

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran tempat pengambilan data

Rumah Sakit Dr. Slamet Garut adalah rumah sakit milik pemerintah Kabupaten Garut. Letaknya di Jl. Rumah Sakit No.12 Garut. Rumah Sakit ini merupakan Rumah sakit umum berakreditasi B yang memberikan rawat jalan dan rawat inap serta menampung pelayanan rujukan dari rumah sakit kabupaten dengan visi dan misi yang telah di buat untuk mewujudkan pelayanan yang berkualitas.

Rumah Sakit Umum ini memiliki beberapa ruangan salah satunya yaitu ruang Neurology Ruby Bawah. Ruangan ini merupakan ruangan yang berfokus mengatasi pasien dengan gangguan neurologi yaitu pada otak dan persyarafan. Ruang ruby bawah ini memiliki 5 kamar dimana memiliki tempat tidur yang berbeda, antara lain: Kamar 1 merupakan kamar isoslasi yang memiliki 2 tempat tidur, kamar 2 memiliki 5 tempat tidur, kamar 3 memiliki 5 tempat tidur dan kamar 4 memiliki 5 tempat tidur.

4.1.2. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a) Identitas Pasien

Tabel 4.1 Identitas Pasien

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Ny. E	Tn. O
TTL	Garut, 03 Maret 1972	Garut, 28 September 1955
Umur	50 Tahun	67 Tahun
Jenis Kelamin	Perempuan	Laki-laki
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SD
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Buruh
Status Pernikahan	Menikah	Menikah
Suku / Bangsa	Sunda/Indonesia	Sunda/Indonesia
Tanggal Masuk RS	14 Januari 2023 Jam	17 Januari 2023
	14.00 WIB	Jam 10:00 WIB
Tanggal Pengkajian	16 Januari 2023	18 Januari 2023
	Jam 10:00	Jam 09.00 WIB
No. Medrec	01343350	01343761
Diagnosa Medis	Vertigo	Vertigo
Alamat	Kp. Pasantren Girang	Kp. Ciguna RT. 04/04,
	RT. 02/06, Desa	Desa Sirnasari Kecamatan
	Mandalasari Kecamatan	Samarang, Kabupaten
	Kadungora, Kabupaten	Garut
	Garut	

b) Identitas Penanggung Jawab

Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab

Identitas Penanggung Jawab	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Ny. I	Ny. M
Umur	23 Tahun	50 Tahun
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Pendidikan	SMP	SD
Pekerjaan	Wiraswasta	Ibu Rumah Tangga
Agama	Islam	Islam
Hubungan dengan Klien	Adik	Istri
Alamat	Kp. Pasantren Girang Rt. 02/06, Desa Mandalasari Kecamatan Kadungora, Kabupaten Garut	Kp. Ciguna RT. 04/04, Desa Simasari Kecamatan Samarang, Kabupaten Garut

c) Riwayat Kesehatan

Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan

Riwayat Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
1 Riwayat Kesehatan Sekarang	Pada tanggal 14 Januari 2023 Pukul 20.00 WIB, pasien dibawa ke IGD RSUD Dr. Slamet Garut dengan pasien mengeluh pusing, mual muntah, serta keluar keringat dingin selama 3 hari SMRS dan saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil TD : 160/90 mmHg, R : 20x/menit, N : 100x/menit, S : 36,5°C, SpO2 : 99%, Lalu pasien disarankan untuk di rawat inap dengan dipindahkan ke Ruangan Rubi	Pada tanggal 17 Januari 2023 Pukul 10.00 WIB, pasien dibawa ke IGD RSUD Dr. Slamet Garut dengan pasien mengeluh pusing, mual muntah selama 1 hari SMRS dan saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil TD : 150/90 mmHg, R:20x/menit, N: 98x/menit, S: 37,3°C, SpO2 : 97%, Lalu pasien disarankan untuk di rawat inap dengan dipindahkan
a Keluhan Utama		
Saat Masuk Rumah Sakit		

		Bawah untuk mendapatkan perawatan intensif lebih lanjut.	ke Ruangan Rubi Bawah untuk mendapatkan perawatan intensif lebih lanjut.
b	Keluhan Utama Saat Dikaji	Pada saat dikaji tanggal 16 Januari 2023 jam 10.00 WIB. Pasien mengeluh tidak nyaman karena pusing , pusing dirasakan seperti berputar serta mual muntah ditambah telinga kanan berdengung. Pusing bertambah jika pasien melakukan aktivitas dan berkurang jika pasien beristirahat/tidak melakukan aktivitas. Pusing dirasakan di area kepala dan terasa berat di daerah tengkuk, pusing dirasakan hilang timbul.	Pada saat dikaji tanggal 18 Januari 2023 Pukul 09.00 WIB. Pasien mengeluh tidak nyaman karena pusing , pusing dirasakan seperti berputar ditambah telinga kanan berdengung. Pusing bertambah jika pasien melakukan aktivitas dan berkurang jika pasien beristirahat/tidak melakukan aktivitas. Pusing dirasakan di area kepala, pusing dirasakan hilang timbul.
2	Riwayat Kesehatan Dahulu	Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit lambung dan hipertensi sejak 1 tahun terakhir dan selalu kontrol ke dokter terdekat dengan diberikan obat omeprazole dan amlodipine. Pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit kronis sebelumnya.	Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit hipertensi sejak 6 bulan terakhir dan selalu kontrol ke dokter terdekat dengan diberikan obat amlodipine. Pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit kronis sebelumnya.
3	Riwayat Kesehatan Keluarga	Pasien mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit yang sama seperti pasien dan tidak mempunyai penyakit keturunan (seperti Asma Bronchial, Hipertensi, Diabetes melitus) dan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit menular seperti TBC, HIV/AIDS.	Pasien mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit yang sama seperti pasien dan tidak mempunyai penyakit keturunan (seperti Asma Bronchial, Hipertensi, Diabetes melitus) dan tidak ada anggota keluarga yang

memiliki penyakit menular
seperti TBC, HIV/AIDS.

d) Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 4.4 Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis Aktivitas	Pasien 1		Pasien 2	
		Di Rumah	Di Rumah Sakit	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1.	Nutrisi				
	a. Makan				
	Frekuensi	3-4x/hari	2-3x/hari	3-4x/hari	2-3x/hari
	Jenis	Nasi, lauk pauk	Bubur	Nasi, lauk pauk	Bubur
	Porsi	1 porsi habis	½ porsi	1 porsi habis	1 porsi habis
	Keluhan	Tidak ada	Mual dan pusing	Tidak ada	Tidak ada
	b. Minum				
	Frekuensi	4-6 gelas/hari	4-5 gelas/hari	4-6 gelas/hari	4-5 gelas/hari
	Jumlah	100-1500 ml	100 ml	100-1500ml	100 ml
	Jenis	Air putih, teh manis	Air Putih	Air putih, teh manis, kopi	Air Putih
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
2.	Eliminasi				
	a. BAB				
	Frekuensi	2x/hari	2x/hari	2x/hari	
	Warna	Khas feses	Khas feses	Khas feses	Belum BAB
	Bau	Khas feses	Khas feses	Khas feses	
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	

b. BAK

Frekuensi	4-6x/hari	3-4x/hari	4-6x/hari	3-4x/hari
Warna	Khas Urine	Khas Urine	Khas Urine	Khas Urine
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan

3. Istirahat Tidur

Siang	1-2 jam/hari	1-2 jam/hari	1-2jam/hari	1-2jam/hari
Malam	6-8 jam/hari	4-5 jam/hari	6-8jam/hari	6-8jam/hari
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak bisa tidur karena pusing	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan

4. Personal Hygiene

a. Mandi

2-3 x/hari	1x/hari	1-2 x/hari	1x/hari
Sendiri	Diseka/dibantu	Sendiri	Diseka/dibantu
Tidak ada keluhan	tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan

b. Gosok gigi

1-2 x/hari	1x/hari	1x/hari	1 x/hari
Sendiri	Sendiri	Sendiri	Sendiri
Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan

c. Keramas

2-3 kali dalam satu minggu	Belum dilakukan selama di Rumah Sakit	2x1 kali dalam seminggu	Belum dilakukan selama di Rumah Sakit
Sendiri		Sendiri	
Tidak ada keluhan		Tidak ada keluhan	

d. Gunting kuku

1 kali dalam satu minggu	Belum dilakukan selama di Rumah Sakit	1 kali dalam satu minggu	Belum dilakukan selama di Rumah Sakit
--------------------------	---------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------

e.	Ganti pakaian	2-3 x/hari Sendiri	1-2 x/hari Dibantu	2-3 x/hari Sendiri	1-2 x/hari Dibantu
5.	Aktivitas	Dapat melakukan aktivitas sehari-hari tanpa dibantu oranglain / sendiri	Tidak dapat melakukan aktivitas hanya terbaring di tempat tidur RS.	Dapat melakukan aktivitas sehari-hari tanpa dibantu oranglain / sendiri	Tidak dapat melakukan aktivitas hanya terbaring di tempat tidur RS

e) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik		Pasien 1		Pasien 2	
1	Keadaan Umum	Lemah		Lemah	
2	Kesadaran	Composmentis		Composmentis	
3	GCS	GCS 15 (E ₄ M ₆ V ₅)		GCS 15 (E ₄ M ₆ V ₅)	
4	Tanda-tanda vital	TD	: 160/100 mmHg	TD	: 145/100 mmHg
		Nadi	: 80 x /menit	Nadi	: 89 x /menit
		Respirasi	: 20 x /menit	Respirasi	: 20 x /menit
		Suhu	: 36.5 °C	Suhu	: 36.5 °C
		Spo2	: 98%	Spo2	: 95%
5	Pemeriksaan Fisik	Pada saat di inspeksi bentuk		Pada saat di inspeksi bentuk	
a	Sistem Pernafasan	hidung simetris, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak terdapat retraksi otot dada, pergerakan dada kiri dan kanan simetris, pada saat di palpasi tidak ada nyeri tekan pada daerah dada, perkusi paru kiri dan kanan resonan. Auskultasi suara nafas vesikular.		hidung simetris, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak terdapat retraksi otot dada, pergerakan dada kiri dan kanan simetris, pada saat di palpasi tidak ada nyeri tekan pada daerah dada, perkusi paru kiri dan kanan resonan. Auskultasi suara nafas vesikular.	

b	Sistem Kardiovaskuler	Pada saat di inspeksi konjungtiva anemis, bibir tidak sianosis dan tidak pucat. palpasi dada tidak ada nyeri tekan, pada saat diauskultasi bunyi jantung I terdengar lup dikatup mitral ICS 5 midklavikula kiri dan trikuspidal ICS 4 parasternal kiri) dan bunyi jantung II terdengar dup dikatup aorta ICS 2 parasternal kanan dan pulmonal ICS 2 parasternal kiri), CRT < 2 detik, tidak terdapat suara tambahan	Pada saat di inspeksi konjungtiva anemis, bibir tidak sianosis dan tidak pucat. palpasi dada tidak ada nyeri tekan, pada saat diauskultasi bunyi jantung I terdengar lup dikatup mitral ICS 5 midklavikula kiri dan trikuspidal ICS 4 parasternal kiri) dan bunyi jantung II terdengar dup dikatup aorta ICS 2 parasternal kanan dan pulmonal ICS 2 parasternal kiri), CRT < 2 detik, tidak terdapat suara tambahan
c	Sistem Pencernaan	Pada saat di inspeksi bentuk bibir simetris, mukosa bibir lembab, tidak terdapat stomatitis di bibir, gusi berwarna merah muda, tidak ada perdarahan pada gusi, reflek klien menelan normal. Tidak ada lesi pada kulit abdomen, auskultasi bising usus 20 x/menit, palpasi abdomen tidak ada nyeri tekan pada abdomen, hati tidak teraba, perkusi hati dullness, dan perkusi lambung timpani.	Pada saat di inspeksi bentuk bibir simetris, mukosa bibir lembab, tidak terdapat stomatitis di bibir, gusi berwarna merah muda, tidak ada perdarahan pada gusi, reflek klien menelan normal. Tidak ada lesi pada kulit abdomen, auskultasi bising usus 20 x/menit, palpasi abdomen tidak ada nyeri tekan pada abdomen, hati tidak teraba, perkusi hati dullness, dan perkusi lambung timpani.
d	Sistem Genitourinaria	Keluarga pasien mengatakan tidak terdapat ruam dan lesi pada daerah genetalia, tidak terpasang alat bantu, berwarna khas urine dan pasien tidak menggunakan pampers.	Keluarga pasien mengatakan tidak terdapat ruam dan lesi pada daerah genetalia, tidak terpasang alat bantu, berwarna khas urine dan pasien tidak menggunakan pampers.

e	Sistem Endokrin	Leher tampak simetris, tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid dan paratiroid.	Leher tampak simetris, tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid dan paratiroid.
f	Sistem Persyarafan 1) Test Fungsi Cerebral	Kesadaran compos mentis GCS 15 (E4M6V5), orientasi pasien terhadap tempat, waktu dan orang baik, terbukti pasien tahu bahwa dirinya sedang dirawat dirumah sakit, dapat menunjukan jam berapa dan tanggal berapa serta ditemani oleh siapa.	Kesadaran compos mentis GCS 15 (E4M6V5), orientasi pasien terhadap tempat, waktu dan orang baik, terbukti pasien tahu bahwa dirinya sedang dirawat dirumah sakit, dapat menunjukan jam berapa dan tanggal berapa serta ditemani oleh siapa.
	1) Test Fungsi Nervus (Cranialis)	(a) Nervus I (Olfaktorius) Fungsi penciuman pasien baik, terbukti dengan pasien dapat membedakan bau dari minyak kayu putih dan parfum. (b) Nervus II (Opticus) Pasien tidak memiliki gangguan dan kesulitan pada saat membuka mata dan ketajaman penglihatan baik dibuktikan dengan pasien bisa dapat membaca nametag perawat pada jarak 60 cm. (c) Nervus III,IV,VI (Okulomotorius, Trochlearis, Abdusen) Kelopak mata dapat berkedip secara spontan, pasien dapat menggerakkan bola mata ke atas, ke bawah, ke kanan, dan ke kiri, pupil berkonstriksi saat terkena cahaya, dan reflek	(a) Nervus I (Olfaktorius) Fungsi penciuman pasien baik, terbukti dengan pasien dapat membedakan bau dari minyak kayu putih dan parfum. (b) Nervus II (Opticus) Pasien tidak memiliki gangguan dan kesulitan pada saat membuka mata dan ketajaman penglihatan baik dibuktikan dengan pasien bisa dapat membaca nametag perawat pada jarak 60 cm. (c) Nervus III,IV,VI (Okulomotorius, Trochlearis, Abdusen) Kelopak mata dapat berkedip secara spontan, pasien dapat menggerakkan bola mata ke atas, ke bawah, ke kanan, dan ke kiri, pupil berkonstriksi saat terkena

cahaya negatif karena pasien mengeluh pusing.	cahaya, dan reflek cahaya negatif karena pasien mengeluh pusing
(d) Nervus V (Trigeminus) Pasien dapat membuka mulut dan menggerakkan rahangnya tanpa rasa nyeri, sensasi sensorik kulit wajah klien baik, dibuktikan bahwa pasien dapat merasakan goresan kapas pada pipi kanan dan kiri	(d) Nervus V (Trigeminus) Pasien dapat membuka mulut dan menggerakkan rahangnya tanpa rasa nyeri, sensasi sensorik kulit wajah klien baik, dibuktikan bahwa pasien dapat merasakan goresan kapas pada pipi kanan dan kiri
(e) Nervus VII (Facialis) Pasien dapat mengkerutkan dahi dan menggerakkan alis dengan simetris	(e) Nervus VII (Facialis) Pasien dapat mengkerutkan dahi dan menggerakkan alis dengan simetris
(f) Nervus VIII (Vestibulococlear) Fungsi keseimbangan pasien tidak baik, pasien mengatakan tidak dapat berjalan dengan seimbang, pasien mengatakan telinga kanan berdengung tapi masih dapat mendengar bisikan dengan baik.	(f) Nervus VIII (Vestibulococlear) Fungsi keseimbangan pasien tidak baik, pasien mengatakan tidak dapat berjalan dengan seimbang, pasien mengatakan telinga kanan berdengung tapi masih dapat mendengar bisikan dengan baik.
(g) Nervus IX,X (Glasofaringeus, Vagus) Reflek menelan klien baik terbukti klien dapat menelan makanan dengan baik, klien dapat membedakan rasa manis, asam, asin dan pahit.	(g) Nervus IX,X (Glasofaringeus, Vagus) Reflek menelan klien baik terbukti klien dapat menelan makanan dengan baik, klien dapat membedakan rasa manis, asam, asin dan pahit.
(h) Nervus XI (Accesorius) Pasien dapat mengangkat bahu dan menoleh ke kanan dan kiri dengan menahan	(h) Nervus XI (Accesorius) Pasien dapat mengangkat bahu dan menoleh ke kanan

