

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka Medis

1. Konsep Teori Gagal Ginjal Kronik

a. Definisi

Chronic Kidney Disease adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan ireversibel dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit yang mengakibatkan uremia atau azotemia (Wijaya dan Putri, 2017). Gagal ginjal kronik merupakan kondisi klinis terjadinya kerusakan ginjal secara progresif bersifat irreversible yang penyebabnya timbul dari berbagai macam penyakit (Rustandi et al, 2018)

Berdasarkan beberapa definisi di atas, maka dapat disimpulkan bahwa *Chronic Kidney Disease* adalah suatu keadaan klinis yang terjadi penurunan fungsi ginjal dengan ditandai terjadinya penurunan GFR selama >3 bulan yg bersifat progresif dan irreversible, ginjal tidak dapat mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan, dan elektrolit yang menyebabkan terjadinya uremia dan azotemia.

b. Etiologi

- 1) Gangguan Hambatan pembuluh darah ginjal: Berbagai tipe lesi vaskular bisa menimbulkan iskemik ginjal serta kematian jaringan ginjal. Lesi yang sangat kerap merupakan aterosklerosis pada arteri renalis yang besar, dengan kontriksi skleratik

progresif pada pembuluh darah hiperplasia fibromuskular pada satu ataupun lebih arteri besar yang pula memunculkan penyumbat pembuluh darah nefrosklerosis ialah suatu keadaan yang diakibatkan oleh hipertensi lama yang tidak diatasi, dikarakteristikan oleh penebalan, hilangnya elastisitas sistem, pergantian darah ginjal menyebabkan penyusutan aliran darah serta akhirnya gagal ginjal.

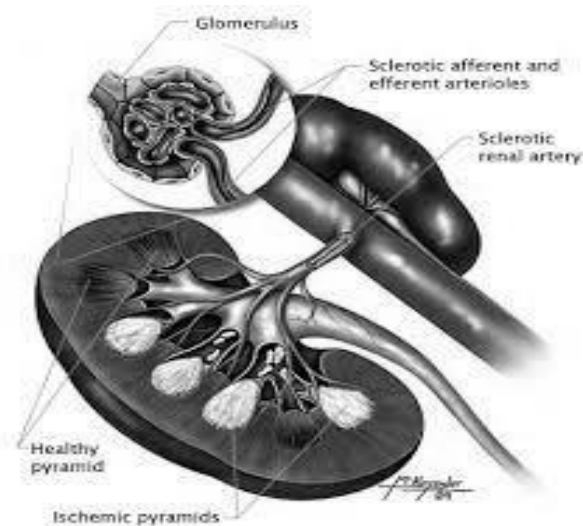
- 2) Gangguan imunologis: Seperti glomerulonefritis & SLE.
- 3) Infeksi : Bisa diakibatkan oleh sebagian tipe kuman paling utama E. Coli yang berasal dari kontaminasi tinja pada traktus urinarius bakteri. Bakteri ini menggapai ginjal lewat aliran darah ataupun yang lebih kerap secara asceden dari traktus urinarius bagian dasar melalui ureter ke ginjal sehingga bisa memunculkan kehancuran irreversibel ginjal yang diucap plenlonefritis.
- 4) Gangguan metabolik : semacam DM (Diabetes Melitus) yang menimbulkan mobilisasi lemak bertambah sehingga terjaln penebalan membran kapiler serta di ginjal serta berkelanjut dengan disfungsi endotel sehingga terjaln nefripati amiliodosis yang diakibatkan oleh endapan zat- zat proteinemia abnormal pada bilik pembuluh darah secara sungguh- sungguh mengganggu membran glomerulus.
- 5) Gangguan tubulus primer : terjadi nefrotoksis akibat analgesik atau logam berat.

