

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS
DAN ISTIRAHAT TIDUR PADA PASIEN *CHRONIC KIDNEY DISEAS*
(CKD) DI RSUD Dr. M. YUNUS BENGKULU TAHUN 2022**



DI SUSUN OLEH :

PEGGI DWI MARTIKA
NIM.P05120219075

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DIII
KEPERAWATAN BENGKULU 2022**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS
DAN ISTIRAHAT TIDUR PADA PASIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE*
(CKD) DI RSUD Dr. M. YUNUS BENGKULU TAHUN 2022**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Diploma
Tiga Keperawatan pada Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Disusun Oleh :
PEGGI DWI MARTIKA
NIM : P05120219075

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DIII
KEPERAWATAN BENGKULU 2022**

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS
DAN ISTIRAHAT TIDUR PADA PASIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE*
(CKD) DI RSUD Dr. M. YUNUS BENGKULU TAHUN 2022**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh

PEGGI DWI MARTIKA
NIM : P05120219075

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui untuk di pertahankan dihadapan tim penguji Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga

Pada tanggal : 06 Juni 2022

Oleh

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



Ns. Husni, S.Kep, M.Pd
NIP: 197412061997032001

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS
DAN ISTIRAHAT TIDUR PADA PASIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE*
(CKD) DI RSUD Dr. M. YUNUS BENGKULU TAHUN 2022**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh:

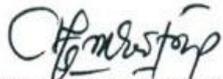
PEGGI DWI MARTIKA
P05120219075

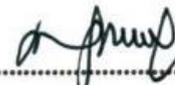
Karya Tulis Ilmiah ini telah diuji dan dinilai oleh Tim Penguji
Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga

Pada Tanggal 06 Juni 2022

Panitia Penguji

1. **Asmawati, S.Kp, M.Kep**
NIP. 197502022001122002
2. **Ns. Mardiani, S.Kep, MM**
NIP. 197203211995032001
3. **Ns. Husni, S.Kep, M.Pd**
NIP. 197412061997032001

(
.....)

(
.....)

(
.....)

Mengetahui
Ketua Program Studi DIII Keperawatan



Asmawati, S.Kp, M.Kep
NIP. 197502022001122002

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nya lah maka penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang merupakan tugas akhir dalam menyelesaikan program keperawatan di Politeknik Kesehatan Bengkulu yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas dan Istirahat Tidur Pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di RSUD M. Yunus Kota Bengkulu Tahun 2022”

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis masih banyak mendapat bimbingan dan bantuan yang bermanfaat dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Eliana, SKM., MPH., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu yang memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu.
2. Ibu Ns. Septiyanti, S.Kep, M.Pd., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
3. Ibu Asmawati, S.Kp, M.Kep., selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Ibu Ns. Husni, S.Kep, M.Pd., selaku pembimbing yang telah menginspirasi dan banyak meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran dan penuh perhatian kepada penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
5. Seluruh Dosen dan Staff di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
6. Pasien kelolaan Ny.S dan keluarga beserta seluruh perawat, dokter dan seluruh tenaga medis lain yang bertugas di Ruang Melati RSUD M.Yunus Kota Bengkulu.
7. Seluruh mahasiswa-mahasiswi Poltekkes Kemenkes Bengkulu Prodi Keperawatan Bengkulu, terkhusus teman-teman *Excellent Nursing Class 14*.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih banyak terdapat kekhilafan baik dari segi penulisan maupun

penyusunan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi di masa yang akan datang.

Penulis berharap semoga karya tulis ilmiah yang telah penulis susun ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat membawa perubahan positif terutama bagi penulis sendiri dan mahasiswa Prodi Keperawatan Bengkulu.

Bengkulu, Juni 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN BELAKANG	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR BAGAN	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN TEORITIS	6
A. Anatomi Ginjal.....	6
B. Konsep Dasar Penyakit	8
C. Konsep istirahat tidur dan aktivitas.....	18
D. Asuhan Keperawatan Peningkatan Tidur Pada Pasien CKD	30
BAB III METODELOGI PENELITIAN	42
A. Desain penelitian.....	42
B. Subyek Penelitian.....	42
E. Fokus studi kasus	42
F. Definisi Operasional.....	43
G. Lokasi dan Waktu Penelitian	43
H. Prosedur Penelitian.....	43
I. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data	44
J. Keabsahan Data.....	45
K. Analisa Data	45

BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	46
A. Pengkajian Kasus	46
B. Analisa Data	52
C. Diagnosis Keperawatan.....	53
D. Intervensi.....	54
E. Implementasi Keperawatan.....	57
F. Evaluasi Keperawatan.....	63
G. Pembahasan.....	66
BAB V PENUTUP	76
A. Kesimpulan	76
B. Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Nama Gambar	Halaman
2.1	Penampang ginjal dan nefron	6
2.2	Mekanisme kerusakan ginjal pada hipertensi.	11

DAFTAR BAGAN

Bagan	Nama Bagan	Halaman
2.1	<i>Web Of Caution</i> (WOC) CKD	13
4.1	Genogram keluarga pasien.	47

DAFTAR TABEL

Tabel	Nama Tabel	Halaman
2.1	Klasifikasi CKD	14
2.2	Instrument <i>Sleep quality Scale</i>	32
2.3	Diagnosa	36
2.4	Intervensi Keperawatan	37
4.1	Pemeriksaan diagnostik	51
4.2	Terapi pengobatan	51
4.3	Analisa data	52
4.4	Diagnosa Keperawatan	53
4.5	Intervensi Keperawatan	54
4.6	Implementasi keperawatan hari rawat 1	57
4.7	Implementasi keperawatan hari rawat 2	58
4.8	Implementasi keperawatan hari rawat 3	61
4.9	Evaluasi keperawatan hari rawat 1	62
4.10	Evaluasi keperawatan hari rawat 2	63
4.11	Evaluasi keperawatan hari rawat 3	64

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Biodata mahasiswa
Lampiran 2	Format pengkajian <i>Sleep Quality Scale</i>
Lampiran 3	SOP posisi fowler
Lampiran 4	SOP terapi musik
Lampiran 5	SOP relaksasi otot autogenik
Lampiran 6	Surat izin pra penelitian Dinas Kesehatan Kota Bengkulu
Lampiran 7	Surat izin pra penelitian Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu
Lampiran 8	Surat pra penelitian RSUD Dr. M. Yunus Kota Bengkulu
Lampiran 9	Surat izin penelitian Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Lampiran 10	Surat izin penelitian DPMPTSP Bengkulu
Lampiran 11	Surat izin penelitian RSUD Dr. M. Yunus Kota Bengkulu
Lampiran 12	Surat keterangan selesai penelitian RSUD Dr. M. Yunus Kota Bengkulu
Lampiran 13	Dokumentasi kegiatan
Lampiran 14	Lembar Konsul Pembimbing

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah suatu kondisi klinis dimana pasien telah mengalami kerusakan ginjal yang *irreversibel* hingga akhirnya tidak mampu melakukan fungsinya dengan baik (Astuti, Arso, & Wigati 2015). Penyakit ini menjadi masalah serius bagi kesehatan masyarakat di seluruh dunia saat ini. CKD merupakan salah satu risiko terjadinya penyakit pembuluh darah, jantung serta meningkatnya angka kesakitan dan kematian. Hasil studi *systematic review* dan meta analisis yang dilakukan oleh Pius & Herlina (2019). menunjukkan penduduk dunia menderita penyakit sebanyak 13,4 % dan sekitar 1 dari 10 populasi dunia teridentifikasi mengalami penyakit CKD (Wiliyanarti & Muhith, 2019).

Menurut *World Health Organization* (WHO) prevalensi penyakit ginjal kronis dan saluran kemih di seluruh dunia semakin meningkat hingga tahun 2025. Setiap tahun, 50.000 orang di Amerika Serikat meninggal akibat gagal ginjal. Pada tahun 2011 terdapat 113.136 pasien di Amerika Serikat mengalami *End Stage Renal Disease* (ESDR). Pada tahun 2016 pasien yang menderita CKD di Amerika Serikat mencapai 500 juta pasien (Pius & Herlina, 2019). Data Rinkesdas di temukan prevalensi pasien CKD di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter sebesar 52.800 kasus (Kemenkes, 2018).

Prevalensi CKD tertinggi dilaporkan di provinsi Maluku dengan jumlah 4.351 orang (0,47%), Sulawesi Tengah dengan kasus 3.765 orang dan Aceh sebanyak 2.259 orang (Kemenkes RI, 2018). Angka kejadian CKD di Provinsi Bengkulu juga dilaporkan cukup tinggi setiap tahunnya. Berdasarkan laporan Riset Kesehatan Dasar (Rinkesdas) tahun 2018, terlihat bahwa terjadi peningkatan kasus dari 1,8% per 1000 penduduk pada tahun 2013 menjadi 4,0% per 1000 penduduk pada tahun 2018 (Kemenkes RI, 2018). Peningkatan tersebut terjadi di hampir seluruh provinsi di Indonesia.

Peningkatan angka penderita CKD setiap tahunnya dapat dikarenakan berbagai penyebab. Salah satu penyebab CKD yang paling umum adalah faktor usia, jenis kelamin, riwayat penyakit diabetes, hipertensi maupun penyakit gangguan metabolik lain yang dapat menyebabkan gangguan fungsi ginjal karena ginjal gagal mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah Rini, S., Hadisaputro, & Budijitno, (2018)..

Pasien CKD memerlukan pengganti ginjal berupa hemodialisis, peritoneal dialisis serta transplantasi ginjal. Terapi tersebut berfungsi untuk memperpanjang hidup pasien tetapi tidak dapat menyembuhkan atau memulihkan. Permasalahan dan komplikasi serta adanya berbagai perubahan pada bentuk dan fungsi sistem dalam tubuh pasien tetap akan terjadi. Hemodialisa merupakan terapi pengganti fungsi ginjal yang dilakukan oleh pasien CKD. Tujuannya untuk mengeluarkan air, kalium, hydrogen, asam urat, urea serta zat-zat lain yang merupakan sisa-sisa metabolisme atau racun yang terdapat didalam darah melalui membran *semi permeable* Amidos & Sari. (2021).

Pasien CKD yang telah melakukan hemodialisa di dunia diperkirakan berjumlah 1,4 juta orang pertahun. Berdasarkan hasil penelitian Shu-Yu Chang dan Te-Cheng yang dilakukan di sebuah rumah sakit di Taiwan pada tahun 2021 menunjukkan sebanyak 80% pasien yang menjalani terapi hemodialisis mengalami masalah dengan kualitas tidur. Di Indonesia jumlah pasien di unit hemodialisis di tahun 2018 untuk pasien aktif sebanyak 9161 orang dan pasien baru sebanyak 19.621. Berdasarkan rekam medis di RSUD Dr. M. Yunus Kota Bengkulu, jumlah penderita CKD pada tahun 2018 sebanyak 14,4%., pada tahun 2019 pasien yang meninggal sebanyak 17,3%, sedangkan pada tahun 2020 sebanyak 21,8% (*Medical Record RSMY, 2021*).

Masalah keperawatan pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang sering muncul yaitu masalah fisik dan psikologis. Masalah psikologis yang dialami pasien CKD adalah depresi, delirium, gejala panik, dan kecemasan, sedangkan masalah fisik yang sering dialami antara lain hipotensi, nyeri, gangguan

kelebihan cairan, ketidakseimbangan nutrisi, kram, *fatigue* dan gangguan tidur sehingga kekuatan dan kemampuan tubuh yang menyebabkan aktivitas kerja terganggu, tubuh juga mudah lelah dan lemas sehingga kualitas hidup pasien menurun (Rivandi & Yonata, 2015). Gangguan tidur adalah suatu kondisi yang dicirikan dengan adanya gangguan pada jumlah, kualitas dan waktu tidur pada seseorang individu. Kualitas tidur yang buruk yang dialami pasien CKD antara lain depresi, insomnia, dan *resiko sleep apnea* (Pius & Herlina, 2019). Gangguan tidur yang tidak ditangani akan menunjukkan penurunan derajat kesehatan dan komplikasi lebih lanjut antara lain diabetes melitus, hipertensi, anemia, hiperglikemia, sepsis bahkan dapat menyebabkan kematian (Basuki, 2019)

Upaya yang digunakan dalam mengatasi gangguan istirahat tidur yaitu dengan terapi farmakologi dan non farmakologi. Terapi yang dilakukan secara non farmakologi bisa berupa terapi relaksasi, terapi psikologis dan dukungan tidur. Terapi relaksasi dilakukan dengan relaksasi nafas dalam. Terapi psikologi ditujukan untuk pengaturan tingkat kecemasan, pengaturan jiwa atau tingkat stress dalam menghadapi penyakit. Terapi dukungan tidur dilakukan dengan cara mendisiplinkan diri dalam mengatur jadwal tidur, relaksasi nafas dalam dan mengatur jadwal mendengarkan musik (Pvs & Murharyati, 2020).

Intervensi dukungan tidur sebagai intervensi bertujuan untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur. Faktor pengganggu tidur, cara memodifikasi lingkungan, mengatur jadwal tidur, merelaksasikan, memperbaiki emosi, fisik, psikologi dan dapat meningkatkan suasana hati. Upaya untuk memperbaiki kualitas tidur dalam meningkatkan kenyamanan dapat dilakukan musik klasik mozart selama 30 menit menjelang tidur. Dengan terapi musik klasik mozart dapat menurunkan aktivitas sistem saraf simpatik serta kecemasan, laju pernapasan serta tekanan darah yang dapat memperbaiki kualitas tidur (Pvs & Murharyati, 2020)

Survey awal yang dilakukan peneliti terhadap 10 pasien di Ruang Inap Melati RSUD Dr. M. Yunus Kota Bengkulu pada bulan Februari menunjukkan bahwa semua pasien tersebut mengalami gangguan aktivitas dan istirahat tidur

serta tindakan yang dilakukan perawat selama ini lebih banyak difokuskan pada modifikasi lingkungan namun perawat belum melakukan tindakan-tindakan keperawatan seperti terapi musik klasik mozart atau dengan terapi farmakologi.

Berdasarkan data dari uraian latar belakang di atas, penulis tertarik melakukan penelitian tentang “Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur dan Aktivitas. Pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di RSUD Dr. M.Yunus Kota Bengkulu Tahun 2022.”

B. Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas dan Istirahat Tidur pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di RSUD Dr. M.Yunus Kota Bengkulu Tahun 2022?

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Diketahui gambaran Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas dan Istirahat Tidur Pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD).

2. Tujuan khusus

a. Diketahui gambaran pengkajian Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas dan Istirahat Tidur Pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD).

b. Diketahui gambaran diagnosa Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas dan Istirahat Tidur Pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD).

c. Diketahui gambaran rencana keperawatan Keperawatan Pemenuhan Aktivitas dan Kebutuhan Istirahat Tidur Pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD).

d. Diketahui gambaran implementasi Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas dan Istirahat Tidur Pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD).

- e. Diketahui gambaran evaluasi Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas dan Istirahat Tidur Pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD).

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Penulis

- a. Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang pelaksanaan pemenuhan kebutuhan Aktivitas dan istirahat tidur pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD).
- b. Menambah ilmu teoritis tentang konsep Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas dan Istirahat Tidur Pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD).

2. Bagi Pasien

Gangguan Aktivitas dan istirahat tidur yang dirasakan berkurang sehingga kebutuhan dasar pasien terpenuhi dan menambah pengetahuan pasien untuk mengurangi gangguan Aktivitas dan istirahat tidur dapat dilakukan mandiri di rumah.

3. Bagi pelayanan kesehatan

Dapat menjadi informasi tambahan tentang pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pada pasien CKD berdasarkan EBPN kepada pelayanan kesehatan, serta sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam praktek pelayanan kesehatan keperawatan CKD.

4. Bagi institusi pendidikan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Dapat menambah referensi bacaan dan literatur dalam meningkatkan mutu Pendidikan khususnya dalam Asuhan Keperawatan Pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan pemenuhan kebutuhan Aktivitas dan istirahat tidur.

5. Peneliti Lain

Dapat menjadi dasar untuk melakukan penelitian yang serupa dengan kasus lain maupun dengan kasus yang sama yaitu *Chronic Kidney Disease* (CKD).

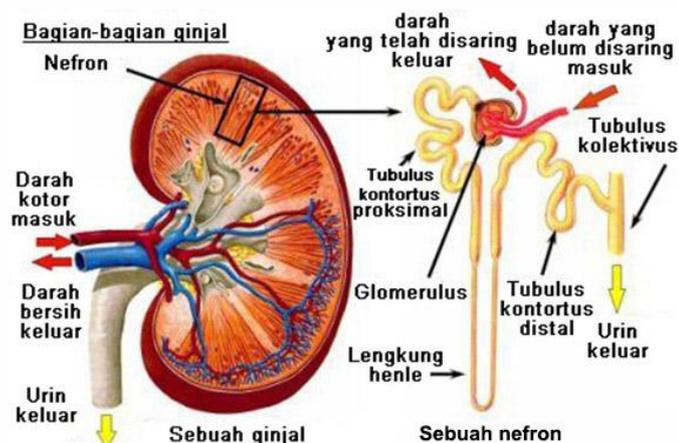
BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Anatomi Ginjal

Ginjal adalah sepasang organ saluran kemih yang terletak di retroperitoneum bagian atas. Berbentuk seperti kacang, sisi cekung menghadap ke medial. Cekungan ini disebut hilus ginjal, dan berisi ujung panggul ginjal dan struktur lain yang merawat ginjal, yaitu pembuluh darah, sistem limfatik, dan sistem saraf (Purnomo, 2015).

Ginjal sangat bervariasi dalam ukuran dan berat, tergantung pada jenis kelamin, usia, dan ada tidaknya ginjal di sisi lain. Dalam hal ini, ukuran ginjal pada pria relatif lebih besar dari pada wanita. Dari hasil autopsi klinis, ukuran ginjal dewasa rata-rata adalah 11,5 cm (panjang) x 6 cm (lebar) x 3,5 cm (tebal). Beratnya bervariasi antara 120-170 gram atau sekitar 0,4% dari berat badan. (Purnomo, 2015)



Gambar 2.1 Penampang ginjal dan nefron

(<https://www.onoini.com/fungsi-nefron/>)

Secara anatomis, ginjal dibagi menjadi tiga bagian yaitu bagian kulit (*korteks*), sumsum ginjal (*medulla*) dan rongga ginjal (*pelvis renalis*).

1. Korteks ginjal

Korteks ginjal lebih superfisial dan didalamnya terdapat satu juta nefron

yang masing-masing mempunyai struktur internal. Nefron berkerja melewati area korteks dan medulla ginjal. Nefron terdiri atas (Julisawaty et al., 2020) :

a. Badan Malphigi

Badan malphigi merupakan proses pertama setelah darah masuk ke nefron, lalu darah akan menuju ke badan Malpighi (*korpus ginjal*). Bagian ini memiliki tiga struktur tambahan yaitu :

- 1) Glomerulus masuk dalam kelompok kapiler yang memiliki fungsi sebagai penyaring plasma bebas protein dari darah melalui badan malphigi.
- 2) Kapsul Bowman berfungsi mengumpulkan filtrasi glomerulus. (Irawan, 2020).
- 3) Tubulus ginjal

Bentuk tubulus ginjal seperti tabung yang mengarah dari kapsul Bowman dan bermuara ke tubulus pengumpul. Setiap tubulus mempunyai bagian yaitu tubulus proksimal berbentuk berbelit-belit yang terletak paling dekat glomerulus yang berfungsi untuk menyerap air, natrium, dan glukosa dalam darah, Lengkung Henle (*loop of henle*) berbentuk lengkungan ke bawah, dan berada di antara tubulus proksimal dan distal. Bagian ini berfungsi sebagai menyerap kalium, natrium, dan klorida dalam darah dan tubulus distal bentuknya berbelit-belit. Berfungsi sebagai menyerap banyak natrium darah dan mengambil kalium serta asam.

Sisa hasil metabolisme tubuh di bawah oleh darah ke dalam glomerulus untuk di filtrasi (*disaring*) dan kemudian setelah sampai di tubulus ginjal zat sisa metabolisme yang masih berguna bagi tubuh mengalami reabsorpsi dan zat sisa metabolisme yang tidak berguna bagi tubuh akan mengalami sekresi membentuk urine.

Setiap hari cairan tubuh difiltrasi di glomerulus sebanyak tidak kurang 180 liter dan menghasilkan urine sebanyak 1-2 liter. Urine yang terbentuk di dalam nefron disalurkan ke dalam tubulus pengumpul selanjutnya

mengarahkan urine ke pelvis ginjal. Pelvis ginjal di ureter mengirim urine mengalir ke kandung kemih untuk ekskresi (Purnomo, 2015).

b. Medulla atau sumsum ginjal

Terletak lebih profundus memiliki banyak saluran kecil yang mengalirkan hasil ultrafiltrasi berupa urine (Purnomo, 2015). Sumsum ginjal terdiri dari beberapa badan berbentuk kerucut yang disebut piramid renal. Bentuk piramid antara 8-18 tampak bergaris-garis karena terdiri atas berkas saluran paralel (*tubuli dan duktus koligentes*). Di dalam satu piramid dengan jaringan korteks disebut lobus ginjal sedangkan diantara piramid terdapat jaringan korteks yang disebut dengan kolumna renal. Pada bagian ini terdiri dari ribuan pembuluh halus yang didalamnya terangkut urine hasil penyaringan darah dalam badan malphigi, setelah mengalami berbagai proses (S. I. Astuti et al., 2015).

c. Rongga ginjal

Pelvis renalis adalah ujung ureter yang berpangkal di ginjal, berbentuk corong lebar. Pelvis renal memiliki 2 cabang atau 3 yang disebut kaliks mayor yang masing-masing bercabang membentuk beberapa kaliks minor yang langsung menutupi papilla renalis dari pyramid. Kaliks minor sebagai tempat penampungan urine yang terus keluar dari papilla. Kaliks minor, urine masuk ke kaliks mayor, ke pelvis renalis, ke ureter hingga di tampung dalam kandung kemih (*vesika urinaria*) (S. I. Astuti et al., 2015).

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah kerusakan pada ginjal yang telah berlangsung ≥ 3 bulan dan bersifat progresif dan irreversible, dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit yang menyebabkan uremia. Kerusakan ginjal ≥ 3 bulan, yaitu kelainan struktur atau fungsi ginjal yang memberikan implikasi kepada kesehatan, dengan atau tanpa penurunan (LFG) berdasarkan kelainan pemeriksaan patologik dan pertanda

kerusakan ginjal seperti ditemukannya protein dalam urine atau kelainan pada pemeriksaan pencitraan (Dedi Rachmadi, 2010)

Pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) laju filtrasi glomerulus ≤ 60 ml/menit/1,73m² selama > 3 bulan, klasifikasi derajat kerusakan ginjal ditentukan oleh nilai LFG yaitu derajat yang lebih tinggi menunjukkan nilai LFG yang lebih rendah (Haerani, 2017).

Penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) juga didefinisikan sebagai kelainan pada fungsi atau struktur ginjal yang bertahan selama lebih dari 3 bulan. Ini mencakup 1 atau lebih hal berikut : (1) Laju filtrasi glomerulus ≤ 60 ml/menit/1,73m²; (2) albuminuria (yaitu, albumin urin 30 mg per 24 jam atau resiko albumin-kretinin urin 30 mg/g); (3) Kelaianan pada sedimen urin, histologi, atau pencitraan yang menunjukkan kerusakan ginjal; (4) gangguan tubulus ginjal; atau (5) sejarah dari transplantasi ginjal. Dalam hal ini apabila durasi CKD tidak jelas, ulangi penilaian harus dilakukan untuk membedakan CKD dari cedera ginjal akut (perubahan fungsi ginjal terjadi selama 2-7 hari). (Julisawaty et al., 2020).

2. Etiologi

Menurut data Indonesian Renal Registry (IRR) pada tahun 2007-2008 di dapatkan urutan etiologi terbanyak yaitu glomerulonefritis (25%), diabetes mellitus (23%), hipertensi (20%) dan ginjal polikistik (10%) (Reuiew, n.d.).

a. Glomerulonefritis

Glomerulonefritis (GN) sering dijumpai dalam praktik klinik sehari-hari. Glomerulonefritis dibedakan menjadi 2 yaitu primer dan sekunder. Glomerulonefritis primer apabila penyakit dasarnya dari ginjal sendiri sedangkan Glomerulonefritis sekunder yaitu penyakit yang menimbulkan/ berefek samping terjadinya *Chronic Kidney Disease* (CKD) seperti diabetes mellitus, *lupus eritematosus sistemik* (LES), *amyloidosis* atau *mieloma multiple*. GN masih menjadi penyebab penyakit ginjal tahap akhir yang melakukan terapi pengganti

dialisis. Tanda dan gejala klinis GN sangat bermacam-macam mulai dari kelainan urine yaitu proteinuria dan atau hematuria saja sampai dengan GN yang berlangsung progresif cepat disertai gangguan fungsi ginjal (Yusria et al., n.d.).

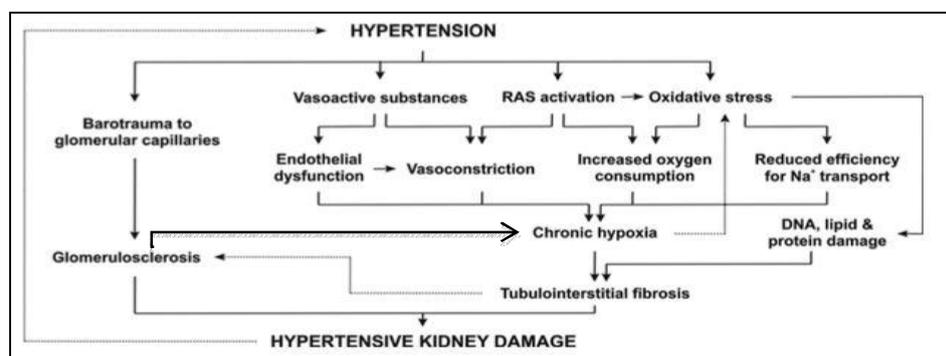
b. Diabetes Melitus

Diabetes mellitus adalah suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena sekresi insulin, kerja insulin atau kedua- keduanya. Hasil Riskesdas 2013 menyebutkan diabetes melitus adalah faktor resiko dari penyakit ginjal. Pada penderita diabetes, kadar gula darah yang abnormal dapat melukai atau merusak pembuluh darah kapiler pada ginjal. Berdampak pada nefron yang mengalami kekurangan asupan oksigen dan darah bersih sehingga darah kotor yang ada di dalam tubuh tidak dapat tersaring dengan sempurna. Hal ini menyebabkan metabolisme tubuh terganggu secara keseluruhan karena akan terjadi penumpukan cairan dan garam yang tidak dapat tersaring oleh ginjal (Pasien et al., 2020). Beberapa faktor di sebabkan penyakit ginjal kronik diabetes yaitu interaksi antara faktor-faktor kerentanan genetik dan paparan terhadap lingkungan. Pemicu faktor kerentanan genetik yang dimiliki host yaitu umur, riwayat diabetes pada keluarga, riwayat hipertensi, indeks masa tubuh berlebih, kebiasaan merokok, kebiasaan kurang melakukan latihan jasmani (olahraga), ketidakpatuhan makan, jenis kelamin dan mengonsumsi obat AINS (*anti inflamasi non steroid*) (Rini et al., 2018).

c. Hipertensi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg. Hipertensi pada dasarnya dapat merusak pembuluh darah. Seseorang yang tidak mempunyai gangguan ginjal, tetapi memiliki penyakit hipertensi dan tidak diobati akan menyebabkan komplikasi pada kerusakan ginjal, dan kerusakan ginjal yang terjadi akan memperparah hipertensi tersebut. Kejadian ini menyebabkan tingkat terapi hemodialisis menjadi tinggi dan angka

kematian akibat penyakit ini juga cukup tinggi. Hipertensi menyebabkan rangsangan barotrauma pada kapiler glomerulus dan meningkatkan tekanan kapiler glomerulus tersebut, yang lama kelamaan akan menyebabkan glomerulosclerosis. Glomerulosclerosis dapat merangsang terjadinya hipoksia kronis yang menyebabkan meningkatnya kebutuhan metabolisme oksigen pada tempat tertentu, yang menyebabkan keluarnya substansi vasoaktif (*endotelin, angiotensin dan norepinephrine*) pada sel endothelial pembuluh darah lokal tersebut yang menyebabkan meningkatnya vasokonstriksi. Aktivitas RAS (*Renin Angiotensin Sistem*) disamping menyebabkan vasokonstriksi, juga menyebabkan kebutuhan oksigen dan memperbesar terjadinya hipoksia. Stres oksidatif juga menyebabkan penurunan efisiensi transport natrium dan kerusakan pada DNA, lipid & protein, sehingga pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya tubulointerstitial fibrosis yang memperparah terjadinya kerusakan ginjal (Kadir et al., 2016).



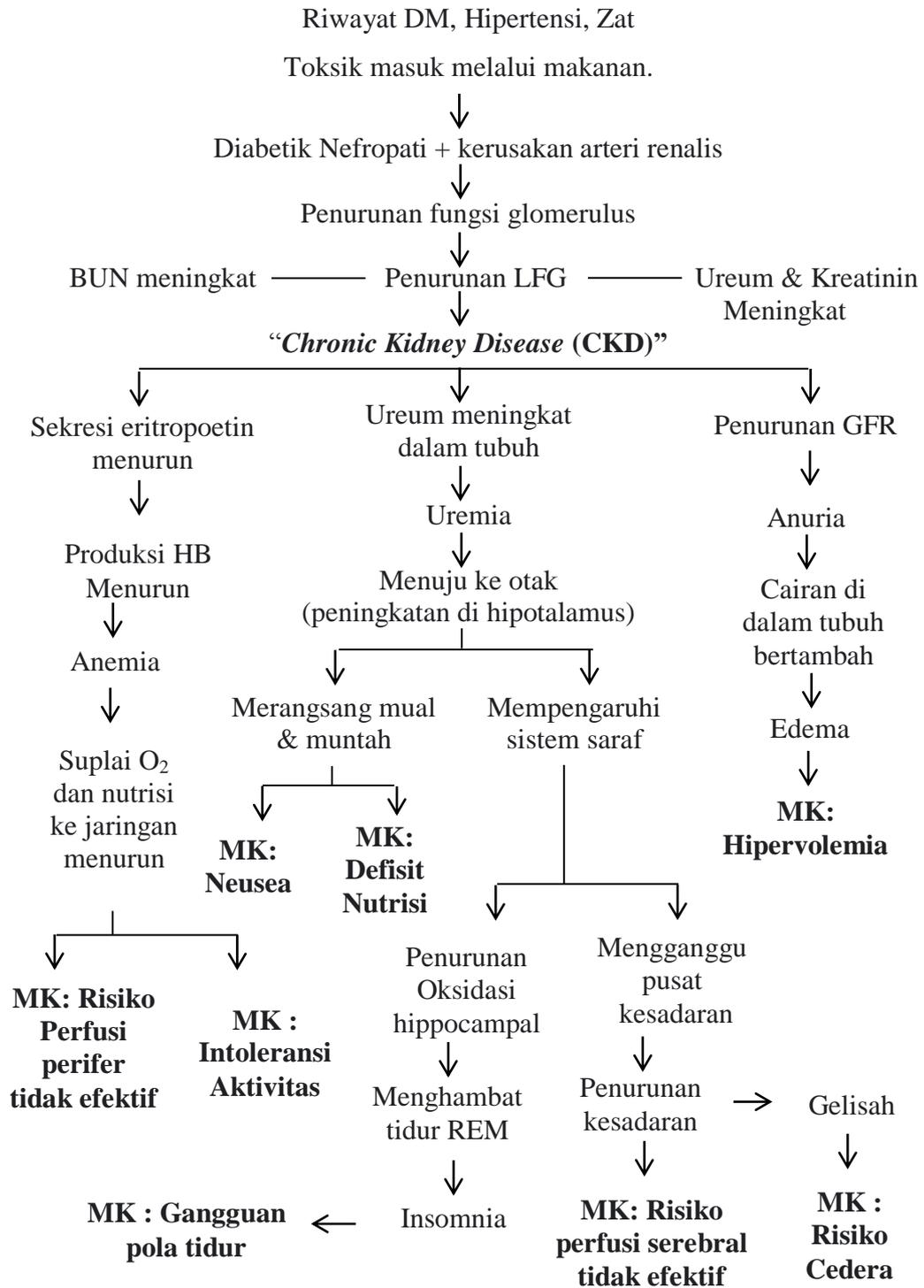
Gambar 2.2 Mekanisme kerusakan ginjal pada hipertensi.

Hipertensi menyebabkan kerusakan sel glomerulus, meningkatkan *vasoactive substance*, aktivasi RAS, dan stress oksidatif yang menyebabkan terjadinya hipoksia kronis dan menyebabkan kerusakan ginjal.

3. Patofisiologi (WOC)

Gagal ginjal kronis berhubungan dengan penurunan GFR yang progresif dimana stadiumnya didasarkan pada tingkat GFR (Glomerular Filtration Rate) yang tersisa dan meliputi penurunan cadangan ginjal terjadi ketika GFR turun 50% dari normal (penurunan fungsi ginjal), tetapi tidak ada akumulasi sisa metabolisme. Nefron yang sehat akan mengkompensasi nefron yang rusak, dan penurunan kemampuan untuk memekatkan urin, menyebabkan nokturia dan poliuria. Pemeriksaan CCT 24 jam diperlukan untuk mendeteksi penurunan fungsi. Insufisiensi ginjal terjadi ketika GFR turun menjadi 20-35% dari normal.

Nefron yang tersisa sangat rentan terhadap penghancuran diri karena beban berat yang merasa alami. Akumulasi sisa metabolisme dalam darah mulai terjadi karena nefron yang sehat tidak lagi mampu mengimbangnya. Penurunan respon terhadap diuretik menyebabkan oliguria dan edema. Insufisiensi tingkat 8 dibagi menjadi ringan, sedang dan berat, tergantung pada GFR, sehingga diperlukan perawatan medis. Gagal ginjal; terjadi ketika GFR kurang dari 20% dari normal dan gagal ginjal stadium akhir terjadi ketika GFR menjadi kurang dari 5% dari normal. Hanya beberapa nefron fungsional yang tersisa. Di seluruh ginjal ditemukan jaringan parut dan atrofi tubulus. Akumulasi sejumlah besar sisa metabolisme seperti ureum dan kreatinin dalam darah. Ginjal tidak lagi mampu mempertahankan homeostasis dan diobati dengan dialisis atau penggantian ginjal (Brunner & Suddarth, 2016). Untuk lebih jelas dapat dilihat di bagan pathway berikut :



Bagan 2.1 Web Of Caution (WOC) CKD

4. Klasifikasi

Klasifikasi penyakit ginjal kronik terdiri atas dua hal yaitu atas dasar derajat atau stage penyakit dan dasar diagnosis etiologi. Klasifikasi atas dasar derajat penyakit dibuat atas dasar laju filtrasi glomerulus (LFG) dimana nilai normal LFG yaitu 90-120 ml/mn/1.73m²) yang di hitung menggunakan rumus Kockroft-Gault sebagai berikut (Rivandi & Yonata, 2015):

$$KK = \frac{(140-U) \times BB}{(72 \times Cr)} \times \text{Konstanta}$$

Keterangan :

KK : Klirens kreatinin (bersihan kreatinin) dalam ml/menit.

U : umur dalam tahun

BB : Berat Badan (kg)

Cr : Nilai kreatinin serum (darah) dalam mg/dl

Konstanta : Laki-laki = 1

Perempuan = 0,85

Tabel 2.1 Klasifikasi CKD

Derajat	Penjelasan	LFG (ml/mn/1.73m ²)
1	Kerusakan ginjal dengan LFG normal atau meningkat	≥ 90
2	Kerusakan ginjal dengan lfg menurun (ringan)	60-89
3	Kerusakan ginjal dengan LFG menurun (sedang)	30-59
4	Kerusakan ginjal dengan LFG menurun (berat)	15-29
5	Gagal Ginjal	<15 atau dialysis

Sumber : (Rivandi & Yonata, 2015)

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis CKD sangat bervariasi, tergantung pada penyakit yang mendasarinya. Jika glomerulonefritis adalah penyebab CKD, akan ditemukan edema, hematuria, dan proteinuria. Anak dengan kelainan kongenital sistem kemih, seperti displasia ginjal atau uropati obstruktif akan ditemukan gagal tumbuh, gejala infeksi saluran kemih berulang, dan gejala nonspesifik lainnya.

Pasien dengan CKD stadium 1-3 (GFR > 30 mL/menit) biasanya asimtomatik dan gejala klinis biasanya hanya muncul pada CKD stadium 4 dan 5. Kerusakan ginjal progresif dapat menyebabkan:

- a. Asidosis metabolik akibat pengendapan sulfat, fosfat, dan asam urat
- b. Peningkatan tekanan darah akibat kelebihan cairan dan produksi hormon vasoaktif (hipertensi, edema paru, dan gagal jantung kongestif)
- c. Gejala anemia akibat penurunan sintesis eritropoietin
- d. Gejala uremia (letargi, perikarditis hingga ensefalopati)
- e. Hiperfosfatemia dan hipokalsemia (karena defisiensi vitamin D3)
- f. Penumpukan kalium dengan gejala malaise hingga kondisi fatal yaitu aritmia (Dedi Rachmadi, 2010).

6. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin muncul akibat *Chronic Kidney Disease* (CKD) antara lain hiperkalemia, perikarditis, hipertensi, anemia dan penyakit tulang (Smeltzer & Bare, 2016).

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada klien gagal ginjal kronik adalah :

Pemeriksaan Laboratorium

- a. Laboratorium darah :

Blood urea nitrogen (BUN), Kreatinin, elektrolit (Na, K, Ca, Fosfat), Hematologi (Hb, trombosit, Ht, Leukosit), protein, antibody

(kehilangan protein dan immunoglobulin)

b. Pemeriksaan *ultrasonografi medis* (USG)

Menilai besar dan bentuk ginjal, ureter proksimal, tebal korteks ginjal, anatomi sistem pelviokalis, kepadatan parenkim ginjal, kandung kemih serta prostat.

c. Pemeriksaan Radiologi

Renogram, Intravenous Pyelography, Retrograde Pyelography, Renal Aretriografi dan Venografi, *computerized tomography* (CT Scan), *magnetic resonance imaging* (MRI), Renal Biopsi, pemeriksaan rontgen dada, pemeriksaan rontgen tulang, foto polos abdomen.

d. Pemeriksaan Urin

Test klirens kreatinin/ creatinine clearance test (TKK/CCT), berat jenis urine (BJ), protein, sedimen, kekeruhan, Warna, PH, volume, glukosa, sel darah merah (SDM), keton, sel darah putih (SDP).

e. Pemeriksaan *elektrokardiogram* (EKG)

Untuk melihat adanya hipertropi ventrikel kiri, tanda perikarditis, aritmia, dan gangguan elektrolit (hiperkalemi, hipokalsemia).

8. Penatalaksanaan

Fungsi ginjal yang rusak sangat sulit untuk dipulihkan, maka tujuan penatalaksanaan klien gagal ginjal kronik adalah untuk menjaga keseimbangan yang optimal untuk memperpanjang harapan hidup klien. dan mengoptimalkan fungsi ginjal yang ada. Oleh karena itu, beberapa hal yang harus diperhatikan dalam penatalaksanaan klien gagal ginjal kronik antara lain:

a) Pemeriksaan Diagnostik Adapun pemeriksaan diagnostik untuk CKD adalah sebagai berikut :

Pemeriksaan urin

1) Volume : urin keruh mungkin disebabkan oleh bakteri, lemak, partikel koloid, fosfat/asam urat.

2) Sedimen urin : kotor, kecoklatan menunjukkan adanya darah 16 c)

Berat jenis urin : normal (1,003-1,030). Berat jenis urin menurun merupakan indikasi kerusakan ginjal berat

- 3) Osmolaritas urin : normalnya bernilai 300-900 mOsm/kg/24 jam.
- 4) Kliren kreatinin : mungkin menurun.
- 5) Protein : derajat tinggi proteinuria secara kuat menunjukkan kerusakan glomerulus.
- 6) Pemeriksaan pH, glukosa, leukosit, keton, dan eritrosit

Serum darah

- 1) BUN (*Blood Urea Nitrogen*) Urea adalah produksi akhir dari metabolisme protein. Peningkatan BUN dapat merupakan indikasi dehidrasi, kegagalan pre renal, atau gagal ginjal.
- 2) Kreatinin Kreatinin merupakan produksi katabolisme otot dari pemecahan kreatinin otot dan kreatinin posfat. Bila >50% nefron rusak maka kadar kreatinin meningkat. Kreatinin merupakan indikator penyakit ginjal yang lebih spesifik dari BUN dalam mengevaluasi fungsi glomerulus.
- 3) Elektrolit : Kadar elektrolit Natrium, Kalium, Calsium, Posfat dapat meningkat.
- 4) Hematologi : Hb, Ht, Eritrosit menurun, leukosit dapat meningkat sehubungan dengan proses inflamasi pada ginjal.
- 5) Analisa Gas Darah (AGD) Pemeriksaan AGD dilakukan untuk mengkaji gangguan keseimbangan asam-basa. Pada pasien ginjal, pH cenderung asam sehubungan dengan asidosis metabolisme karena penurunan kemampuan ginjal untuk membuang ion H⁺ dan reabsorpsi HCO₃. 17 3)

Radiologi

- 1) Renogram, adalah pemeriksaan ginjal/renografi (non imaging test) dengan menggunakan media radioisotop yang disuntikkan ke dalam sirkulasi darah klien. Kontak detektor bahan nuklir dan tubuh klien akan memberikan gambaran berupa grafik tentang fungsi ginjal.

- 2) Ultrasonography, adalah pemeriksaan dengan gelombang suara untuk menentukan ukuran ginjal dan adanya massa, kista, obstruksi pada saluran perkemihan bagian atas.
 - 3) Intravenous pyelografi, adalah pemeriksaan sistem perkemihan melalui X ray dengan penggunaan media kontras untuk melihat struktur lapisan ginjal dan saluran kemih serta adanya massa.
 - 4) Retrograde pyelografi, adalah tindakan memasukkan kateter via ureter menuju pelvis ginjal untuk menunjukkan gambaran kondisi tubulus pengumpul ginjal. (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cever, 2010).
- b) Penatalaksanaan konservatif Penatalaksanaan konservatif pada pasien CKD adalah sebagai berikut:
- 1) Mencegah memburuknya fungsi ginjal dengan cara pengurangan penggunaan obat-obatan nefrotoksik, pencegahan depleksi volume cairan ekstrasel, pencegahan elektrolit imbalance, pembatasan ketat konsumsi protein, tidak menggunakan media kontras pemeriksaan tertentu.
 - 2) Pendekatan terhadap penurunan fungsi ginjal progresif lambat, meliputi mengurangi gejala uremia, koreksi faktor reversible, kontrol hipertensi, pengobatan yang tepat, cegah infeksi, pendidikan kesehatan.
 - 3) Terapi lain : Dialisa dan transplantasi (Smeltzer, Bare, Hinkle & Ceever, 2010).

C. Konsep istirahat tidur dan aktivitas

1. Pengertian tidur

Tidur adalah suatu keadaan yang berhubungan dengan mata tertutup selama beberapa periode yang memberikan istirahat total bagi aktivitas mental dan fisik manusia, kecuali fungsi beberapa organ vital seperti jantung, paru-paru, hati, peredaran darah dan organ lainnya.

Tahapan tidur terdiri atas tidur *non-rapid eye movement* (NREM) yang terdiri dari 3 tahap (N1, N2, N3); dan *rapid eye movement* (REM) yang

memiliki tanda gerakan mata cepat. Setiap tahap ini juga memiliki perubahan fisiologis yang berbeda-beda (Reza et al., 2019).

Fisiologi tidur dapat dilihat melalui gambaran ekektrofisiologik sel-sel otak selama tidur. Untuk diketahui aktivitas selama tidur memerlukan alat polisomnografi. Alat tersebut dapat mencatat aktivitas elektrookulografi, elektromnografi dan EEG. Untuk menilai gerakan abnormal saat tidur diperlukan alat Elektromiografi perifer (Amir, 2011).

Tidur merupakan kebutuhan tiap makhluk hidup dimana bila dilakukan deprivasi tidur secara eksperimental pada hewan, hal ini dapat mengakibatkan kematian dalam beberapa hari atau minggu. Dikemukakan beberapa teori mengenai fungsi tidur, yaitu: melindungi, homeostasis, regulasi suhu, konservasi energi, restorasi otak, dan meningkatkan fungsi imun (Lumbantobing, 2010).