- tahanan yang diberikan oleh perawat
- (i) Nervus XII (Hipoglosus)
- Pasien dapat berbicara dengan jelas, lidah dapat digerakan kesegala arah.
- dan kiri dengan menahan tahanan yang diberikan oleh perawat
- (i) Nervus XII (Hipoglosus)
- Pasien dapat berbicara dengan jelas, lidah dapat digerakan kesegala arah.

g	Sistem Integumen	Rambut berwarna hitam, kulit tampak berminyak dan berkeriat, warna kulit sawo matang, kuku kedua tangan tampak bersih tidak ada tanda dehidrasi.	Rambut berwarna hitam dan sedikit beruban dengan penyebaran merata, kulit tampak bersih, tidak ada tanda dehidrasi.
h	Sistem Muskuloskeletal	(a) Ekstremitas Atas Bentuk kedua tangan simetris, tidak terdapat kelainan bentuk dan sendi pada kedua tangan. Rom dapat melakukan fleksi, ekstensi dan rotasi, reflek otot trisep dan bicep positif, tidak terdapat edema di kedua tangan kekuatan otot $4 \mid 4$ pasien mampu mengangkat tangan dan dapat melawan tahanan ringan. Tangan kanan terpasang infus asering 20 tpm. (b) Ekstremitas Bawah Bentuk kedua kaki simetris, tidak terdapat kelainan bentuk dan sendi pada kedua kaki. Rom kaki kiri dapat	(a) Ekstremitas Atas Bentuk kedua tangan simetris, tidak terdapat kelainan bentuk dan sendi pada kedua tangan. Rom dapat melakukan fleksi, ekstensi dan rotasi, reflek otot trisep dan bicep positif, tidak terdapat edema di kedua tangan kekuatan otot $4 \mid 4$ pasien mampu mengangkat tangan dan dapat melawan tahanan ringan. Tangan kiri terpasang infus asering 20 tpm. (b) Ekstremitas Bawah Bentuk kedua kaki simetris, tidak terdapat kelainan bentuk dan sendi pada kedua kaki. Rom kaki kiri dapat melakukan

		melakukan fleksi, ekstensi dan rotasi, reflek patella kaki kiri positif, Tidak terdapat edema di kedua kaki, kekuatan otot	fleksi, ekstensi dan rotasi, reflek patella kaki kiri positif, Tidak terdapat edema di kedua kaki, kekuatan otot
		4 4	4 4
i	Sistem Penglihatan	Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera berwarna putih, tidak terdapat kekeruhan pada lensa, refleksi kedua pupil terhadap cahaya negatif karena pusing, saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan pada kelenjar air mata. Penglihatan klien baik dibuktikan dengan klien dapat membaca nametag perawat pada jarak 60 cm.	Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera berwarna putih, tidak terdapat kekeruhan pada lensa, refleksi kedua pupil terhadap cahaya negatif karena puisng, saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan pada kelenjar air mata. Penglihatan klien baik dibuktikan dengan klien dapat membaca nametag perawat pada jarak 60 cm.
j	Wicara dan THT	Bentuk telinga simetris, tidak terdapat serumen pada kedua telinga, klien dapat menjawab pertanyaan dengan baik dan dapat berkomunikasi dengan baik	Bentuk telinga simetris, tidak terdapat serumen pada kedua telinga, klien dapat menjawab pertanyaan dengan baik dan dapat berkomunikasi dengan baik

f) **Data Psikologis****Tabel 4.6 Data Psikologis**

Data Psikologis	Pasien 1	Pasien 2
1 Status Emosi	Klien terlihat sabar menghadapi penyakitnya dan tidak pernah mengeluh ataupun marah	Klien terlihat sabar menghadapi penyakitnya dan tidak pernah mengeluh ataupun marah
2 Kecemasan	Pada saat dikaji pasien dan keluarga tampak tenang	Pada saat dikaji pasien dan keluarga tampak tenang
3 Pola Koping	Pasien mengatakan menerima kondisinya saat ini. Keluarga juga mengatakan menerima kondisi pasien, dan menyakini bahwa tindakan perawatan merupakan yang terbaik untuk kesehatan pasien	Pasien mengatakan menerima kondisinya saat ini. Keluarga juga mengatakan menerima kondisi pasien, dan menyakini bahwa tindakan perawatan merupakan yang terbaik untuk kesehatan pasien
4 Gaya Komunikasi	Pasien kooperatif dalam proses pengkajian. Pasien mampu berkomunikasi dengan perawat, dokter atau pun tim kesehatan lainnya. pasien berkomunikasi dengan menggunakan bahasa sunda dan Indonesia	Pasien kooperatif dalam proses pengkajian. Pasien mampu berkomunikasi dengan perawat, dokter atau pun tim kesehatan lainnya. pasien berkomunikasi dengan menggunakan bahasa sunda dan Indonesia
5 Konsep Diri		
a Gambaran Diri	Pasien mengatakan menerima kondisinya saat ini	Pasien mengatakan menerima kondisinya saat ini
b Ideal Diri	Pasien mengatakan ingin cepat pulang dan dapat bertemu anak di rumah	Pasien mengatakan ingin cepat pulang dan mengobrol dengan tetangga serta bertemu cucunya di rumah.
c Harga Diri	Pasien mengatakan selalu merasa dihargai oleh keluarga dan tidak malu dengan kondisinya saat ini	Pasien mengatakan selalu merasa dihargai oleh keluarga dan tidak malu dengan kondisinya saat ini

d	Peran	Pasien adalah seorang suami beserta ayah dari 2 orang anak	Pasien adalah seorang istri/ibu dari anaknya beserta nenek dari cucu-cucunya
e	Identitas diri	Pasien mengatakan dirinya seorang laki-laki	Pasien mengatakan dirinya seorang perempuan

g) Data Sosial

Tabel 4.7 Data Sosial

Data Sosial	Pasien 1	Pasien 2
	Hubungan pasien dengan keluarga baik, terbukti selama klien di rawat di rumah sakit di tunggu oleh saudara terdekat secara bergantian. Hubungan pasien dengan tim tenaga kesehatan baik terbukti klien mengikuti proses perawatan dan pengobatan yang dilakukan	Hubungan pasien dengan keluarga baik, terbukti selama klien di rawat di rumah sakit di tunggu oleh saudara terdekat secara bergantian. Hubungan pasien dengan tim tenaga kesehatan baik terbukti klien mengikuti proses perawatan dan pengobatan yang dilakukan

h) Data Spiritual

Tabel 4.8 Data Spiritual

Data Spiritual	Pasien 1	Pasien 2
	Makna Hidup : Pasien mengatakan hidupnya sangat berharga dan menjalani kondisi saat ini dengan ikhlas	Makna Hidup : Pasien mengatakan hidupnya sangat berharga dan menjalani kondisi saat ini dengan ikhlas
	Pandangan terhadap sakit : Pasien mengatakan bahwa ini cobaan dari Allah	Pandangan terhadap sakit : Pasien mengatakan bahwa ini cobaan dari Allah
	Keyakinan akan kesembuhan : Pasien mendapatkan dukungan dan keyakinan akan sembuh yang baik dari keluarga, teman, maupun tenaga kesehatan dalam pemulihannya ini namun pasien sering mengatakan cemas akan kesembuhannya.	Keyakinan akan kesembuhan : Pasien mendapatkan dukungan dan keyakinan akan sembuh yang baik dari keluarga, teman, maupun tenaga kesehatan dalam pemulihannya ini namun pasien sering mengatakan cemas akan kesembuhannya.
	Kemampuan beribadah : Pasien beragama islam, rajin ibadah tidak pernah meninggalkan sholat walaupun dirinya sholat dalam keadaan berbaring.	Kemampuan beribadah : Pasien beragama islam, rajin ibadah tidak pernah meninggalkan sholat walaupun dirinya sholat dalam keadaan berbaring.

i) Data Penunjang

1) Laboratorium

Tabel 4.9 Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Pasien 1				
14/01/23	1. HEMATOLOGI			
11:20	Hematologi Tanpa Diff			
	Hemoglobin	11,5	13-16	g/dL
	Hematokrit	33	35-47	%
	Jumlah Leukosit	10,600	3,800-10,600	/mm3
	Jumlah Trombosit	439,000	150,000-440,000	/mm3
	Jumlah Eritrosit	4.94	3.6 – 5.8	juta/mm3
	MCV	67	80-100	fL
	MCH	23	26-34	pg/cell
	MCHC	35	31-37	g/dl
	Hitung Jenis			
	Basofil	0	0-1	%
	Eosinofil	1	1-6	%
	Batang	0	3-5	%
	Neutrofil	79	50-70	%
	Limfosit	13	30-45	%
	Monosit	7	2-10	%