- 6) Obstruksi taktus urinarius : oleh batu ginjal, hipertrofi prostat, dan konstriksi uretra.
 - 7) Kelainan kongenetal dan herediter: keadaan keturunan yang dikarakteristik oleh terbentuknya kista/ kantong berisi cairan di dalam ginjal serta organ lain, dan tidak terdapatnya jar. Ginjal yang bertabiat kongenetal (hipoplasia renalis) dan terdapatnya asidosis. (Wijaya dan Putri, 2017).
- c. Patofisiologi

Fungsi renal menurun, produksi akhir metabolisme protein (yang normalnya diekresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah maka grjala akan semakin berat. Dan banyak gejala uremia membaik setelah dialisis (Wijaya dan putri, 2017).

Pemicu yang mendasari CKD beragam semacam penyakit glomerulus baik primer ataupun sekunder, penyakit vaskular, peradangan, nefritis interstisial, obstruksi saluran kencing. Patofisiologi penyakit ginjal kronik mengaitkan 2 mekanisme kehancuran: (1) mekanisme penyebab khusus yang mendasari kehancuran berikutnya semacam lingkungan imun serta mediator inflamasi pada glomerulo nefritis, ataupun pajanan zat racun pada penyakit tubulus ginjal serta interstitium; (2) mekanisme kehancuran progresif yang diisyarati dengan terdapatnya hiperfiltrasi serta hipertrofi nefron yang tersisa.

Ginjal kita mempunyai 1 juta nefron, serta masing– masing mempunyai donasi terhadap total GFR. Pada dikala terjalin renal injury sebab etiologi semacam yang sudah dipaparkan di atas, pada awal mulanya ginjal masih mempunyai keahlian buat mempertahankan GFR. Tetapi pada kesimpulannya nefron sehat yang tersisa ini hendak hadapi kegagalan dalam mengendalikan autoregulasi tekanan glomerular, serta hendak menimbulkan hipertensi sistemik dalam glomerulus. Kenaikan tekanan glomerulus ini hendak menimbulkan hipertrofi nefron yang sehat selaku mekanisme kompensasi. Pada sesi ini hendak terjalin poliuria, yang dapat menimbulkan kehilangan cairan tubuh serta hiponatremia akibat ekskresi Na lewat kemih bertambah. Kenaikan tekanan glomerulus ini hendak menimbulkan proteinuria. Derajat proteinuria sebanding dengan tingkatan progresi dari kandas ginjal. Reabsorpsi protein pada sel tubuloepitelial bisa menimbulkan kehancuran langsung terhadap jalan lisosomal intraselular, tingkatkan tekanan pikiran oksidatif, tingkatkan ekspresi lokal growth aspek, serta membebaskan aspek kemotaktik yang pada kesimpulannya hendak menimbulkan inflamasi serta fibrosis tubulointerstitiel lewat pengambilan serta aktivasi makrofag.



Gambar 2. 1 Piramid Iskemik dan Sklerosis Arteri dan Arteriol pada Patogan lintang Ginjal (McAlexander, 2016)

Inflamasi kronik pada glomerulus serta tubuli akan menaikkan sintesis matriks ekstraseluler serta kurangi degradasinya, dengan penumpukan kolagen tubulointerstitial yang kelewatan. Glomerular sklerosis, fibrosis tubulointerstitial, serta atropi tubuler hendak menimbulkan massa ginjal yang sehat jadi menurun serta hendak menghentikan siklus progresi penyakit oleh hiperfiltrasi serta hipertrofi nefron. Kehancuran struktur ginjal tersebut hendak menimbulkan kerusakan fungsi ekskretorik maupun non- ekskretorik ginjal. Kehancuran guna ekskretorik ginjal antara lain penyusutan ekskresi sisa nitrogen, penyusutan reabsorpsi Na pada tubuli, penyusutan ekskresi kalium, penyusutan ekskresi fosfat, penyusutan ekskresi hidrogen.

Gangguan fungsi non-ekskretorik ginjal, seperti ketidakmampuan untuk mengubah bentuk Ca yang tidak aktif, mengakibatkan penurunan produksi eritropoietin (EPO), penurunan fungsi insulin, peningkatan produksi lipid, dan gangguan sistem

kekebalan dan reproduksi. Angiotensin II memainkan peran penting dalam pengaturan tekanan intraglomerulus. Diproduksi secara sistemik dan lokal di ginjal, angiotensin II adalah pengatur tekanan intraglomerular yang poten dengan meningkatkan ritme arteriol eferen, yang merupakan vasokonstriktor. Angiotensin II memainkan peran penting dalam patofisiologi CKD karena menginduksi stres oksidatif dan meningkatkan ekspresi sitokin, molekul adesi, dan kemoaktraktan.