2. Stadium Tidur (Amir, 2011).

- a. Stadium 0 merupakan periode dalam keadaan masih bangun tetapi mata menutup. Fase ini ditandai dengan gelombang tegangan rendah dan cepat, 8-12 siklus per detik. Peningkatan tonus otot. Aktivitas alfa menurun dengan meningkatnya rasa kantuk. Ada gelombang alpha campuran saat mengantuk.
- b. Stadium 1 disebut dengan onset tidur. Tidur dimulai dengan tahap NREM. Tahap 1 NREM adalah transisi dari bangun ke tidur. Ini menempati sekitar 5% dari total waktu tidur. Pada fase ini terjadi penurunan aktivitas gelombang alfa (penurunan gelombang alfa kurang dari 50%). Amplitudo rendah, sinyal campuran, dominasi beta dan theta, tegangan rendah, frekuensi 4-7 siklus per detik. Aktivitas bola mata melambat, tonus otot menurun, berlangsung sekitar 3-5 menit. Pada tahap ini seseorang mudah terbangun dan ketika terbangun ia merasa seperti setengah tertidur.
- c. Stadium 2 dicirikan oleh gelombang EEG spesifik yang didominasi oleh aktivitas theta, tegangan rendah-sedang, kumparan tidur dan

kompleks K. Kumparan tidur adalah gelombang berirama pendek dengan frekuensi 12-14 siklus per detik. Kompleks K adalah gelombang tegangan tinggi negatif yang tajam, diikuti oleh gelombang yang lebih lambat, frekuensi 2-3 siklus per menit, aktivitas positif, dengan durasi 500 ms. Tonus otot rendah, nadi dan tekanan darah cenderung menurun. Tahap 1 dan 2 dikenal sebagai tidur dangkal. Tahap ini menempati sekitar 50% dari total tidur.

- d. Stadium 3 ditandai dengan 20%-50% aktivitas delta, frekuensi 1-2 siklus per detik, amplitudo tinggi, dan disebut juga tidur delta. Peningkatan tonus otot tetapi tidak ada gerakan mata.
- e. Stadium 4 terjadi ketika gelombang delta lebih dari 50%. Tahap 3 dan 4 sulit dibedakan. Tahap 4 lebih lambat dari tahap 3. Perekaman EEG adalah delta. Tahap 3 dan 4 juga dikenal sebagai tidur gelombang lambat atau tidur nyenyak. Tahap ini memakan waktu sekitar 10%-20% dari total waktu tidur. Tidur ini terjadi antara sepertiga pertama malam dan paruh pertama malam. Durasi tidur ini meningkat ketika seseorang mengalami kurang tidur.
- f. Tidur REM ditandai dengan rekaman EEG yang hampir sama dengan tidur tahap 1. Selama tahap ini, letupan periodik gerakan mata cepat terjadi. Refleks tendon melemah atau tidak ada. Tekanan darah dan pernapasan meningkat. Pada pria terjadi ereksi penis. Dalam tidur REM ada mimpi. Fase ini menggunakan sekitar 20%-25% waktu tidur.

Tidur delta parsial (NREM) terjadi di paruh awal malam dan tidur REM di paruh awal malam. Tidur REM dan NREM berbeda dalam hal dimensi psikologis dan fisiologis. Tidur REM dikaitkan dengan mimpi sementara tidur NREM dikaitkan dengan pikiran abstrak. Fungsi otonom bervariasi dalam tidur REM tetapi lambat atau stabil dalam tidur NREM.

3. Kebutuhan tidur

Kebutuhan tidur setiap manusia sangat bervariasi tergantung pada usia. Semakin tinggi tingkat usia maka akan berkurang waktu tidur. Bayi memiliki jam tidur 13-16 jam, pada anak-anak dengan usia enam tahun memiliki jam tidur 11 jam yang cukup untuk memenuhi kualitas tidur. Pada usia remaja hampir menyamai tidur dengan dewasa muda dengan rentang usia (16-30), cenderung memiliki pola tidur yang berbeda dibandingkan usia lainnya. Ini disebabkan oleh perubahan hormonal yang terjadi di akhir pubertas, secara umum kebutuhan tidur pada masa ini berkisar 7-8 jam setiap malamnya dan terakhir kebutuhan tidur pada lansia memiliki jam tidur yang semakin sedikit yaitu 4-6 jam setiap malamnya, dan pada lansia biasa ditemui gangguan tidur seperti insomnia (Yogis et al., 2017).

4. Faktor yang dapat mempengaruhi istirahat tidur setiap orang, antara lain:

- a. Status kesehatan, Orang yang sehat akan membutuhkan tidur yang baik, sedangkan orang yang kesehatannya buruk akan mengalami kurang tidur. seperti seseorang sedang sakit maag Kekambuhan di malam hari, tidur akan sangat terganggu, kurang tidur, mengakibatkan kurang tidur pada malam berikutnya, tubuh lemah.
- b. Lingkungan fisik di mana seseorang tidur memiliki dampak besar pada kemampuan untuk tertidur dan tetap tertidur. Ventilasi yang baik sangat penting untuk tidur nyenyak. Ukuran, kekencangan, dan posisi tempat tidur semuanya dapat memengaruhi kualitas tidur. Ranjang rumah sakit biasanya lebih keras daripada di rumah. Jika seseorang biasanya tidur dengan orang lain, tidur sendiri akan membuatnya tetap terjaga. Di sisi lain, tidur yang tidak nyenyak atau pasangan tidur yang mendengkur juga dapat mengganggu tidur.
- c. Beberapa orang membutuhkan tidur yang tenang, sementara yang lain lebih suka musik lembut atau suara latar seperti TV. Di rumah sakit dan fasilitas rawat inap lainnya, suara dapat menimbulkan masalah

bagi klien. Suara-suara di rumah sakit seringkali baru atau asing. Pelanggan yang sadar. Masalah ini merupakan masalah terbesar pada malam pertama rawat inap, ketika klien sering mengalami peningkatan total waktu bangun dan peningkatan terjaga.

- d. Stress psikologis, Dalam keadaan cemas, seseorang dapat meningkatkan sistem saraf simpatik, yang dapat mengganggu tidur. Kecemasan tentang masalah atau situasi pribadi dapat mengganggu tidur. Stres emosional dapat menyebabkan seseorang menjadi gugup dan seringkali berujung pada depresi saat tidak tidur. Stres juga dapat menyebabkan seseorang bekerja terlalu keras hingga tertidur, sering terbangun saat siklus tidur, atau terlalu banyak tidur. Stres terus-menerus dapat menyebabkan kebiasaan tidur yang buruk.
- e. Makanan yang kita makan juga dapat mempengaruhi tidur kita. Zat dalam makanan ini menyebabkan tubuh kita bangun atau tidur. Beberapa makanan yang dapat mempengaruhi tidur –bangun yaitu Keju & Yogurth, Keju adalah makanan yang terbuat dari susu. Senyawa kimia yang terkandung di dalam makanan olahan susu bernama triptofan serta nutrisi yang tinggi yang dapat membantu mengurangi stres sehingga otak akan merasa rileks dan tenang hal tersebut membuat seseorang menjadi cepat mengantuk. Pisang merupakan penyuplai potasium dan magnesium yang sangat berguna untuk mendapatkan kualitas tidur terbaik dan merilekskan otot tubuh (Nilawaty, 2016). Minuman berkafein seperti kopi, teh, soda, dan coklat dapat menyebabkan gangguan tidur. Kafein merangsang gerakan saraf, yang meningkatkan energi. Jika Anda membutuhkan kafein, pastikan untuk melakukannya setidaknya 4 jam sebelum tidur. Makanan tinggi lemak akan membuat Anda mencerna sebelum tidur. Jika Anda memaksakan diri untuk tidur setelah makan makanan ini, Anda berisiko lebih tinggi mengalami sakit maag, yang dapat membuat asam lambung naik ke kerongkongan. Gaya Hidup, rutinitas harian seseorang mempengaruhi pola tidur. Individu yang bekerja bergantian

berputar (mis. 2 minggu siang oleh 1 minggu malam) seringkali mempunyai kesulitan menyesuaikan perubahan jadwal tidur. Perubahan lain dalam rutinitas yang mengganggu pola tidur meliputi kerja berat yang tidak biasanya, terlibat dalam aktivitas sosial pada larut malam, dan perubahan waktu makan malam. Alkohol, orang yang mabuk di bawah pengaruh alkohol biasanya langsung berbaring untuk tidur, tetapi fungsi tidur di sini sebenarnya tidak diperoleh secara alami. Episode kantuk dan kehilangan kesadaran mungkin karena efek zat dalam alkohol, sehingga cukup merangsang otak untuk tidur meskipun seluruh tubuh masih membutuhkan refleks keseimbangan.

5. Jenis gangguan tidur

a. Insomnia

Keadaan di mana seseorang yang ingin tidur, misalnya karena sulit lelah, sulit mempertahankan keadaan tidur mengalami kesulitan untuk memulai tidur, dan bangun terlalu pagi.

b. Hipersomnia

Keadaan di mana seseorang biasanya tetap mengantuk, walaupun jumlah jam tidurnya adekuat.

c. Parasomnia

Keadaan-keadaan yang tidak diinginkan yang terjadi waktu sedang tidur.

d. Gangguan siklus tidur-bangun

Gangguan ini biasa disebut sebagai gangguan ritme sirkadian (circadian rhythm) yaitu suatu kondisi pasien yang pola irama tidurnya terganggu, waktu tidur dan bangunnya tidak sebagaimana lazimnya, mungkin ia menjadi mengantuk dan tidur siang hari, sedang di malam hari bangun dan sulit tidur (Lumbantobing, 2010).

6. Penyebab gangguan tidur

kualitas tidur yang buruk di bedakan menjadi 2 yaitu penyebab gangguan tidur akibat kondisi medis umum dan gangguan mental umum (Amir, 2011)

a. Gangguan tidur akibat kondisi medik umum :

1) Penyakit *chronic kidney disease* (CKD)

Pasien CKD sering mengalami masalah tidur disebabkan ketidaknyamanan fisik seperti kulit terasa kering, kasar dan gatal. Penyakit CKD berkaitan erat dengan penyakit vaskular seperti disfungsi ventrikel, hipertensi, dan penyakit jantung koroner karena adanya stimulasi saraf simpatik yang berlebihan serta terjadinya proses peradangan yang luas sehingga gangguan pola tidur dapat ditemukan pada pasien CKD.

2) Penyakit kardiovaskuler

Pasien infark jantung dan pasca bedah jantung sering mengeluh insomnia. Beberapa pasien pasca infark jantung yang diobati dengan benzozepin dapat mengalami apnea tidur berulang dengan durasi pendek. Selain itu, pasien gagal jantung kronik dapat pula mengalami apnea pernafasan yang sangat berat saat berbaring.

3) Penyakit paru

Pasien dengan penyakit paru obstruktif kronik sering terbangun dan mengalami penurunan efisiensi tidur, dan juga lebih berisiko mengalami sleep apnea; Penggunaan triazolam 0,25 mg pada malam hari cukup aman. Selain itu, asma dan hipoventilasi juga dapat menyebabkan sindrom apnea tidur obstruktif. Insomnia juga umum terjadi pada penderita asma; sekitar 60%-70% lansia terbangun di tengah malam karena serangan asma. Obat-obatan seperti xantin, beta-adrenergik, dan steroid sistemik yang digunakan untuk asma atau penyakit paru obstruktif kronik juga dapat menyebabkan insomnia. Jika pasien mengeluh gangguan

tidur pertimbangkan kemungkinan sleep apnea. Mendengkur dapat mengindikasikan sleep apnea.

4) Gangguan neurodegeneratif

Sekitar 30% penderita Alzheimer mengalami gangguan tidur seperti kurang tidur, sering terbangun, bingung atau berjalan saat tidur, dan mengantuk di siang hari. Insomnia yang terjadi berhubungan dengan perubahan pola tidur siang-malam yang biasanya terjadi pada awal penyakit. Agitasi malam hari juga dapat menyebabkan insomnia. Agitasi malam hari dan insomnia sering menjadi alasan pasien dibawa ke rumah sakit. Orang dengan Alzheimer yang gangguan tidurnya lebih parah mungkin mengalami penurunan kognitif lebih cepat. Mereka lebih sensitif terhadap efek samping obat yang diresepkan untuk tidur.

Gangguan tidur juga bisa terjadi pada penyakit Parkinson. Gangguan tidur pada pasien ini berhubungan dengan nokturia, nyeri, kekakuan, kesulitan membalikkan badan di tempat tidur, dan mungkin juga akibat terapi levodopa dan bromokriptin. Gangguan degeneratif lainnya seperti Huntington atau penyakit lain yang menyebabkan mioklonus dan korea dapat menyebabkan insomnia.

5) Hipertiroidisme

Hipertiroidisme sering menimbulkan insomnia. Walaupun demikian, insomnia kadang-kadang dapat pula ditemukan pada penderita hipotiroidisme. Gangguan tidur kronik dapat mengganggu regulasi glukosa. Sebaliknya, diabetes melitus dapat pula menimbulkan insomnia. Hipoglikemia nokturnal dan nokturia atau penurunan glukosa dapat meningkatkan rasa kantuk. Kurang tidur merupakan sinyal untuk meningkatkan makan. Kualitas tidur lansia penderita diabetes lebih buruk daripada yang tidak menderita diabetes.

6) Ulkus peptikum, hernia hiatus, refleks gastroesofagus, atau kolitis dapat menimbulkan insomnia. Hal ini dikaitkan dengan adanya

nyeri nokturnal. Pasien gagal hepar juga dapat mengalami insomnia. Insomnia memburuk bila penyakit heparnya progresif. Ensefalopati hepatik ringan juga dapat menimbulkan insomnia. Pembatasan protein bermanfaat secara klinik.

Benzodiazepin seperti lorazepam dan oxazepam yang metabolismenya tidak memerlukan sistem mikrosomal hepar dapat digunakan pada lansia gagal hepar. Tidur dapat pula terganggu karena diuresis nokturnal; gangguan jalan nafas dan refluks gastroesofagus dapat menyebabkan bronkospasme akut sehingga mengganggu tidur.

7) Penyakit muskuloskeletal

Tidur sering terganggu akibat penyakit medik lain seperti artritis, rematik, dan sindrom nyeri lainnya. Terapi yang sesuai dapat memperbaiki tidur (misalnya, analgesik untuk nyeri). Pasien sindrom fibromialgia sering mengeluh gangguan tidur. Gangguan tidur yang sering terjadi yaitu RLS.

b. Gangguan Tidur Akibat Gangguan Mental (Amir, 2011)

Gangguan cemas dan depresi, Pola tidur pasien depresi berbeda dengan pola tidur pasien tidak depresi. Pada depresi terjadi gangguan pada setiap stadium siklus tidur. Efisiensi tidurnya buruk, tidur gelombang pendek menurun, latensi REM juga turun, serta peningkatan aktivitas REM. Lansia dengan keluhan insomnia harus dipikirkan kemungkinan adanya depresi atau ansietas. Insomnia dan mengantuk di siang hari merupakan faktor risiko depresi. Sebaliknya, penderita depresi dapat pula mengalami gangguan kontinuitas tidur; episode tidur REM-nya lebih awal daripada orang normal. Akibatnya, ia terbangun lebih awal, tidak merasa segar di pagi hari, dan mengantuk di siang hari. Sekitar 40% penderita lansia depresi mengalami gangguan tidur. Keluhan tidur dapat pula memprediksi akan terjadinya depresi pada lansia.

Demensia dan delirium, Gangguan tidur sering ditemukan pada demensia. Berjalan saat tidur di malam hari sering ditemukan pada delirium meskipun pada siang hari pasien terlihat normal. Pasien Alzheimer sering terbangun dan durasi bangunnya lebih lama. Tidur REM dan gelombang lambat meningkat.

7. Dampak kekurangan tidur

Dampak yang disebabkan dari pola tidur yang tidak teratur antara lain, tidur kurang dari lima jam dalam satu malam, dapat berisiko terjerangit depresi, stress, penyakit jantung, stroke dan diabetes. Pada wanita, yang tidur sebanyak 6 jam atau kurang dari jumlah tersebut setiap malam memiliki peluang 62% lebih besar terkena kanker payudara, dibanding mereka yang tidur sebanyak 7 jam. Kurangnya jam tidur telah terbukti dapat mengakibatkan siklus hormon dan metabolisme menjadi tidak seimbang (Yogis et al., 2017). Pada salah satu penelitian yang dilakukan oleh US Navy didapat kesan bahwa seseorang yang secara teratur tidur selama 8 jam dapat mengurangi lama tidurnya secara gradual menjadi 7 atau 7,5 jam tanpa mengalami gejala deprivasi tidur. Ditunjukkan bahwa mengurangi tidur secara moderat, bila dialami selama beberapa hari akan mengganggu kesiagaan dan performans di siang hari. Pada sisi lain, menambah jumlah jam tidur, dari 7 sampai 8 jam, dapat meningkatkan kualitas hidup dan fungsi kognisi di siang hari. Jadi dalam mendiagnosis-diferensial kasus dengan mengantuk di siang hari dan fatigue menahun, jumlah jam tidur harus dinilai secara seksama. Perlu diingat, pada beberapa individu kebutuhan tidur dapat sebanyak 9-10 jam semalam, waktu ia tertidur tidak lebih dari 7 jam semalam (Lumbantobing, 2010).

8. Penatalaksanaan gangguan tidur

Tidur merupakan kebutuhan dasar setiap makhluk hidup. Apabila kebutuhan istirahat tidur tidak terpenuhi dengan baik maka memiliki pengaruh yang buruk bagi kesehatan sehingga masalah tersebut harus diatasi. Adapun intervensi yang dapat digunakan untuk mengatasi gangguan istirahat tidur yaitu dengan terapi farmakologi dan nonfarmakologi:

a. Terapi Farmakologi

Tujuan untuk menghilangkan keluhan penderita gangguan istirahat tidur sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Ada lima prinsip dalam farmakologi, yaitu menggunakan dosis rendah efektif, dosis yang diberikan bersifat intermitten (3-4 kali dalam seminggu), pengobatan jangka pendek (3-4 minggu), penghentian terapi tidak menimbulkan kekambuhan pada gejala gangguan istirahat tidur, memiliki efek sedasi yang rendah sehingga tidak mengganggu aktivitas sehari-hari. Terapi farmakologi yang paling efektif yaitu dengan *Benzodiazepine* atau *non-Benzodiazepine* (Astuti, 2013).

Non-Benzodiazepine memiliki efek pada respon GABA dan berkaitan secara elektif pada reseptor *Benzodiazepine* subtipe di otak. Obat ini efektif pada lansia karena dapat diberikan dalam dosis yang rendah. Obat golongan ini memiliki efek hipotoni otot, gangguan perilaku, kekambuhan insomnia jika dibandingkan dengan golongan BZDs obat golongan *non-Benzodiazepine* yang aman untuk lansia adalah *Zeleplon*, *Zolpidem*, *Eszopiclone* dan *Ramelton*. Obat *Zeleplon*, *Zolpidem*, dan *Eszopiclone* dapat berfungsi untuk mengurangi *sleep latency* sedangkan *remelton* digunakan pada klien yang mengalami kesulitan untuk mengawali tidur (N. M. Astuti, 2013).

b. Terapi nonfarmakologis

Intervensi keperawatan yang bisa digunakan untuk meningkatkan kualitas tidur dan mengurangi gangguan tidur adalah dengan terapi nonfarmakologis, yaitu dengan :

a) *Massage* punggung

Terapi *Massage* punggung dapat meningkatkan rasa rileks sehingga meningkatkan keinginan tidur. *Massage* dapat diartikan sebagai pijat yang telah disempurnakan dengan ilmu-ilmu tentang tubuh manusia atau gerakan-gerakan tangan mekanis terhadap tubuh manusia dengan mempergunakan bermacam-macam bentuk pegangan atau teknik.

b) Modifikasi lingkungan

Melalui metode ini pasien diedukasi untuk menggunakan tempat tidur hanya untuk tidur dan menghindari aktivitas lain seperti membaca dan menonton TV di tempat tidur. Ketika mengantuk pasien datang ke tempat tidur, akan tetapi jika selama 15-20 menit berada di sana pasien tidak bisa tidur maka pasien harus bangun dan melakukan aktivitas lain sampai merasa mengantuk baru kembali ke tempat tidur. Metode ini juga harus didukung oleh suasana kamar yang tenang sehingga mempercepat pasien untuk tidur dengan metode terapi ini, pasien mengalami peningkatan durasi tidur selama 30-40 menit (N. M. Astuti, 2013).

c) Pola hidup

Bertujuan untuk mengubah pola hidup pasien dan lingkungannya sehingga dapat meningkatkan kualitas tidur. Hal-hal yang dapat dilakukan pasien untuk meningkatkan kualitas tidur yaitu olahraga secara teratur pada pagi hari, tidur secara teratur, melakukan aktivitas yang merupakan hobi dari pasien, mengurangi konsumsi kafein, mengatur waktu bangun pagi, menghindari merokok dan tidak makan daging terlalu banyak sekitar 2 jam sebelum tidur (Astuti, 2013).

d) Terapi Musik

Tindakan keperawatan atau implementasi utama yang digunakan untuk mengatasi gangguan tidur pada pasien gagal ginjal kronik adalah dengan terapi musik klasik mozart. Terapi tersebut

dilakukan dengan mendengarkan musik klasik mozart melalui *headset* yang di hubungkan melalui MP3. Terapi ini dilakukan selama 3 hari berturut-turut yaitu 30 menit sebelum tidur malam pasien (Pvs & Murharyati, 2020).

Penelitian yang dilakukan oleh Su, Lai, Chang, Yiin, Perng & Chen (2012) tentang terapi musik yang dilakukan di intensif Care Unit di Taiwan menunjukkan musik meningkatkan kualitas tidur pada pasien pada kelompok intervensi dibanding dengan kelompok kontrol. Pemberian terapi musik juga secara signifikan membuat detak jantung menjadi lebih rendah pada kelompok intervensi dibanding dengan kelompok kontrol (Juanita, 2015).. Secara teoritis terapi musik instrument bertujuan untuk meningkatkan kualitas tidur dan mengatasi gangguan tidur. Saat diberikan terapi musik instrument rangsangan nada serta irama masuk ke thalamus sehingga memori dari sistem limbik aktif secara otomatis mempengaruhi saraf otonom yang disampaikan ke thalamus dan kelenjar hipofisis muncul respon terhadap emosional melalu feedback ke kelenjar adrenal untuk menekan pengeluaran hormon stress sehingga seseorang menjadi rileks (Mirna, 2014).