2. KIMIA KLINIK

Glukosa Darah	101	< 140	mg/dL
Sewaktu			
Ureum	19	20-40	mg/dL
Kreatinin	0.62	0.5-1.3	mg/dL
SGOT	13	0-31	U/L
SGPT	7	< 35	U/L
16-01-23			
07.30	1. KIMIA KLINIK		
Cholesterol Total	257	<200	Mg/dL
Cholesterol HDL	52	>60	Mg/dL
Cholesterol LDL	211	<130	Mg/dL
Trigliserida	146	<135	Mg/dL

2) Radiologi

Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil/Kesan
15 januari 2023	CT-SCAN	Hasil Pemeriksaan Cor tidak membesar Sinus dan Diafragma normal Pulmo : Hilus normal Corakan bronkhovaskuler bertambah Tidak tampak bercak luka Kesan : Cor dan Pulmo tampak normal

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Pasien 2				
17/01/23	1. HEMATOLOGI			
13:30	Hematologi Tanpa Diff			
	Hemoglobin	14,0	13-18	g/dL
	Hematokrit	39	35-47	%
	Jumlah Leukosit	5,800	3,800-10,600	/mm3
	Jumlah Trombosit	108,000	150,000-440,000	/mm3
	Jumlah Eritrosit	4,17	3.6 – 5.8	juta/mm3
	MCV	94	80-100	fl
	MCH	34	26-34	pg/cell
	MCHC	36	31-37	g/dl
	Hitung Jenis			
	Basofil	0	0-1	%
	Eosinofil	1	1-6	%
	Batang	0	3-5	%
	Neutrofil	68	50-70	%
	Limfosit	24	30-45	%
	Monosit	7	2-10	%
	2. KIMIA KLINIK			
	Glukosa Darah Sewaktu	118	< 140	mg/dL
	Ureum	26	20-40	mg/dL
	Kreatinin	0.75	0.7-1.3	mg/dL

SGOT	17	0-31	U/L
SGPT	11	< 35	U/L

18-01-23

07.34 **1. KIMIA KLINIK**

Cholesterol Total	149	<200	Mg/dL
Cholesterol HDL	25	>60	Mg/dL
Cholesterol LDL	120	<130	Mg/dL
Trigliserida	117	<135	Mg/dL

2) Radiologi

Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil/Kesan
17 januari 2023	CT-SCAN	Hasil Pemeriksaan - Cor membesar dengan apex tertanam - Sinus dan diafragma normal - Pulmo : Hilus normal Corakan bronkhovaskuler bertambah Tidak tampak bercak luka Kranialisa (-) Kesan : Kardiomegali (LV?) tanpa bendungan paru

j) **Program dan Rencana Pengobatan**

Tabel 4.10 Program dan Rencana Pengobatan

Pasien 1

Tanggal	Jenis terapi	Dosis	Cara pemberian	Fungsi
17 s/d 19 Januari 2023	IUFD Asering	500cc/24 jam	IV	Untuk memenuhi kebutuhan glukosa dalam tubuh ketika pasien tidak dapat meminum cairan yang cukup atau dibutuhkan tambahan dari luar demi menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit.
	Omeprazole	1x40 mg	IV	Untuk meredakan gangguan pencernaan akibat naiknya asam lambung
	Ondansetrone	3x4 mg	IV	Untuk mengatasi mual dan muntah, akibat gangguan pengosongan lambung yang ditandai dengan rasa begha atau penuh pada perut serta refluks asam lambung pada penyakit GERD.
	Betahistine	2x24 mg	Oral	Untuk membantu meredakan keluhan pusing (vertigo), gangguan pendengaran dan telinga berdenging.
	Atorvastatin	1x20 mg	Oral	Untuk menurunkan LDL dan trigliserida, serta meningkatkan HDL di dalam darah.

Pasien 2

Tanggal	Jenis terapi	Dosis	Cara pemberian	Fungsi
17 s/d 19 Januari 2023	IUFD Asering	20 tpm	IV	Untuk memenuhi kebutuhan glukosa dalam tubuh ketika pasien tidak dapat meminum cairan yang cukup atau dibutuhkan tambahan dari luar demi menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit.
	Omeprazole	1x40 mg	IV	Untuk meredakan gangguan pencernaan akibat naiknya asam lambung
	Ondansentron	3x4 mg	IV	Untuk mengatasi mual dan muntah, akibat gangguan pengosongan lambung yang ditandai dengan rasa begha atau penuh pada perut serta refluks asam lambung pada penyakit GERD.
	Betahistine	2x24 mg	Oral	Untuk membantu meredakan keluhan pusing (vertigo), gangguan pendengaran dan telinga berdenging.
	Atorvastatin	1x20 mg	Oral	Untuk menurunkan LDL dan trigliserida, serta meningkatkan HDL di dalam darah.
	Captopril	2x12,5 mg	Oral	Untuk membantuk menurunkan tekanan darah tinggi.

Citicoline	2x500 mg	Oral	Untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh cedera kepala.
------------	----------	------	---

4.1.3. Analisa Data

Tabel 4.11 Analisa Data

Pasien 1			
No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS:	Vertigo	Gangguan rasa nyaman
	- Pasien mengatakan tidak nyaman karena pusing dengan skala 5 seperti berputar	↓ Sistem keseimbangan tubuh (vestibular) terganggu	
	- Pasien mengatakan mual muntah	↓	
	- Pasien mengatakan sulit tidur	Sensasi seperti bergerak, berputar	
	DO:	↓	
	- TD 160/100 mmHg	Gangguan di SSP atau SST	
	- Nadi 80 x/ menit	↓	
	- Pasien tampak merintih	Spasme saraf/peningkatan intrakranial	
	- Kolesterol total : 257 Mg/dL	↓	
	- Kolesterol LDL :211 Mg/dL	Nyeri, sakit kepala	
	- Triglisedia 146 Mg/dL	↓	
		Gangguan rasa nyaman	

2	DS:	Ketidakcocokan informasi yang	Intoleransi aktivitas
	- Pasien mengatakan lelah dan hanya berbaring di tempat tidur	disampaikan ke otak oleh saraf	
		↓	
	- Pasien mengatakan ketika bangun dari tempat tidur pusing seperti berputar	Proses pengolahan informasi terganggu	
		↓	
	DO:	Transmisi persepsi ke reseptor proprioception terganggu	
	- Pasien tampak meringis TD : 160/100 mmHg	↓	
		Kegagalan koordinasi	
		↓	
		Ketidakteraturan kerja otot	
		↓	
		Intoleransi aktivitas	

3	DS: - Pasien mengatakan sulit untuk tidur - Pasien mengatakan gelisah - Pasien mengatakan tidur hanya bisa 1-2 jam DO: - Keadaan umum : Lemah - Pasien tampak pucat - TTV TD : 160/100 mmHg N : 80x/menit R : 20x/menit S : 36,5°C Spo2 : 98%	Status kesehatan kurang baik ↓ Penyakit ↓ Dampak penyakit ↓ Gangguan tidur ↓ Tidak dapat tidur dengan kualitas yang baik ↓ Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur
4	DS: - Pasien mengatakan telinga kanan berdengung - Pasien mengatakan penglihatan kurang jelas (buram) DO: - Skor Risiko Jatuh 25 (Risiko sedang) - Nervus 3 (penglihatan buram) dan nervus 8 (telinga kanan berdengung)	Gangguan di SSP atau SST ↓ Spasme saraf/peningkatan intrakranial ↓ Nyeri, sakit kepala ↓ Sensasi berputar, bergerak ↓ Disorientasi ↓ Kesadaran menurun ↓	Risiko jatuh

- ADL toileting dibantu oleh keluarga	Risiko jatuh	
5 DS:	Pusing	Risiko defisit nutrisi
- Pasien mengatakan sulit makan karena pusing serta mual muntah	↓ Paristaltik meningkat	
DO :	↓ Mual muntah	
- Makan habis hanya ½ porsi	↓ Anoreksia	
- Pasien tampak lemah	↓ Risiko Defisit Nutrisi	

Pasien 2

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS:	Vertigo	Gangguan rasa nyaman
-	Pasien mengatakan tidak nyaman pusing dengan skala 5 pusing seperti berputar dan telinga kanan berdengung	↓ Sistem keseimbangan tubuh (vestibular) terganggu	
-	Pasien mengatakan penglihatan buram	↓ Sensasi seperti bergerak, berputar	
DO :		↓ Gangguan di SSP atau SST	
-	Pasien tampak lemah	↓	
-	Pasien tampak gelisah	Spasme saraf/peningkatan intrakranial	
-	TD : 150/90 mmhg	↓	
-	Nervus 3 (penglihatan buram) dan nervus 8 (telinga kanan)	Nyeri, sakit kepala Gangguan rasa nyaman	

berdengung)

