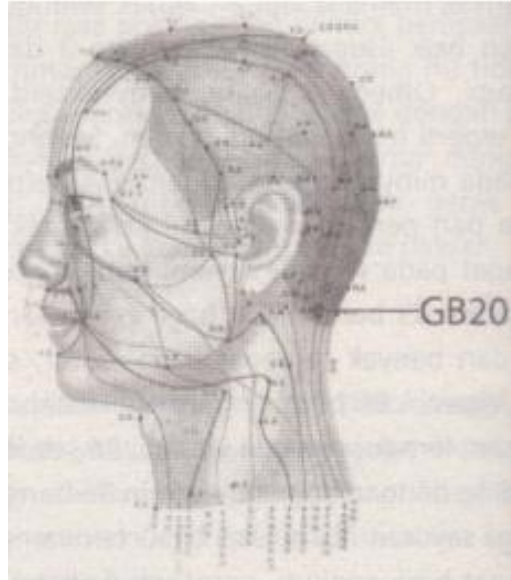
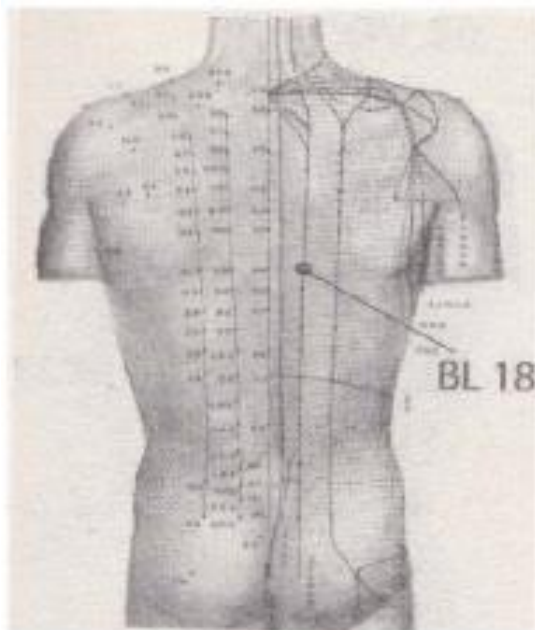


Lampiran 1

GAMBAR LOKASI TITIK AKUPRESURE



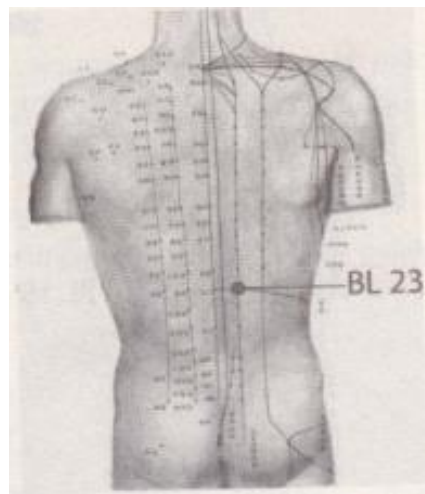
Gambar 2 Lokasi Titik Akupresur GB 20



Gambar 3 Lokasi Titik Akupresur BL 18



Gambar 4 Lokasi Titik Akupresur Ki 3




Gambar 5 Lokasi Titik Akupresur BL 23



Gambar 6 Lokasi Titik Akupresur LR 2

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
KOMPLEMENTER (AKUPRESUR)
PADA PASIEN VERTIGO**

	AKUPRESUR UNTUK VERTIGO
Pengertian	Akupresur merupakan salah satu bentuk pengobatan tradisional keterampilan dengan cara menekan titik-titik akupuntur dengan penekanan menggunakan jari atau benda tumpul di permukaan tubuh, dalam rangka mendukung upaya promotif, preventif, dan rehabilitatif dalam lingkup pelayanan kesehatan.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Menimbulkan relaksasi yang dalam 2) Memperbaiki sirkulasi darah pada otot sehingga mengurangi nyeri dan inflamasi 3) Memperbaiki secara langsung maupun tidak langsung fungsi setiap organ internal 4) Membantu memperbaiki mobilitas. 5) Menurunkan tekanan darah
Indikasi	Pasien dengan vertigo
Kontraindikasi	luka, bengkak, tulang retak atau patah dan kulit yang terbakar
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1) Menyediakan alat 2) Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan 3) Mengukur tekanan darah penderita vertigo sebelum melakukan akupresure dan dicatat dalam lembar observasi
Persiapan alat dan bahan	<ol style="list-style-type: none"> 4) Sphygmonometer 5) Stetoskop 6) Minyak zaitun 7) Lembar observsi tekanan darah 8) Tissue bassah dan kering 9) Matras
Cara kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1) Klien diterima dengan sopan 2) Data diri klien dicatat 3) Jaga privasi klien dengan menutup tirai 4) Siapkan alat dan bahan seperti matras, minyak zaitun, tissue basah & kering, sphygmomanometer