D. Asuhan Keperawatan Peningkatan Tidur Pada Pasien CKD

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan suatu proses pengumpulan, verifikasi dan komunikasi data tentang klien. Tahapan proses pengkajian ini ada 2 langkah yakni pengumpulan data dari sumber primer (pasien) dan sumber sekunder yang berasal dari keluarga pasien, perawat ruangan dan status pasien. Dan analisa data untuk menegakkan diagnosa keperawatan (Prabowo, 2016). Diagnosa yang telah ditetapkan akan menentukan perencanaan yang ditetapkan. Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat agar dapat mengidentifikasi seluruh kebutuhan perawatan pasien CKD dengan gangguan pola tidur. Hal-hal yang perlu dikaji pada pasien CKD dengan gangguan pola tidur, meliputi :

- a. Data Biografi meliputi nama pasien, status perkawinan, agama pendidikan, alamat, suku bangsa, pekerjaan, nomor register, dan nama penanggung jawab.
- b. Riwayat kesehatan
 - 1) Keluhan Utama

Pada pasien CKD dengan gangguan istirahat tidur akan ditemukan keluhan seperti sulit memulai tidur, sering terbangun, lemah, lesu, sesak, aktivitas menurun, gatal pada kulit gangguan pola tidur, dan merasa tidak puas tidur.
- c. Riwayat kesehatan sekarang

Berisi tentang sejak kapan terjadi gangguan pola tidur, penyebab fatigue, perubahan psikologis kulit sehingga berisiko untuk terjadinya gangguan pada istirahat tidur dan intoleransi aktivitas.
- d. Riwayat penyakit dahulu

Perlu ditanyakan penyakit-penyakit yang dialami sebelumnya yang kemungkinan mempunyai hubungan dengan masalah yang dialami pasien sekarang, seperti apakah pasien pernah mengalami peningkatan kadar gula darah, tekanan darah tinggi dan atau mempunyai riwayat batu ginjal.
- e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan gangguan istirahat tidur pada pasien CKD adalah penyakit hipertensi yang sering terjadi pada beberapa keturunan dan DM yang cenderung diturunkan secara genetik.
- f. Riwayat psikososial

Riwayat psikososial ini meliputi hubungan antara anggota keluarga, penerapan disiplin serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita.
- g. Riwayat spiritual

Riwayat spiritual ini meliputi agama dan kepercayaan pasien dan keluarga serta bagaimana kegiatan keagamaan dalam keluarga.

h. Pola kesehatan fungsional

1. Pola tidur dan Istirahat

Pengkajian tidur dan istirahat terkait kualitas tidur seperti gejala sulit tidur di siang hari, pemulihan setelah tidur, masalah memulai dan mempertahankan tidur, kesulitan bangun, dan kepuasan tidur. Selanjutnya dikaji menggunakan instrumen SQS (*Sleep Quality Scale*) terdiri dari 28 item yang bertujuan mengevaluasi tingkat keperahan kualitas tidur.

Tabel 2.2 *Sleep quality Scale (SQS)*

No	Pertanyaan	Jarang (0)	Kadang-kadang (1)	Sering (2)	Hampir selalu (3)
1	Saya Sulit tidur ?				
2	Saya tertidur lelap ?				
3	Saya bangun tidur lalu tidur lagi ?				
4	Saya mengalami kesulitan untuk kembali tidur setelah saya bangun di tengah malam?				
5	Saya mudah terbangun karena kebisingan ?				
6	Terus menerus bergerak sambil tidur ?				
7	saya tidak pernah kembali tidur setelah bangun saat tidur ?				
8	saya merasa segar setelah tidur ?				
9	saya merasa tidak segar setelah tidur ?				
10	kurang tidur membuatku sakit kepala?				
11	kurang tidur membuatku kesal ?				
12	Saya ingin tidur lebih banyak setelah bangun tidur ?				
13	jam tidur saya cukup ?				
14	kurang tidur membuatku kehilangan nafsu makan ?				
15	kurang tidur membuatku sulit berpikir ?				
16	saya merasa kuat setelah tidur ?				
17	kurang tidur membuat saya kehilangan minat pada				

	pekerjaan atau orang lain ?				
18	Merasa lelah setelah tidur?				
19	kurang tidur menyebabkan saya membuat kesalahan di tempat kerja ?				
20	saya puas dengan tidur saya ?				
21	kurang tidur membuatku lebih mudah melupakan sesuatu ?				
22	kurang tidur membuat sulit berkonsentrasi di tempat kerja ?				
23	kantuk mengganggu kehidupan sehari-hari saya. ?				
24	kurang tidur membuatku kehilangan keinginan dalam segala hal ?				
25	saya sulit bangun dari tempat tidur ?				
26	kurang tidur membuat saya mudah lelah di tempat kerja ?				
27	saya memiliki pikiran yang jernih setelah tidur ?				
28	kurang tidur membuat hidupku sakit ?				

Keterangan :

1. Jarang : 0 atau 1-3 kali sebulan.
2. Kadang-kadang : 1-2 kali seminggu
3. Sering 3-5 kali seminggu
4. Hampir selalu : 6-7 kali seminggu.

2) Pola aktivitas dan latihan

Aktivitas akan terganggu karena kondisi tubuh yang lemah, pergerakan lambat, kurang koordinasi, perut terasa kencang karena penimbunan cairan sehingga pasien mengalami kesulitan beraktivitas, penurunan kesadaran karena komplikasi pada sistem sirkulasi ventilasi, kulit terasa gatal-gatal akibat toksik sehingga mengganggu pola aktivitas dan latihan pasien dan bicara lambat.

3) Pola neurosensori

Pola neurosensori yang di rasakan biasanya Sakit kepala, penglihatan kabur dan gelisah.

4) Pola kognitif

Pola kognitif pasien CKD dengan gangguan Aktivitas dan istirahat tidur terganggu seperti kurang perhatian, kurang koordinasi, postur tubuh tidak stabil, tangan tremor dan pergerakan lambat.

i. Pemeriksaan Fisik

1) Penampilan umum

Meliputi keadaan penderita seperti Adanya lingkaran hitam disekitar mata, mata sayu, lemah, lesu, dan mata merah

2) Tingkat kesadaran

Kesadaran klien yang biasanya didapatkan kesadaran yang baik atau compos mentis dan kooperatif.

3) Tanda-tanda vital

TD : TD menurun (N: 90-110/60/70mmHg)

Frekuensi nadi meningkat, kuat sampai lemah (N: 60-100x/menit)

Suhu bisa meningkat/menurun (N:36,5-37,2⁰c)

Pernafasan: meningkat (N: RR 12-20x/menit)

4) Antropometri : Berat badan, Indeks Massa Tubuh (IMT), kenaikan BB, LILA, dan lingkaran perut.

5) Pemeriksaan persistem

a) Sistem kardiovaskuler

Apakah ada pembesaran vena leher, gangguan irama jantung, hipertensi, dan resiko gagal jantung akibat penumpukan cairan, edema. Kondisi bengkak bisa terjadi pada bagian pergelangan kaki, tangan, wajah dan betis. Kondisi ini disebabkan ketika tubuh tidak bisa mengeluarkan semua cairan yang menumpuk dalam tubuh, gejala ini juga sering disertai dengan beberapa tanda seperti rambut yang rontok terus menerus, berat badan yang turun meskipun terlihat lebih gemuk.

b) Sistem Pulmonal

Takipnea, dispnea, peningkatan frekuensi/ kedalaman pernafasan (pernafasan kusmaul), napas dangkal batuk dengan sputum kental

dan riak, suara krekels.

c) Gangguan gastrointestinal

Anoreksia, nausea, dan vomitus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan pada saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan mulut, dan nafas bau ammonia.

d) Sistem Integumen

Warna kulit abu-abu, kulit terasa gatal- gatal akibat toksik, kasar, bersisik, kering, pucat akibat anemia, kuku tipis dan rapuh, pruritus, rambut tipis, kekuning-kuningan akibat penimbunan urokrom, kuku tipis dan rapuh.

e) Sistem Muskuloskeletal

kram otot, nyeri kaki, keterbatasan gerak sendi, *resiles leg syndrom* (pegal pada kaki sehingga sulit di gerakan), *burning feet syndrome* (rasa kesemutandan terbakar, terutama ditelapak tangan), *tremor*, *miopati* (kelelahan dan *hipertropi* otot-otot ekstremitas).

f) Sistem hematologi anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritropoentin, sehingga rangsangan eritropoesis pada sumsum tulang berkurang, hemolisis akibat berkurangnya masa hidup eritrosit dalam suasana uremia toksik, dapat juga terjadi gangguan fungsi thrombosis dan trombositopeni.

g) Sistem neuromuscular

Apakah ada penurunan disfungsi serebral seperti perubahan proses berfikir, sakit kepala dan disorientasi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada pasien CKD dengan gangguan istirahat tidur menurut TIM Pokja SDKI PPNI antara lain: Gangguan pola tidur b.d kurang terkontrol tidur, Intoleransi aktivitas b.d kelelahan, keletihan b.d gangguan tidur, resiko intoleransi d.d gangguan pernapasan, kesiapan peningkatan d.d tidur sleep apnea, (Tim Pokja

SDKI DPP PPNI, 2017). Beberapa diagnosa yang akan dibahas terdapat pada table berikut:

Tabel 2.3 Diagnosa Keperawatan pasien CKD dengan gangguan pola tidur

Diagnosa Keperawatan	Tanda dan Gejala Mayor	Tanda dan Gejala Minor
Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. D.0055	Subjektif : 1. mengeluh sulit tidur, 2. mengeluh sulit terjaga, 3. mengeluh tidak puas tidur, 4. mengeluh pola tidur berubah, 5. mengeluh istirahat tidak cukup. Objetif : (Tidak Tersedia)	Subjektif : 1. mengeluh kemampuan beraktivitas menurun. Objektif : (tidak tersedia).
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan. D.0056	Subjektif : 1. mengeluh lelah. Objetif : 1. frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat.	Subjektif : 1. dispnea saat/setelah aktivitas 2. merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. merasa lemah. Objektif : 1. tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. gambaran EKG menunjukkan aritmia

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang mengacu pada standar intervensi keperawatan Indonesia (TIM Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) dengan kriteria hasil mengacu pada standar luaran keperawatan Indonesia (TIM Pokja SIKI DPP PPNI, 2019). Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ada pada table 2.3 di atas, intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada table berikut.

(Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan)

No.	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan intoleransi aktivitas meningkat. ditandai dengan kriteria hasil : 1. Keluhan lelah menurun. 2. Dispnea saat beraktivitas menurun. 3. Perasaan lemah menurun. 4. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat. 5. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat.	SIKI : Manajemen Energi Observasi: 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. Terapeutik : 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misl. Cahaya, suara, kunjungan). 2. Lakukan istirahat rentang gerak pasif dan/atau aktif seperti ROM bahu, pergelangan tangan, jari-jari tangan, dan siku dengan fleksik, ekstensi, abduksi, dan adduksi selama 15 menit. 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan seperti mengobrol dengan keluarga sebelum tidur. 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	Observasi: 1. Mengidentifikasi penyebab dari gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. 2. Kelelahan fisik dan emosional dapat terpantau dengan baik. 3. Dengan gangguan intoleransi aktivitas dapat menyebabkan gangguan pola dan jam tidur. 4. Diketahui ketidaknyamanan dan lokasi selama beraktivitas. Terapeutik : 1. Meningkatkan rasa nyaman melalui memodifikasi lingkungan dapat memberikan rasa tenang dan rileks. 2. Dengan latihan rom pasif dan aktif dapat meningkatkan kekuatan otot. 3. Meningkatkan kenyamanan pada pasien intoleransi aktivitas sangat di butuhkan seperti mengobrol dengan keluarga sebelum tidur. 4. Meningkatkan rasa nyaman. Edukasi : 1. Dengan tirah baring pasien bisa merasa segar. 2. Dengan melakukan aktivitas secara bertahap dapat melatih pasien dalam beraktivitas.

			<p>3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.</p> <p>4. Ajarakan streategi koping untuk mengurangi kelelahan seperti mendengarkan musik klasik mozait.</p>	<p>3. Menghubungi perawat berarti dapat mencegah intoransi aktivitas memburuk.</p> <p>4. Streategi koping seperti mendengarkan musik dapat membuat suasana hati dan pasien dapat lebih bersemangat.</p>
2.	Gangguan Pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur pasien membaik. ditandai dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun. 2. Keluhan sering terjaga menurun. 3. Keluhan tidak puas tidur menurun. 4. Keluhan pola tidur berubah. Menurun. 5. Keluhan istirahat tidur cukup. Menurun. 	<p>SIKI : Dukungan Tidur</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan pola tidur menggunakan instrument SQS (<i>Sleep quality scale</i>). 2. Identifikasi faktor penganggu tidur (fisik dan/atau psikologis). 3. Identifikasi makanan dan minuman yang menggagu tidur (misl. Kopi, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur). <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu matras, dan tempat tidur) 2. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur seperti membaca buku sebelum tidur. 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan pengaturan posisi <i>fowler</i>. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skor tertinggi SQS yaitu 3 apabila terdapat kalimat negatif dan positif skor tertingginya 3 dan skor terendahnya 0. 2. Diketahui penyebab penganggu tidur. 3. Diketahui makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur adalah awal dari pencegahan gangguan tidur. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan rasa nyaman melalui memodifikasi lingkungan dapat memberikan rasa tenang dan rileks. 2. Membaca buku sebelum tidur dapat meningkatkan rasa kantuk dan mengurangi stress. 3. Meningkatkan kenyamanan pada pasien gangguan tidur sangat di butuhkan seperti pengaturan posisi <i>fowler</i> dapat mengurangi rasa sesak yang berdampak pada gangguan pola tidur. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien kebutuhan tidurnya tercukupi. Tidur cukup pada orang dewasa 7-8 jam

			<ol style="list-style-type: none"> 3. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (misl. gaya hidup). 4. Ajarkan relaksasi otot autogenik. 5. Lakukan terapi musik klasik mozart. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Dengan menepati waktu tidur dapat membuat pola tidur terbiasa. 3. Gaya hidup seperti pola makan, pola aktivitas dapat berkontribusi terhadap gangguan tidur. 4. Dengan adanya relaksi pasien autogenik dapat membuat pasien lebih tenang dan dapat mengurangi stress yang dirasakan. 5. Rangsangan nada serta irama musik klasik mozart ke thalamus sehingga memori dari sistem limbik aktif secara otomatis mempengaruhi saraf otonom yang disampaikan ke thalamus dan kelenjar hipofisis muncul respon terhadap emosional sehingga dapat meningkatkan kenyamanan dan kualitas tidur.
--	--	--	--	--

3. Implementasi

Implementasi merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tindakan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Implementasi mencakup melakukan, membantu atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan arahan perawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien dan mengevaluasi kerja anggota staf dan mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan berkelanjutan dari klien. Implementasi meluangkan rencana asuhan ke dalam tindakan. Setelah rencana dikembangkan, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien, perawat melakukan intervensi keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan perawat dan tindakan (Potter & Perry, 2015).

Implementasi yang akan dilakukan pada pasien dengan fokus pemenuhan kebutuhan istirahat tidur sesuai dengan diagnosis keperawatan intoleransi aktivitas yang akan dikembangkan adalah memonitor kelelahan fisik dan emosional setiap hari. Tindakan terapeutik yang akan dikembangkan adalah menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus dengan memasang seprai yang bersih dan rapi di *bed* pasien dan menganjurkan aktivitas distraksi yang menenangkan seperti mengobrol dengan anggota keluarga sebelum tidur yang akan dilakukan 30 menit per hari.

Tindakan observasional dengan mengkaji gangguan pola tidur dengan menggunakan instrumen SQS (*Sleep quality scale*) yang dilakukan setiap hari. Tindakan terapeutik yang akan dikembangkan adalah kontrol faktor penyebab gangguan pola tidur dengan pengaturan posisi *fowler* saat pasien memulai tidur dan memfasilitasi pasien penghilang stress dengan membaca buku selama 30 menit sebelum tidur, relaksasi autogenik yang menggabungkan tehnik pernafasan dan meditasi. Relaksasi autogenik dilakukan selama 30 menit dan terapi musik klasik mozart menggunakan

earphone yang diberikan selama 15-30 menit per hari dan dapat diulangi jika pasien masih mengalami gangguan tidur selama dirawat di ruangan.

4. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk menyelesaikan proses keperawatan yang menunjukkan sejauh mana diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan implementasi telah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang ditetapkan dalam rencana keperawatan. Selain itu, evaluasi juga merupakan proses keperawatan, mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien menuju pencapaian tujuan. Evaluasi dilakukan secara formatif dan sumatif untuk evaluasi sumatif menggunakan format SOAP (subjektif, objektif, analitik, perencanaan). Evaluasi formatif dilakukan setelah tindakan sementara dan evaluasi sumatif dilakukan minimal 4 jam setelah tindakan.

Data hasil evaluasi akan menunjukkan keberhasilan tindakan. Indikator keberhasilan tindakan pada diagnosis intoleransi aktivitas adalah keluhan lelah menurun, dispnea saat beraktivitas menurun, perasaan lelah menurun, kekuatan tubuh bagian atas meningkat, dan kekuatan tubuh bagian bawah meningkat gangguan pola tidur b.d kurang terkontrol tidur dari kriteria keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, dan keluhan istirahat tidur cukup menurun.

BAB III METODELOGI PENELITIAN

A. Desain penelitian

Desain penelitian ini adalah kualitatif dengan studi kasus yang bertujuan untuk mengeksplorasi penerapan proses asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan tidur pada pasien CKD. Pendekatan yang digunakan adalah proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

B. Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian adalah satu orang pasien dengan gangguan tidur yang menjalani perawatan di Ruang Melati RSUD Dr.M.Yunus Bengkulu dengan minimal keperawatan selama 3 hari. Kriteria subyek dalam penelitian ini adalah

1. Kriteria inklusi

- a) Penderita CKD dengan gangguan aktivitas dan istirahat tidur yang dirawat inap di ruang Melati RSUD Dr.M.Yunus Bengkulu.
- b) Penderita bersedia menjadi responden.

2. Kriteria eklusi :

- a) Penderita CKD yang sedang mengalami komplikasi berat dan dipindahkan ke ruang intensif.
- b) Penderita CKD yang mengalami penurunan kesadaran

E. Fokus studi kasus

Fokus studi kasus yang peneliti lakukan adalah pemenuhan kebutuhan istirahat tidur dengan melakukan intervensi non farmakologi yaitu terapi musik pada pasien CKD di Ruang Melati RSUD M.Yunus Kota Bengkulu.

F. Definisi Operasional

1. Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau tahap yang dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien CKD yang mengalami gangguan istirahat tidur.
2. Pasien CKD adalah pasien yang dinyatakan menderita CKD oleh dokter di RSUD Dr. M.Yunus Provinsi Bengkulu.
3. Tidur adalah suatu keadaan di mana kesadaran seseorang akan sesuatu menjadi turun, namun aktivitas otak tetap memainkan peran yang biasa dalam mengatur fungsinya, seperti mengatur fungsi pencernaan, aktivitas jantung dan pembuluh darah (Foreman & Whykle, 2017).
4. Istirahat adalah suatu keadaan tenang, relaks, tanpa tekanan emosional dari perasaan gelisah.
5. Aktivitas tidur adalah kegiatan atau keaktifan jadi segala sesuatu yang dilakukan atau kegiatan-kegiatan yang terjadi baik fisik maupun non-fisik yang dapat meningkatkan kualitas tidur.
6. Terapi musik adalah terapi menggunakan musik mozart untuk mengatasi berbagai masalah sosial, emosional dan perilaku.

G. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini adalah di ruang Melati RSUD Dr. M Yunus Bengkulu. Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan pada tanggal 1- 3 Maret 2022 karena pasien hanya di rawat di RS selama 3 hari.

H. Prosedur Penelitian

1. Melakukan pengumpulan izin penelitian dari institusi ke RSUD Dr. M.Yunus Kota Bengkulu.
2. Mengurus izin penelitian yang telah disetujui RSUD Dr. M.Yunus Kota Bengkulu.
3. Menyiapkan instrument pengkajian yang akan digunakan.
4. Mengidentifikasi pasien CKD dengan gangguan istirahat tidur yang sesuai dengan kriteria inklusi.

5. Melakukan *informed consent* dengan klien menggunakan format persetujuan yang ditandatangani oleh pasien dan penulis.
6. Melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, merumuskan diagnose, melakukan tindakan dan evaluasi keperawatan.
7. Mendokumentasikan hasil penelitian.
8. Mengurus surat keterangan selesai penelitian dari RSUD Dr. M.Yunus Kota Bengkulu.
9. Menganalisi data yang ditemukan di lapangan dengan konsep teori yang disusun
10. Melaksanakan seminar hasil studi kasus di institusi dihadapan penguji.

I. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Hasil anamnesis data berisikan identifikasi klien, keluhan utama, riwayat utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat psikologis dan pola fungsi kesehatan. Data yang di dapatkan dari wawancara bersumber dari pasien, keluarga pasien dan dari perawat.

b. Observasi dan pemeriksaan fisik

Pengumpulan data ini menggunakan tekni yang meliputi identifikasi, riwayat kesehatan, kebutuhan tidur, keadaan umum, pengkajian persistem, kualitas tidur, terapi obat.

c. Studi Dokumen

Instrument studi dokumentasi dilakukan dengan mengambil data MR (*Medical Record*), mencatat pada status pasien, melihat catatan harian perawat ruangan, mencatat hasil pemeriksaan diagnostik.

d. Instrumen pengumpulan data

Instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah dengan focus pengkajian kebutuhan tidur pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD).

J. Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan oleh peneliti dengan cara:

1. Peneliti mengumpulkan data secara langsung dari pasien dan keluarga (data primer) dengan menggunakan format pengkajian yang sudah disesuaikan dengan kebutuhan asuhan keperawatan pada pasien CKD dengan gangguan istirahat tidur.
2. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi secara langsung menggunakan metode pemeriksaan fisik.
3. Pengumpulan data diambil dari melihat catatan medis dokter dan perawat atau tenaga kesehatan lainnya di ruang rawat.
4. Pengumpulan data dilakukan menggunakan alat standar dengan pengukuran berulang terhadap data-data pasien yang meragukan/tidak valid.

K. Analisa Data

Analisa data dilakukan setelah data terkumpul. Data dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif selanjutnya berdasarkan pengelompokkan data dirumuskan masalah keperawatan.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan studi kasus asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur melalui pendekatan asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa *Chronic Kidney Disease* (CKD). Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Pengkajian ini dilakukan dengan menggunakan metode *auto anamnesa* (wawancara dengan klien langsung), dan *allo anamnesa* (wawancara dengan keluarga atau orang terdekat), petugas kesehatan lain (perawat ruangan), observasi, pemeriksaan fisik, dan review rekam medis dan catatan keperawatan.

A. Pengkajian Kasus

1. Identitas Klien

Pengkajian melalui anamnesa pada tanggal 1 Maret 2022 pukul 15:00 Wib di ruang rawat inap Melati RSUD dr. M. Yunus Bengkulu, dari rekam medis hasil pengkajian didapat pasien berusia 42 tahun, jenis kelamin perempuan, agama Islam, berasal dari desa TJ. Harapan Kab Bengkulu Utara., penanggung jawab Tn. S selaku suami pasien.

