasi**

### *Vertigo Periferal*

Vertigo adalah apa yang dialami sebagian orang. Vertigo perifer akibat oleh gangguan di indera pendengaran untuk mengatur keadaan tubuh. Dengan prosedur, ketika pasien menggerakkan kepalanya, indera pendengaran akan memberikan data posisi kepala ke otak dengan mengirimkan frekuensi. bertujuan untuk melindungi keseimbangan. Akan tetapi, ketika telinga bagian dalam bermasalah, seseorang akan langsung merasakan sakit dan pusing saat menggerakkan kepalanya. Ini dapat disebabkan oleh peradangan atau infeksi virus di telinga bagian dalam. Penyebab lain dari jenis vertigo ini dapat mencakup obat eksklusif (antibiotik aminoglikosida, cisplatin, diuretik, atau salisilat), cedera (seperti cedera kepala), radang saraf vestibular (neuronitis), iritasi dan pembengkakan telinga bagian dalam (labirinitis), penyakit Meniere, dan penekanan pada saraf (Iskandar & Hanina, 2020).

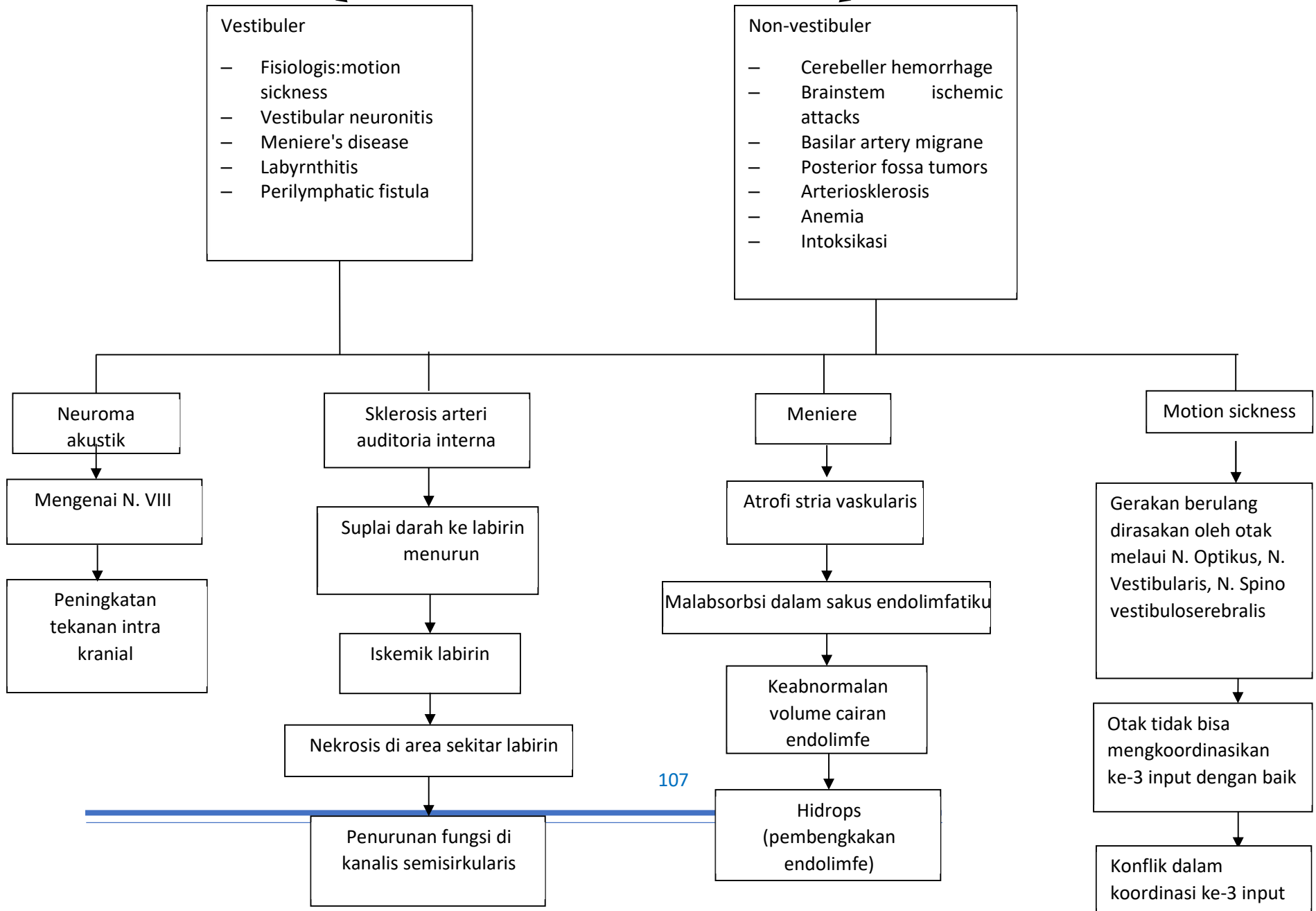
### *Vertigo sentral*

Suatu keadaan seorang terjadinya sensasi berputar yang mengakibatkan tidak fungsinya struktur vestibular pada sistem saraf pusat (SSP). Vertigo sentral juga dapat terjadi karena kondisi migrain, neuroma akustik, serangan iskemik transien atau stroke, tumor otak, atau pun cedera kepala. Gerakan mata yang tidak dapat dikendalikan, mata yang kurang fokus, sakit kepala, kelemahan, kesulitan menelan adalah gejala spesifik lain dari vertigo sentral (Iskandar & Hanina, 2020).