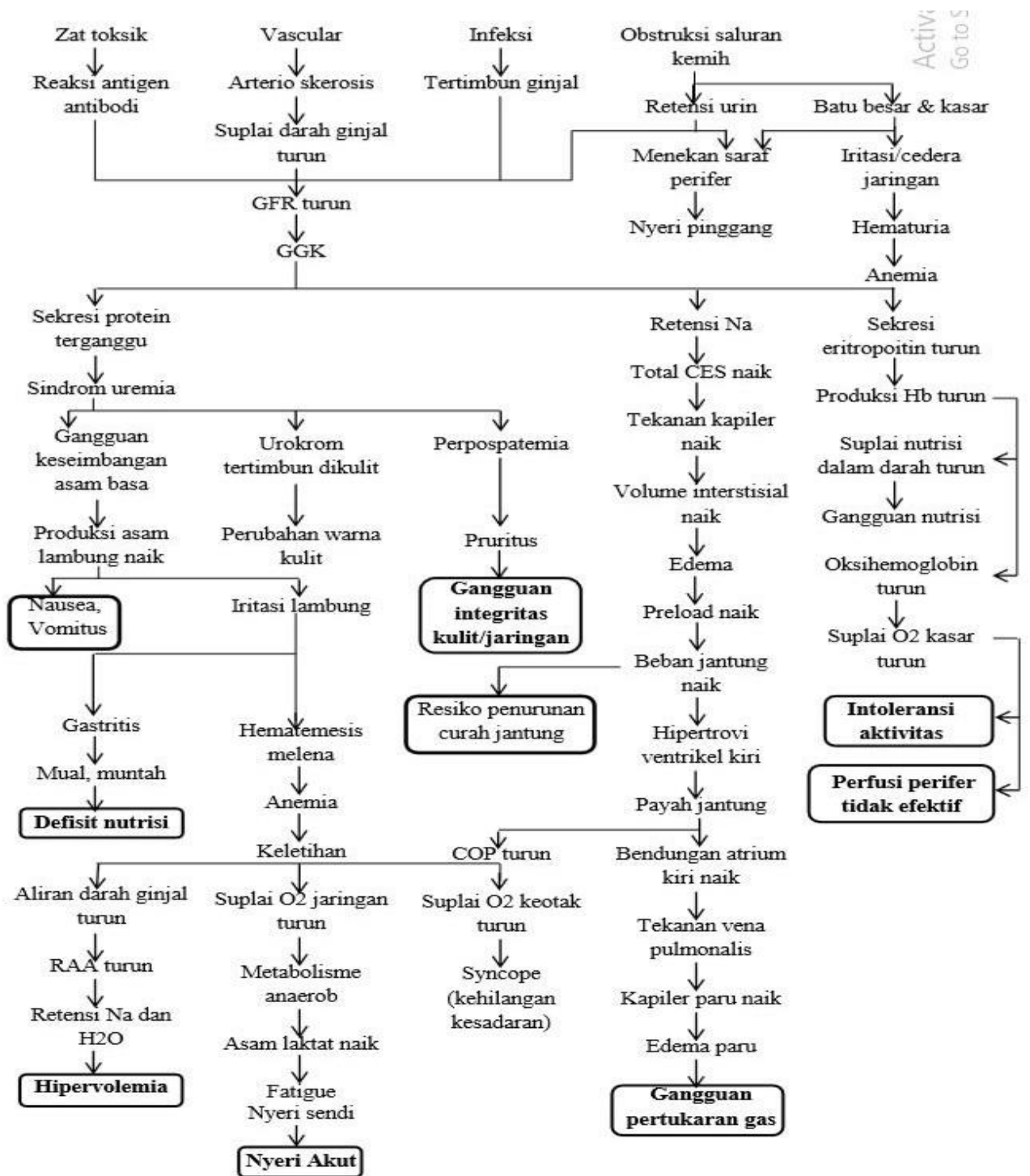
Ada banyak penyebab gagal ginjal kronis, terutama penyakit tulang stadium akhir, salah satunya adalah penurunan sintesis 1,25-dihidroksivitamin D atau calcitriol, bentuk Ca inaktif yang tidak berubah, dan penurunan absorpsi. Penurunan penyerapan Ca ini menyebabkan hipokalsemia dan osteodistrofi. Hiperparatiroidisme sekunder terjadi pada penyakit ginjal kronis dan disebabkan oleh hipokalsemia, hiperfosfatemia, dan resistensi skeletal terhadap PTH. Kalsium dan kalsitriol adalah penghambat umpan balik negatif, sedangkan hiperfosfatemia merangsang sintesis dan sekresi PTH. Penurunan laju filtrasi glomerulus mencegah ginjal mengeluarkan zat tertentu seperti fosfat, menyebabkan hiperfosfatemia. Hiperfosfatemia merangsang FGF-23, faktor pertumbuhan yang menghambat 1- α -hidroksilase. Enzim ini digunakan dalam sintesis kalsitriol. Penghambatan oleh FGF-23 juga mengurangi sintesis kalsitriol. Toleransi terhadap vitamin D. Jadi umpan balik negatif pada PTH tidak berfungsi. Ada peningkatan hormon hormon