	<ol style="list-style-type: none"> 5) Atur posisi klien dengan memposisikan pada posisi terlentang (supinasi), duduk dengan tangan bertumpu dimeja, berbaring miring, atau tengkurup dan berikan alas 6) Pastikan klien dalam keadaan rileks dan nyaman 7) Bantu melepaskan pakaian klien atau aksesoris yang dapat menghambat tindakan akupresur yang akan dilakukan, jika perlu 8) Cuci tangan 9) Kaji keluhan klien dan ukur TTV pasien 10) Bersihkan telapak kaki klien dengan tissue basah 11) Keringkan telapak kaki klien dengan tissue kering 12) Tuangkan minyak zaitun ke tangan secukupnya 13) Massage ringan kaki klien untuk melemaskan otot- otot kaki agar tidak kaku 14) Cari titik-titik rangsangan yang ada di tubuh, menekannya hingga masuk ke sistem saraf. Bila penerapan akupresur memakai jarum, akupresur hanya memakai gerakan tangan dan jari, yaitu teknis tekan putar, tekan titik, dan tekan lurus . 15) Titik akupresur untuk mengatasi vertigo, KI 1, LR 3, LI 4, GB20, dan GB21 16) Setelah titik ditemukan, oleskan minyak secukupnya pada titik tersebut untuk memudahkan melakukan pemijatan atau penekanan dan mengurangi nyeri lecet ketika penekanan dilakukan. 17) Lakukan pemijatan atau penekanan menggunakan jempol tangan atau jari lain dengan 30 kali pemijatan atau pemutaran searah jarum jam untuk menguatkan dan 40-60 kali pemijatan atau putaran ke kiri untuk melemahkan. Pemijatan dilakukan pada masing- masing bagian tubuh (kiri dan kanan) kecuali pada titik yang terletak dibagian tengah.
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Beritahu responden bahwa tindakan sudah selesai 2) dilakukan, rapikan klien kembali ke posisi yang nyaman 3) Tanyakan pada klien bagaimana perasaanya 4) Berikan reinforcement positif kepada pasien dan berikan air putih 1 gelas 5) Rapikan alat dan cuci tangan 6) Kaji tekanan darah klien

Hal-hal yang harus diperhatikan	<ol style="list-style-type: none">1) Kondisi klien jika terlalu lapar, terlalu kenyang2) Kondisi ruangan yang nyaman, suhu tidak terlalu panas, tidak terlalu dingin, pencahayaan yang cukup tidak remang-remang3) Posisi klien dengan keadaan duduk pastikan pasien merasa nyaman dalam posisi tersebut.
---------------------------------	---

Lampiran 3

**LEMBAR OBSERVASI ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
VERTIGO DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN DI
WILAYAH UPT PUSKESMAS DAWAN I TAHUN 2020**

Petunjuk Pengisian: Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberikan tanda cek list (☐) jawaban ya dan tidak pada kolom di bawah ini.

Pada pasien 1 (Ny. D)

No	Indikator Observasi	Hari pertama	hari kedua	Hari ketiga	Hari keempat	Hari ke lima
1	Indikator 1 (Nyaman: 76-100%) a. Pasien tampak tenang b. Tidak ada keluhan mual c. Tidak ada keluhan muntah d. Mampu untuk rileks			✓	✓	✓
2	Indikator 2 (Cukup Nyaman: 56-75%) a. Pasien tampak lemas b. tampak mual tidak sampai muntah c. Mulut tampak kering d. Berkeringat dingin e. Pusing f. Mengeluh sulit tidur g. Tidak mampu rileks	✓	✓			

3	<p>Indikator 3 (Kurang Nyaman : <56%)</p> <p>a. Pasien tampak gelisah</p> <p>b. Tampak mual dan muntah</p> <p>c. Tampak bersikap protektif (waspada posisi menghindari nyeri)</p> <p>d. Mulut kering</p>				
---	---	--	--	--	--

Sumber: PPNI, T. P. S. D. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (I)*. Jakarta Selatan: DPP PPNI

Keterangan:

1. Indikator 1 pasien dinyatakan nyaman dengan presentase 76-100% apabila pasien tampak tenang, tidak ada keluhan mual, tidak ada keluhan muntah, mampu untuk rileks.
2. Indikator 2 pasien dinyatakan cukup nyaman dengan presentase 56-75% apabila pasien tampak lemas, tampak mual tidak sampai muntah, pusing, mulut tampak kering, berkeringat dingin, tidak mampu untuk rileks.
3. Indikator 3 pasien dinyatakan kurang nyaman dengan presentase <56% apabila pasien tampak gelisah, tampak mual dan muntah, tampak bersikap protektif (waspada posisi menghindari nyeri), mulut kering,

**LEMBAR OBSERVASI ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
VERTIGO DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN DI
WILAYAH UPT PUSKESMAS DAWAN I TAHUN 2020**

Petunjuk Pengisian: Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberikan tanda cek list (✓) jawaban ya dan tidak pada kolom di bawah ini.