## **4. Patofisiologi dan pathway**

# ETIOLOGI

## Pathway



Sistem keseimbangan tubuh (vestibular) terganggu

Sensasi seperti bergerak, berputar

**VERTIGO**

B1

Dizzines

Merangsang saraf parasimpatis

Bronkokonstriksi

Hipoventilasi

Kerja napas meningkat

Dyspnea

MK : Kerusakan pertukaran gas

MK : Pola nafas tidak efektif

B2

Ketidak seimbangan proses peredaran darah

Kontraksi jantung meningkat

Takikardi

Disritmia

MK : Gg. Perfusi jaringan

B3

Gg. di SSP atau SST

Spasme otot

Nyeri, sakit kepala

MK : Gg. Rasa nyaman

Disorientasi

Kesadaran menurun

MK : Resiko Cidera

MK: gangguan pola tidur

MK: nyeri akut

B4

Sirkulasi oksigen di otak menurun

Kompensasi jantung memompa lebih cepat

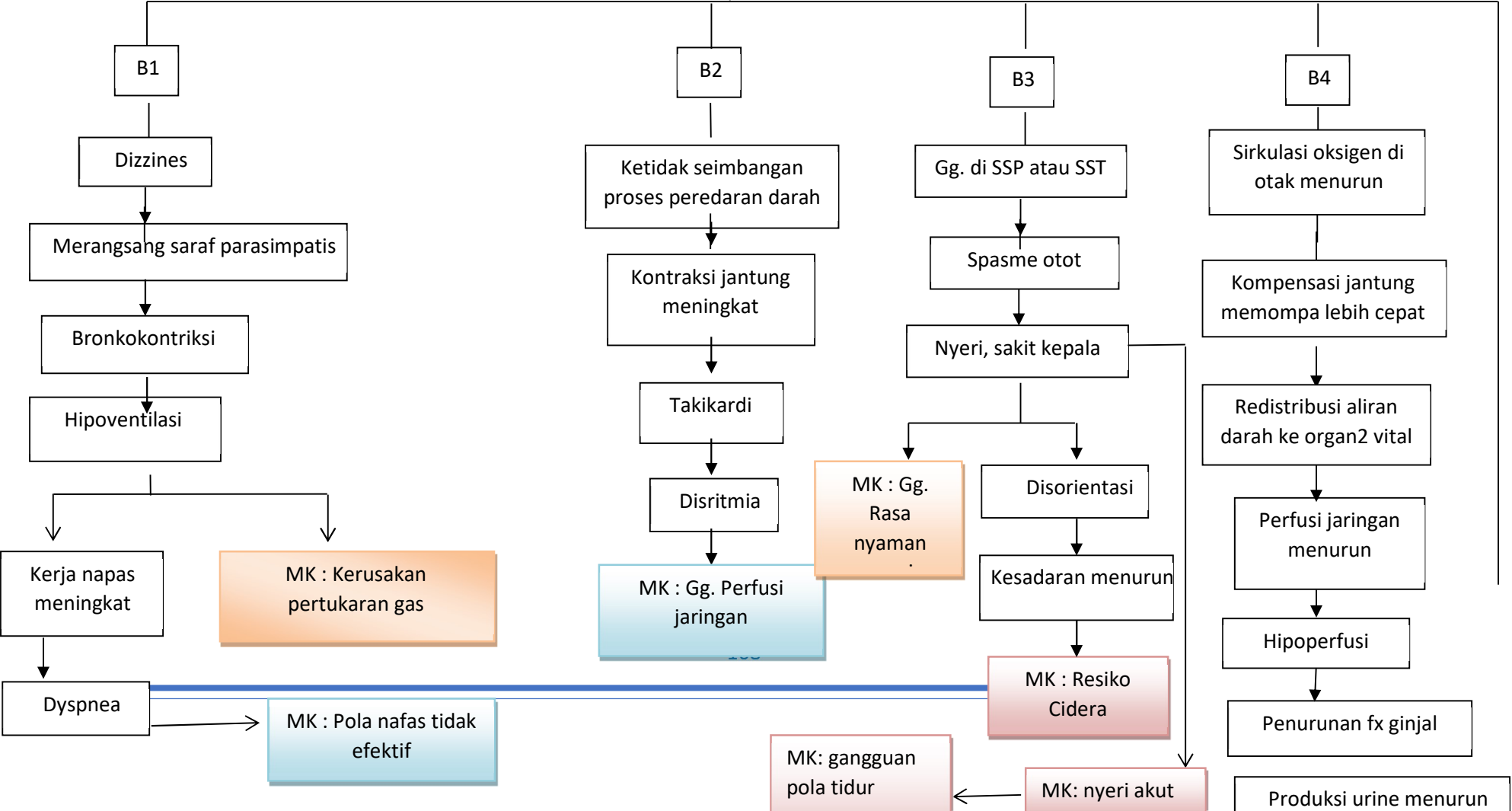
Redistribusi aliran darah ke organ2 vital