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama MRS

Pasien masuk ruang melati dengan keluhan sesak napas hilang-timbul, mual tetapi tidak muntah dan lemah sejak 3 hari yang lalu.

b. Keluhan saat Dikaji

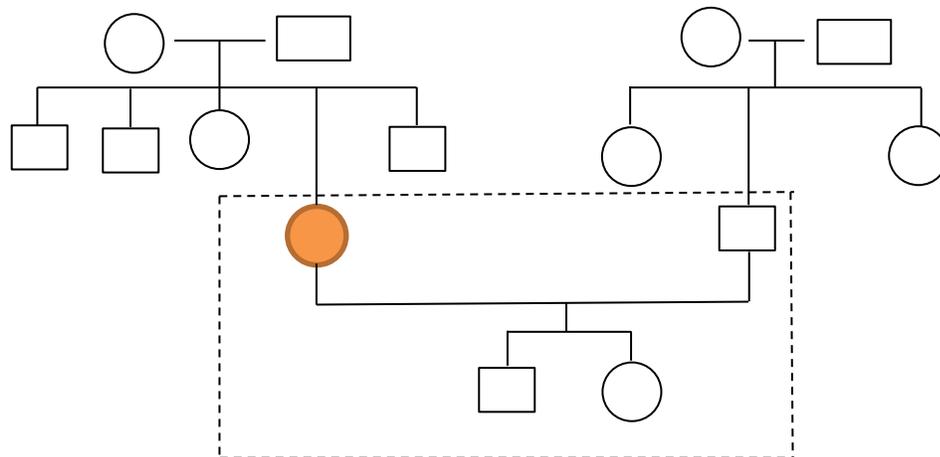
Pasien datang ke RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Kota Bengkulu untuk melakukan cuci darah di ruang Hemodialisa pada tanggal 1 Maret 2022 pukul 07:30 WIB setelah HD selesai, pada pukul 14:00 WIB pasien di pindahkan ke ruang melati. Pasien mengatakan sesak napas apabila tidur telentang, mual, sejak mengalami penyakit CKD pasien sering kesulitan tidur, pasien sering terbangun saat tidur, pasien merasa lemah dan letih.

c. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat gagal ginjal sejak 3 tahun yang lalu dengan riwayat Hipertensi dan anemia 3 tahun yang lalu, tidak mempunyai riwayat Diabetes, tidak memiliki riwayat penggunaan narkoba dan konsumsi alkohol maupun alergi obat dan makanan. Saat ini pasien menjalani program HD setiap minggu pada hari selasa dan jumat sejak dinyatakan mengalami CKD 3 tahun yang lalu dan pasien menderita CKD stadium 5.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan bahwa dalam keluarga pasien tidak memiliki penyakit ginjal, dan tidak memiliki riwayat hipertensi seperti yang di derita pasien. Dari genogram diketahui bahwa pasien berusia 42 tahun merupakan anak ke 4 dari 5 bersaudara. Pasien menikah dengan Tn.S berusia 45 tahun anak ke 2 dari 3 bersaudara dan memiliki 2 orang anak. Pasien bersama suami dan kedua anaknya tinggal serumah.



Bagan 4.1 Genogram keluarga pasien.

Keterangan :



: Pasien



: Perempuan



: Laki-laki

----- : Tinggal dalam satu rumah

———— : Garis Keturunan

e. Riwayat psikososial dan spiritual

Pasien mengatakan tinggal bersama suami dan kedua anaknya, pasien sangat dekat dengan suami dan anak-anaknya, interaksi didalam keluarganya sangat baik, ketika ada masalah keluarga memusyawarakan bersama keluarga yang lain. Tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan Pasien, saat di rumah pasien jarang melakukan sholat dan dirumah sakit pasien tidak melakukan shalat.

f. Pola kesehatan fungsional

1) Pola tidur dan Istirahat

Pasien mengatakan sejak mengalami penyakit CKD ia tidur di atas jam 11 karena sering mengalami kesulitan tidur, tidak bisa tidur lelap saat terbangun dan tidak bisa tidur lagi. Pasien mudah terbangun di tengah malam karena merasa sesak dan gelisah, pada siang hari pasien sering terbangun karena kebisingan, pasien sering terus menerus bergerak sambil tidur, saat bangun tidur pasien merasa tidak segar, pasien sering mengalami sakit kepala dan kesal saat kurang tidur, pasien tidur pada siang hari sebanyak 1 jam dan malam hari 2 jam, kurang tidur kadang-kadang membuat pasien kurang nafsu makan, sulit berpikir, setelah tidur pasien mengatakan masih merasa lemah, kadang-kadang pasien kehilangan minat pada pekerjaan dan kegiatan lain, pasien masih merasa lelah setelah tidur, kurang tidur sering menyebabkan pasien membuat kesalahan di rumah seperti lupa meletakkan barang, pasien mengatakan tidk puas dengan tidurnya, kurang tidur kadang-kadang membuat pasien sulit berkonsentrasi dirumah, pasien sering merasa mengantuk seharian, setelah tidur pasien memiliki pemikiran yang jernih, kurang tidur membuat pasien merasa sakit dan pasien sering mengalami kesulitan bangun dari tempat tidur. Dari skor instrumen SQS di dapatkan nilai 48 yang menandakan pasien mengalami kesulitan tidur pada tingkat berat.

2) Pola aktivitas dan latihan

Saat dikaji pasien mengatakan ia biasanya melakukan pekerjaan rumah tangga seperti menyapu, membersihkan kamar, memasaknya, mencuci pakaian dan mencuci piring namun pasien tidak mampu lagi menyelesaikan semuanya sejak 7 hari yang lalu. aktivitas pasien menjadi terganggu seperti pergerakan lambat dan kurang koordinasi

3) Pola neurosensori

Pasien mengatakan sering merasakan sakit kepala, gelisah dan penglihatan kabur.

4) Pola kognitif

Pola kognitif pasien terganggu seperti pasien sering melamun, kurang koordinasi, postur tubuh tidak stabil, dan tangan tremor.

j. Pemeriksaan Fisik

1) Penampilan umum

Pasien tampak lemah, pucat, adanya lingkaran hitam disekitar mata, mata sayu, dan mata merah

2) Tingkat kesadaran

Kesadaran pasien *compos mentis*.

3) Tanda-tanda vital

RR 21x/menit, T 36,5⁰c, HR 80 x/menit, TD 160/100 mmHg.

4) Antropometri : Kenaikan BB terjadi selama 3 hari yaitu Berat badan:

48 kg, kenaikan BB: 50, Indeks Massa Tubuh (IMT): 21 (normal), Tinggi Badan: 155 cm, LILA 25 cm, dan lingkar perut: 120 cm.

5) Pemeriksaan persistem

a) Sistem kardiovaskuler

Pasien sering merasa nyeri dada dan hipertensi, perfusi didapatkan dullness pada intercostal 3-5 menandakan tidak ada pembesaran jantung, auskultasi tidak ada suara tambahan, *effuse* perikardiak dan gagal jantung akibat penimbunan cairan.

b) Sistem Pulmonal

Bentuk dada normal, pengembangan dada maksimal terdapat retraksi otot dada, saat perkusi lapang paru terdengar sedikit redup. Hasil palpasi didapatkan vesikuler pada kedua lapang paru, icus cordis teraba. Aukultasi suara nafas terdengar vesikuler.

c) Sistem gastrointestinal

Pada saat di kaji pasien tidak mengalami anoreksia, tidak ada perdarahan pada saluran gastrointestinal, tidak ulserasi, tidak ada perdarahan mulut dan nafas bau ammonia.

d) Sistem Integumen

Saat dilakukan pengkajian, kulit terasa gatal karena kulit kasar, kering dan bersisik, hangat dan kurang elastis, di daerah ekstremitas bawah dan ada *cimino* di eksremitas atas dekstra sebagai lokasi insisi pada saat HD.

e) Sistem Muskuloskeletal

Ektremitas lengkap, tidak ada fraktur, terdapat edema pada ekremitas bawah, terdapat *cimino/arteriovenous shunt* pada ekstremitas atas dektra, *capillary refill time* (CTR) > 3 detik.

f) Sistem neuromuscular

Didapatkan penurunan disfungsi serebral seperti perubahan proses berfikir, kepala pasien pusing dan disorientasi.

3. Pemeriksaan diagnostik

Tabel 4.1 Tabel pemeriksaan diagnostik

Tanggal	Data penunjang	Pasien Ny. S	Nilai Normal
2 maret 2022	Hematokrik	25	37-47
	Leukosit	5.000	4000-11.000 mm ³
	Haemoglobin	10,0	L : 13,0-18,0 g/dl P : 12,0-16,0 g/dl
	Trombosit	170.000	150.000-450.000
	Ureum	390	20-40 mg/dl
	Creatinin	27	0,5-1,2 mg/dl

4. Terapi

Tabel 4.2 Terapi pengobatan

Nama pasien : Ny. S			Hari/Tanggal : 2 Maret 2022	
No.	Waktu	Obat	Dosis	Via
1.	18:00	Omeprazole	1x40 mg	I.V
2.	06:00 12:00 18:00	CaCo ₃	3x1 gram	P.O
3.	06:00 12:00 18:00	Asam Folat	3x400 mcg	P.O
4.	22:30	Amlodipin	1x10 mg	P.O
Nama pasien : Ny. S			Hari/Tanggal : 3 Maret 2022	
No.	Waktu	Obat	Dosis	Via
1.	18:00	Omeprazole	1x40 mg	I.V
2.	06:00 12:00 18:00	CaCo ₃	3x1 gram	P.O
3.	06:00 12:00 18:00	Asam Folat	3x400 mcg	P.O
4.	22:30	Amlodipin	1x 10 mg	P.O
5.	11:30	Transfusi PRC	1x250 ml	I.V

B. Analisa Data

Tabel 4.3 Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien mengeluh lemas2. Pasien mengatakan terasa sesak saat berbaring3. Pasien mengatakan susah berdiri karena kaki dan beratnya membesar4. Pasien mengatakan badannya terasa lemah. <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien tampak pucat2. Pasien tampak sesak3. Hasil laboratorium : Ureum : 390 mg/dl, Kreatinin : 10,0 mg/dl, Hb : 10,0 g/dl, Hematokrit : 25 dan Leukosit : 5.000 mm³4. Pasien melakukan HD sudah ± 3 tahun dan dilakukan sebanyak 2 kali selama 1 minggu yaitu pada hari Selasa dan Jumat.	Kelemahan	Intoleransi aktivitas
2.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien mengatakan susah tidur. Pasien hanya bisa tidur siang 1 dan tidur malam 2 jam saja serta sering terbangun.2. Pasien mengatakan tidak puas tidur.3. Pasien mengatakan sering terbangun.4. Pasien mengatakan kemampuan beraktivitas menurun.5. Pasien mengatakan pola tidur berubah. <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Terdapat lingkaran hitam disekitar mata.2. Pasien tampak sering menguap.3. Pasien tampak mengantuk.4. Mata pasien tampak sembab5. Skor SQS = 58	Kurang kontrol tidur.	Gangguan pola tidur

C. Diagnosis Keperawatan

Tabel 4.4 Diagnosa Keperawatan

No	Nama Pasien	Diagnosa	Tanggal Ditegakkan	Paraf
1.	Ny. S	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan.</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh lemas - Pasien mengatakan kemampuan beraktivitas menurun. - Pasien mengatakan susah berdiri karena perut asites. <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Pasien tampak sesak - Hasil laboratorium: Ureum : 390 mg/dl, Kreatinin : 10,0 mg/dl Hb: 10,0 g/dl Hematokrit: 25 Leukosit: 5.000 mm³ 	1 Maret 2022	 Peter Dan Martha
2.		<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang terkontrol tidur.</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan susah tidur dan hanya bisa tidur siang 1 jam dan tidur malam 2 jam serta sering terbangun. - Pasien mengatakan tidak puas tidur. - Pasien mengatakan sering terbangun pada saat tidur di malam hari. - Pasien mengatakan kemampuan beraktivitas menurun - Pasien mengatakan pola tidur berubah. <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat lingkaran hitam disekitar mata - Pasien tampak sering menguap. - Pasien tampak mengantuk - Mata tampak sembab - Skor SQS 58 	1 Maret 2022	 Peter Dan Martha

D. Intervensi

Tabel 4.5 Intervensi pada pasien CKD

No.	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan intoleransi aktivitas meningkat. ditandai dengan kriteria hasil : 1. Keluhan lelah menurun. 2. Dispnea saat beraktivitas menurun. 3. Perasaan lemah menurun. 4. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat. 5. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat.	SIKI : Manajemen Energi Observasi: 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. Terapeutik : 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misl. Cahaya, suara, kunjungan). 6. Lakukan istirahat rentang gerak pasif dan/atau aktif seperti ROM bahu, pergelangan tangan, jari-jari tangan, dan siku dengan fleksik, ekstensi, abduksi, dan adduksi selama 15 menit. 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan seperti mengobrol dengan keluarga sebelum tidur. 8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau	Observasi: 1. Mengetahui penyebab dari gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. 2. Mengetahui kelelahan fisik dan emosional sehingga dapat terpantau dengan baik. 3. Dengan gangguan intoleransi aktivitas dapat menyebabkan gangguan pola dan jam tidur. 4. Diketahui ketidaknyamanan dan lokasi selama beraktivitas. Terapeutik : 5. Meningkatkan rasa nyaman melalui memodifikasi lingkungan dapat memberikan rasa tenang dan rileks. 6. Melakukan gerakan rom pasif dan aktif dapat meningkatkan kekuatan dan kemampuan otot. 7. Meningkatkan kenyamanan pada pasien intoleransi aktivitas sangat di butuhkan seperti mengobrol dengan keluarga sebelum tidur. 8. Duduk di sisi tempat tidur dapat meningkatkan kenyamanan dan kekuatan

			<p>berjalan.</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Anjurkan tirah baring. 10. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang. 12. Ajarakan streategi koping untuk mengurangi kelelahan. 13. Lakukan terapi musik klasik mozaik 	<p>otot sebelum berjalan.</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Dengan tirah baring pasien bisa merasa segar. 10. Dengan melakukan aktivitas secara bertahap dapat melatih pasien dalam beraktivitas. 11. Menghubungi perawat berarti dapat mencegah intoransi aktivitas memburuk. 12. Streategi koping seperti mendengarkan music dapat membuat suasana hati dan pasien dapat lebih bersemangat. 13. Terapi musik klasik mozaik dapat menurunkan sistem syaraf simpatik sehingga dapat meingkatkan rasa tenang, Nyman dan kualitas tidur
2.	Gangguan Pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur pasien membaik. ditandai dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun. 2. Keluhan sering terjaga menurun. 3. Keluhan tidak puas tidur 	<p>SIKI : Dukungan Tidur</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan pola tidur menggunakan instrument SQS (<i>Sleep quality scale</i>). 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis). 3. Identifikasi makanan dan minuman yang menggagu tidur (misl. Kopi, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur). <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu matras, dan tempat tidur) 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi merupakan dasar dan data dasar berkelanjutan untuk memantau perubahan pola aktivitas dan tidur serta mengevaluasinya. 2. Diketahui penyebab pengganggu tidur. 3. Diketahui makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur adalah awal dari pencegahan gangguan tidur. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Meningkatkan rasa nyaman melalui memodifikasi lingkungan dapat memberikan rasa tenang dan rileks.

		<p>menurun.</p> <p>4. Keluhan pola tidur berubah. Menurun.</p> <p>5. Keluhan istirahat tidur cukup. Menurun.</p>	<p>5. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur seperti membaca buku sebelum tidur.</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan pengaturan posisi <i>fowler</i>.</p> <p>7. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.</p> <p>8. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.</p> <p>9. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (misl. gaya hidup).</p> <p>10. Ajarkan relaksasi otot autogenik.</p> <p>11. Lakukan terapi musik klasik mozaik</p>	<p>5. Membaca buku sebelum tidur dapat meningkatkan rasa kantuk dan mengurangi stress.</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Meningkatkan kenyamanan pada pasien gangguan tidur sangat di butuhkan seperti terapi musik yang dapat mencegah stress, ansietas dan membuat tubuh rileks dan pengaturan posisi seperti posisi <i>fowler</i> dapat mengurangi rasa sesak yang berdampak pada gangguan pola tidur.</p> <p>7. Agar pasien kebutuhan tidurnya tercukupi. Tidur cukup pada orang dewasa 7-8 jam</p> <p>8. Dengan menepati waktu tidur dapat membuat pola tidur terbiasa.</p> <p>9. Dengan penggunaan obat tidur dapat membuat pasien tidur secara optimal.</p> <p>10. Dengan adanya releksi pasien autogenik dapat membuat pasien lebih tenang dan dapat mengurangi stress yang dirasakan.</p> <p>11. Terapi musik mozaik dapat menurunkan sistem syaraf simpatik sehingga tubuh merasa tenang, nyaman dan dapat meningkatkan kualitas tidur.</p>
--	--	--	--	---

E. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.6 Implementasi

Tanggal 1 Maret 2022-Hari Rawat 1

Pukul	No. Diagnosa	Implementasi	Formatif (Respon Hasil)
17:20	I,II	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur menggunakan instrument SQS (<i>Sleep quality scale</i>).	1. Pasien mengatakan hanya biasa tidur 3 jam dan sering terbangun. Di dapatkan skor 58 dari instrument SQS yang menandakan pasien mengalami kesulitan tidur pada tingkat berat.
19:20	II	2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis).	2. Pasien mengatakan selama sakit merasa kurang percaya diri, sesak apabila tidur telentang dan lemah.
19:25	II	3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang menggagu tidur (misl. Kopi, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur).	3. Pasien mengatakan selama sakit tidak minum kopi, dan alkohol. Pasien mendapatkan pembatasan asupan cairan. Pasien mengonsumsi air mineral sebanyak 500 ml per-hari
19:40	I,II	4. Memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur).	4. Saat pasien tidur sampiran ditutup, lampu selalu dimatikan, seprai sudah di pasang dengan rapi dan bersih.
20:00	I	5. Melakukan istirahat rentang gerak pasif dan/atau aktif seperti ROM bahu, pergelangan tangan, jari-jari tangan, dan siku dengan fleksi, ekstensi, abduksi, dan adduksi selama 15 menit.	5. Pasien mengatakan akan melakukan aktivitas jadwal latihan ROM setiap menjelang tidur.
20:10	II	6. Menetapkan jadwal tidur rutin.	6. Pasien mengatakan selalu tidur di atas pukul 23:00 WIB
20:05	I	7. Menganjurkan pasien untuk tirah baring	7. Pasien mengatakan sangat sesak saat tidur telentang saat melakukan tirah baring.
20:10	I	8. Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.	8. Pasien masih tampak lemah dan belum ada peningkatan atau penurunan kelelahan.

20:15	I,II	9. Mengatur posisi pasien senyaman mungkin yaitu posisi <i>fowler</i> dengan meletakkan dua buah bantal di belakang kepala pasien untuk memudahkan pasien bernafas dengan lebih leluasa.	9. Pasien mengatakan saat tidur dengan posisi <i>fowler</i> merasa nyaman dan tidak sesak.
20:20	I	10. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap seperti sebelum bangun dari tempat tidur sebaiknya duduk dulu selama 2 menit.	10. Pasien mengatakan saat belum melakukan aktivitas bertahap pasien sering merasa pusing saat berdiri dari tempat tidur.
20:45	II	11. Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur seperti membaca buku selama 10 menit.	11. Pasien mengatakan merasa mengantuk saat membaca buku.
21: 00	I	12. Menganjurkan pasien melakukan aktivitas distraksi yang menenangkan seperti mengobrol dengan keluarga selama 15 menit sebelum tidur.	12. Pasien mengatakan sangat suka bercerita dan mengobrol dengan keluarga. Pasien merasa nyaman saat bercerita dan beban pikiran pasien seperti berkurang.
21:30	II	13. Mengajarkan relaksasi autogenik selama 30 menit.	13. Saat dilakukan relaksasi autogenik pasien merasa tenang dan lebih bersemangat
22:10	I,II	14. Pemberian P.O amlodipine 1x10 mg	14. Pasien memiliki riwayat darah tinggi dan obat terminum dengan baik.
22:25	I, II	15. Menganjurkan keluarga untuk memutar musik klasik mozaik sebelum pasien mau tidur.	15. Keluarga mengatakan pasien sangat suka musik klasik jenis mozaik dan keluarga dan pasien mengerti yang disampaikan perawat.
22:30	I,II	16. Memberikan terapi musik klasik mozaik kepada pasien selama 30 menit.	16. Musik terpasang dengan baik, dapat di dengar oleh pasien dan pasien merasa mengantuk.

Tabel 4.7 Implementasi

Tanggal 2 Maret 2022-Hari Rawat 2

Pukul	No. Diagnosa	Implementasi	Formatif (Respon Hasil)
17:30	I,II	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur menggunakan instrument SQS (<i>Sleep quality scale</i>).	1. Pasien mengatakan sering tidur pada pukul 23:00 WIB. Pasien hanya bisa tidur 3 jam dan sering terbangun. Di dapatkan skor 54 dari instrument SQS yang menandakan pasien mengalami kesulitan tidur pada tingkat berat.
18:00	I,II	2. Memberikan IV omeprazole 1x40 mg, PO CaCo3 3x1 gram, P.O asam folat 1x10 mg.	2. Pasien mendapatkan injeksi IV tidak langsung. Ada nyeri di tangan dan tidak ada pembengkakan.
18:10	I	3. Menanyakan seberapa banyak pasien minum sejak kemarin.	3. Pasien mendapatkan pembatasan asupan cairan dan sudah dilakukannya. Pasien mengonsumsi air mineral sebanyak 500 ml per-hari.
18:20	I	4. Melanjutkan tindakan istirahat rentang gerak pasif dan/atau aktif seperti ROM bahu, pergelangan tangan, jari-jari tangan, dan siku dengan fleksi, ekstensi, abduksi, dan adduksi selama 15 menit.	4. Pasien tampak sudah memahami gerakan ROM karena sudah di ajarkan kemarin.
19:00	I,II	5. Mengatur posisi pasien nyaman mungkin yaitu posisi <i>fowler</i> dengan meletakkan dua buah bantal di belakang kepala pasien untuk memudahkan pasien bernafas dengan lebih leluasa.	5. Pasien mengatakan saat tidur dengan posisi <i>fowler</i> merasa nyaman dan tidak sesak.
20:00	II	6. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap seperti sebelum bangun dari tempat tidur sebaiknya duduk dulu selama 2 menit.	6. Pasien mengatakan saat belum melakukan aktivitas bertahap pasien sering merasa pusing

20:20	I	7. Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur seperti membaca buku selama 10 menit.	7. Pasien mengatakan merasa mengantuk saat membaca buku.
20:30	I,II	8. Menganjurkan pasien melakukan aktivitas distraksi yang menenangkan seperti mengobrol dengan keluarga selama 15 menit sebelum tidur.	8. Pasien mengatakan sangat suka bercerita dan mengobrol dengan keluarga. Pasien merasa nyaman saat bercerita dan beban pikiran pasien seperti berkurang.
21:00	II	9. Mengajarkan relaksasi autogenik selama 30 menit.	9. Saat dilakukan relaksasi autogenik pasien kooperatif, pasien tampak tenang dan nyaman.
22:10	I,II	10. Pemberian P.O amlodipine 1x10 mg	10. Obat terminum dengan baik
22:25	I,II	11. Menganjurkan keluarga untuk memutar musik klasik mozaik sebelum pasien mau tidur.	11. Keluarga mengatakan sudah memutar musik setiap pasien mau tidur baik di siang hari atau malam hari.
22:30	I,II	12. Memberikan terapi musik klasik mozaik kepada pasien selama 30 menit.	12. Musik terpasang dengan baik, pasien merasa rileks dan nyaman.