Pada pasien 2 (Ny. C)

No	Indikator Observasi	Hari pertama	hari kedua	Hari ketiga	Hari keempat	Hari ke lima
1	Indikator 1 (Nyaman: 76-100%) a. Pasien tampak tenang b. Tidak ada keluhan mual c. Tidak ada keluhan muntah d. Mulut tampak tetap lembab e. Mampu untuk rileks				✓	✓
2	Indikator 2 (Cukup Nyaman:56-75%) a. Pasien tampak lemas b. tampak mual tidak sampai muntah c. Mulut tampak kering d. Berkeringat dingin e. Tidak mampu untuk f. rileks	✓	✓	✓		

3	<p>Indikator 3 (Kurang Nyaman : <56%)</p> <p>a. Pasien tampak gelisah</p> <p>b. Tampak mual dan muntah</p> <p>c. Tampak bersikap protektif (waspada posisi menghindari nyeri)</p> <p>d. Mulut kering,</p>				
---	--	--	--	--	--

Sumber: PPNI, T. P. S. D. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (I)*. Jakarta Selatan: DPP PPNI

Keterangan:

4. Indikator 1 pasien dinyatakan nyaman dengan presentase 76-100% apabila pasien tampak tenang, tidak ada keluhan mual, tidak ada keluhan muntah, mampu untuk rileks.
5. Indikator 2 pasien dinyatakan cukup nyaman dengan presentase 56-75% apabila pasien tampak lemas, tampak mual tidak sampai muntah, mulut tampak kering, berkeringat dingin, tidak mampu untuk rileks.
6. Indikator 3 pasien dinyatakan kurang nyaman dengan presentase <56% apabila pasien tampak gelisah, tampak mual dan muntah, tampak bersikap protektif (waspada posisi menghindari nyeri), mulut kering.

Lampiran 4

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN VERTIGO DALAM
PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN DI WILAYAH UPT
PUSKESMAS DAWAN I TAHUN 2020**

A. PENGKAJIAN

1. Identitas

a. Identitas Pasien 1

Nama : Ny. D
Umur :47 Tahun
Agama :Hindhu
Jenis Kelamin : Perempuan
Status : sudah menikah
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Pedagang
Suku Bangsa : Indonesia
Alamat :Desa Pikat, Kecamatan Dawan, Kabupaten Klungkung
Tanggal Pengkajian : 16 April 2019
Diagnosa Medis : Vertigo

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. L
Umur :53 Tahun
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Desa Pikat, Kecamatan Dawan, Kabupaten Klungkung

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama (Keluhan saat ini)

Pasien mengeluh tidak nyaman (mual)

2) Perjalanan penyakit saat ini

Ny.D mengatakan sudah sudah sering merasakan pusing berputar sekilas sejak 1 tahun yang lalu namun dalam 1 tahun tersebut jarang kambuh, hanya beberapa bulan sekali seperti dalam satu bulan bisa muncul satu kali bila pasien merasa kelelahan, dengan intensitas pusing yang ringan disertai mual, dan berlangsung sebentar, hanya dalam hitungan kurang lebih 1 menit pusing berputar muncul lalu hilang sendiri secara sempurna. Ny. D juga mengeluh pusing disertai mual, sulit tidur, dan telinga berdenging pada telinga kiri, apabila penyakitnya kambuh biasanya pasien membawa dirinya untuk mengecek kesehatannya ke pelayanan kesehatan terdekat yaitu UPT Puskesmas Dawan I Klungkung.

3) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien memeriksakan dirinya ke puskesmas terdekat atau ke apotik untuk membeli obat

b. Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien pernah mengalami penyakit DB, selain penyakit DB pasien juga pernah mengalami patah tulang karena kecelakaan. Selain hal tersebut pasien juga pernah memiliki riwayat tumor pada payudara sebelah kiri

2) Riwayat Pernah Masuk Rumah Sakit

Pasien pernah masuk rumah sakit sekitar 10 tahun yang lalu karena menderita DB, beliau dirawat di rumah sakit Ganesha Gianyar, pasien juga pernah operasi sebanyak 2 kali karena patah tulang dan tumor pada payudara, pasien mengatakan dilakukan pengangkatan tumor pada payudara sebelah kiri di rumah sakit Bakti Rahayu sekitar 5 tahun lalu.

3) Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat maupun alergi makanan

4) Kebiasaan (merokok/kopi/alcohol dll)

Pasien mengatakan memiliki kebiasaan minum kopi 2 kali dalam sehari

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga pasien yang mengalami penyakit yang sama seperti pasien

d. Diagnosa Medis

Diagnosa medis: Vertigo

3. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

a. Pola Persepsi Dan Manajemen Kesehatan

Pasien mengatakan kurang memahami tentang penyakit yang dialaminya saat ini

b. Pola Nutrisi Dan Metabolik

Pasien mengatakan pola nutrisi baik hanya saja pada saat penyakit kambuh pasien mengalami penurunan nafsu makan

c. Pola Eliminasi

1) BAB

Pasien mengatakan BAB 1 kali dalam sehari yaitu pada pagi hari

2) BAK

Pasien mengatakan BAK 5 kali dalam sehari

d. Pola Aktivitas Dan Latihan

1) Aktivitas

Kemampuan	0	1	2	3	4
Perawatan Diri					
Makan dan minum	✓				
Mandi	✓				
Toileting	✓				
Berpakaian	✓				
Berpindah	✓				

0: mandiri, 1: alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4:

tergantung total

2) Latihan

Pasien mengatakan jarang olahraga dan latihan, pada saat waktu luang pasien lebih menggunakan waktunya untuk istirahat.