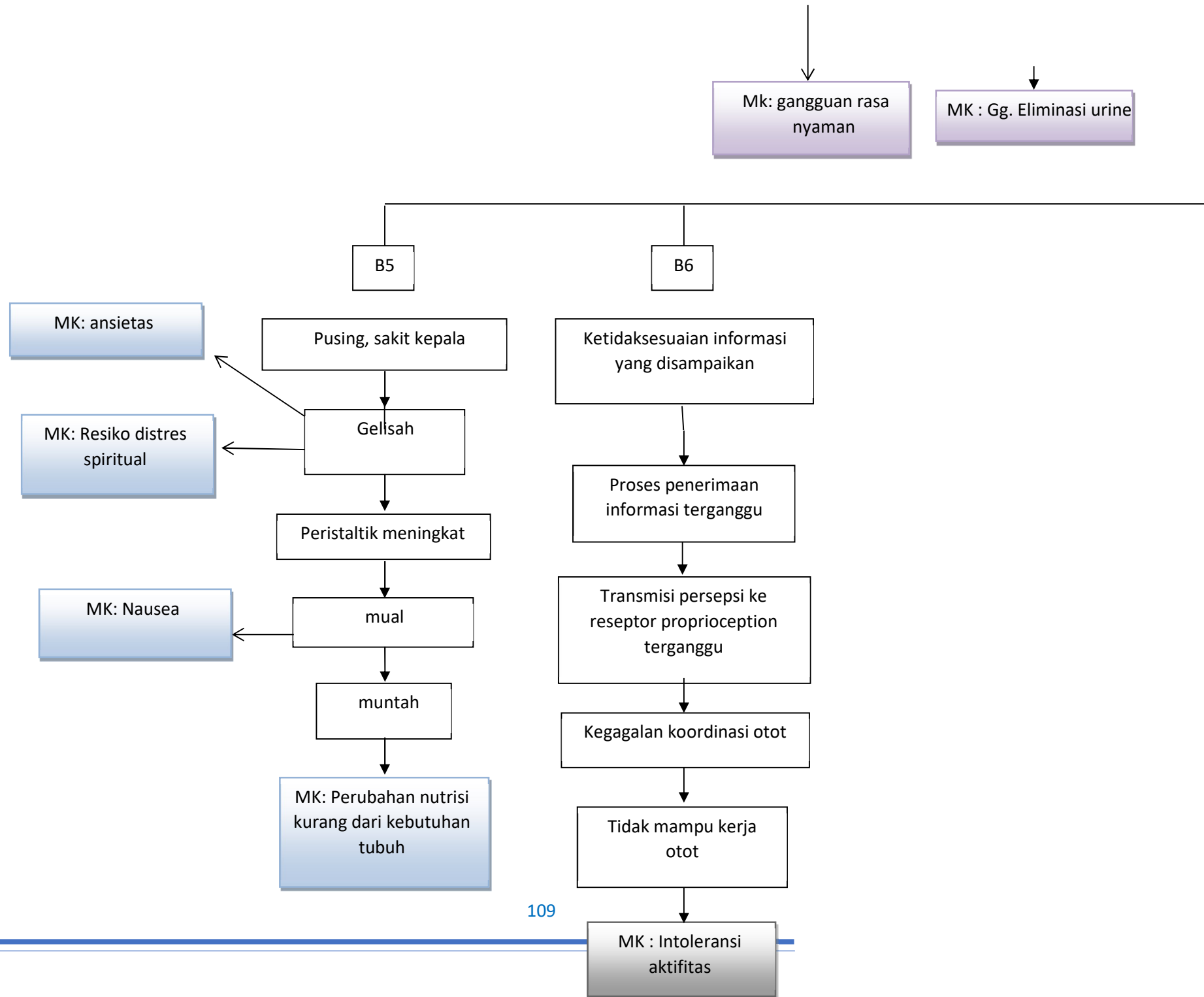
Perfusi jaringan menurun

Hipoperfusi

Penurunan fx ginjal

Produksi urine menurun





## 5. Manifestasi klinik

Menurut Diah Ayu Prameswari (2021) Tanda Vertigo antara lain Mual, Muntah dan telinga berdengung. Adapun gejala yang muncul adalah Pusing, Sensasi kepala berputar, Hilang keseimbangan dan Kepala tiba tiba berat.