2	DS :	Ketidakkcocokan informasi yang disampaikan ke otak oleh saraf	Intoleransi aktivitas
	- Pasien mengatakan pusing ketika bergerak	↓	
	- Pasien mengatakan ketika bangun dari tempat tidur pusing seperti berputar	Proses pengolahan informasi terganggu	
		↓	
	DO :	Transmisi persepsi ke reseptor proprioception terganggu	
	- Pasien tampak lemah	↓	
	- pola ADL masih di bantu keluarga	Kegagalan koordinasi	
	- TTV	↓	
	TD : 150/90 mmHg	Ketidakteraturan kerja otot	
		↓	
		Intoleransi aktivitas	

4.1.4 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

Tabel 4.12 Diagnosa Keperawatan

Pasien 1

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Nama Perawat	Tanda Tangan
1	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (D. 0074) DS: - Pasien mengatakan tidak nyaman karena pusing seperti berputar dengan skala 5 - Pasien mngatakan mual DO: - TD 160/100 mmHg - Nadi 80 x/ menit - Kolesterol total : 257 Mg/dL - Kolesterol LDL : 211 Mg/dL - Triglisedia 146 Mg/dL	16 Januari 2023	Risna	
2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056) DS: - Pasien mengatakan lelah dan hanya berbaring di tempat tidur - Pasien mengatakan pusing ketika berjalan	16 Januari 2023	Risna	

DO:

- Pasien tampak lemah ketika bangaun tampak pusing
- Aktivitas masih dibantu oleh keluarga

3

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)

16 Januari
2023

Risna



DS:

- Pasien mengatakan sulit tidur
- Pasien mengatakan gelisah
- Pasien mengatakan tidur hanya 1 – 2 jam

DO:

- Keadaan umum : Lemah
- Pasien tampak lemah
- Pasien tampak terlihat ada kantung mata
- TTV

TD : 160/100 mmHg

N : 80x/menit

R : 20x/menit

S : 36,5°C

Spo2 : 98%

4

Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan (D.0143)

16 Januari
2023

Risna



DS:

- Pasien mengatakan telinga kanan berdengung
- Pasien mengatakan penglihatan kurang jelas (buram)

DO:

- Skor risiko jatuh 25 (Risiko sedang)
- Nervus 3 (penglihatan buram) dan nervus 8 (telinga kanan berdengung)
- ADL toileting dibantu oleh keluarga

5	Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (D.0032)	16 Januari 2023	Risna	
---	--	-----------------	-------	---

DS:

- Pasien mengatakan gamau makan karena pusing serta mual muntah

DO:

- Makan hanya habis ½ porsi
- Pasien tampak lemah

Pasien 2

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Nama Perawat	Tanda Tangan
1	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (D. 0074)	18 Januari 2023	Risna	

DS:

- Pasien mengatakan tidak nyaman pusing berputar dan telinga kanan berdengung
- Pasien mengatakan penglihatan buram

DO :

- Pasien tampak lemas
- TD : 150/90 mmhg

Nervus 3 (penglihatan buram) dan nervus 8
(telinga kanan berdengung)

2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D. 0056)	18 Januari 2023	Risna	
---	--	-----------------	-------	---

DS :

- Pasien mengatakan pusing ketika bergerak
- Pasien mengatakan ketika bangun dari tempat tidur pusing seperti berputar

DO :

- Pasien tampak lemah
- pola ADL masih di bantu keluarga
- TTV

TD : 145/100 mmHg

Berdasarkan hasil pengkajian yang sudah didapatkan maka dapat ditegakkan diagnosa keperawatan pada pasien 1 (Ny. E) yaitu : Gangguan rasa nyaman (D. 0074), intoleransi aktivitas (D. 0056), Gangguan pola tidur (D. 0055), Risiko Jatuh (D. 0143), Risiko Defisiti Nutrisi (D. 0032). Sedangkan pasien 2 (Tn. O) hasil dari pengkajian yang didapatkan maka dapat ditegakkan diagnosa keperawatan yaitu : Ganggaun rasa nyaman (D. 0074), Intoleransi aktivitas (D. 0056). Pada penelitian ini difokuskan pada keperawatan dari pasien 1 dan 2 yaitu : Gangguan rasa nyaman (D. 0074).

4.1.5. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.13 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		
		Tujuan	Tindakan	Rasional
Pasien 1				
1.	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (D. 0074) DS: - Pasien mengatakan tidak nyaman karena pusing seperti berputar - Pasien mengatakan mual DO: - TD 160/100 mmHg - Nadi 80 x/ menit - Kolesterol total : 257 Mg/dL - Kolesterol LDL : 211 Mg/dL - Triglisedia 146 Mg/dL	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan status kenyamanan meningkat, dengan kriteria hasil : - Keluhan tidak nyaman menurun - Gelisah menurun - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan Lelah menurun	1. Observasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Monitor respons terhadap terapi relaksasi 3. Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman 4. Ajarkan posisi brandt daroff dan anjurkan latihan 3x/sehari	1. Untuk mengetahui penyebab tingkat energi 2. Untuk mengetahui keefektifan tehnik relaksasi yang pernah digunakan 3. Untuk membuat pasien nyaman dengan posisinya 4. Untuk membuat pasien nyaman, mengurangi pusing dan menghindari risiko jatuh
2.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas	1. Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif 2. Sediakan lingkungan nyaman	1. Membantu meningkatkan rentang gerak pasien dalam beraktivitas

DS: - Pasien mengatakan lelah dan hanya berbaring di tempat tidur - Pasien mengatakan pusing ketika berjalan	meningkat, dengan kriteria hasil : - Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat - Kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat - Keluhan lelah menurun - Dispnea saat aktivitas menurun	dan rendah stimulus 3. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 4. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	2. Memberikan rasaaman dan nyaman kepada pasien 3. Melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi 4. Pemberian gizi yang cukup dapat meningkatkan energi pasien
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055) DS: - Pasien mengatakan sulit tidur - Pasien mengatakan gelisah - Pasien mengatakan tidur hanya 1 – 2 jam DO: - Keadaan umum : Lemah - Pasien tampak	Setelah dilakukan Tindakan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik, dengan kriteria hasil : - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun - Keluhan tidak puas tidur menurun - Keluhan pola tidur berubah menurun - Keluhan istirahat tidak cukup menurun	1. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis) 2. Modifikasi lingkungan senyaman mungkin 3. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya	1. Untuk mengetahui kemudahan dalam tidur 2. Kondisi lingkungan yang nyaman dan kondusif akan memudahkan pasien untuk tidur dengan lebih baik 3. Untuk meningkatkan kualitas tidur pasien

lemah

- Pasien tampak terlihat ada kantung mata

- TTV

TD : 160/100
mmHg

N : 80x/menit

R : 20x/menit

S : 36,5°C

Spo2 : 98%

4	Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan (D.0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, maka tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil :	1. Identifikasi faktor risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis : fal morse scale, humpty dumpty scale) 2. Monitor kemampuan berpindah posisi dari tempat tidur ke kamar mandi atau sebaliknya 3. Pasang hadrail tempat tidur 4. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 5. Anjurkan untuk latihan brandt daroff sehari 2x	1. Untuk mengetahui skor risiko jatuhnya dan cara mengetahuinya penanganannya 2. Untuk mengetahui tingkat kemampuan pasien 3. Untuk meminimalisir risiko jatuh 4. Untuk memudahkan pasien jika membutuhkan perawat 5. Untuk membuat pasien nyaman, mengurangi pusing dan meminimalisir risiko jatuh
DS:	- Pasien mengatakan telinga kanan berdengung - Pasien mengatakan penglihatan kurang jelas (buram)	- Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat berdiri menurun - Jatuh saat duduk menurun - Jatuh saat berjalan menurun		
DO:	- Skor risiko jatuh 25 (Risiko sedang) - Nervus 3 (penglihatan			

	buram) dan nervus 8 (telinga kanan berdengung)			
	- ADL toileting dibantu oleh keluarga			
5	Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (D.0032) DS: - Pasien mengatakan gamau makan karena pusing serta mual muntah DO: - Makan hanya habis ½ porsi - Pasien tampak lemah	Setelah dilakukan Asuhan keperawatan selama 3x24 jam status nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil : - porsi makanan yang dihabiskan meningkat - berat badan atau IMT meningkat - frekuensi makan meningkat	1. Monitor asupan makanan 2. Monitor berat badan 3. Kolaborasikan dengan ahli gizi perihan asupan makanan pasien sesuaian kebutuhan kalori dan pilihan makanan	1. Untuk mengetahui dan memudahlan pengukuran asupan 2. Untuk mengetahui apakah pasien mengalami penurunan berat badan atau tidak 3. Untuk mengetahui jumlah gizi yang dibutuhkan pasien