paratiroid. Akhirnya, hiperparatiroidisme sekunder berkembang. Hiperparatiroidisme sekunder menyebabkan penekanan sumsum tulang dan penurunan produksi eritropoietin, yang pada akhirnya menyebabkan anemia, juga menyebabkan osteodistrofi, yang diklasifikasikan sebagai malacia, astenopati, dan osteodistrofi campuran. Penurunan ekskresi Na menyebabkan retensi air, yang akhirnya dapat menyebabkan edema dan hipertensi. Penurunan ekskresi kalium juga terjadi, terutama jika GFR < 25 mL/menit terutama untuk CKD stadium 5. Penurunan ekskresi ini menyebabkan hiperkalemia dan meningkatkan risiko henti jantung pada pasien.

Asidosis metabolik pada pasien penyakit ginjal kronis biasanya merupakan kombinasi dari anion gap yang normal dan peningkatan anion gap. Pada PGK, ginjal tidak mampu memproduksi amonia dalam jumlah yang cukup di tubulus proksimal dan mengekskresikan asam endogen dalam bentuk amonium ke dalam urin. Anion gap yang meningkat biasanya terjadi pada CKD stadium 5. Kesenjangan anion disebabkan oleh akumulasi fosfat, sulfat, dan anion lain yang tidak diekskresikan dengan baik. Asidosis metabolik pada CKD dapat menyebabkan gangguan metabolisme protein. Selain itu, asidosis metabolik juga merupakan faktor penyebab osteodistrofi ginjal. CKD, terutama stadium 5, juga mengurangi ekskresi sisa nitrogen dalam tubuh. Jadi Anda mendapatkan uremia. Pada uremia, nitrogen urea basal meningkat, seperti halnya urea, kreatinin, dan

asam urat. Uremik beracun menyebar ke seluruh tubuh, mempengaruhi sistem saraf perifer dan pusat. Selain itu, sindrom uremik ini menyebabkan degenerasi trombosit dan memperpendek umur sel darah merah. Degenerasi trombosit meningkatkan risiko perdarahan spontan, terutama di saluran pencernaan, yang dapat berkembang menjadi anemia jika tidak ditangani dengan tepat. Ketika uremia mencapai kulit, itu menyebabkan gatal pada pasien. CKD meliputi gangguan fungsi insulin, peningkatan produksi lipid, gangguan sistem imun, dan gangguan reproduksi. Ketika aksi insulin menurun, kadar gula darah meningkat. Peningkatan produksi lipid dapat memicu aterosklerosis dan menyebabkan gagal jantung. Anemia pada CKD disebabkan oleh mielosupresi hiperparatiroidisme sekunder, yang mengurangi sintesis EPO. Anemia juga dapat disebabkan oleh sindrom uremia, yang memperpendek umur sel darah merah, atau karena kekurangan gizi. (Kirana, 2018).