## 6. Pemeriksaan Penunjang

- a. CT-scan atau MRI kepala dapat menunjukkan kelainan tulang atau tumor yang menekan saraf. Jika dicurigai adanya infeksi, sampel cairan dari telinga atau sinus dan tulang belakang dapat diambil.
- b. Pemeriksaan angiogram, dilakukan karena adanya penurunan sirkulasi darah ke otak. Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat apakah ada penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju ke otak. tiga. pemeriksaan khusus : ENG, Audiometri dan BAEP, psikiatri, laboratorium

## 7. Terapi farmakologi dan non-farmakologi

Menurut Hasyim Faturachman (2021) :

- a. Terapi Farmakologi antihistamine, antikoligenerik, ondansetron, Prometazine, Benzodiazepine, diazepam dan Lorazepam
- b. Terapi Non Farmakologi Minyak esensial, Perubahan posisi tidur, Terapi vertigo air, Minum air putih dan latihan Yoga

## 8. Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa	Nomor Diagnosa	Halaman
1.	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan dyspnea	D.0005	26
2.	Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan hipoventila	D.0002	22
3.	Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan disritmia	D.0009	37
4.	Gangguan rasa berhubungan dengan nyeri sakit kepala	D.0074	166
5.	Nyeri akut berhubungan dengan nyeri sakit kepala	D.0077	172
6.	Resiko cedera berhubungan dengan kesadaran menurun	D.0136	294
7.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akut	D.0055	126
8.	Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan produksi urine	D.0040	96
9.	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan nyeri akut	D.0074	166
10.	Ansietas berhubungan dengan gelisah	D.0080	180
11.	Resiko distres spiritual berhubungan dengan gelisah	D.0100	218
12.	Nausea berhubungan dengan mual muntah	D.0076	170
13.	Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia	D.0019	56
14.	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakteraturan kerja otot	D.0056	128

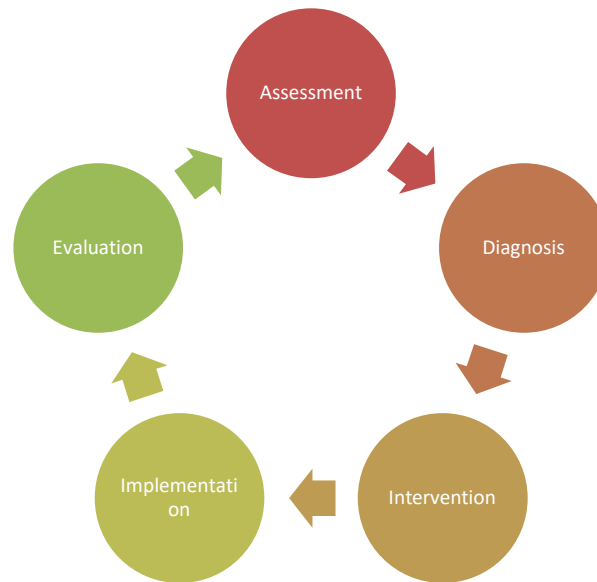
Sumber: Buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, PPNI (2006)

## Tujuan

Asistensi ini untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien Ny, S dengan diagnosa medis Vertigo di ruang Flamboyan RSUD kota banjar

## Metode

Kegiatan Asistensi Asuhan Keperawatan dilaksanakan pada tanggal 07-8 desember 2021 di Ruang flamboyan RSUD kota banjar yang mencakup 5 tahapan proses asuhan keperawatan yang dapat dilihat pada gambar 1 di bawah ini.



Gambar 1. Nursing Process

Proses keperawatan adalah metode ilmiah yang digunakan dalam kegiatan keperawatan untuk membantu pemberi asuhan memberikan asuhan secara profesional (Suhanda, et al., 2021; Widianti, et al., 2021). Proses keperawatan membantu pemberi perawatan dalam implementasi praktik keperawatan yang sistematis dan terarah dalam memecahkan masalah keperawatan pasien. Proses keperawatan dimulai dengan evaluasi, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Pengkajian merupakan proses pertama dalam fase keperawatan. Asesmen adalah kegiatan pengumpulan data pasien yang lengkap dan sistematis yang diselidiki dan dianalisis untuk mengidentifikasi masalah fisik, psikologis, sosial, mental atau kesehatan pasien (Ariyanto, et al., 2021; Ulina, Eka, & Yoche, 2020).

Diagnosa keperawatan menggambarkan reaksi individu atau kelompok manusia (resiko status kesehatan atau perubahan pola) dan diturunkan dari proses pengkajian pertama yang dilakukan melalui proses analitis. Penegakan diagnosis keperawatan harus memenuhi beberapa persyaratan, antara lain pernyataan yang jelas dan ringkas dari reaksi klien terhadap situasi atau situasi tertentu, instruksi keperawatan yang spesifik dan akurat, dapat dilakukan oleh staf

keperawatan, dan klien. Dapat mencerminkan status kesehatan (Atmanto, Aggorowati, & Rofii, 2020; Firmansyah, et al., 2021; Firmansyah, et al., 2021b).