Tabel 4.8 Implementasi

Tanggal 3 Maret 2022-Hari Rawat 3

Pukul	No. Diagnosa	Implementasi	Formatif (Respon Hasil)
17:30	I,II	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur menggunakan instrument SQS (<i>Sleep quality scale</i>).	1. Pasien mengatakan sering tidur pada pukul 23:00 WIB. Pasien tidur sebanyak 5 jam dan sering terbangun. Di dapatkan skor 42 dari instrument SQS yang menandakan pasien mengalami kesulitan tidur pada tingkat berat.
18:00	I,II	2. Memberikan IV omeprazole 1x40 mg, PO CaCo3 3x1 gram, P.O asam folat 1x10 mg.	2. Pasien mendapatkan injeksi IV tidak langsung. Ada nyeri di tangan dan tidak ada pembengkakan.
18:10	I	3. Menanyakan seberapa banyak pasien minum sejak kemarin.	3. Pasien mendapatkan pembatasan asupan cairan dan sudah dilakukannya. Pasien mengonsumsi air mineral sebanyak 500 ml per-hari.
18:20	I	4. Melanjutkan tindakan istirahat rentang gerak pasif dan/atau aktif seperti ROM bahu, pergelangan tangan, jari-jari tangan, dan siku dengan fleksi, ekstensi, abduksi, dan adduksi selama 15 menit.	4. Pasien mengatakan sudah memahami gerakan ROM dan sudah melakukannya juga di siang hari.
19:00	I,II	5. Mengatur posisi pasien nyaman mungkin yaitu posisi <i>fowler</i> dengan meletakkan dua buah bantal di belakang kepala pasien untuk memudahkan pasien bernafas dengan lebih leluasa.	5. Pasien mengatakan merasa nyaman dan tidak sesak lagi saat tidur dalam keadaan posisi <i>fowler</i> .
20:00	II	6. Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur seperti membaca buku selama 10 menit.	6. Pasien mengatakan merasa mengantuk saat membaca buku.
20:20	I	7. Menganjurkan pasien melakukan aktivitas distraksi yang menenangkan seperti mengobrol	7. Pasien mengatakan sangat suka bercerita dan

		dengan keluarga selama 15 menit sebelum tidur.	mengobrol dengan keluarga. Pasien merasa nyaman saat bercerita dan beban pikiran pasien seperti berkurang.
20:40	I,II	8. Mengajarkan relaksasi autogenik selama 30 menit.	8. Saat dilakukan relaksasi autogenik pasien kooperatif, pasien tampak tenang dan nyaman.
22: 20	II	9. Memberikan P.O amlodipine 1x10 mg.	9. Pasien memiliki riwayat darah tinggi. Obat terminum.
22:25	I,II	10. Menganjurkan keluarga untuk memutar musik klasik mozaik sebelum pasien mau tidur.	10. Keluarga mengatakan sudah memutar musik setiap pasien mau tidur baik di siang hari atau malam hari.
22:30	I,II	11. Memberikan terapi musik klasik mozaik kepada pasien selama 30 menit.	11. Musik terpasang dengan baik, pasien merasa rileks dan nyaman.

F. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.9 Evaluasi
Tanggal 1 Maret 2022-Hari Rawat 1

No.	Tanggal	No. Diagnosis	Evaluasi	Paraf
1.	1 Maret 2022	I	<p>(S) Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih merasa lemah - Pasien mengatakan sesak sedikit berkurang apabila melakukan posisi <i>semi fowler</i> - Pasien mengatakan masih merasa lemah dan pasien terganggu apabila banyak yang berkunjung. <p>(O) Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih tampak pucat - Sesak pasien sedikit berkurang apabila dilakukan pengaturan posisi - Pasien rutin melakukan HD setiap 1 minggu 2 kali, di hari Selasa dan Jumat. <p>(A) Analisa: Masalah keperawatan Intoleransi aktivitas belum teratasi.</p> <p>(P) Planning: Intervensi dilanjutkan</p>	 Reto Rusmana
2.	1 Maret 2022	II	<p>(S) Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan susah tidur. - Pasien mengatakan lemah - Pasien mengatakan sering terbangun saat tidur. <p>(O) Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat lingkaran hitam disekitar mata. - Pasien tampak sering menguap. - Pasien tampak sering mengantuk. - Skor instrument SQS pasien 58 pada tingkat berat. <p>(A) Analisa: Masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi.</p> <p>(P) Planning: Intervensi dilanjutkan</p>	 Reto Rusmana

Tabel 4.10 Evaluasi
Tanggal 2 Maret 2022-Hari Rawat 2

No.	Tanggal	No. Diagnosis	Evaluasi	Paraf
1.	2 Maret 2022	I	<p>(S) Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemah sedikit berkurang - Pasien mengatakan tidak lagi sesak apabila melakukan posisi <i>fowler</i> - Pasien mengatakan masih sulit kesulitan untuk bangun dari tempat tidur. - Pasien mengatakan masih sedikit lemah dan masih mengatakan merasa nyaman karena kunjungan dan suara di lingkungan kamarnya berkurang. <p>(O) Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Pasien masih mengalami susah bangun dari tempat tidur. - Perut pasien masih tampak asites. - Pasien akan mendapatkan transfusi darah. - <p>(A) Analisa: Masalah keperawatan Intoleransi aktivitas belum teratasi.</p> <p>(P) Planning: Intervensi dilanjutkan</p>	
2.	2 Maret 2022	II	<p>(S) Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan keluhan susah tidur sedikit berkurang. <p>(O) Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih tampak mengantuk - Lingkaran hitam disekitar mata sedikit berkurang - Pasien tidak sering menguap - Mata pasien tampak sembab berkurang - Pasien masih tampak pucat - Skor SQS pasien 54 pada tingkat berat <p>A) Analisa: Masalah keperawatan gangguan pola tidur teratasi sebagian</p> <p>(P) Planning: Intervensi dilanjutkan</p>	

Tabel 4.11 Evaluasi
Tanggal 3 Maret 2022-Hari Rawat 3

No.	Tanggal	No. Diagnosis	Evaluasi	Paraf
1.	3 Maret 2022	I	<p>(S) Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak lagi merasa lemah - Pasien mengatakan untuk bangun dari tempat tidur tidak lagi di bantu untuk berdiri. <p>(O) Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih tampak pucat. - Pasien tidak lagi tampak sesak. - Perut pasien masih tampak asites. - Pasien dan keluarga tampak kooperatif selama implementasi <p>(A) Analisa: Masalah Keperawatan intoleransi aktivitas teratasi penuh.</p> <p>(P) Planning: Intervensi dihentikan, pasien pulang.</p>	 Pesta Dwi Martha
2.	3 Maret 2022	II	<p>(S) Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bisa memulai tidur dengan baik setelah menerapkan tindakan. - Pasien mengatakan merasa segar saat bangun tidur <p>(O) Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak lagi tampak mengantuk - Lingkaran hitam disekitar mata masih ada. - Pasien tampak segar dan bersemangat. - Skor instrument SQS pasien 42 pada tingkat sedang. <p>(A) Analisa: Masalah Keperawatan gangguan pola teratasi penuh.</p> <p>(P) Planning: Intervensi dihentikan, pasien pulang.</p>	 Pesta Dwi Martha

G. Pembahasan

Bagian ini berisikan tentang membahas kesenjangan teori dan data yang ditemukan dalam proses keperawatan pada kasus Ny. S dengan pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat tidur di ruang Melati RSUD Dr. M.Yunus Bengkulu. Kesenjangan antara teori dan kasus akan dibahas mulai dari pengkajian hingga evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian kebutuhan tidur menggunakan instrumen SQS (*Sleep Quality Scale*) dengan diagnosa CKD pada pasien Ny.S didapatkan hasil 58 dengan katagori berat. Pada hari kedua dengan nilai 54 katagori berat dan di hari ketiga terjadi penurunan nilai skor yaitu 42 dengan katagori sedang. Tanda dan gejala katagori berat pada gangguan tidur yaitu sulit tidur, jarang tertidur lelap, sering mengalami kesulitan untuk kembali tidur setelah bangun tengah malam, mudah terbangun, merasa tidak segar setelah tidur, jam tidur tidak cukup, merasa lelah setelah tidur, kurang tidur sering membuat sakit kepala dan terus menerus bergerak sambil tidur (Murharyati, A. 2020).

Gangguan tidur yang terjadi pada Ny. S diakibatkan karena dilihat dari faktor gangguan tidur pada pasien CKD yang pertama karena sesak napas. Pasien CKD yang telah mengalami stadium 5 akan mengalami peningkatan volume cairan sehingga volume cairan itu akan menumpuk pada rongga abdomen atau asietes sehingga akan mendesak diafragma. Selain itu sesak nafas juga dapat disebabkan karena pH darah menurun akibat perubahan elektrolit serta hilangnya bikarbonat dalam darah (Nurjanah & Yuniartika, 2020). Hal ini dapat mengganggu kelenjar *pineal* pada otak *vertebrata* yang berfungsi menghasilkan hormon melatonin. Ketika terjadi kekurangan hormon melatonin dapat menyebabkan insomnia, tidur tidak nyenyak, depresi, kelelahan, gelisah, dan gangguan irama jantung. Menurut temuan sebuah studi baru yang diterbitkan oleh *Journal of American Medical Association*, kekurangan hormon melatonin juga dapat meningkatkan insomnia dan tidur tidak

nyenyak (Maha Iswari Anak Ayu, 2013).

Kedua, rasa mual, cepat lelah serta mulut yang kering, juga sering di alami oleh penderita gagal ginjal kronik. Hal tersebut disebabkan oleh penurunan kadar natrium dalam darah, karena ginjal tidak dapat mengendalikan ekskresi natrium, hal tersebut dapat pula mengakibatkan terjadinya pembengkakan yang dapat mengganggu aktivitas dan istirahat tidur pada pasien CKD. Dapat di lihat dari pasien sering menguap, tampak sering mengantuk dan terdapat lingkaran hitam disekitar mata (Firdaus, 2016). Hal ini didasarkan bahwa terjadinya osilasi antara *rapid eye movement (REM) sleep* dan *non-rapid eye movement I (NREM) sleep* menyebabkan osilasi terhadap aktivitas plasma renin. Selama NREM batas bawah pada tekanan darah sistol maupun diastol menurun yang disebabkan terjadinya penurunan aktivitas plasma renin dan meningkatnya denyut vagal.

Ketiga, Pasien dengan penyakit ginjal stadium lanjut hampir semua memiliki minimal satu gangguan dermatologis dan perubahan kulit serta kuku, yang dapat terjadi sebelum atau setelah dialisa atau tranplantasi. Manifestasi kulit ini disebabkan oleh proses patologis mendasar yang disebabkan penyakit ginjal, sementara yang lainnya percaya bahwa perubahan kulit ini berhubungan dengan keparahan dan durasi gagal ginjal. Manifestasi kulit yang paling umum timbul pada penyakit gagal ginjal kronik adalah pruritus (Smeltzer & Bare, 2013). Pruritus pada pasien dengan gagal ginjal atau yang sedang menjalani hemodialisis akan mengeluh sangat gatal, kemerahan pada kulit di area gatal, kulit kering dan mengelupas, kulit yang kasar, bersisik, bentol, bintik-bintik, terlihat banyak ekskoriiasi, mengalami gangguan tidur, depresi, sangat sensitif, kualitas hidup yang rendah bahkan dapat bunuh diri. Terapi hemodialisis membutuhkan waktu 4- 5 jam akan menyebabkan kelelahan fisik, seperti sakit kepala, serta tekanan darah yang menurun menyebabkan kerigat dingin pada pasien. Sehingga pasien mengalami gangguan aktivitas dan istirahat tidur (Budiarti, 2020).

Sesuai dengan data pendukung yang telah di dapatkan pada kasus ini Ny. S dapat dikategorikan pasien CKD dengan diagnosa keperawatan intoleransi berhubungan dengan kelemahan dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Potter & Perry (2012) diagnosa keperawatan adalah pernyataan mengurangi respon aktual atau potensial pasien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin untuk menguasainya, diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017). Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien Ny.S terdapat 5 diagnosa keperawatan yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang terkontrol tidur, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan, keletihan berhubungan dengan gangguan tidur, risiko intoleransi ditandai dengan gangguan pernapasan, dan kesiapan peningkatan ditandai dengan tidur sleep apnea.

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti memprioritaskan 2 diagnosa yaitu diagnosa pertama gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan karena sekitar 90% data yang ditemukan saat pengkajian mendukung tegaknya diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Data yang ditemukan antara lain Ny.S mengalami sesak napas apabila tidur telentang, lesu, pasien tidak mampu manajemen tidur, sering menguap, tampak sering mengantuk dan terdapat lingkaran hitam disekitar mata. Apabila terjadi gangguan istirahat tidur, tubuh akan mengalami beberapa dampak negatif pada fisik dan mental seperti lemah, lesu, ketidakseimbangan kognitif, mudah marah, dan konsentrasi terganggu.

Diagnosa kedua intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan. Data yang ditemukan Ny.S mengalami mual tetapi tidak muntah, lemah dan letih sejak tiga hari yang lalu, pucat, sejak mengalami

penyakit CKD dengan diagnosa intoleransi aktivitas karena area perut asites sehingga pasien merasa sesak saat tidur telentang, terdapat edema pada ekremitas, lemah, dan pucat. Diagnosa ini ditegakkan karena diagnosa keperawatan merupakan pernyataan respon aktual atau potensial pasien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya (Potter, 2012).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi pada kasus Ny.S dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dari PPNI 2018. Untuk mengurangi gangguan pola tidur digunakan intervensi dukungan tidur yang terdiri dari observasi, terapeutik dan edukasi. Dalam Penelitian ini, peneliti melakukan intervensi observasi dengan cara mengidentifikasi pola aktivitas dan pola tidur menggunakan instrumen SQS (*Sleep quality scale*) digunakan sebagai alat ukur tingkat kualitas tidur seperti gejala sulit tidur disiang hari, pemulihan setelah tidur, masalah memulai dan mempertahankan tidur, kesulitan bangun dan kepuasan tidur dimana instrumen ini terdiri dari 28 item dengan pertanyaan-pertanyaan kompleks tentang tingkat keparahan kualitas tidur dan dapat di kaji secara cepat oleh perawat sehingga dapat menyimpulkan tingkat keparahan kualitas tidur dan intervensi dapat dilaksanakan segera sesuai hasil pengkajian yang didapat.

Intervensi terapeutik dengan melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan misalnya pengaturan posisi *fowler* dengan menaikan kepala dan dada setinggi 45°-90° tanpa fleksi lutut untuk meningkatkan inpirasi yang maksimal sehingga memungkinkan paru mengembang secara maksimal Jones & Raylene (2009). Modifikasi lingkungan dengan cara pengaturan pencahayaan, kebisingan, suhu matras dan membatasi kunjungan tamu dapat meningkatkan ketenangan dan kenyamanan sehingga dapat meningkatkan kualitas tidur. Intervensi edukasi yang di lakukan yaitu mengajarkan relaksasi otot autogenik

untuk mengurangi rasa cemas dan khawatir dengan kondisi saat ini, merasa sedih dan tertekan, shock, sering marah-marah karena hal sepele, mudah tersinggung, tidak sabar, sering kesal, mengalami gangguan tidur, tidak bisa bekerja sehingga merasa tidak mampu memenuhi finansial, sosialisasi kurang, tidak ada harapan dimasa depan hanya pasrah, ketakutan serta belum siap menghadapi kematian. Tindakan relaksasi otot autogenik berupa kalimat pendek atau kata-kata singkat yang dapat membuat pikiran tenang, bersumber dari individu itu sendiri seperti “aku tenang dan nyaman” dan “aku dapat melakukan ini”. Relaksasi autogenik dilakukan dengan membayangkan diri dalam keadaan rileks, fokus pada denyut jantung dan pengaturan nafas, sehingga tanda-tanda vital dapat dikendalikan menjadi normal. Suasana rileks tersebut memacu saraf simpatik dan parasimpatik yang memproduksi hormon beta-endorfin sebagai respon dari relaksasi yang menciptakan rasa tenang dan menurunkan kecemasan ataupun stres pada pasien (Saputri., 2019).

Terapi musik untuk memulihkan, merelaksasi, menjaga, memperbaiki emosi, fisik, psikologis dan kesehatan dan kesejahteraan. Musik dapat menurunkan aktivitas sistem saraf simpatik serta kecemasan, denyut jantung, laju pernafasan, dan tekanan darah yang berkontribusi pada perbaikan kualitas tidur. Menurut Su, Lai, Chang, Yiin, Perng & Chen (2012) tentang terapi musik yang dilakukan di Intensif Care Unit di Taiwan menunjukkan musik meningkatkan kualitas tidur pada pasien pada kelompok intervensi dibanding dengan kelompok kontrol. Pemberian terapi musik juga secara signifikan membuat detak jantung menjadi lebih rendah pada kelompok intervensi dibanding dengan kelompok kontrol. Musik dapat menginduksi tidur merangsang gelombang otak yang lebih tinggi pada gelombang otak delta dibandingkan jenis lain dari musik atau tidak diberi musik sama sekali. Orang yang mendengarkan musik dengan musik yang santai melalui gelombang otak delta dapat mempromosikan tidur yang nyenyak. Musik terutama dapat merelaksasi dengan mengurangi kecemasan, yang bisa memberikan kontribusi terhadap peningkatan

kualitas tidur (Juanita, 2015)

Intervensi yang akan dikembangkan untuk diagnosa ke dua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan digunakan intervensi manajemen energi yang terdiri dari observasi, terapeutik dan edukasi. Dalam Penelitian ini, peneliti melakukan intervensi observasi dengan identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Menurut Jhamb (2011). Pasien CKD yang menjalani HD dengan kelelahan yang lebih tinggi memiliki kualitas tidur yang buruk disebabkan karena terjadinya peningkatan kadar sitokin inflamasi. Tindakan terapeutik yang dilakukan yaitu lakukan istirahat rentang gerak pasif dan/atau aktif seperti ROM bahu, pergelangan tangan, jari-jari tangan, dan siku dengan fleksi, ekstensi, abduksi dan adduksi selama 15 menit yang dapat menurunkan secara signifikan tingkat kelelahan, fosfat serum dan kalium, kalsium, urea, kreatinin, dan sedikit peningkatan kadar hemoglobin, tekanan darah sistolik dan diastolik berubah secara signifikan pada kelompok intervensi (Pasien & Ginjal, 2019). Lalu berikan aktivitas distraksi yang menenangkan seperti mengobrol dengan keluarga sebelum tidur, fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, dan sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misl. Cahaya, suara, kunjungan). Tindakan edukasi yang dilakukan yaitu anjurkan tirah baring. Tirah baring adalah bentuk perawatan yang menganjurkan pasien untuk beristirahat di tempat tidur dan membatasi aktivitas sehari-hari. Perawatan ini sering dianjurkan untuk pasien yang tidak mampu melakukan mobilisasi atau berada dalam kondisi yang tidak baik secara medis. Tirah baring sudah dilakukan sebagai cara pemulihan dari penyakit sejak abad ke-19 dengan istilah *rest cure*. Perawatan dilaksanakan berlandaskan kepercayaan bahwa tidur atau beristirahat dapat mengurangi rasa sakit, anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang dan lakukan terapi musik klasik mozaik.

4. Implementasi Keperawatan

Setelah menyusun rencana keperawatan, kemudian dilanjutkan dengan melakukan tindakan keperawatan atau implementasi yang mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dari PPNI 2019. Pada kasus Ny.S tidak terdapat kesenjangan intervensi dan implementasi yang dilakukan. Semua tindakan dilaksanakan sesuai rencana yang disusun antara lain mengidentifikasi pola aktivitas dan pola tidur menggunakan instrument SQS (*Sleep quality scale*) selama 3 hari pada tanggal 1-3 maret 2022 setelah di lakukan pengkajian pada hari pertama di dapatkan hasil instrumen SQS terjadi penurunan skor yaitu pada hari pertama skornya 58, hari kedua 54 dan hari ketiga 42. Hambatan yang terdapat yaitu diruangan belum melakukan pengkajian instrument SQS karena memang belum ada format pengkajian tidur dan perawat belum familiar dengan instrument pengkajian tidur.

Implementasi kedua melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan misalnya pengaturan posisi *fowler* dengan menaikan kepala dan dada setinggi 45° - 90° untuk meningkatkan inpirasi yang maksimal sehingga memungkinkan paru mengembang secara maksimal. Dengan posisi tidur *fowler* pasien mengatakan nyaman dan rasa sesak berkurang. Hambatan yang terdapat yaitu diruangan pasien belum mendapatkan edukasi tentang manfaat posisi tidur *fowler* dan tempat tidur pasien tidak bisa di naikkan sehingga pasien menggunakan bantal sebagai sandaran dalam melakukan posisi *fowler*. Modifikasi lingkungan dengan cara pengaturan pencahayaan, kebisingan, suhu matras dan membatasi kunjungan tamu dapat meningkatkan ketenangan dan kenyamanan sehingga dapat meningkatkan kualitas tidur. Dalam melakukan tidakkan pasien mengatakan terganggu dengan kebisingan yang di timbulkan karena kunjungan tamu dari pasien lain sehingga pasien sulit memulai tidur.

Terapi relaksasi otot autogenik dilakukan sebelum pasien memulai tidur. untuk melakukukan tindakkan ini di perlukan konsentrasi dan ruangan yang tenang akan tetapi dalam melakukan penelitian ini pasien berada

dalam ruangan Melati kelas 3 yang terdiri dari 4 tempat tidur serta pasien lain, sehingga untuk itu penulis hanya melakukan terapi otot autogenik di ruangan tersebut yang mungkin tidak cukup optimal.