e. Pola Kognitif

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan indra perabaan, pendengaran, penglihatan, pengecapan dan perasaan

f. Pola Persepsi Konsep Diri

Pasien mengatakan selama sakit merasa kurang nyaman akibat mual dan muntah yang dirasakan. Pasien mengatakan rasa sakit muncul akibat pasien kurang menjaga kesehatan karena terlalu banyak bekerja

g. Pola Tidur Dan Istirahat

Pasien mengatakan biasanya tidur pukul 12.00 dan bangun pukul 03.00. pasien mengatakan kurang tidur. Pasien juga memiliki kebiasaan tidur siang

h. Pola Peran-Hubungan

Pasien mengatakan tidak ada masalah terhadap perannya sebagai ini dan istri

i. Pola Seksual-Reproduksi Pasien mengatakan sudah menikah

j. Pola Toleransi Stress-Koping

Pasien mengatakan lebih sering mengalami stress karena kesibukan pekerjaan pasien. Apabila pasien mengalami masalah biasanya pasien bercerita dengan keluarga untuk memecahkan masalah.

k. Pola Nilai-Kepercayaan

Pasien memiliki kepercayaan Agama Hindhu. Pasien biasa melakukan persembahyangan di merajan sendiri.

4. Pengkajian Fisik

a. Keadaan umum : baik

Tingkat kesadaran: komposmentis

GCS : verbal: 5 Psikomotor: 6 Mata:4

b. Tanda-tanda vital : Nadi: 84x/menit suhu: 36⁰C

TD :130/80 mmHg RR :20x/menit

c. Keadaan fisik

a. Kepala dan leher :

Inspeksi: Bentuk kepala simetris, warna rambut hitam berisi putih, kulit kepala bersih.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar junguralis dan typhoid pada leher

b. Paru dan Jantung

Tidak terkaji

c. Payudara dan ketiak

Payudara kiri dan kanan tidak simetris, ketiak tampak bersih

d. Abdomen

Inspeksi: bektuk simetris

Auskultasi: terdengar bising usus 10x/menit

Perkusi: terdengar suara timpani

Palpasi: tidak terdapat nyeri tekan

e. Genetalia

Tidak terkaji

f. Integument

Inspeksi: tidak ada kemerahan, tidak ada edema Palpasi: tidak ada nyeri tekan

g. Ekstremitas

- Atas

Inspeksi: pergerakan normal, tidak ada fraktur, tidak ada edema, tidak ada lesi

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

- Bawah

Inspeksi: pergerakan normal, tidak ada fraktur, tidak ada edema, tidak ada lesi

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

h. Neurologis

- Status mental dan emosi

Tidak terkaji

- Pengkajian saraf kranial

Tidak terkaji

- Pemeriksaan reflex

Tidak terkaji

i. Pemeriksaan penunjang

1) Data laboratorium yang berhubungan tidak ada pemeriksaan laboratorium

2) Pemeriksaan radiologi tidak ada pemeriksaan radiologi

3) Hasil konsultasi

Tidak ada

4) Pemeriksaan penunjang diagnostic lain tidak ada

B. Diagnosa Keperawatan

1. Analisa Data

Data Fokus	Analisis	Masalah Keperawatan
Ds: pasien mengeluh tidak nyaman pasien mengeluh mual , pusing, dan mengeluh sulit tidur Do: Menunjukkan gejala distress TTV: TD: 130/80 mmHg Nadi:84x/menit suhu36 ⁰ C Respirasi: 20x/menit Radional nyaman 50% (cukup nyaman	Faktor Kebiasaan Hidup ↓ Vertigo ↓ Kegiatan Sistem Saraf Simpatik ↓ Tonus danMotilitas Otot Gastrointestinum Menurun ↓ Mual ↓ Gangguan Rasa Nyaman	Gangguan rasa Nyaman

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai dengan pasien mengeluh tidak nyaman pasien mengeluh mual, pusing, dan mengeluh sulit tidur. Menunjukkan gejala distress. TTV: TD: 130/80 mmHg, Nadi:84x/menit, suhu360, Respirasi: 20x/menit .

C. Perencanaan Keperawatan

No	No Dx	Tujuan dan Kriteria	Intervensi	Ttd
1	1	Status kenyamanan: a. Gelisah menurun b. Keluhan sulit tidur menurun c. Mual menurun d. Muntah menurun e. Pola tidur membaik	1. Perawatan kenyamanan Observasi a. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan b. Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya c. Berikan posisi yang nyaman d. Ciptakan lingkungan yang nyaman e. Berikan pemijatan f. Berikan terapi akupresure g. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi pengobatan	

			<p>2. Manajemen Mual</p> <p>a Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (misalnya nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur.</p> <p>b Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual.</p> <p>c Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup.</p> <p>d Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (misalnya relaksasi, terapi music, akupresure. Titik-titik akupresure untuk vertigo yaitu, titik GB 20 Fengchi, BL 18 Gansu, Ki 3 Taixi, BL 23 Shenshu, LR 2 Xingjia.</p>	
--	--	--	--	--