Rencana perawatan (intervensi) adalah setiap rencana tindakan yang dilakukan pada pasien untuk mengatasi masalah atau diagnosa yang dibuat pada pasien. Rencana perawatan yang dikembangkan dengan baik mempromosikan perawatan lanjutan dari satu pengasuh ke pengasuh lainnya. Ini memberi semua staf perawat kesempatan untuk memastikan perawatan yang konsisten dan berkualitas. Beberapa langkah dalam mengembangkan rencana asuhan keperawatan meliputi penetapan prioritas, penetapan kriteria tujuan dan hasil yang diharapkan, penetapan intervensi keperawatan yang tepat, dan pembuatan rencana asuhan keperawatan. (Koerniawan, Daeli, & Srimiyati, 2020; Widiati et al., 2021).

Implementasi keperawatan merupakan implementasi dari suatu rencana tindakan untuk mencapai tujuan tertentu. Pengasuh harus memiliki keterampilan kognitif (intelektual), interpersonal, dan perilaku agar berhasil dalam memberikan perawatan sesuai dengan rencana perawatan. Proses implementasi harus didasarkan pada kebutuhan pelanggan, faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan perawatan, strategi implementasi perawatan, dan aktivitas komunikasi (Koerniawan et al., 2020; Suhandi et al., 2021).

Evaluasi adalah penilaian respon pasien terhadap perilaku keperawatan yang telah dilakukan oleh pemberi asuhan terhadap pasien dengan mengacu pada kriteria atau kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya dalam pengembangan tujuan. Penilaian biasanya merupakan hasil atau penilaian total yang dilakukan dengan membandingkan proses atau penilaian formatif yang dilakukan setelah setiap tindakan diselesaikan dengan respon klien terhadap tujuan tertentu dan tujuan umum yang telah ditetapkan sebelumnya. Itu dilakukan. (Lismayanti, et al., 2021; Srinayanti, et al., 2021; Supratti & Ashriady, 2018).

## Hasil dan Pembahasan

### 1. Pengkajian

#### a. Identitas Klien

Nama	: Ny. S
Umur	: 40 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Wiraswasta
Suku bangsa	: Indonesia
Status perkawinan	: Kawin
Golongan darah	:
No. Cm	: 445544
Tanggal masuk	: 6 Desember 2021
Tanggal pengkajian	: 7 Desember 2021
Diagnosa medis	: Vertigo
Alamat	: Sindangmulya Rt/Rw 06/01 tanjungsari banjar



**b. Identitas Penanggung jawab**

Nama : Ny. E  
Umur : 45 tahun  
Jenis kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : IRT  
Suku bangsa : Indonesia  
Hub. Dengan klien : Kakak  
Alamat : Sindangmulya Rt/Rw 06/01 tanjungsari banjar

**c. Keluhan Utama**

Nyeri Kepala hebat serta pusing

**d. Riwayat Penyakit Sekarang**

Klien masuk ke IGD pada tanggal 7 Desember 2021 dengan mengeluh nyeri kepala yang hebat dan pusing berputar, mual muntah

P: Klien mengatakan nyeri di rasakan terus menerus

Q: Klien mengatakan nyeri nyeri terasa di tusuk-tusuk

R: Klien mengatakan Nyeri di bagian kepala

S: Klien mengatakan nyeri diskla 7(0-10)

T: Klien berusaha mengurangi gerakan agar nyeri terasa lebih ringan

**e. Riwayat Penyakit Dahulu**

Klien mempunyai riwayat penyakit hipertensi

**f. Pemeriksaan Fisik**

1) Keadaan Umum

Kesadaran Composmentis, GCS 15 (E4 V5 M6)