Upaya pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat tidur seharusnya dapat melalui terapi relaksasi otot autogenik seperti menarik nafas secara perlahan lalu saat menghembuskan nafas melalui mulut, lakukan secara berulang lalu menyebutkan kalimat yang bisa membuat tenang misalnya Astaghfirullah tetapi untuk mencapai hasil yang optimal dibutuhkan konsentrasi penuh terhadap kata-kata yang dapat membuat rileks. Namun dalam kasus ini penulis melakukan tindakan tersebut di ruangan yang bising karena kurangnya modifikasi lingkungan seperti membatasi kunjungan pasien lain.

Implementasi Terapi musik untuk memulihkan, merelaksasi, menjaga, memperbaiki emosi, fisik, psikologis dan kesehatan dan kesejahteraan. Musik dapat menurunkan aktivitas sistem saraf simpatik serta kecemasan, denyut jantung, laju pernafasan, dan tekanan darah yang berkontribusi pada perbaikan kualitas tidur. Dalam tindakan terapi musik ini pasien mengatakan musik yang digunakan bisa membuat pasien merasa nyaman akan tetapi dalam penggunaan *headset* pasien merasa kurang nyaman.

Implementasi yang akan dilakukan untuk diagnosa ke dua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan kelelahan. peneliti melakukan implementasi megobservasi dengan identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Didapatkan hasil pasien merasa lelah pada ekremitas atas dan bawah. Tindakan terapeutik yang dilakukan yaitu lakukan istirahat rentang gerak pasif dan/atau aktif seperti ROM bahu, pergelangan tangan, jari-jari tangan, dan siku dengan fleksi, ekstensi, abduksi dan adduksi selama 15 menit. Dalam melakukan implementasi rentang gerak pasif dan/aktif ROM pasien di bantu oleh perawat karena pasien belum mengerti gerakan yang di lakukan. Di ruangan Melati perawat belum melakukan rentang gerak pasif dan/ aktif seperti ROM.

Lalu berikan aktivitas distraksi yang menenangkan seperti mengobrol dengan keluarga sebelum tidur. Pasien mengatakan merasa nyaman dan tenang setelah mengobrol dengan keluarga tetapi terdapat hambatan yaitu pasien dan keluarga harus mengatur volume suaranya agar tidak mengganggu pasien lain.

Tindakan edukasi yang dilakukan yaitu anjurkan tirah baring. Tirah baring adalah bentuk perawatan yang menganjurkan pasien untuk beristirahat di tempat tidur dan membatasi aktivitas sehari-hari. Tindakan edukasi tirah baring telah dilakukan oleh pasien secara mandiri. Pasien mengatakan merasa nyaman dan tenang saat melakukan tindakan. Hambatan yang ditemukan yaitu pasien sering terganggu saat ada kunjungan tamu.

Selama melakukan implementasi, penulis menemukan faktor pendukung keberhasilan tindakan pada pasien yaitu pasien dan keluarga kooperatif selama tindakan dan aktif selama kegiatan pendidikan kesehatan, kerjasama terjalin baik dengan perawat ruangan, data medis dari dokter dan catatan keperawatan didapatkan dengan baik sehingga pelaksanaan keperawatan dapat berjalan lancar. Selain itu, diharapkan pasien CKD dengan gangguan istirahat tidur diletakkan di ruangan yang bersih, tenang, dan memiliki akses bagi pasien/keluarga untuk dapat menyalakan *speaker* yang kecil untuk mendengarkan musik klasik.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang digunakan berbentuk S (*subjektif*), O (*objektif*), A (*analisa*), P (*perencanaan terhadap analisis*). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali setelah diberikan intervensi pada jam akhir dinas (Potter, 2005).

Pada pasien Ny.S setelah dilakukan implementasi dan evaluasi selama 3 hari. Semua indikator keberhasilan pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang terkontrol tidur antara lain keluhan sulit

tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun dan keluhan istirahat tidur cukup. Menurun. Hal ini di tandai dengan nilai instrument SQS terjadi penurunan dimana pada hari pertama di dapatkan hasil 58 dengan katagori berat, pada hari kedua dg nilai 54 katagori berat dan hari ketiga nilai SQS 42 dg katagori sedang. Sama halnya dengan diagnosa kedua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan tercapai keluhan lelah menurun, dispnea saat beraktivitas menurun, perasaan lemah menurun, kekuatan tubuh bagian atas meningkat dan kekuatan tubuh bagian bawah meningkat. Indikator keberhasilan ini tidak dapat dicapai hanya dengan melakukan tindakan mandiri keperawatan, melainkan juga karena dilaksanakannya terapi medis dokter dan kolaborasi ahli gizi.

Pada evaluasi perkembangan atau sumatif hari ketiga perawatan diagnose gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang terkontrol tidur di dapatkan hasil (S) Subjektif: pasien mengatakan sudah bisa memulai tidur dengan baik setelah menerapkan tindakan dan pasien mengatakan merasa segar saat bangun tidur. (O): Objektif: pasien masih tampak mengantuk, lingkaran hitam disekitar mata masih ada. dan pasien tampak segar dan bersemangat. (A) analisa: masalah keperawatan gangguan pola teratasi penuh. (P) *Planning*: intervensi dihentikan pasien pulang. Pada diagnose intoleransi aktivitas didapatkan hasil (S) Subjektif: pasien mengatakan tidak lagi merasa lemah dan pasien mengatakan untuk bangun dari tempat tidur pasien harus di bantu dulu untuk berdiri. (O) Objektif: pasien masih tampak pucat, pasien tidak lagi tampak sesak, perut pasien masih tampak asites, pasien dan keluarga tampak kooperatif selama implementasi. (A)Analisa: Masalah Keperawatan intoleransi aktivitas teratasi penuh. (P)*Planning*:Intervensi dihentikan, pasien pulang.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus Gangguan istirahat tidur pada pasien dengan masalah *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang telah penulis lakukan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Data fokus hasil pengkajian pada kasus Ny. S didapatkan bahwa pasien sesak napas apabila tidur telentang karena ada penumpukkan didalam jaringan paru atau dalam rongga dada dan disebabkan karena pH darah menurun akibat perubahan elektrolit serta hilangnya bikarbonat dalam darah, Penurunan nafsu makan pada pasien gagal ginjal kronik salah satunya berkaitan dengan tingginya kadar ureum akibat tidak memadainya terapi hemodialisis yang dilakukan. Kadar ureum yang tinggi dalam darah menimbulkan perasaan mual dan muntah. Sejak mengalami penyakit CKD pasien sering terbangun saat tidur, sulit memulai tidur karena rasa tidak nyaman di kaki, atau ketika tidur mendadak terbangun karena sesak nafas. dan pasien merasa lemah dan letih. Berdasarkan pengkajian tersebut didapatkan hasil yang sesuai dengan teori dan dapat disimpulkan bahwa kasus Ny. S termasuk pasien CKD yang mengalami gangguan aktivitas dan istirahat tidur.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada teori dan kasus Ny. S hampir semuanya sesuai dengan data teori. Diagnosa intoleransi aktivitas b.d kelelahan dan gangguan pola tidur b.d kurang terkontrol tidur diangkat berdasarkan data hasil pengkajian yang ditemukan sesuai dengan teori.

Penulis mengangkat diagnosa gangguan pola tidur menjadi diagnosa utama karena merupakan diagnosa aktual yang harus segera diatasi agar kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi dengan baik. Kemudian intoleransi aktivitas diangkat menjadi diagnosa kedua sebagai upaya pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat tidur pada pasien.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi yang dapat dikembangkan dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat tidur pada pasien CKD adalah dengan melaksanakan tindakan terapeutik yang akan dikembangkan adalah menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus dengan memasang seprai yang bersih dan rapi di *bed* pasien dan menganjurkan aktivitas distraksi yang menenangkan seperti mengobrol dengan anggota keluarga sebelum tidur yang akan dilakukan 30 menit per hari, posisi *fowler* saat pasien memulai tidur dan memfasilitasi pasien penghilang stress dengan membaca buku selama 30 menit sebelum tidur, relaksasi autogenik yang menggabungkan tehnik pernafasan dan meditasi. Relaksasi autogenik dilakukan selama 30 menit dan terapi musik klasik mozart menggunakan *earphone* yang diberikan selama 15-30 menit per hari dan dapat diulangi jika pasien masih mengalami gangguan tidur selama dirawat di ruangan sehingga dapat meningkatkan kualitas tidur pada pasien. Perencanaan pada kasus Ny. S ini telah disusun secara sistematis dengan mengacu pada buku SLKI dan SIKI sesuai fokus dari penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu mengenai asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat tidur pada pasien CKD.

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan observasional yang dapat dilakukan dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat tidur adalah mengidentifikasi karakteristik kualitas tidur dengan menggunakan instrumen SQS. Tindakan terapeutik dengan menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus dengan memasang seprai yang bersih dan rapi di *bed* pasien dan menganjurkan aktivitas distraksi yang menenangkan seperti mengobrol dengan anggota keluarga sebelum tidur yang akan dilakukan 30 menit per hari, posisi *fowler* saat pasien memulai tidur dan memfasilitasi pasien penghilang stress dengan membaca buku selama 30 menit sebelum tidur, relaksasi autogenik yang menggabungkan tehnik pernafasan dan meditasi. Relaksasi autogenik dilakukan selama 30 menit dan terapi musik klasik

mozart menggunakan *earphone* yang diberikan selama 15-30 menit per hari. Selain itu, perlu dilaksanakan tindakan kolaborasi bersama tenaga kesehatan lain.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilaksanakan untuk menilai keberhasilan tindakan melalui indikator yang ditetapkan sebelumnya dan dilakukan segera setelah tindakan maupun setiap akhir shift untuk evaluasi perkembangan. Hasil evaluasi pada hari ketiga semua indikator telah berhasil dicapai sehingga dapat disimpulkan bahwa dengan melaksanakan standar intervensi yang telah disusun tersebut, penulis berhasil melaksanakan asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pada pasien CKD.

B. Saran

1. Bagi Pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga sebaiknya dapat menerapkan rentang gerak pasif dan/atau aktif seperti ROM bahu, pergelangan tangan, jari-jari tangan dan siku untuk meningkatkan kemampuan aktivitas pasien, mengatur posisi *fowler* untuk mengurangi rasa sesak yang di rasakan, terapi musik mozaik dan relaksasi autogenik untuk meningkatkan kualitas tidur sehingga aktivitas dan istirahat tidur dapat terpenuhi secara maksimal.

2. Bagi perawat

Karya tulis ilmiah ini sebaiknya dapat digunakan perawat sebagai wawasan tambahan dan acuan intervensi yang dapat diberikan pada pasien CKD dengan gangguan istirahat tidur. perawat hendaknya dapat memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dan menyeluruh serta mempelajari penggunaan instrumen SQS untuk menilai tingkat kualitas tidur pasien pada pasien CKD dengan gangguan istirahat tidur.

3. Bagi Institusi Pendidikan

a. Dosen

Diharapkan dosen melatih dan mendampingi mahasiswa dalam melaksanakan pengkajian, mengembangkan intervensi yang dapat dilakukan dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat tidur

pada pasien CKD dan lebih sering membahas kasus-kasus lapangan seperti ini saat pembelajaran teoritis.

b. Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa mempelajari lebih dalam mengenai pengkajian dan memperluas wawasan tentang pengembangan intervensi dalam pemenuhan kebutuhan istirahat tidur dengan pasien CKD.

DAFTAR PUSTAKA

- Amidos, J., & Sari, U. (2021). *Self-Concept Correlated with the incidence of Depression in Hemodialysis Patients*. September. <http://doi.org/10.32419/jppni.5i3.240>
- Astuti, N. M. (2013). Penatalaksanaan Insomnia Pada Usia Lanjut. *Fakultas Kedokteran Universitas Udayana*, 1–14.
- Astuti, S. I., Arso, S. P., & Wigati, P. A. (2015). Modul Praktikum Anfis. In *Analisis Standar Pelayanan Minimal Pada Instalasi Rawat Jalan Di RSUD Kota Semarang* (Vol. 3).
- Basuki, K. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dalam Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Dan Tidur*. ISSN 2502-3632 (Online) ISSN 2356-0304 (Paper) Jurnal Online Internasional & Nasional Vol. 7 No.1, Januari – Juni 2019 Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta, 53(9), 1689–1699. [Www.Journal.Uta45jakarta.Ac.Id](http://www.Journal.Uta45jakarta.Ac.Id)
- Budiarti, Novi Yulia. (2020). *Hubungan Kejadian Pruritus Dengan Konsep Diri Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Terapi Hemodialisis Di Rumah Sakit Pelabuhan Kota Cirebon: Jawa Barat, Indonesia*, 4(1), 1–9.
- Dedi Rachmadi. (2010). *Dipresentasikan Pada Pekan Ilmiah Tahunan IV Ilmu Kesehatan Anak (PIT IKA IV) Medan 2010 . Penyelenggara Ikatan Dokter Anak Indonesia*.
- Irawan, P. A. (2020). *Artikel-Pemeriksaan Fungsi Ginjal*. 1–6. <https://doi.org/10.31227/osf.io/cxasq>
- Juanita, J. (2015). Efektifitas Pemberian Terapi Musik Instrument Terhadap Kualitas Tidur Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa. *Idea Nursing Journal*, 6(3), 45–50. <https://doi.org/10.52199/inj.v6i3.6790>
- Julisawaty, E. A., Hurnaningsih, & Ekasari, M. H. (2020). Aplikasi Augmented Reality Tentang Fungsi Organ. *Prosiding Sentik*, 4(1), 160–162. <http://dx.doi.org/10.32409/jikstik.4.1.289>
- Kadir, A., Ilmu, B., Fakultas, F., Universitas, K., Kusuma, W., & Kunci, K. (2016). *The Pathophysiology Relationship Of Hypertension And*. 5, 15–25.
- Kemendes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kemendagri Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Maha Iswari Anak Ayu, N. L. P. A. S. W. (2013). Melatonin Dan Melatonin Receptor Agonist Sebagai Penanganan Insomnia Primer Kronis. *E-Jurnal*

Medika Udayana, Vol 2 No4 (2013):E-Jurnal Medika Udayana, 680–694.
[Http://Ojs.Unud.Ac.Id/Index.Php/Eum/Article/View/5116](http://Ojs.Unud.Ac.Id/Index.Php/Eum/Article/View/5116)

Murharyati, A. (2020). *Asuhan Keperawatan Pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) Dalam Pemenuhan Kebutuhan Fisiologis Istirahat Dan Tidur Nursing Care For Patients With Chronic Kidney Failure In Accomplishing The Physiological Needs Of Relaxation And Sleep Lecturer Of Undergraduate. 9.*

Muttaqin, arif 2012. 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Urologi.* Jakarta: Salemba Medika

Nurjanah, D. A., & Yuniartika, W. (2020). *Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Gagal Ginjal. Seminar Nasional Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta (SEMNASKEP), 62–71.*
<https://Publikasiilmiah.Ums.Ac.Id/Handle/11617/12261>

Pasien, P., Melitus, D., Di, T., Dalam, P., & Bangli, R. (2020). *1 , 1 , 1 1. 11, 60–67.*

Pius, E. S., & Herlina, S. (2019). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Tidur Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di Rumah Sakit Tarakan Jakarta. Jurnal Keperawatan Widya Gantari Indonesia, 3(1).* <https://Doi.Org/10.52020/Jkwgi.V3i1.1081>

Reza, R. R., Berawi, K., Karima, N., & Budiarto, A. (2019). *Fungsi Tidur Dalam Manajemen Kesehatan. 8, 247–253.*

Rini, S., Hadisaputro, S., Budijitno, S., Kesehatan, D., Sanggau, K., Semarang, P. K., & Undip, F. K. (2018). *Faktor Risiko Penyakit Ginjal Kronik Diabetes (PGK-DM) Pada Diabetes Mellitus Tipe- 2 (Studi Di RSUD DR Soedarso Kota Pontianak Provinsi Kalimantan Barat). 3(2), 101–108.*

Rivandi, J., & Yonata, A. (2015). *Hubungan Diabetes Melitus Dengan Kejadian Gagal Ginjal Kronik. Jurnal Majority, 4(9), 27–34.*
[Http://Juke.Kedokteran.Unila.Ac.Id/Index.Php/Majority/Article/View/1404/1246](http://Juke.Kedokteran.Unila.Ac.Id/Index.Php/Majority/Article/View/1404/1246)

RSMY Bengkulu. 2021 *Medical Record RSUD Dr.M.Yunus Bengkulu*

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar diagnosa keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.*

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.*

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar luaran keperawatan Indonesia.*

Jakarta: DPP PPNI.

- Saputri, R., Rahayu, D. A., & Semarang, U. M. (2019). *Terapi Autogenik Terhadap Kondisi Psikologi Pasien Ckd Yang Autogenic Therapy To Psychological Aspects Of Ckd Patients Undergoing Hemodialysis*. 2(3), 139–148.
- Wiliyanarti, P. F., & Muhith, A. (2019). Life Experience Of Chronic Kidney Diseases Undergoing Hemodialysis Therapy. *Nurseline Journal*, 4(1), 54. <https://doi.org/10.19184/Nlj.V4i1.9701>
- Yogis, N., Putra, P., Tania, M., & Iklima, N. (2017). *Perancangan Infografis Tentang Dampak Kebiasaan Begadang Terhadap Pola Tidur Sehat Bagi Remaja*. 4(2), 53–60.
- Yusria, L., Suryaningsih, R., Kedokteran, F., Surakarta, U. M., Ilmu, B., Dalam, P., Kedokteran, F., & Muhammadiyah, U. (N.D.). *Diagnosis Dan Manajemen Glomerulonefritis Kronik*. 259–272.

**L
A
M
P
I
R
A
N**

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama lengkap : Peggi Dwi Martika
Tempat/tanggal lahir : Manna, 18-03-2001
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : JL. Datuk Ma'arus, RT/RW: 004/001,
Kel/Desa: Belakang gedung, Kecamatan:
Pasar Manna

Nama orang tua
Ayah : Everedi
Ibu : Asmani, S.E.
Alamat Email : *peggidwimartika123@gamil.com*
Judul Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan
Aktivitas dan Istirahat Tidur Pada Pasien
Chronic Kidney Disease (CKD) di RSUD
Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2022

Riwayat Pendidikan : 1. TK Pertiwi 1 Bengkulu Selatan
2. SD Negeri 1 Bengkulu Selatan
3. SMP Negeri 1 Bengkulu Selatan
4. SMA Negeri 1 Bengkulu Selatan

**Format Pengkajian *Sleep Quality Scale*
Hari Pertama Tanggal 1 Maret 2022**

No	Pertanyaan	Jarang (0/3)	Kadang-kadang (1)	Sering (2)	Hampir selalu (3)
1	Saya Sulit tidur ?				√
2	Saya tertidur lelap ?	√			
3	Saya bangun tidur lalu tidur lagi ?	√			
4	Saya mengalami kesulitan untuk kembali tidur setelah saya bangun di tengah malam?			√	
5	Saya mudah terbangun karena kebisingan ?			√	
6	Terus menerus bergerak sambil tidur ?			√	
7	saya tidak pernah kembali tidur setelah bangun saat tidur ?		√		
8	saya merasa segar setelah tidur ?	√			
9	saya merasa tidak segar setelah tidur ?			√	
10	kurang tidur membuatku sakit kepala?			√	
11	kurang tidur membuatku kesal ?			√	
12	Saya ingin tidur lebih banyak setelah bangun tidur ?		√		
13	jam tidur saya cukup ?	√			
14	kurang tidur membuatku kehilangan nafsu makan ?			√	
15	kurang tidur membuatku sulit berpikir ?			√	
16	saya merasa kuat setelah tidur ?		√		
17	kurang tidur membuat saya kehilangan minat pada pekerjaan atau orang lain ?			√	
18	Merasa lelah setelah tidur?		√		
19	kurang tidur menyebabkan saya membuat kesalahan di tempat kerja ?			√	
20	saya puas dengan tidur saya ?	√			
21	kurang tidur membuatku lebih mudah melupakan sesuatu ?			√	

22	kurang tidur membuat sulit berkonsentrasi di tempat kerja ?			√	
23	kantuk mengganggu kehidupan sehari-hari saya. ?			√	
24	kurang tidur membuatku kehilangan keinginan dalam segala hal ?			√	
25	saya sulit bangun dari tempat tidur ?			√	
26	kurang tidur membuat saya mudah lelah di tempat kerja ?			√	
27	saya memiliki pikiran yang jernih setelah tidur ?		√		
28	kurang tidur membuat hidupku sakit ?				√
Skor		58			

Keterangan :

1. Jarang : 0 atau 1-3 kali sebulan.
2. Kadang-kadang : 1-2 kali seminggu
3. Sering 3-5 kali seminggu
4. Hampir selalu : 6-7 kali seminggu.
5. Skor ringan : 0-21
6. Skor sedang : 22-42
7. Skor berat : 43-64
8. Skor sangat berat : 64-84

**Format Pengkajian *Sleep Quality Scale*
Hari Kedua Tanggal 2 Maret 2022**

No	Pertanyaan	Jarang (0/3)	Kadang-kadang (1)	Sering (2)	Hampir selalu (3)
1	Saya Sulit tidur ?				√
2	Saya tertidur lelap ?	√			
3	Saya bangun tidur lalu tidur lagi ?	√			
4	Saya mengalami kesulitan untuk kembali tidur setelah saya bangun di tengah malam?			√	
5	Saya mudah terbangun karena kebisingan ?		√		
6	Terus menerus bergerak sambil tidur ?			√	
7	saya tidak pernah kembali tidur setelah bangun saat tidur ?		√		
8	saya merasa segar setelah tidur ?		√		
9	saya merasa tidak segar setelah tidur ?			√	
10	kurang tidur membuatku sakit kepala?			√	
11	kurang tidur membuatku kesal ?			√	
12	Saya ingin tidur lebih banyak setelah bangun tidur ?		√		
13	jam tidur saya cukup ?	√			
14	kurang tidur membuatku kehilangan nafsu makan ?			√	
15	kurang tidur membuatku sulit berpikir ?			√	
16	saya merasa kuat setelah tidur ?		√		
17	kurang tidur membuat saya kehilangan minat pada pekerjaan atau orang lain ?			√	
18	Merasa lelah setelah tidur?		√		
19	kurang tidur menyebabkan saya membuat kesalahan di tempat kerja ?			√	
20	saya puas dengan tidur saya ?	√			
21	kurang tidur membuatku lebih mudah melupakan sesuatu ?			√	

22	kurang tidur membuat sulit berkonsentrasi di tempat kerja ?		√		
23	kantuk mengganggu kehidupan sehari-hari saya. ?			√	
24	kurang tidur membuatku kehilangan keinginan dalam segala hal ?			√	
25	saya sulit bangun dari tempat tidur ?			√	
26	kurang tidur membuat saya mudah lelah di tempat kerja ?			√	
27	saya memiliki pikiran yang jernih setelah tidur ?		√		
28	kurang tidur membuat hidupku sakit ?				√
Skor		54			