D. Implementasi Keperawatan

No	Hari/ Tgl/ Jam	No Dx	Tindakan Keperawatan	Evaluasi respon	Ttd
			Mengobservasi keadaan umum pasien	Ds: pasien mengeluh mual, pasien mengatakan sudah sudah sering merasakan pusing berputar sekilas sejak 1 tahun yang lalu namun dalam 1 tahun tersebut jarang kambuh Do: pasien tampak kooperatif TTV: TD:130/80 mmHg, Nadi 84x/menit, Suhu:36 ⁰ C, Respirasi 20x/menit	
			Memberikan sumber-sumber edukasi yang relevan dan berguna mengenai manajemen penyakit	Ds: pasien mengatakan kurang paham dengan penyakit yang dialaminya saat ini Do: pasien tampak antusias mendengarkan informasi yang diberikan	

			Memberikan sumber-sumber edukasi mengenai manajemen penyakit yang dialami yaitu penyakit vertigo	Ds: pasien Mengatakan mengerti tentang apa yang dijelaskan Do: pasien tampak menyebutkan pengertian dan gejala dari penyakit vertigo	
			Mengajarkan pasien tentang tindakan komplementer	Ds: pasien mengatakan mengerti tentang apa yang sudah dijelaskan Do: pasien tampak mendemonstrasikan apa yang diajarkan	
			Memilih dan melakukan penanganan gangguan rasa nyaman non farmakologi (Terapi akupresure)	DS: pasien mengatakan memahami penjelasan yang diberikan DO: pasien tampak mengerti	
			Melakukan penanganan non farmakologi pemberian terapi akupresure	DS: pasien mengatakan lebih rileks setelah diberikan terapi akupresure	

				DO: Klien tampak kooperatif dalam melakukan penanganan tersebut , mampu mengulanginya tanpa bimbingan, lebih rileks dan tenang.	
			Mengevaluasi pemeberian terapi akupresure yang diberikan	DS: pasien mengatakan merasa lebih rileks dan pusing berkurang DO: Klien merasa lebih rileks dan nyaman setelah dilakukan akupresure.	
			Memberikan informasi tentang makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak	Ds: pasien mengatakan sudah mengerti tentang apa yang dijelaskan Do: pasien tampak mengerti tentang informasi yang sudah diberikan	
			Mengajarkan pasien tentang tindakan komplementer	Ds: pasien mengatakan mengerti tentang apa yang sudah dijelaskan	

				Do: pasien tampak mendemontrasik-an apa yang diajarkan	
			Melakukan penanganan non farmakologi pemberian terapi akupresure	DS: pasien mengatakan lebih rileks setelah diberikan terapi akupresure DO: Klien tampak kooperatif dalam melakukan	

E. Evaluasi Keperawatan

No	Hari/ tgl/ Jam	No Dx	Evaluasi	Ttd
1		1	S: pasien mengatakan mengerti dan paham mengenai penyakit yang dialami, pasien mengatakan dapat mengontrol adanya gejala penyakit, pasien menyatakan rasa nyaman, pasien mengatakan rasa mual dan pusing yang dirasakan sudah berkurang O: Pasien tamak kooperatif, pasien tampak nyaman, tidak menunjukkan gejala distress TTV: TD: 120/80 mmHg, N : 84 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36,5° C, Indikator nyaman 85% (nyaman) A: Gangguan rasa nyaman teratasi, tujuan tercapai	

			P: Pertahankan kondisi pasien	
--	--	--	-------------------------------	--

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN VERTIGO DALAM
PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN DI WILAYAH UPT
PUSKESMAS DAWAN I TAHUN 2020**

A. PENGKAJIAN

1. Identitas

a. Identitas Pasien 2

Nama : Ny. C
 Umur :49 Tahun
 Agama :Hindhu
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Status : sudah menikah
 Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : Petani
 Suku Bangsa : Indonesia
 Alamat : Desa Pikat, Kecamatan Dawan, Kabupaten Klungkung
 Tanggal Pengkajian : 16 April 2019
 Diagnosa Medis : Vertigo

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. K
 Umur :50 Tahun
 Pekerjaan : Petani
 Alamat : Desa Pikat, Kecamatan Dawan, Kabupaten Klungkung

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama (Keluhan saat ini)

Pasien mengeluh tidak nyaman (mual)

2) Perjalanan penyakit saat ini

Ny. C mengatakan satu tahun terakhir, pasien mengeluhkan pusing hilang timbul, dirasakan selama beberapa detik, dengan derajat keparahan ringan. Keluhan kerap timbul saat kelelahan dan segera menghilang dengan beristirahat. Pasien biasanya memeriksakan kesehatannya ke pelayanan kesehatan terdekat yaitu Puskesmas Dawan I Klungkung.

3) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien biasanya pergi ke puskesmas terdekat

b. Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien pernah mengalami pembengkakan kelenjar tiroid

2) Riwayat Pernah Masuk Rumah Sakit

Pasien pernah masuk rumah sakit sekitar 20 tahun yang lalu karena mengalami pembengkakan kelenjar tiroid sehingga pasien harus dirawat di rumah sakit untuk melakukan operasi. Pasien mengatakan operasi dilakukan di Rumah Sakit Umum Sanglah

3) Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat maupun alergi makanan

4) Kebiasaan (merokok/kopi/alcohol dll)

Pasien mengatakan tidak memiliki kebiasaan minum kopi ataupun alkohol.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga pasien yang mengalami penyakit yang sama seperti pasien

d. Diagnosa Medis

Diagnosa medis: vertigo

3. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

a. Pola Persepsi Dan Managemen Kesehatan

Pasien mengatakan kurang memahami tentang penyakit yang dialaminya saat ini

b. Pola Nutrisi Dan Metabolik

Pasien mengatakan pola nutrisi baik hanya saja pada saat penyakit kambuh pasien mengalami penurunan nafsu makan

c. Pola Eliminasi

1) BAB

Pasien mengatakan BAB 1 kali dalam sehari yaitu pada pagi hari

2) BAK

Pasien mengatakan BAK 5 kali dalam sehari

d. Pola Aktivitas Dan Latihan

1) Aktivitas

Kemampuan	0	1	2	3	4
Perawatan Diri					
Makan dan minum	✓				
Mandi	✓				
Toileting	✓				

Berpakaian	✓				
Berpindah	✓				

0: mandiri, 1: alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

2) Latihan

Pasien mengatakan jarang olahraga dan latihan, pada saat waktu luang pasien lebih menggunakan waktunya untuk istirahat.

e. Pola Kognitif

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan indra perabaan, pendengaran, penglihatan, pengecap dan perasaan

f. Pola Persepsi Konsep Diri

Pasien mengatakan selama sakit merasa kurang nyaman akibat mual dan muntah yang dirasakan. Pasien mengatakan rasa sakit muncul akibat pasien kurang menjaga kesehatan karena terlalu banyak bekerja

g. Pola Tidur Dan Istirahat

Pasien mengatakan biasanya tidur pukul 10.00 dan bangun pukul 06.00 Wita.

Pasien mengatakan tidak memiliki kebiasaan tidur siang

h. Pola Peran-Hubungan

Pasien mengatakan tidak ada masalah terhadap perannya sebagai ini dan istri

i. Pola Seksual-Reproduksi Pasien mengatakan sudah menikah

j. Pola Toleransi Stress-Koping

Pasien mengatakan lebih sering mengalami stress karena kesibukan pekerjaan pasien. Apabila pasien mengalami masalah biasanya pasien bercerita dengan keluarga untuk memecahkan masalah.

k. Pola Nilai-Kepercayaan

Pasien memiliki kepercayaan Agama Hindhu. Pasien biasa melakukan persembahyangan di merajan sendiri.

4. Pengkajian Fisik

a. Keadaan umum : baik

Tingkat kesadaran: komposmentis

GCS : verbal: 5 Psikomotor: 6 Mata:4

b. Tanda-tanda vital : Nadi: 80x/menit suhu: 36⁰C

TD :120/70 mmHg RR :20x/menit

c. Keadaan fisik

Kepala dan leher :

Inspeksi: Bentuk kepala simetris, warna rambut hitam berisi putih, kulit kepala bersih.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar junguralis dan typhoid pada leher

d. Paru dan Jantung

Tidak terkaji

e. Payudara dan ketiak

Payudara simetris, ketiak tampak bersih

f. Abdomen

Inspeksi: bentuk simetris

Auskultasi: terdengar bising usus 11x/menit

Perkusi: terdengar suara timpani Palpasi: tidak terdapat nyeri tekan

g. Genitalia

Tidak terkaji

h. Integument

Inspeksi: tidak ada kemerahan, tidak ada edema Palpasi: tidak ada nyeri tekan

i. Ekstremitas

- Atas

Inspeksi: pergerakan normal, tidak ada fraktur, tidak ada edema, tidak ada lesi

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

- Bawah

Inspeksi: pergerakan normal, tidak ada fraktur, tidak ada edema, tidak ada lesi

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

j. Neurologis

- Status mental dan emosi

Tidak terkaji

- Pengkajian saraf kranial

Tidak terkaji

- Pemeriksaan reflex

Tidak terkaji

k. Pemeriksaan penunjang

1) Data laboratorium yang berhubungan

tidak ada pemeriksaan laboratorium

2) Pemeriksaan radiologi tidak ada pemeriksaan radiologi

3) Hasil konsultasi

Tidak ada

4) Pemeriksaan penunjang diagnostic lain tidak ada

B. Diagnosa

1. Analisa Data

Data Fokus	Analisa	Masalah Keperawatan
Data Subjektif : Klien,mengatakan mengeluh tidak nyaman, pasien mengeluh pusing, mual, dan mengeluh sulit tidur. Data Objektif : Menunjukkan gejala distress, TTV: TD: 120/70 mmHg, Nadi:80x/menit suhu: 36 ⁰ C, Respirasi: 20x/menit, radional nyaman 50% (cukup nyaman)	Faktor Kebiasaan Hidup ↓ Vertigo ↓ Kegiatan Sistem Saraf Simpatik ↓ Tonus dan Motilitas Otot Gastrointestinum Menurun ↓ Mual ↓ Gangguan Rasa Nyaman	Gangguan rasa Nyaman