T : 150/90 mmHg

P : 88 x/m

R : 20 x/m

S : 36°C

SPO2 : 93%

2) Sistem Pernafasan

Inspeksi : pengembangan dinding dada simetris, frekuensi napas lambat,

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : resonan

Auskultasi : nafas vesikular

3) Sistem Kardiovaskuler

Inspeksi : konjungtiva merah muda, bibir lembab

Palpasi : vena jugularis tidak teraba akral hangat nadi 88x/menit

Auskultasi : tidak ada suara jantung tambahan, suara jantung lup dup

4) Sistem Pencernaan

Inspeksi : bentuk terlihat simetris tidak ada lesi, perut kembung

Palpasi : terdapat nyeri tekan di bagian perut tengah atas, tidak ada benjolan

Perkusi : terdengar suara timpani

- Auskultasi :
- 5) Sistem Syaraf  
Inspeksi : kesadaran composmentis GCS 15, fungsi nervus kranial  
Nervus I (Olfaktori) : fungsi penciuman baik, bisa membedakan aroma  
Nervus II (Optikus) : letak kedua mata simetris, fungsi penglihatan baik  
Nervus III (Okulomotor) : bentuk simetris, pergerakan bola mata baik  
Nervus IV (Throklearis) : klien bisa mengerakan mata  
Nervus V (Trigeminus) : klien dapat menutup mata dan membuka mulut klien dapat mengunyah dan menelan  
Nervus VI (Abdusen) : klien tidak bisa mengerakan bola mata karena pusing  
Nervus VII (Fasialis) : bentuk bibir simetris fungsi pengecapan baik dapat membedakan rasa pait dan manis  
Nervus VIII (Vestibulokoklearis) : pendengaran baik, namun ketika mendengarkan suara keras terasa pusing  
Nervus IX (Glosofaringeus) : klien dapat membedakan rasa manis asam,pahit pada saat makan  
Nervus X (Vagus) : gerakan lidh baik, fungsi sensorik baik fungsi motorik ada gangguan  
Nervus XI (Accesoris) : gerakan kepala dan bahu normal  
Nervus XII (Hipoglosus) : klien dapat menggerakan lidah kekiri dan kekanan kedalam keluar
  - 6) Sistem penglihatan  
Inspeksi : bentuk mata simetris  
Palpasi : tidak ada nyeri tekan
  - 7) Sistem pendengaran  
Inspeksi : bentuk telinga simetris  
Palpasi : tidak ada nyeri tekan
  - 8) Sistem perkemihan  
Inspeksi : tidak terlihat adanya pembengkakan pada kandung kemih  
Palpasi : tidak ada nyeri tekan, kandung kemih kosong tidak terdapat distensi
  - 9) Sistem muskuloskeletal  
Inspeksi : bentuk simetris, pergerakan normal  
Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan kekuatan otot 4 dapat melakukan gerak rentang penuh
  - 10) Sistem endokrin  
Inspeksi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid  
Palpasi : tidak ada nyeri tekan
  - 11) Sistem intagumen  
Inspeksi : keadaan kulit bersih, warna sawo matang, tekstur kulit lembut tidak ada lesi  
Palpasi : turgor kulit kembali cepat

**g. Pola aktifitas**

No	Jenis pengkajian	Di rumah	Dirumah sakit
1	makan		
	frekuensi	3x1	2x1
	Jenis	nasi	bubur
	Porsi	2	1
	Cara	mandiri	Di bantu
	keluhan	-	
2	Minum		
	frekuensi	5x1	3x1
	Jenis	Air putih	Air putih
	Cara	mandiri	mandiri
	keluhan	-	-
3	Bab		
	Frekuensi konsistensi	padat	lembek
	Warna	coklat	kuning
	Bau	khas	khas
	Cara	mandiri	Di bantu
	keluhan	-	-
4	Bak		
	frekuensi	10x1	7x1
	Warna	kuning	kuning
	Bau	amoniak	amoniak
	Cara	mandiri	Di bantu
	keluhan	-	-
5	Pola istirahat tidur		
	malam	8 jam	3 jam
	Siang	1-2 jam	1-2 jam
6	Personal hygiene mandi		
	Gosok gigi	2x1	1x1
	Ganti pakaian	2x1	1x1
	Cara	mandiri	Di bantu
	keluhan	-	-

## **h. Data Psikologi, sosial dan spiritual**

### *Data psikologi*

- 1) Penampilan atau gambaran diri  
Klien mengatakan sering merasa pusing ketika menggerakkan kepala secara tiba-tiba
- 2) Status emosi  
Klien sudah menerima kenyataan yang dialaminya
- 3) Harga diri  
Klien tidak mengalami turunya harga diri
- 4) Ideal diri  
Klien sangat mengharapkan kesembuhan dan bisa beraktifitas secara normal
- 5) Peran diri  
Klien berperan sebagai ibu rumah tangga
- 6) Identitas diri  
Klien dapat mengenali dirinya dan orang sekitarnya
- 7) Kecemasan  
Klien mulai bisa meminimalisir kecemasan

### *Data sosial*

Klien dapat bersosialisasi dengan lingkungan sekitar

### *Data spiritual*

Klien senantiasa berdoa ke Allah SWT untuk kesembuhannya dan yakin bahwa penyakitnya sekarang adalah cobaan

## **2. Diagnosa keperawatan**

<b>Diagnosa</b>	<b>Nomor diagnosa</b>	<b>Halaman</b>
1. Nyeri akut berhubungan dengan stres dan ketegangan syaraf vasopressor peningkatan intracranial	D.0077	172
2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum	D.0056	128
3. Defisit pengetahuan berhubungan kurangnya terpapar informasi	D.0111	246