Keterangan :

1. Jarang : 0 atau 1-3 kali sebulan.
2. Kadang-kadang : 1-2 kali seminggu
3. Sering 3-5 kali seminggu
4. Hampir selalu : 6-7 kali seminggu.
5. Skor ringan : 0-21
6. Skor sedang : 22-42
7. Skor berat : 43-64
8. Skor sangat berat : 64-84

**Format Pengkajian *Sleep Quality Scale*
Hari Ketiga Tanggal 3 Maret 2022**

No	Pertanyaan	Jarang (0/3)	Kadang-kadang (1)	Sering (2)	Hampir selalu (3)
1	Saya Sulit tidur ?			√	
2	Saya tertidur lelap ?	√			
3	Saya bangun tidur lalu tidur lagi ?	√			
4	Saya mengalami kesulitan untuk kembali tidur setelah saya bangun di tengah malam?			√	
5	Saya mudah terbangun karena kebisingan ?		√		
6	Terus menerus bergerak sambil tidur ?		√		
7	saya tidak pernah kembali tidur setelah bangun saat tidur ?			√	
8	saya merasa segar setelah tidur ?		√		
9	saya merasa tidak segar setelah tidur ?		√		
10	kurang tidur membuatku sakit kepala?			√	
11	kurang tidur membuatku kesal ?			√	
12	Saya ingin tidur lebih banyak setelah bangun tidur ?		√		
13	jam tidur saya cukup ?	√			
14	kurang tidur membuatku kehilangan nafsu makan ?		√		
15	kurang tidur membuatku sulit berpikir ?		√		
16	saya merasa kuat setelah tidur ?		√		
17	kurang tidur membuat saya kehilangan minat pada pekerjaan atau orang lain ?		√		
18	Merasa lelah setelah tidur?		√		
19	kurang tidur menyebabkan saya membuat kesalahan di tempat kerja ?			√	
20	saya puas dengan tidur saya ?		√		
21	kurang tidur membuatku lebih mudah melupakan sesuatu ?		√		

22	kurang tidur membuat sulit berkonsentrasi di tempat kerja ?		√		
23	kantuk mengganggu kehidupan sehari-hari saya. ?			√	
24	kurang tidur membuatku kehilangan keinginan dalam segala hal ?		√		
25	saya sulit bangun dari tempat tidur ?		√		
26	kurang tidur membuat saya mudah lelah di tempat kerja ?		√		
27	saya memiliki pikiran yang jernih setelah tidur ?		√		
28	kurang tidur membuat hidupku sakit ?			√	
Skor		42			

Keterangan :

1. Jarang : 0 atau 1-3 kali sebulan.
2. Kadang-kadang : 1-2 kali seminggu
3. Sering 3-5 kali seminggu
4. Hampir selalu : 6-7 kali seminggu.
5. Skor ringan : 0-21
6. Skor sedang : 22-42
7. Skor berat : 43-64
8. Skor sangat berat : 64-84

SOP POSISI FOWLER

PENGERTIAN : Adalah posisi setengah duduk atau duduk, dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan. Posisi ini dilakukan untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernafasan pasien. (Posisi 60 derajat – 90Derajat)

TUJUAN :

1. Mengurangi komplikasi akibat immobilisasi
2. Meningkatkan rasa nyaman
3. Meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatnya ekspansi paru.
4. Mengurangi kemungkinan tekanan pada tubuh akibat posisi yang menetap.

INDIKASI :

1. Pada pasien dengan gangguan pernafasan
2. Pada pasien immobilisasi

Alat dan bahan :

1. Tempat tidur
2. Bantal kecil
3. Gulungan handuk
4. Bantalan kaki
5. Sarung tangan (bila diperlukan)

PROSEDUR KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa :

NIM :

Tanggal/waktu :

NO	LANGKAH – LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
A	TAHAP PRA-INTERAKSI			
1	Periksa catatan perawatan dan catatan medis pasien			
2	Kaji kebutuhan pasien			
3	Siapkan peralatan			
4	Kaji inspirasi dan validasi serta eksplorasi perasaan pasien.			
B	TAHAP ORIENTASI			
1	Beri salam dan panggil pasien dengan nama yang ia sukai			
2	Tanya keluhan dan kaji gejala spesifik yang ada pada pasien.			
3	Jelaskan kepada pasien mengenai prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya sebelum tindakan dimulai.			
4	Mintalah persetujuan pasien sebelum memulai tindakan			
C	TAHAP KERJA			
1	Cuci tangan			
2	Dudukkan pasien			
3	Beri sandaran atau bantal			
4	Atur tempat tidur untuk posisi fowler			
5	Anjurkan pasien untuk tetap berbaring setengah duduk			
D	TAHAP TERMINASI			
1	Rapikan peralatan			
2	Observasi respon pasien setelah tindakan			
3	Cuci tangan			
4	Dokumentasikan hasil dan tindakan yang dilakukan			
	TOTAL NILAI			

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

Terapi Musik

Pengertian : Pemanfaatan kemampuan musik dan elemen musik oleh terapis kepada klien.

Tujuan : Memperbaiki kondisi fisik, emosional, mengurangi rasa Nyeri

Persiapan alat : CD/tape musik/handphone/earphone/headset

NO	PROSEDUR
Pre interaksi	
1	Cek catatan keperawatan atau catatan medis klien (jika ada)
2	Observasi vital sign dan skala nyeri pasien
3	Siapkan alat-alat
4	Identifikasi faktor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontra indikasi
5	Cuci tangan
Tahap orientasi	
6	Beri salam dan panggil klien dengan namanya
7	Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada klien/keluarga
Tahap kerja	
8	Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan
9	Jaga privasi klien. Memulai kegiatan dengan cara yang baik
10	Menetapkan perubahan pada perilaku dan/atau fisiologi yang diinginkan yaitu relaksasi dan mengurangi rasa sakit.
11	Menetapkan ketertarikan klien terhadap musik.
12	Identifikasi pilihan musik klien.
13	Berdiskusi dengan klien dengan tujuan berbagi pengalaman dalam musik.
14	Pilih pilihan musik yang mewakili pilihan musik klien
15	Bantu klien untuk memilih posisi yang nyaman
16	Batasi stimulasi eksternal seperti cahaya, suara, pengunjung, panggilan telepon selama mendengarkan musik.
17	Pastikan tape musik/CD/ handphone dan perlengkapan dalam kondisi baik.
18	Dukung dengan headphone dan earphone/ head set jika diperlukan.
19	Memberi KIE terapi Musik akan diberikan selama 15 menit setelah itu musik akan dihentikan
20	Atur volume musik agar nyaman untuk pasien
21	Berikan Terapi musik selama 15 menit
Terminasi	
22	Evaluasi hasil kegiatan (kenyamanan klien)
23	Evaluasi vital sign dan skala nyeri pasien
24	Merapikan alat dan pasien
25	Mencuci tangan

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
TERAPI RELAKSASI AUTOGENIK**

Pengertian	Relaksasi autogenik adalah relaksasi yang bersumber dari diri sendiri berupa kata-kata/ kalimat pendek ataupun pikiran yang bisa membuat pikiran tenang.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan perasaan nyaman. 2. Mengurangi stress, khususnya stress ringan/ sedang. 3. Memberikan ketenangan. 4. Mengurangi ketegangan.
Kebijakan	Terapi ini merupakan salah satu cara untuk membantu klien yang sedang mengalami ketegangan atau stress fisik dan psikologis yang bersifat ringan atau sedang, dengan menekankan pada latihan mengatur pikiran, posisi yang rileks dan mengatur pola pernafasan.
Prosedur	<p>PERSIAPAN</p> <p>A. Pasien/ klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beritahu klien. 2. Atur posisi dalam posisi duduk atau berbaring. <p>B. Alat</p> <p>Tidak ada alat khusus yang dibutuhkan. Bila diinginkan, dapat dilakukan sambil mendengarkan musik ringan.</p> <p>C. Lingkungan</p> <p>Atur lingkungan nyaman dan setenang mungkin agar pasien/ klien mudah berkonsentrasi.</p> <p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pilihlah satu kata/ kalimat yang dapat membuat kita tenang misalnya “Astaghfirullah”. Jadikan kata-kata/ kalimat tersebut sebagai “mantra” untuk mencapai kondisi rileks. 2. Atur posisi klien nyaman mungkin. 3. Tutup mata secara perlahan-lahan. 4. Instruksikan klien untuk melemaskan seluruh anggota tubuh dari kepala, bahu, punggung, tangan sampai kaki secara perlahan- lahan. 5. Instruksikan klien untuk menarik nafas secara perlahan : Tarik nafas melalui hidung dan buang nafas melalui mulut. 6. Pada saat menghembuskan nafas melalui mulut, ucapkan dalam hati “mantra” tersebut. 7. Lakukan berulang selama kurang lebih 10 menit, bila tiba-

	<p>tiba pikiran melayang, upayakan untuk memfokuskan kembali pada kata-kata “mantra” tadi.</p> <p>8. Bila dirasakan sudah nyaman atau rileks, tetap duduk tenang dengan mata masih tertutup untuk beberapa saat.</p> <p>9. Langkah terakhir, buka mata secara perlahan-lahan sambil rasakan kondisi rileks.</p> <p>Perhatian :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk mencapai hasil yang optimal dibutuhkan konsentrasi penuh terhadap kata-kata “mantra” yang dapat membuat rileks. • Lakukan prosedur ini sampai 2-3 kali agar mendapatkan hasil yang optimal
<p>INDIKATOR PENCAPAIAN</p>	<p>A. Respon verbal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan rileks. 2. Klien mengatakan ketegangan berkurang. 3. Klien mengatakan sudah merasa nyaman. <p>B. Respon non verbal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak tenang. 2. Ekspresi wajah klien tidak tampak tegang. 3. Klien dapat melanjutkan pekerjaannya kembali. 4. Tanda-tanda vital : tekanan darah dan nadi dalam batas normal



PEMERINTAH KOTA BENGKULU DINAS KESEHATAN

Jl. Letjen Basuki Rahmat No. 08 Bengkulu Telp (0736) 21072 Kode Pos 34223

REKOMENDASI

Nomor : 070 / 194 / D.Kes / 2022

Tentang IZIN PRA PENELITIAN

Dasar Surat Wakil Direktur Bidang Akademik Poltekes Kemenkes Bengkulu Nomor: DM.01.04/340/2/2022 Tanggal 04 Februari 2022 Perihal : Permohonan Izin Pengambilan data awal dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) / skripsi atas nama :

Nama : Peggi Dwi Martika
N I M/NPM : P05120219075
Program Studi : D III Keperawatan
Judul / Data : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur Pada Pasien Chronik Kidney Disease (CKD) di RSUD. Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2022
Tempat Penelitian : 1.Dinas Kesehatan Kota Bengkulu
2.RSUD, Dr. M. Yunus Bengkulu
Lama Kegiatan : 10 Februari 2021 s/d. 17 Februari 2021

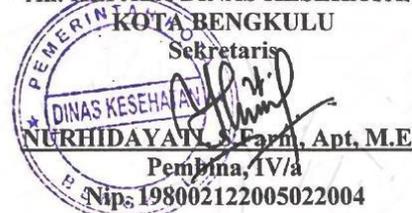
Pada prinsipnya Dinas Kesehatan Kota Bengkulu tidak berkeberatan diadakan pra penelitian/kegiatan yang dimaksud dengan catatan ketentuan :

- Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud.
- Harap mentaati semua ketentuan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
- Apabila masa berlaku Rekomendasi Pra Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Rekomendasi Pra Penelitian.
- Setelah selesai mengadakan kegiatan diatas agar melapor kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bengkulu (tembusan).
- Surat Rekomendasi Pra Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak menaati ketentuan seperti tersebut diatas.

Demikianlah Rekomendasi ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

DIKELUARKAN DI: B E N G K U L U
PADA TANGGAL : 10 FEBRUARI 2022

An. KEPALA DINAS KESEHATAN



Tembusan :
1.Dir. RSUD. Dr. M. Yunus Bengkulu
2.Yang Bersangkutan



PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
DINAS KESEHATAN
JALAN INDRAGIRI NO. 2 PADANGHARAPAN BENGKULU 38225
TELP. (0736) 25236, 342549 FAX. (0736)-25236



SURAT KETERANGAN

Nomor : 022/440.II.1.Kes/II/2022

Dasar : Surat permohonan izin penelitian dari Politeknik Kesehatan Bengkulu Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu Nomor: Dm.01.04/410/2/2022

Memperhatikan : Surat Keputusan Direktur Politik Kesehatan Bengkulu Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu Nomor : DM.01.04/410/2/2022 tanggal 08 Februari 2022 perihal izin Pra Penelitian dengan ini :

MENERANGKAN

Bahwa Nama : Peggi Dwi Martika
NIM : PO 5120219075

Telah selesai melaksanakan Penelitian di Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu dalam rangka Penyelesaian Penyusunan Tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Poltekkes Kemenkes Bengkulu akan melaksanakan penelitian yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Di RSUD Dr.M.Yunus Kota Bengkulu Tahun 2022"

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 16 Februari 2022
An.Sub Koordinator Perencanaan,
Evaluasi dan Pelaporan
Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu



ERI MURIANTO, SKM, MM
NIP.19760502 199602 1002



PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD Dr. M. YUNUS

Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007
BENGKULU 38229



Nomor : 074/ 55 /BID-DIK/II/2022
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Pra Penelitian

Bengkulu, 16 Februari 2022
Yth. Kepada
1. Kabag Penyusunan Program & Evaluasi
Cq. Kasubbag Rekam Medis
2. Kabid Pelayanan Keperawatan
RSUD dr. M. Yunus Bengkulu
di-
Tempat

Dengan hormat,

Menindaklanjuti surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu, Nomor:
DM.01.04/341/2/2022, Tanggal 29 Januari 2022, Perihal permohonan izin
Pra Penelitian Mahasiswa :

Nama : **PEGGI DWI MARTIKA**

NIM : PO5120219075

Prodi : D III Keperawatan

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan
Istirahat Tidur pada Pasien Chronic Kidney Disease
(CKD) di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2022

Ruangan : MR, dan Melati

Bersama ini kami mohon kesediaan unit bersangkutan untuk memberikan
izin terhitung mulai 16 Februari s.d 16 Maret 2022.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan
terima kasih.

AN KEPALA BIDANG PENDIDIKAN

Ns. Khairul Omori, S.Kep, MM
NIP. 19671004 198803 1 002



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website: www.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



15 Februari 2022

Nomor : : DM. 01.04/.../2022
Lampiran : -
Hal : **Izin Penelitian**

Yang Terhormat,
Direktur RSUD M. Yunus Provinsi Bengkulu
di
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2021/2022, maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data untuk penelitian kepada:

Nama : Peggi Dwi Martika
NIM : P05120219075
Jurusan : Keperawatan
Program Studi : Keperawatan Program Diploma Tiga
No Handphone : 0895422973199
Tempat Penelitian : RSUD Dr. M. Yunus Provinsi Bengkulu
Waktu Penelitian : Februari-Maret
Judul : Asuhan keperawatan Pemenuhan kebutuhan Istirahat Tidur Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) di RSUD Dr. M. Yunus Kota Bengkulu Tahun 2022

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

an. Direktur **Poltekkes** Kemenkes Bengkulu
Wakil Direktur Bidang Akademik

Na Agung Riyadi, S.Kep, M.Kes
NIP.196819071988031005

Tembusan disampaikan kepada:



PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jl. Batang Hari No.108, Kel.Tanah Patah, Kec. Ratu Agung, Kota Bengkulu, Telp: 0736 22044 / Fax: 0736 7342192
Website : <https://www.dpmpmsp.bengkuluprov.go.id> | Email : dpmpmsp@bengkuluprov.go.id

BENGKULU 38223

REKOMENDASI

Nomor : 503/82.650/149/DPMPSTSP-P.1/2022

TENTANG PENELITIAN

- Dasar :
1. Peraturan Gubernur Bengkulu Nomor 33 Tahun 2019 tanggal 27 September 2019 Tentang Pendelegasian Sebagian Kewenangan Penandatanganan Perizinan dan Non Perizinan Pemerintah Provinsi Bengkulu Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bengkulu.
 2. Surat Wakil Direktur Bidang Akademik Poltekkes Kementerian Kesehatan Bengkulu Nomor : DM.01.04/273/2/2022, Tanggal 15 Februari 2022 Perihal Rekomendasi Penelitian. Permohonan diterima tanggal 25 Februari 2022

Nama / NPM	:	PEGGI DWI MARTIKA / P05120219075
Pekerjaan	:	Mahasiswa
Maksud	:	Melakukan Penelitian
Judul Proposal Penelitian	:	Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) di RSUD Dr. M. Yunus Kota Bengkulu Tahun 2022
Daerah Penelitian	:	RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu
Waktu Penelitian/Kegiatan	:	26 Februari 2022 s/d 31 Maret 2022
Penanggung Jawab	:	Wakil Direktur Bidang Akademik Poltekkes Kementerian Kesehatan Bengkulu

Dengan ini merekomendasikan penelitian yang akan diadakan dengan ketentuan :

- a. Sebelum melakukan penelitian harus melapor kepada Gubernur/Bupati/Walikota Cq.Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik atau sebutan lain setempat.
- b. Harus mentaati semua ketentuan Perundang-undangan yang berlaku.
- c. Selesai melakukan penelitian agar melaporkan/menyampaikan hasil penelitian kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bengkulu.
- d. Apabila masa berlaku Rekomendasi ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan penelitian belum selesai, perpanjangan Rekomendasi Penelitian harus diajukan kembali kepada instansi pemohon.
- e. Rekomendasi ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku, apabila ternyata pemegang surat rekomendasi ini tidak mentaati/mengindahkan ketentuan-ketentuan seperti tersebut di atas.

Demikian Rekomendasi ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Bengkulu
Pada tanggal : 25 Februari 2022

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU SATU
PINTU PROVINSI BENGKULU,



KARMAWANTO, M.Pd
Pembina Utama
Muda NIP.
196901271992031002



PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD Dr. M. YUNUS

Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007
BENGKULU 38229



Nomor : 074/ 89 /BID-DIK/II/2022
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Bengkulu, 24 Februari 2022
Yth. Kepada
1. Kabid Pelayanan Keperawatan
RSUD dr. M. Yunus Bengkulu
di-
Tempat

Menindaklanjuti surat dari Poltekmenkes Bengkulu, Nomor: DM.01.04/039/2/2022, Tanggal 16 Februari 2022, Perihal permohonan izin Penelitian Mahasiswa :

Nama : **PEGGI DWI MARTIKA**
NPM : P05120219075
Prodi : DIII Keperawatan
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2022.
Ruangan : Melati

Bersama ini kami mohon kesediaan unit bersangkutan untuk memberikan izin terhitung mulai 24 Februari s.d 24 Maret 2022.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Bengkulu, 24/02/2022
Bidang Pelayanan Keperawatan
Kasi Rawat Inap



HERRY NOVERIZAL, SKM
NIP. 19701119 198903 1 001

BIDANG PENDIDIKAN



Ns. Bairul Omori, S.Kep, MM
NIP 19671004 198803 1 002

Ka. R. Melati



INSTALASI RAWAT INAP
RSUD Dr. M. YUNUS BENGKULU
RUANG MELATI



PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD Dr. M. YUNUS

Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007
BENGKULU 38229



SURAT KETERANGAN

Nomor : 074/ 120 /BID-DIK/III/2022

Yang bertandatangan dibawah ini :

- a. Nama : MARIANI, S.ST., S.KM
- b. Jabatan : Wakil Direktur Penunjang Medik dan Kependidikan

dengan ini menerangkan bahwa :

- a. Nama : **PEGGI DWI MARTIKA**
- b. NIM : P05120219075
- c. Prodi : DIII Keperawatan
- d. Institusi : Poltekkes Kemenkes Bengkulu
- e. Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2022.
- f. Ruang Penelitian : Melati
- g. Maksud : Telah Selesai Melaksanakan Penelitian Mulai Tanggal 24 Februari s.d 04 Maret 2022.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Bengkulu, Maret 2022

Wakil Direktur Penunjang Medik dan Kependidikan



MARIANI, S.ST., S.KM
NIP. 19650323 198803 2 006

DOKUMENTASI

Tanggal 01 Maret 2022



Tanggal 02 Maret 2022



Tanggal 03 Maret 2022



**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI DIII JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU 2021/2022**

Nama : Peggi Dwi Martika
 NIM : P05120219050
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur Pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) Di RSUD M. Yunus Kota Bengkulu Tahun 2022
 Pembimbing : Ns. Husni, S.Kep, M.pd

No.	Tanggal	Materi Konsul	Masukan Pembimbing	Paraf
1.	28 Desember 2022	Judul KTI	Judul KTI fokuskan pemenuhan kebutuhan yang paling sering ditemukan.	
2.	10 Januari 2022	BAB I	Susun latar belakang dari umum ke khusus	
3.	13 Januari 2022	BAB I	Perbaiki prevalensi kasus berdasarkan sumber terbaru.	
4.	2 Februari 2022	BAB I, II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan materi dari sumber terbaru 2. Perbaiki bagian konsep asuhan keperawatan sesuai arahan. 3. Perbaiki BAB III 	
5.	9 Februari 2022	BAB I, II dan BAB III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan pengkajian khusus kebutuhan istirahat tidur. 2. Perbaiki BAB III. 3. Perbaiki penulisan. 4. Ubah tujuan dan manfaat BAB I sesuai saran. 5. Konsep askep diperjelas khusus kebutuhan istirahat tidur. 	
6.	14 Februari 2022	BAB I, II dan III	ACC	

7.	17 Mei 2022	BAB IV dan BAB V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki intervensi dan implementasi 2. Kembangkan kalimat BAB IV sesuai arahan 3. Perbaiki penulisan 4. Perhatikan ulang evaluasi 	GL
8.	19 Mei 2022	BAB IV dan BAB V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan 2. Perbaiki pembahasan 3. Ubah kesimpulan sesuai arahan 	GL
9.	23 Mei 2022	BAB IV dan BAB V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan kalimat tegas tidak bertele-tele 2. Fokus pembahasan sesuai judul 3. Kesimpulan dan saran perbaiki 	GL
10	8 Juni 2022	BAB IV dan BAB V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki pengkajian sesuaikan dengan BAB II 2. Perbaiki analisa data sesuaikan dengan pengkajian 3. Perbaiki intervensi dan implementasi. 	GL
11	10 juni 2022	BAB IV dan BAB V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki implementasi sesuaikan waktunya. 2. Perbaiki BAB V. 	GL
12.	13 Juni 2022	BAB IV dan V	ACC	GL