Pathway



(Sumber: Brunner & Sudart, 2013 dan SDKI, 2016)

d. Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala penyakit ginjal kronis berkembang seiring waktu jika kerusakan ginjal berlangsung lambat. Tanda dan gejala penyakit ginjal mungkin termasuk (Kardiyudiani & Brigitta 2019) :

- 1) Mual
- 2) Muntah
- 3) Kehilangan nafsu makan
- 4) Kelelahan dan kelemahan
- 5) Masalah tidur
- 6) Perubahan volume dan frekuensi buang air kecil
- 7) Otot berkedut dan kram
- 8) Pembengkakan kaki dan pergelangan kaki
- 9) Gatal terus menerus
- 10) Nyeri dada jika cairan menumpuk di dalam selaput jantung
- 11) Sesak napas jika cairan menumpuk di paru-paru
- 12) Tekanan darah tinggi yang sulit dikendalikan

e. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Radiologi: Mengevaluasi kondisi ginjal dan derajat komplikasi ginjal.
- 2) Rontgen abdomen: Evaluasi bentuk dan ukuran ginjal, apakah ada batu atau halangan lain.
- 3) Pielografi Intravena: penilaian sistem panggul dan ureter yang berisiko disfungsi ginjal pada orang tua, diabetes, dan nefropati gout

- 4) USG: ukuran dan bentuk ginjal, ketebalan parenkim ginjal, anatomi dasar panggul dan ureter proksimal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi dasar panggul dan ureter proksimal, penilaian kandung kemih dan prostat
 - 5) Renogram: Kaji fungsi ginjal kiri dan kanan, lokasi lesi (vaskular, parenkim) dan fungsi ginjal residual. (Wijaya dan Putri, 2017)
- f. Penatalaksanaan
- 1) Pengaturan minum : pemberian cairan
 - 2) Pengendalian hipertensi = <intake garam
 - 3) Pengendalian K⁺ darah
 - 4) Penanggulangan anemia: transfuse
 - 5) Penanggulangan asidosis
 - 6) Pengobatan dan pencegahan infeksi
 - 7) Pengaturan protein dalam makan
 - 8) Dialisis
 - 9) Transplantasi ginjal (Wijaya dan Putri, 2017)

2. Konsep Teori Anatomi dan Fisiologi

a. Ginjal

Ginjal merupakan salah satu organ yang memiliki fungsi penting dalam tubuh. Fungsi ginjal termasuk mengatur konsentrasi garam dalam darah dan mengatur keseimbangan asam-basa dengan menyaring, mencuci, dan membuang kelebihan air dan limbah metabolisme dari darah. Ginjal juga membantu membuat sel darah merah, memproduksi hormon yang mengatur dan mengontrol tekanan

darah, serta menjaga kekuatan tulang (YGDI, 2017). Di bawah ini adalah struktur dan anatomi ginjal menurut Wilson (2007). Dengan kata lain, ginjal terletak di sisi kiri dan kanan tulang belakang, terutama di dinding perut posterior lumbal, dikelilingi oleh lapisan lemak yang tebal. Di belakang peritoneum. Lokasi ginjal dapat diperkirakan secara posterior, dari tingkat vertebra toraks terakhir hingga vertebra lumbalis ketiga. Dan karena tekanan hati, ginjal kanan sedikit lebih dalam dari kiri. Setiap ginjal memiliki panjang 12 cm hingga 13 cm, lebar 6 cm, dan tebal 1,5 hingga 2,5 cm, dan ginjal orang dewasa memiliki berat 140 hingga 150 gram. Filum ini menghadap ke tulang belakang dan menyamping. Bentuknya cembung. Semua pembuluh ginjal masuk dan keluar melalui hilus. kelenjar adrenal naik di atas setiap ginjal.