### 3. Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan

Tabel Intervensi dan Luaran Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan stres dan ketegangan syaraf vasopressor peningkatan intracranial</p> <p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak nyaman dengan nyeri yang di alaminya</li> <li>- Klien mengatakan nyeri pada kepala seperti di tusuk tusuk</li> <li>- Klien mengatakan nyeri kepala dirasakan saat menggerakan badan saat bangun dan duduk</li> </ul> <p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tensi : 130/mmHg</li> <li>Puls:88x/m</li> <li>Respirasi :20x/m</li> <li>Suhu: 36 °C</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perubahan perfusi jaringan kembali normal dengan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mampu mengontrol nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Mampu mengenal nyeri (skala,intensitas,frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>- Tidak ada keringat dingin, tanda vital dalam batas normal</li> </ul> <p>T : 130/80mmHg P : 60x/menit R : 18-20 x/menit S : 36-37,5°C</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. pantau tanda tanda vital</li> <li>2. Kaji tingkat frekuensi, dan reaksi nyeri yang di alami klien</li> <li>3. Ciptakan suasana nyaman dan lingkungan yang tenang dan aman</li> <li>4. Delegatif pemberian obat yang dapat mengurai nyeri sesuai indikasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda tanda vital</li> <li>2. Mengkaji tingkat frekuensi dan reaksi nyeri yang di alami klien</li> <li>3. Pemberian obat melalui IV Ondansentron Ceftriaxon</li> </ol>	<p>s : klien mengatakan lemas dan pusing berputar putar namun berkurang , nyeri berkurang di sekitar leher</p> <p>o : klien masih meringis kesakitan saat mengerakan badannya</p> <p>A : nyeri akut</p> <p>P : intervensi di hentikan</p>	

- Klien tampak memegang kepala, klien tampak gelisah
- Skala nyeri 7
- Klien tampak meringis saat menggerakkan tubuhnya

2	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien mampu melakukan aktivitas secara mandiri dengan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda tanda vital dan keluhan utama</li> <li>2. Observasi kondisi fisik</li> <li>3. Ajarkan klien ROM</li> <li>4. Observasi kembali peningkatan gerak fisik</li> <li>5. Anjurkan mobilisasi secara bertahap mulai duduk sampai berjalan dengan di</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyiapkan lingkungan yang aman dan nyaman</li> <li>2. Observasi kembali peningkatan gerak fisik</li> <li>3. Siapkan lingkungan yang tenang dengan pertahankan tirah baring dan batasi pengunjung</li> </ol>	<p>S : klien mengatakan sudah mampu duduk walau masih terasa pusing</p> <p>O : klien nampak duduk di tempat tidur</p> <p>A : intoleransi aktifitas</p> <p>P : intervensi di hentikan</p>
	<b>DS :</b>	Kriteria hasil :			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur karena saat di gerakan merasa pusing dan berputar putar</li> <li>- Klien mengatakan untuk memenuhi kebutuhan perawatan seperti makan/minum mandi mobilitas berpindah dan ambulansi di</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengikuti dalam aktifitas jangan di sertai meningkatnya tekanan darah</li> <li>- bisa melakukan kegiatan aktifitas secara mandiri</li> </ul>			

	bantu oleh orang lain	bantu keluarga
<b>DO :</b>		
-	Klien hanya berbaring di tempat tidur dengan kondisi lemah	
-	Kekuatan otot : Ekstremitas atas kanan 4 Ekstremitas bawah 4	

3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi <b>DS :</b> - Klien mengatakan tidak memahami penyakit yang ia alami sekarang dulu ia pernah mengalami keluhan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nutrisi klien kembali adekuat dengan Kriteria hasil : - Klien dan keluarga mengatakan paham tentang vertigo dan	1. Monitor tanda tanda vital 2. Kaji pengetahuan pasien dan keluarga tentang vertigo 3. Berikan penjelasan pada klien tentang penyakit dan kondisinya 4. Minta pasien dan keluarga	1. Melakukan observasi tanda-tanda vital Td : 130/80mmHg P : 60x/m R : 20x/m S : 36 c 2. Mengobservasi tingkat pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakitnya 3. Di harapkan pasien paham apa penyakit yang	S : klien dan keluarga mengatakan masih mengingat informasi tentang penyakit yang di berikan oleh perawat dan dapat mengulangi informasi tersebut O : klien dan keluarga
---	--	--	---	--	---

	seperti ini namun tidak terlalu mengganggu sehingga tidak di bawa ke rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dan keluarga mampu melakukan apa yang di jelaskan oleh perawat</li> <li>- Klien dan keluarga bisa memaparkan ulang apa yang di jelaskan</li> </ul>	memaparkan ulang pengarahen penyakit vertigo yang telah di berikan oleh perawat	di deritanya sekarang	dapat mengulangi informasi tentang penyakit yang di berikan oleh perawat A : difisit pengetahuan P : intervensi dihentikan
<b>DO :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat tidak mengerti bila di tanyakan tentang vertigo</li> </ul>				



## Kesimpulan

Kegiatan proses keperawatan yang dilakukan terhadap pasien Sdr. S dengan diagnosa medis Vertigo di ruang Flamboyan RSUD kota banjar, saat dilakukan pengkajian ditemukan data-data yang mendukung untuk menegakan tiga diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan yang ditegakan antara lain nyeri akut b/d stres dan ketegangan syaraf, intoleransi aktifitas dan defisit pengetahuan. Untuk mengatasi masalah atau diagnosa yang di temukan Perawat membuat perencanaan dan melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan SOP serta melakukan evaluasi dari tindakan yang dilakukan. Setelah dilakukan proses pemberian asuhan keperawatan dari tanggal 07-08 Desember 2021 dapat disimpulkan bahwa masalah-masalah keperawatan yang ditemukan pada Sdr. S dengan diagnosa medis vertigo dapat teratasi.