Pasien 2

1.	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (D. 0074) DS: - Pasien mengatakan tidak nyaman pusing berputar dan telinga	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan status kenyamanan meningkat, dengan kriteria hasil : - Keluhan tidak nyaman menurun - Gelisah menurun	1. Observasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Monitor respons terhadap terapi	1. Untuk mengetahui penyebab tingkat energi 2. Untuk mengetahui keefektifan tekhnik relaksasi yang pernah digunakan 3. Untuk membuat pasien nyaman dengan posisinya
----	---	---	--	---

- kanan
berdengung
- Pasien mengatakan penglihatan buram
- DO :
- Pasien tampak lemas
 - TD : 150/90 mmhg
 - Nervus 3 (penglihatan buram) dan nervus 8 (telinga kanan berdengung)
- Keluhan sulit tidur menurun
 - Lelah menurun
- relaksasi
3. Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman
 4. Ajarkan posisi brandt daroff dan anjurkan latihan 2x sehari
4. Untuk membuat pasien nyaman, mengurangi pusing dan menghindari risiko jatuh

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D. 0056)	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil :	1. Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif	1. Membantu meningkatkan rentang gerak pasien dalam beraktivitas
DS :		2. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus	2. Memberikan rasaaman dan nyaman kepada pasien
- Pasien mengatakan pusing ketika bergerak	- Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat	3. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	3. Melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi
- Pasien mengatakan ketika bangun dari tempat tidur pusing seperti berputar	- Kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat	4. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	
DO :			
- Pasien tampak lemah	- Dispnea saat aktivitas		

- pola ADL masih menurun di bantu keluarga
- TTV
TD : 150/90 mmHg

4. Pemberian gizi yang cukup dapat meningkatkan energi pasien

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.14 Implementasi Keperawatan

Tanggal	Dx	Tindakan Keperawatan	Paraf
Pasien 1			
16 Januari 2022 08:00	I	Kontrak Waktu + pengkajian	 Risna
		Melakukan Observasi Tanda-Tanda Vital	
		Hasil TTV :	
		- TD : 160/100 mmHg	
		- N : 80x/menit	
08:10	I	- RR : 22x/menit	 Risna
		- S : 36,5°C	
		- SpO ₂ : 96%	
		Menyuntikan obat IV	
		Hasil :	
80:15	I	(Ondansetrone, omeprazole) untuk mengurangi mual pada pasien	 Risna
		Melakukan pemeriksaan fisik Head to toe	
		Hasil :	
		Pasien mengeluh tidak nyaman karena pusing, pusing dirasakan secara berputar dan telinga kanan terasa	

berdengung, Adanya mual muntah, tidak bisa tidur dan Aktivitas hanya berbaring ditempat tidur

08:30	I	Memposisikan pasien dengan posisi semi powler	
		Hasil : Pasien lebih nyaman	Risna
09:00	I	Edukasi dan ajarkan posisi <i>Brandt Daroff Exercise</i> sesuai jurnal yang sudah dicari	
		Hasil : Pasien mau melakukannya	Risna
09:30	I	Menggali hambatan untuk berlatih berjalan	
		Hasil : Pusing dirasakan ketika beraktivitas atau pada saat ganti posisi	Risna
10:00	I	Menganjurkan pasien untuk miring kanan, miring kiri	
		Hasil : Pasien melakukannya	Risna
13:00	I	Mengajarkan posisi <i>Brandt Daroff Exercise</i>	
		Hasil : pasien mengatakan masih pusing	Risna
18:00	I	Memberikan terapi obat ondansetrone (IV) Batahistine, Atorvastatin (Oral)	
		Hasil : pasien minum obat	Risna
17 Januari 2023	I	Melakukan Observasi Tanda-Tanda Vital	
		Hasil : TTV	
08:15		- TD : 140/100 mmHg	Risna
		- N : 75x/menit	

			- R : 23x/menit - S : 37,3°C - Spo2 : 96 %	
08:30	I	Melakukan terapi obat Omeprazole, Ondansetrone (IV)	Hasil : pasien minum obat	 Risna
09:00	I	Mengajarkan posisi <i>Brandt Daroff Exercise</i>	Hasil : Klien mengatakan sudah nyaman dengan skala 3 tapi masi merasakan pusing	 Risna
10:00	I	Kaji latihan posisi <i>Brandt Daroff Exercise</i> pada pasien	Hasil : Pasien mengatakan sudah melakukannya 3x sehari (pagi, siang, dan sore)	 Risna
18 Januari 2023	I	Melakukan observasi tanda-tanda vital	Hasil TTV : - TD : 130/100 mmHg - N : 88x/menit - RR : 23x/menit - S : 36,7°C - Spo₂ : 98%	 Risna
08:25	I	Mengajarkan posisi <i>Brandt Daroff Exercise</i>	Hasil : Klien mengatakan nyaman dengan skala 3	 Risna

Pasien 2

18 Januari 2023 08:00	I	Melakukan observasi Tanda – tanda vital	
		Hasil:	
		TD : 145/100 mmHg	Risna
		N : 89x/menit	
		RR : 23x/menit	
		S : 36,7°C	
		SpO2 : 98%	
08.20	I	Memposisikan pasien dengan posisi semiowler	
		Hasil :	
		Pasien lebih nyaman dengan skala 3	Risna
09:00	I	Edukasi dan ajarkan posisi <i>Brandt Daroff Exercise</i> sesuai jurnal yang sudah dicari	
		Mengajarkan posisi <i>Brandt Daroff Exercise</i>	
		Hasil : Klien mengatakan sudah nyaman dengan skala 3	Risna
09:15	I	Mengajarkan dan melatih pasien untuk melakukan latihan <i>Brandt Daroff Exercise</i> 3x/hari (Pagi, siang, sore) dan memberikan materi berupa leaflet	
		Hasil :	
		Pasien mau dan bersemangat untuk latihan dan serta dibantu oleh istrinya	Risna
10:00	I	Menganjurkan pasien untuk miring kanan, miring kiri	
		Hasil :	
		Pasien melakukannya	Risna

13.00	I	Edukasi dan ajarkan posisi <i>Brandt Daroff Exercise</i> sesuai jurnal yang sudah dicari	
		Mengajarkan posisi <i>Brandt Daroff Exercise</i>	Risna
		Hasil : Klien mengatakan masih pusing	
19 Januari 2023		Melakukan Observasi Tanda-tanda vital	
09 :00	I	Hasil TTV : - TD : 130/100 mmHg - N : 75x/menit - RR : 23x/menit - Spo2 : 96% - S : 37,3° C	
			Risna
09:20	I	Mengkaji kualitas pusing	
		Hasil : Pasien mengatakan masih pusing, pusing seperti berputar dan telinga kanan masih berdengung	
			Risna
09:30	I	Edukasi dan ajarkan posisi <i>Brandt Daroff Exercise</i> sesuai jurnal yang sudah dicari	
		Mengajarkan posisi <i>Brandt Daroff Exercise</i>	Risna
		Hasil : Klien mengatakan masih pusing	
10.00	I	Menganjurkan pasien untuk miring kanan, miring kiri	
		Hasil : Pasien mau melakukannya	
			Risna
20 Januari 2023		Melakukan Observasi Tanda-Tanda Vital	
08.00	I	Hasil : TTV - TD : 130/90 mmHg - N : 75x/menit - R : 23x/menit - S : 37,3°C - Spo2 : 96 %	
			Risna

08:30	I	Melakukan terapi obat Ondansetrone (IV), Betahistine (Oral)	
		Hasil : pasien minum obat	Risna
09:00	I	Mengajarkan posisi <i>Brandt Daroff Exercise</i>	
		Hasil : Klien mengatakan pusing sudah mulai berkurang	Risna

4.1.7. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.15 Evaluasi

Tanggal	Dx	Evaluasi Sumatif	Paraf
Pasien 1			
18 Januari 2023	I	S : Pasien mengatakan pusing sudah tidak ada Pasien mengatakan sudah bisa melakukan latihan <i>Brandt Daroff Exercise</i> meskipun masih dibantu Pasien mengatakan melakukan latihan <i>Brandt Daroff Exercise</i> 3x/hari (Pagi, siang, sore) O : Pasien tampak tenang Skala Rasa nyaman 1 (meningkat) Skala keluhan sulit tidur 1 (meningkat) Skala lelah 1 (meningkat) TD : 130/98 mmHg Nadi : 90x/menit RR : 22x/menit Spo2 : 99% S : 37,2° C A : Masalah teratasi	 Risna