1) Fungsi Ginjal

- a) Mengeksresikan zat-zat yang merugikan bagi tubuh
- b) Mengeksresikan gula kelebihan gula dalam darah.
- c) Membantu keseimbangan air dalam tubuh
- d) Mengatur konsentrasi garam dalam darah dan keseimbangan asam-basa darah.
- e) Ginjal mempertahankan pH plasma darah pada kisaran 7,4 melaluipertukaran ion hidronium dan hidroksil (Prabowo, 2014).

2) Struktur dan Anatomi Ginjal

Ginjal orang dewasa panjangnya 12 sampai 13 cm, lebarnya 6 cm dan beratnya antara 120-150 gram. Sembilan puluh lima persen (95%) orang dewasa memiliki jarak antar kutub ginjal antara 11-15 cm. Perbedaan panjang dari kedua ginjal yang lebih dari 1,5 cm atau perubahan bentuk ginjal merupakan tanda yang penting karena kebanyakan penyakit ginjal dimanifestasikan dengan perubahan struktur (Wijaya dan putri, 2017).

3. Konsep Teori Hemodialisa

a. Definsi hemodialisis

Dialisis adalah perjalanan cairan dan butiran (partikel) melalui membran semipermeabel. Dialisis merupakan aplikasi yang dapat mengembalikan keseimbangan cairan dan elektrolit, mengontrol keseimbangan asam basa, serta membuang sisa metabolisme dan zat toksik dari tubuh (Baradero et al, 2018). Sedangkan untuk aliran darah, hemodialisis dilakukan dalam tabung ginjal buatan (dialyzer) yang terdiri dari dua ruang terpisah, di mana darah dipompa ke bawah oleh membran semi-permeabel buatan yang terhubung ke ruang dialisat yang disuplai pirogen, dialisat bebas yang mengandung larutan yang berhubungan dengan komposisi elektrolit yang mirip dengan serum normal, tanpa residu metabolisme nitrogen. Dialisat dan darah yang dipisahkan mengalami perubahan dari konsentrasi tinggi ke konsentrasi rendah selama konsentrasi zat terlarut di kedua kompartemen sama (selama proses dialisis, air berubah dari kompartemen darah ke kompartemen dialisat). peningkatan tekanan

hidrostatik negatif di kompartemen dialisat Gerakan ini disebut ultrafiltrasi (Sudoyo, 2009) Hemodialisis sebagai terapi untuk meningkatkan kualitas hidup dan memperpanjang hidup. (Smeltzer, SC & Bare, 2018).

b. Tujuan dialisis

Secara umum, tujuan cuci darah adalah untuk mempertahankan hidup dan kesehatan sampai fungsi ginjal kembali normal. Dialisis dilakukan di IRC, di mana ginjal yang sehat mengeluarkan racun dan produk limbah dari tubuh pada tingkat ekskresi yang normal.), koma hepatic, hiperkalemia, hipertensi, uremia (Smeltzer, SC dan Bare, 2018).

c. Prinsip dialisis

Difusi adalah pergerakan partikel dari tempat konsentrasi rendah. Dalam tubuh manusia, ini terjadi melalui membran semipermeabel. Urea, kreatinin, dan asam urat diangkut dari darah ke dialisat melalui difusi. Konsentrasi sel darah merah dan protein dalam darah tinggi, tetapi sel darah merah dan protein terlalu besar untuk menembus membran semipermeabel.

Osmosis memfasilitasi pergerakan air melalui membran semipermeabel dari area konsentrasi rendah ke area konsentrasi tinggi (tekanan osmotik).