3. Diagnosa Keperawatan

Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai dengan pasien mengeluh tidak nyaman pasien mengeluh mual, pusing, dan mengeluh sulit tidur. Menunjukkan gejala distress. TTV: TTV: TD: 120/70 mmHg, Nadi:80x/menit suhu: 36⁰C, Respirasi: 20x/menit

C. Perencanaan Keperawatan

No	No Dx	Tujuan dan Kriteria	Intervensi	Ttd
1	1	Status kenyamanan: a. Gelisah menurun b. Keluhan sulit tidur menurun c. Mual menurun d. Muntah menurun e. Pola tidur membaik	1. Perawatan kenyamanan Observasi a. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan b. Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya c. Berikan posisi yang nyaman d. Ciptakan lingkungan yang nyaman e. Berikan pemijatan f. Berikan terapi akupresure g. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi pengobatan 2. Manajemen Mual a. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (misalnya nafsu makan, aktivitas, kinerja,	

			<p>tanggung jawab peran, dan tidur.</p> <p>b. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual.</p> <p>c. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup.</p> <p>d. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak</p> <p>Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (misalnya relaksasi, terapi music, akupresure. Titik-titik akupresure untuk vertigo yaitu, titik GB 20 Fengchi, BL 18 Gansu, Ki 3 Taixi, BL 23 Shenshu, LR 2 Xingjia.</p>	
--	--	--	---	--

D. Implementasi Keperawatan

No	Hari/ Tgl/ Jam	No Dx	Tindakan Keperawatan	Evaluasi respon	Ttd

			Mengobservasi keadaan umum pasien	<p>Ds: pasien mengeluh mual, pasien mengatakan satu tahun terakhir, pasien mengeluhkan pusing hilang timbul, dirasakan selama beberapa detik, dengan derajat keparahan ringan.</p> <p>Do: pasien tampak kooperatif TTV: TD: 120/70 mmHg Nadi: 80x/menit suhu 36⁰C Respirasi: 20x/menit</p>	
			Memberikan sumber-sumber edukasi yang relevan dan berguna mengenai manajemen penyakit	<p>Ds: pasien mengatakan kurang paham dengan penyakit yang dialaminya saat ini</p> <p>Do: pasien tampak antusias mendengarkan informasi yang diberikan</p>	

			Memberikan sumber-sumber edukasi mengenai manajemen penyakit yang dialami yaitu penyakit vertigo	Ds: pasien Mengatakan mengerti tentang apa yang dijelaskan Do: pasien tampak menyebutkan pengertian dan gejala dari penyakit vertigo	
			Mengajarkan pasien tentang tindakan komplementer	Ds: pasien mengatakan mengerti tentang apa yang sudah dijelaskan Do: pasien tampak mendemonstrasikan apa yang diajarkan	
			Memilih dan melakukan penanganan gangguan rasa nyaman non farmakologi (Terapi akupresure)	DS: pasien mengatakan memahami penjelasan yang diberikan DO: pasien tampak mengerti	

			Melakukan penanganan non farmakologi pemberian terapi akupresure	DS: pasien mengatakan lebih rileks setelah diberikan terapi akupresure DO: Klien tampak kooperatif dalam melakukan penanganan tersebut , mampu mengulanginya tanpa bimbingan, lebih rileks dan tenang.	
			Mengevaluasi pemeberian terapi akupresure yang diberikan	DS: pasien mengatakan merasa lebih rileks dan pusing berkurang DO: Klien merasa lebih rileks dan nyaman setelah dilakukan akupresure.	
			Memberikan informasi tentang makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak	Ds: pasien mengatakan sudah mengerti tentang apa yang dijelaskan Do: pasien tampak mengerti tentang informasi yang sudah diberikan	

			Mengajarkan pasien tentang tindakan komplementer	Ds: pasien mengatakan mengerti tentang apa yang sudah dijelaskan Do: pasien tampak mendemonstrasikan apa yang diajarkan	
			Melakukan penanganan non farmakologi pemberian terapi akupresure	DS: pasien mengatakan lebih rileks setelah diberikan terapi akupresure DO: Klien tampak kooperatif dalam melakukan	

E. Evaluasi Keperawatan

No	Hari/ tgl/ Jam	No Dx	Evaluasi	Ttd
1		1	S: pasien mengatakan mengerti dan paham mengenai penyakit yang dialami, pasien mengatakan dapat mengontrol adanya gejala penyakit, pasien menyatakan rasa nyaman, pasien mengatakan rasa mual, pusing, dan sulit tidur yang dirasakan sudah berkurang O: Pasien tampak kooperatif, pasien tampak nyaman, tidak menunjukkan gejala distress, TTV: TD: 120/80 mmHg, N : 84 x/menit, RR : 20	

			x/menit, S : 36,5° C, Indikator nyaman 85% (nyaman) A: Gangguan rasa nyaman teratasi, tujuan tercapai P: Pertahankan kondisi pasien	
--	--	--	---	--

Lampiran 5

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Data Skripsi Mahasiswa

N I M	P07120017157
Nama Mahasiswa	Ni Kadek Ayu Striratna Dewi
Info Akademik	Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi D-III Keperawatan Semester : 6