P : hentikan intervensi

Pasien 2

20 Januari 2023

I

S: Pasien mengatakan pusing sudah berkurang

Pasien mengatakan keluhan lemas sudah berkurang

O :

- Keadaan umum : Pasien tampak tenang
- Skala Rasa nyaman 1 (meningkat)
- Skala keluhan sulit tidur 1 (meningkat)
- Skala lelah 1 (meningkat)
- TD : 130/80 mmhg
- Nadi : 90 x/menit



Risna

A : Masalah teratasi

P : Hentikan intervensi

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien 1 (Ny.E) berusia 50 tahun dan pasien 2 (Tn.O) berusia 67 tahun dengan menderita penyakit yang sama yaitu vertigo. Dari hasil pengkajian usia sesuai dengan teori bahwa usia yang memiliki resiko terjadinya vertigo yaitu usia diatas 65 tahun yang sering terjadi berbagai perubahan struktural berupa degenerasi dan atrofi pada sistem vestibular, visual dan proprioseptif dengan akibat gangguan fungsional pada ketiga sistem tersebut (Junaidi, 2021)

Pada hasil pengkajian didapatkan data subjektif pada pasien 1 (Ny.E) mengeluh tidak nyaman karena pusing seperti berputar, mual dan telinga kanan berdengung sedangkan pada pasien 2 (Tn.O) mengeluh tidak nyaman karena pusing seperti berputar, telinga kanan berdengung. Data objektif yang didapatkan dari pasien 1 (Ny.E) yaitu keadaan umum lemah, TD : 160/100 mmHg, N : 80 x/menit, RR : 22 x/menit, Suhu : 36,5c, SpO2 : 99%. Data Objektif yang didapatkan pada pasien 2 (Tn.O) yaitu keadaan umum lemah, TD : 150/90 mmHg, N : 98x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36,5c, SpO2 : 97%.

Pada hasil pengkajian didapatkan data subjektif keluhan pusing seperti berputar, mual, mengeluh sulit tidur, telinga kanan seperti berdengung dan Gejala-gejala tersebut sesuai dengan teori yang ada menjelaskan bahwa gejala pada penderita vertigo yaitu mual muntah, gangguan telinga tengah, pusing dan gangguan penglihatan (Triyanti et al., 2018). Sesuai dengan teori pusing seperti berputar Rasa pusing atau vertigo disebabkan oleh gangguan alat keseimbangan tubuh yang mengakibatkan ketidakcocokan antara posisi tubuh yang sebenarnya dengan apa yang dipersepsi oleh susunan saraf pusat (putri & Sidharta, 2016). Sedangkan pada vertigo menurut teori yaitu rangsang berlebihan (overstimulation) pada vertigo disebabkan hiperemi kanalis semisirkularis sehingga fungsinya terganggu, akibatnya akan timbul vertigo, nistagmus, mual dan muntah (Akbar, 2016).

Menurut peneliti hasil dari pengkajian studi kasus tersebut sesuai dengan teori dimana kedua pasien sama-sama mengalami keluhan pusing seperti berputar dan telinga kanan berdengung sedangkan terdapat perbedaan

pada kedua pasien tersebut adalah dari keluhan mual pada pasien 1 dikarenakan pada pasien 1 mempunyai riwayat penyakit gastritis. Sedangkan pada pasien 2 tidak mengalami mual dan tidak mempunyai riwayat penyakit gastritis. Pada saat pengkajian dengan melakukan wawancara kedua pasien tampak kooperatif.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang sudah didapatkan maka dapat ditegakkan diagnosa keperawatan pada pasien 1 (Ny. E) yaitu : Gangguan rasa nyaman (D. 0074), intoleransi aktivitas (D. 0056), Gangguan pola tidur (D. 0055), Risiko Jatuh (D. 0143), Risiko Defisit Nutrisi (D. 0032). Sedangkan pasien 2 (Tn. O) hasil dari pengkajian yang didapatkan maka dapat ditegakkan diagnosa keperawatan yaitu : Gangguan rasa nyaman (D. 0074), Intoleransi aktivitas (D. 0056).

Sedangkan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan teori serta diagnosa yang ditemukan saat hasil pengkajian mengalami persamaan dan tidak ada kesenjangan dengan teori yaitu gangguan rasa nyaman, intoleransi aktivitas, gangguan pola tidur, resiko jatuh dan resiko defisit nutrisi. Sedangkan diagnosa keperawatan yang sama antar kedua pasien adalah gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Pada penelitian ini fokusnya yaitu kebutuhan rasa nyaman pada kedua pasien, diagnosa ini muncul karena menjadi keluhan utama kedua pasien agar dapat teratasi. Keluhan pada pasien 1 (Ny.E) mengatakan tidak nyaman karena pusing seperti berputar dan sulit tidur dan mual. Sedangkan

pasien 2 (Tn.O) mengatakan tidak nyaman karena pusing seperti berputar. Menurut teori yang dijelaskan pada buku (SDKI, 2017) bahwa gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit adalah perasaan kurang senang karena pusing, lega dan sempurna dalam dimensi fisik psikospiritual, lingkungan dan sosial. Batasan karakteristik pada Data mayor dan Data minor pada masalah gangguan rasa nyaman adalah Data mayor : Subjektif : mengeluh tidak nyaman, Objektif : Gelisah. Data minor : Subjektif : Mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh kedinginan atau kepanasan, mengeluh mual, mengeluh lelah, Objektif : Menunjukkan gejala stress, tampak merintih atau menangis. Maka data mayor dan data minor yang sesuai dengan kasus kedua pasien adalah : Mengeluh tidak nyaman, mengeluh mual, dan mengeluh sulit tidur.

Menurut peneliti diagnosa keperawatan yang ditegakkan sudah sesuai dengan teori adalah gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai dengan mengeluh tidak nyaman karena pusing, mengeluh sulit tidur dan mengeluh mual. Maka terdapat persamaan antara teori dan kondisi kedua pasien dengan masalah keperawatan yang muncul pada pasien 1 (Ny.E) dan pasien 2 (Tn.O).

4.2.3 Perencanaan

Pada tahap ini adalah bagian dari proses keperawatan yang dapat menentukan keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan melalui prioritas masalah, perumusan, tujuan, kriteria hasil, penetapan perencanaan tindakan sesuai dengan prioritas. Perencanaan yang difokuskan pada kedua

pasien adalah kebutuhan rasa nyaman pasien. Prioritas masalah pada kedua pasien ini adalah gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit. Masalah gangguan rasa nyaman ini dijadikan sebagai masalah yang diprioritaskan karena jika tidak teratasi dapat menyebabkan dampak buruk bagi penderita yaitu ancaman nyawa, berhubungan dengan otak dan telinga, penyebab serius dari gejala awal dari tumor otak, dan menjadi indikasi serius terhadap gangguan pada telinga dan organ pendengaran (H. Setiawan et al., 2022).

Kriteria hasil untuk dapat menyelesaikan masalah prioritas yaitu selama 3x24 jam dengan diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil : keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun, keluhan sulit tidur menurun (TIM Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Intervensi keperawatan yang diterapkan pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu sesuai dengan masalah yang muncul adalah gangguan rasa nyaman serta sesuai dengan teori pada buku (TIM Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) dengan intervensi utama terapi relaksasi adalah Observasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif, Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan, monitor respon terhadap terapi relaksasi, ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang yang nyaman, anjurkan pengambilan posisi yang nyaman, dikarenakan kedua pasien adalah penderita vertigo, sehingga diberikan intervensi tambahan dengan didampingi jurnal mengenai

berupa intervensi dengan mengajarkan pasien melakukan posisi *brandt daroff*. Sedangkan intervensi yang dilakukan selama 3x24 jam yaitu observasi identifikasi penurunan energi, teknik relaksasi, observasi tanda-tanda vital, terapeutik ciptakan lingkungan yang nyaman, berikan informasi tentang persiapan teknik relaksasi dan prosedur teknik relaksasi, edukasi jelaskan tujuan manfaat teknik relaksasi, anjurkan pasien mengambil posisi nyaman, anjurkan untuk sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih, demonstrasikan dan latih teknik relaksasi serta diberikan intervensi tambahan dengan didampingi jurnal mengenai berupa intervensi dengan mengajarkan pasien melakukan posisi *brandt daroff*.

