

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN REKOMENDASI**

#### **5.1 Simpulan**

Berdasarkan hasil studi kasus Asuhan Keperawatan Pada Ibu U dengan Gangguan Pola Tidur Akibat Hipertensi di Wisma Lansia J. Soenarti Nasution Kota Bandung sejak tanggal 10-19 April 2023, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

##### **5.1.1 Pengkajian**

Klien bernama Ny. U berusia 90 tahun, masuk ke panti pada tanggal 18 Desember 2015. Pada saat dikaji klien mengatakan tidak bisa tidur ketika malam hari, sering terbangun dan sering terjaga serta merasa kurang tidur. Klien mengatakan nyeri pada bagian lengan atas sebelah kanan. Nyeri dirasakan hilang timbul dan nyeri terasa cekat-cekit. Nyerinya dirasakan skala 5. Nyeri lengan atas bertambah ketika banyak digerakkan dan nyeri berkurang saat tidak banyak gerak. Klien mengatakan kedua kakinya lemas dan sulit berjalan. Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan terpasang alat pacu jantung sejak tahun 2015 karena jantung yang melemah. Klien mengatakan ibunya memiliki penyakit hipertensi sama dengan klien.

Ketika dilakukan pemeriksaan fisik tekanan darah klien 150/100 mmHg, mata nampak lelah, terdapat kantung mata berwarna hitam. Pada pengkajian emosi pun klien mengatakan sukar tidur dan keluhan ini sudah lebih dari 1 kali dalam 1 bulan. Pada saat dilakukan pengukuran kualitas tidur, klien menunjukkan skala tidur 15 dengan intensitas berat. Lama tidur < 5 jam. Pada pengkajian fungsional (KATZ Indeks), klien mandiri kecuali berpakaian, ke toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain dikarenakan kelemahan pada ekstremitas bawah dengan kekuatan 3. Total skor pada pengkajian tingkat kemandirian (Barthel Indeks), klien memiliki nilai 90 yang berarti klien merupakan lansia dengan ketergantungan sebagian. Pengkajian status mental (SPMSQ) klien menunjukkan nilai 0 yang berarti fungsi intelektual klien utuh. Pada pengkajian aspek kognitif (MMSE), klien memiliki fungsi mental yang baik. Pengkajian keseimbangan klien berada pada skor 13 dengan kriteria risiko jatuh tinggi. Pada pengkajian sosial (APGAR Keluarga), disfungsi keluarga baik dengan skor total 10. Kondisi depresi klien menunjukkan nilai 4 yang berarti klien tidak mengalami depresi.

#### 5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pertama yang muncul yaitu gangguan pola tidur (D. 0055) berhubungan dengan gangguan sirkulasi pada otak ditandai dengan klien mengeluh sulit tidur. Diagnosa keperawatan kedua yaitu nyeri akut (D. 0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan skala nyeri 5. Diagnosa keperawatan ketiga yaitu risiko jatuh (D. 0143) dibuktikan dengan kekuatan ekstremitas bawah menurun.

### 5.1.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan pada studi kasus ini sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan yaitu yang pertama gangguan pola tidur (D. 0055) berhubungan dengan gangguan sirkulasi pada otak ditandai dengan klien mengeluh sulit tidur. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 8 jam, maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun dan keluhan pola tidur berubah menurun. Rencana keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai kriteria hasil tersebut dengan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu kaji tanda-tanda vital, identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), identifikasi obat tidur yang dikonsumsi, modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), batasi waktu tidur siang jika perlu, tetapkan jadwal tidur rutin, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan pijat refleksi, sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur, anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM, ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja).

Rencana keperawatan pada diagnosa yang kedua yaitu nyeri akut (D. 0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan skala nyeri 5. Tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka nyeri menurun, dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, dan kesulitan tidur menurun. Rencana keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai kriteria hasil tersebut yaitu dengan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi ulang respon nyeri verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, pantau keberhasilan terapi pelengkap yang sudah diberikan, pantau efek samping penggunaan analgetik, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi atau terapi musik, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, lakukan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, dan kolaborasi persembahan analgetik, jika perlu.

Rencana keperawatan pada diagnosa yang ketiga yaitu (D. 0143) dibuktikan dengan kekuatan ekstremitas bawah menurun. Tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 8 jam, maka tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat duduk menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat dipindahkan menurun, jatuh saat

naik tangga menurun, jatuh saat di kamar mandi menurun, dan jatuh saat membungkuk menurun. Rencana keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai kriteria hasil tersebut yaitu dengan identifikasi faktor jatuh, identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (lantai licin, penerangan lampu), monitor kemampuan berpindah, orientasi ruangan pada klien dan pendamping, atur tempat tidur klien, tempatkan klien risiko jatuh tinggi dekat dengan pantauan, gunakan alat bantu jalan, anjurkan memanggil perawat atau pendamping jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, dan anjurkan melebarkan kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.

#### 5.1.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan telah dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan.

#### 5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

#### 5.1.6 Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan laporan asuhan keperawatan telah dibuat dan dilampirkan dalam Karya Tulis Ilmiah ini.

## **5.2 Rekomendasi**

### **5.2.1 Bagi klien dan Pendamping Klien**

Penulis berharap klien atau pun pendamping klien mampu menerapkan tindakan keperawatan yang telah diberikan, khususnya tindakan pijat refleksi selama proses asuhan keperawatan, baik klien secara mandiri atau pun dengan bantuan pendamping klien.

### **5.2.2 Bagi Wisma Lansia**

Besar harapan bagi pengurus Wisma Lansia J. Soenarti Nasution Kota Bandung agar mampu memberikan tindakan keperawatan pijat refleksi pada klien hipertensi dengan gangguan pola tidur yang telah diberikan selama penulis melakukan studi kasus.

### **5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan**

Harapan yang sangat besar agar institusi dapat meningkatkan mutu pendidikan, sehingga terciptanya lulusan perawat yang professional, terampil, dan bermutu, mampu memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh berdasarkan kode etik keperawatan.