Skripsi
Bimbingan
Jurnal Ilmiah
Seminar Proposal
Syarat Sidang

Bimbingan				
No	Dosen	Topik	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen
1	196508111988031002 - Drs. I WAYAN MUSTIKA, M.Kes	Pengajuan judul	13 Jan 2020	✓
2	196508111988031002 - Drs. I WAYAN MUSTIKA, M.Kes	Pengajuan BAB I	16 Jan 2020	✓
3	196508111988031002 - Drs. I WAYAN MUSTIKA, M.Kes	Perbaikan BAB I	21 Jan 2020	✓
4	196508111988031002 - Drs. I WAYAN MUSTIKA, M.Kes	Pengajuan BAB II, III, IV	24 Jan 2020	✓
5	196508111988031002 - Drs. I WAYAN MUSTIKA, M.Kes	Perbaikan BAB I, II, IV	5 Feb 2020	✓
6	196508111988031002 - Drs. I WAYAN MUSTIKA, M.Kes	Perbaikan Proposal lengkap	17 Feb 2020	✓
7	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	Pengajuan judul	13 Jan 2020	✓
8	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	Pengajuan BAB I	20 Jan 2020	✓
9	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	Perbaikan BAB I	21 Jan 2020	✓
10	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	Pengajuan BAB II, III, IV	24 Jan 2020	✓
11	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	Perbaikan BAB II, III, IV	7 Feb 2020	✓
12	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	Pengajuan kelengkapan proposal	24 Feb 2020	✓
13	196508111988031002 - Drs. I WAYAN MUSTIKA, M.Kes	Pengajuan BAB V	13 Apr 2020	✓
14	196508111988031002 - Drs. I WAYAN MUSTIKA, M.Kes	Perbaikan BAB V	23 Apr 2020	✓
15	196508111988031002 - Drs. I WAYAN MUSTIKA, M.Kes	Pengajuan BAB VI	24 Apr 2020	✓
16	196508111988031002 - Drs. I WAYAN MUSTIKA, M.Kes	Perbaikan BAB VI	27 Apr 2020	✓
17	196508111988031002 - Drs. I WAYAN MUSTIKA, M.Kes	Pengajuan BAB I, II, III, IV, V, VI	28 Apr 2020	✓
18	196508111988031002 - Drs. I WAYAN MUSTIKA, M.Kes	Pengajuan kelengkapan karya tulis ilmiah	29 Apr 2020	✓
19	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	Pengajuan BAB V	13 Apr 2020	✓
20	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	Perbaikan BAB V	20 Apr 2020	✓
21	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	Pengajuan BAB VI	21 Apr 2020	✓
22	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	Perbaikan BAB VI	22 Apr 2020	✓
23	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	Pengajuan BAB I, II, III, IV, V, VI	27 Apr 2020	✓
24	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep, SP.KOM	Pengajuan kelengkapan karya tulis ilmiah	29 Apr 2020	✓



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN

Alamat : Jalan Pulau Moyo No.33 Pedungan, Denpasar, Telp/Fax: (0361) 725273 / 724563
Website : www.poltekkes-denpasar.ac.id



BLANKO BIMBINGAN

NAMA : Ni Kadek Ayu Striatna Dewi
NIM : 207120017157
JUDUL KARYA TULIS : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Vertigo dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman di Wilayah UPT Ruskemas Pawon 1 Klungkung Tahun 2020
PEMBIMBING : Drs. I Wayan Mustika, S.Kep. Ns. M.Kes

HARI/TANGGAL	BIMBINGAN KE	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
13 - 04 - 2020	I	Pengajuan BAB V		
23-04-2020	II	Perbaikan BAB V		
24 - 04 - 2020	III	Pengajuan BAB VI		
27 - 04 - 2020	IV	Perbaikan BAB VI		
28 - 04 - 2020	V	Pengajuan kelengkapan karya tulis ilmiah		
29 - 04 - 2020	VI	Pengajuan kelengkapan karya tulis ilmiah		



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN

Alamat : Jalan Pulau Moyo No.33 Pedungan, Denpasar, Telp/Fax: (0361) 725273 / 724563
Website : www.poltekkes-denpasar.ac.id



BLANKO BIMBINGAN

NAMA : Ni Kadet Ayu Striatna Dewi
NIM : 20190017159
JUDUL KARYA TULIS : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien
Vertigo dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman
di Wilayah UPT Puskesmas Dawan 1 Tahun 2020
PEMBIMBING : Dr. E-A. Henry Achjar, Ns. Kep., Sp. Kom

HARI/ TANGGAL	BIMBINGAN KE	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
15/04/2020	I	Pengajuan BAB V		Huy
20/04/2020	II	Perbaikan BAB V		Huy
21/04/2020	III	Pengajuan BAB VI		Huy
22/04/2020	IV	Perbaikan BAB VI		Huy
27/04/2020	V	Pengajuan kelengkapan Karya Tulis Ilmiah		Huy
29/04/2020	VI	Pengajuan kelengkapan Karya Tulis Ilmiah		Huy