## Referensi

1. Atmanto, A. P., Aggorowati, & Rofii, M. (2020). Efektifitas pedoman pendokumentasian diagnosa dan intervensi keperawatan berbasis android terhadap peningkatan mutu dokumentasi keperawatan di ruang rawat inap. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*, 9, 83–92.
2. Diah Ayu Prameswari, D. (2021). Asuhan keperawatan pada pasien vertigo dalam pemenuhan kebutuhan Aman dan Keselamatan. Universitas Kusuma Husada Surakarta.
3. Firmansyah, A., Setiawan, H., & Ariyanto, H. (2021). Studi Kasus Implementasi Evidence-Based Nursing: Water Tepid Sponge Bath Untuk Menurunkan Demam Pasien Tifoid. *Viva Medika: Jurnal Kesehatan, Kebidanan Dan Keperawatan*, 14(2), 174–181.
4. Firmansyah, A., Setiawan, H., Wibowo, D. A., Rohita, T., & Umami, A. (2021). Virtual Reality (VR) Media Distraction Relieve Anxiety Level of the Children During Circumcision. In *1st Paris Van Java International Seminar on Health, Economics, Social Science and Humanities (PVJ-ISHESSH 2020)* (pp. 611–614). Atlantis Press.
5. HASYIM FATURACHMAN, H. (2021). Asuhan Keperawatan Kegawat Daruratan Pada Pasien Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Bppv) Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman Dan Keselamatan. Universitas Kusuma Husada Surakarta.
6. Heri Ariyanto, Nurapandi, A., Purwati, A. E., Kusumawaty, J., & Setiawan, H. (2021). Genetic counseling program for patient with hyperglycemic syndrome. *Journal of Holistic Nursing Science*, 8(2), 2–9.
7. Iskandar, M. M., & Hanina, H. (2020). Peningkatan Pengetahuan Orangtua Murid Tentang Klasifikasi Nyeri Kepala Dan Vertigo Pada Anak Di Tk Annisa Kota Jambi Dengan Metode Penyuluhan. *Jurnal MEDIC (Medical Dedication)*, 3(1), 27–32.
8. Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 739–751. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198>
9. Lismayanti, L., Ariyanto, H., Azmi, A., Nigusyanti, A. F., & Andira, R. A. (2021). Murattal Al-Quran Therapy to Reduce Anxiety among Operating Patients. *Genius Journal*, 02(1), 9–15.
10. Nurhartati, A., Musfirah, M., & Suryanti, S. (2021). Pengaruh Intensitas Kebisingan Terhadap Kejadian Sindroma Vertigo Pada Karyawan Unit Produksi Pt Maruki International Indonesia Makassar. *Sulolipu: Media Komunikasi Sivitas Akademika Dan Masyarakat*, 21(1), 24–31.

11. Pulungan, P. (2018). Hubungan Vertigo Perifer dengan Kualitas Tidur.
12. Puspitasari, H. A., & Sumarsih, T. (2011). Faktor-faktor yang mempengaruhi Penyembuhan Luka Post Operasi Sectio Caesarea (SC). *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 7(1).
13. Sihombing, A. S. (2021). Analisis Dan Perancangan Sistem Pakar Untuk Mendiagnosa Penyakit Vertigo Dengan Metode Dempster Shafer. *Jurnal Msi*, 6(1), 43–54.
14. Srinayanti, Y., Malik, A. A., & Sandi, Y. D. L. (2021). Cold Compress Therapy Against Muscle Stiffness in Patients with Hypokalemia. *Genius Journal*, 2(1), 16–21.
15. Suhanda, Setiawan, H., Ariyanto, H., & Oktavia, W. (2021). A Case Study: Murotal Distraction to Reduce Pain Level among Post-Mastectomy Patients Suhanda1,. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 4(3), 325–331. <https://doi.org/http://doi.org.10.35654/ijnhs.v4i3.461> Abstract.
16. Supratti, & Ashriady. (2018). Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 2(1), 44. <https://doi.org/10.33490/jkm.v2i1.13>
17. Ulina, J. M., Eka, N. G. A., & Yoche, M. M. (2020). Persepsi Perawat Tentang Melengkapi Pengkajian Awal Di Satu Rumah Sakit Swasta Indonesia. *Nursing Current Jurnal Keperawatan*, 8(1), 71. <https://doi.org/10.19166/nc.v8i1.2724>
18. Widianti, W., Andriani, D., Firdaus, F. A., & Setiawan, H. (2021). Range of Motion Exercise to Improve Muscle Strength among Stroke Patients: A Literature Review. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 4(3), 332–343.