Berdasarkan kasus menurut peneliti bahwa didalam memberikan sebuah intervensi keperawatan harus sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan, bahwa antara kedua pasien tidak ada perbedaan karena diagnosanya sama sehingga intervensi yang diberikan dan yang telah diterapkan juga sama sesuai dengan teori.

4.2.4 Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan peneliti melakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun. Tindakan mandiri prioritas yang dilakukan selama 3x24 jam pada kedua pasien yaitu terapi relaksasi. Tindakan keperawatan terdiri dari Observasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif, Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan,

monitor respon terhadap terapi relaksasi, ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang yang nyaman, Anjurkan pengambilan posisi yang nyaman, Dikarenakan kedua pasien adalah penderita vertigo, sehingga diberikan intervensi tambahan dengan didampingi jurnal mengenai berupa intervensi dengan mengajarkan pasien melakukan posisi *brandt daroff*.

Setiap hari selama 3x24 jam semua implementasi sesuai dengan rencana keperawatan dilakukan pada Ny.E berusia 50 tahun yaitu dari mulai dari tanggal 16 januari 2023 Melakukan Observasi Tanda-Tanda Vital Hasil TTV : TD : 160/100 mmHg, N : 80x/menit , RR : 22x/menit, S : 36,5°C, Spo2 : 96%, Menyuntikan obat IV Hasil : (Ondansetrone, omeprazole) untuk mengurangi mual pada pasien, Melakukan pemeriksaan fisik Head to toe Hasil : Pasien mengeluh tidak nyaman karena pusing, pusing dirasakan secara berputar dan telinga kanan terasa berdengung, Adanya mual muntah, tidak bisa tidur dan Aktivitas hanya berbaring ditempat tidur, Memposisikan pasien dengan posisi semi powler Hasil : Pasien lebih nyaman, Meng edukasi dan ajarkan posisi *Brandt Daroff Exercise* sesuai jurnal yang sudah dicari Hasil : Pasien mau melakukannya, Menggali hambatan untuk berlatih berjalan Hasil : Pusing dirasakan ketika beraktivitas atau pada saat ganti posisi, Menganjurkan pasien untuk miring kanan, miring kiri Hasil : Pasien melakukannya dan tampak nyaman, Mengajarkan posisi *Brandt Daroff Exencise* Hasil : pasien mengatakan masih pusing, Memberikan terapi obat ondansetrone (IV) Batahistine, Atorvastatin (Oral) Hasil : pasien minum obat.

Pada tanggal 17 Januari 2023 Melakukan Observasi Tanda-Tanda Vital Hasil : TTV TD : 140/100 mmHg, N : 75x/menit, R : 23x/menit, S : 37,3°C, Spo2 : 96 %, Melakukan terapi obat Omeprazole, Ondansetrone (IV) Hasil : pasien minum obat, Mengajarkan posisi Brandt Daroff Exercise Hasil : Klien mengatakan pusing sudah mulai berkurang, Kaji latihan posisi Brandt Daroff Exercise pada pasien Hasil : Pasien mengatakan sudah melakukannya 3x sehari (pagi, siang, dan sore).

Pada tanggal 18 Januari 2023 dengan Melakukan observasi tanda-tanda vital Hasil TTV : TD : 130/100 mmHg, N : 88x/menit, RR : 23x/menit, S : 36,7°C, Spo2 : 98%, Mengajarkan posisi Brandt Daroff Exercise Hasil : Klien mengatakan pusing sudah mulai berkurang.

Sedangkan pada pasien 2 (Tn.O) berusia 65 tahun yaitu dimulai pada tanggal 18 Januari 2023 yaitu Melakukan observasi Tanda – tanda vital Hasil: TD : 145/100 mmHg, N : 89x/menit, RR : 23x/menit, S : 36,7°C, SpO2 : 98%, Memposisikan pasien dengan posisi semi Fowler Hasil : Pasien lebih nyaman, Edukasi dan ajarkan posisi Brandt Daroff Exercise sesuai jurnal yang sudah dicari, Mengajarkan posisi Brandt Daroff Exercise Hasil : Klien mengatakan masih pusing, Mengajarkan dan melatih pasien untuk melakukan latihan Brandt Daroff Exercise 3x/hari (Pagi, siang, sore) dan memberikan materi berupa leaflet Hasil : Pasien mau dan bersemangat untuk latihan dan serta dibantu oleh istrinya, Menganjurkan pasien untuk miring kanan, miring kiri Hasil : Pasien melakukannya, Edukasi dan ajarkan posisi Brandt Daroff

Exercise sesuai jurnal yang sudah dicari, Mengajarkan posisi Brandt Daroff
 Exencise Hasil : Klien mengatakan masih pusing.

Pada tanggal 19 Januari 2023 dengan Melakukan Observasi Tanda-
 tanda vital Hasil TTV : TD : 130/100 mmHg, N : 75x/menit, RR : 23x/menit,
 Spo2 : 96%, S : 37,3° C, Mengkaji kualitas pusing Hasil : Pasien mengatakan
 masih pusing, pusing seperti berputar dan telinga kanan masih berdengung,
 Edukasi dan ajarkan posisi *Brandt Daroff Exercise* sesuai jurnal yang sudah
 dicari, Mengajarkan posisi *Brandt Daroff Exencise* Hasil : Klien mengatakan
 masih pusing, Menganjurkan pasien untuk miring kanan, miring kiri Hasil :
 Pasien mau melakukannya.

Pada tanggal 20 Januari 2023 dengan Melakukan Observasi Tanda-
 Tanda Vital Hasil : TTV TD : 130/90 mmHg, N : 75x/menit, R : 23x/menit,
 S : 37,3°C, Spo2 : 96 %, Melakukan terapi obat Ondansetrone (IV),
 Betahistine (Oral) Hasil : pasien minum obat, Mengajarkan posisi Brandt
 Daroff Exencise, Hasil : Klien mengatakan pusing sudah berkurang.

Menurut peneliti respon pasien 1 (Ny.E) dan pasien 2 (Tn.O) pada saat
 diberikan tindakan keperawatan adalah kedua pasien tampak kooperatif,
 mendengarkan dan memahami dengan baik apa yang sudah diajarkan serta
 menerima dengan baik semua intervensi yang diberikan.

4.2.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan yaitu tahap akhir dari proses evaluasi
 menyediakan nilai informasi mengenai pengaruh intervensi yang telah
 direncanakan pada status pasien serta merupakan perbandingan dari hasil yang

diamati dengan kriteria hasil yang sudah dibuat pada tahap perencanaan, pada tahap evaluasi ini peneliti melakukan evaluasi terhadap respon subyektif maupun objektif, setelah dilakukan tindakan keperawatan, sedangkan evaluasi ini digunakan sebagai menilai keberhasilan terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada pasien selama dirawat.

Dari hasil studi kasus didapatkan hasil evaluasi keperawatan pada pasien 1 (Ny.E) dan Pasien 2 (Tn.O) adalah telah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pada pasien 1 (Ny.E) pada diagnosa keperawatan pertama yaitu Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit didapatkan hasil pasien sudah tidak merasakan pusing dan masih sedikit mengeluh lemas. Diagnosa Keperawatan kedua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan didapatkan hasil sudah tercapai sebagian dibuktikan dengan kriteria hasil sudah bisa berpindah ke tempat dan berjalan ke kamar mandi meskipun masih dibantu oleh keluarga.

Pasien 2 (Tn. O) pada diagnosa keperawatan pertama yaitu gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit didapatkan hasil pasien sudah tidak merasakan pusing dan sudah tidak mengeluh lemas. Diagnosa Keperawatan kedua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan didapatkan hasil sudah tercapai dibuktikan dengan kriteria hasil sudah bisa berpindah ke tempat dan berjalan ke kamar mandi meskipun masih dibantu oleh keluarga.

Menurut peneliti dari hasil pelaksanaan yang telah diberikan kepada pasien 1 (Ny. E) dan pasien 2 (Tn.O) telah memberikan peningkatan yang baik

adalah dengan terdapat peningkatan rasa nyaman setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Pasien 1 (Ny.E) dan Pasien 2 (Tn. O) mengalami peningkatan rasa nyaman yang cukup cepat dikarenakan pasien rajin untuk melakukan latihan brandt daroff, yang bertujuan untuk mempercepat peningkatan rasa nyaman serta dengan latihan yang teratur dapat menurunkan gejala vertigo seperti pusing seperti berputar, mual muntah dan gangguan keseimbangan (Triyanti et al., 2018)