Ultrafiltrasi adalah pergerakan cairan melintasi membran semipermeabel dalam bentuk gradien tekanan buatan, yang mungkin

positif (push) atau negatif (tarik), lebih efektif daripada penetrasi. (Smeltzer, SC dan Bare, 2018).

d. Metode dialisis

1) Dialisis peritoneum

Dialisis peritoneal menggunakan peritoneum pasien sebagai penghalang semi-permeabel alami. Dialisat premade (sekitar 2 liter) dimasukkan ke dalam rongga perut melalui kateter kaku yang ditempatkan di bawah kulit perut. Solusinya dibiarkan di rongga perut untuk waktu yang telah ditentukan (biasanya 4 hingga 6 jam).

e. Pemantauan selama hemodialisis (Nursalam, 2016)

- 1) Memantau hemodinamik, keseimbangan elektrolit dan asam-basa, sistem steril dan tertutup;
- 2) Biasanya dilakukan karena pengasuh terlatih dan terbiasa dengan protokol dan peralatan yang digunakan.

f. Pengelolaan hemodialisis (Nursalam, 2016)

- 1) Manajemen diet untuk state (protein, natrium dan kalium) dan pembatasan asupan cairan.
- 2) Pantau kesehatan berkelanjutan, termasuk manajemen terapeutik sampai ekskresi ginjal normal komplikasi diamati

g. Indikasi dan kontra indikasi hemodialisis

- 1) Hiperkalemia
- 2) Asidosis
- 3) Untuk kegagalan terapi konservatif

- 4) Kadar ureum/kreatinin tinggi dalam darah (ureum > 200 mg/dL or kreatinin > 6 mg/dL)
- 5) Untuk kelebihan cairan
- 6) Mual dan muntah hebat
- 7) Anuria beruntuk panjang (> 5 hari)

h. Proses hemodialisis

Dalam proses hemodialisis, darah dikeluarkan dari tubuh dan disaring melalui ginjal buatan. Darah yang telah disaring kemudian kembali ke tubuh. Untuk proses hemodialisa diperlukan suatu inlet atau akses agar darah dari tubuh dapat keluar dan disaring sebagai dialyzer kemudian dikembalikan ke dalam tubuh. Ada 3 jenis akses yaitu arteriovenous (AV) fistula, AV graft dan central venous catheter. lebih aman dan juga nyaman bagi pasien.

Sebelum melakukan hemodialisis (HD), perawat menggunakan tanda vital untuk memeriksa apakah px cocok untuk hemodialisis dan menimbang jumlah cairan yang perlu dikeluarkan selama perawatan melalui peningkatan px. Langkah selanjutnya adalah menyambungkan px ke mesin dialisis yang dihubungkan dengan pemasangan saluran darah (blood line) dan jarum untuk akses vaskular px yaitu akses untuk sarana pengurasan darah dari dialiser dan akses darah ke masuk ke dalam tubuh. Setelah semuanya siap, proses pengobatan hemodialisis dapat dimulai. Selama proses hemodialisis, sebenarnya darah tidak mengalir melalui mesin HD, tetapi hanya melalui tabung dan dialiser. Mesin

HD sendiri merupakan perpaduan antara komputer dan pompa, dimana mesin HD memiliki fungsi untuk mengatur dan memantau aliran darah, tekanan darah, dan memberikan informasi tentang jumlah cairan yang dikeluarkan, termasuk informasi penting lainnya. mengatur cairan dialisis yang masuk ke dialyzer, dimana cairan tersebut membantu mengumpulkan racun dari darah. Pompa mesin HD bekerja untuk mengalirkan darah dari tubuh ke dialyzer dan kembali ke tabung reaksi.

i. **Komplikasi**

- 1) Kram otot kram otot biasanya terjadi separuh waktu hemodialisis hari sampai mendekati pada akhir otodialisis. kram sering terjadi pada hidrofiltrasi cepat (menyapah cairan) relatif terhadap volume tinggi. Penggunaan heparin selama hemodialisis juga merupakan faktor risiko perdarahan.
- 2) Gangguan pencernaan Gangguan pencernaan yang umum adalah mual dan muntah akibat hipoglikemia, dan dispepsia sering disertai dengan sakit kepala.
- 3) Pembekuan darah Pembekuan darah disebabkan oleh dosis heparin yang tidak memadai atau sirkulasi darah yang lambat
- 4) Untuk kelelahan Hemodialisis tetap menjadi terapi utama dalam pengobatan gangguan CKD kronis, tetapi memiliki berbagai efek, termasuk efek kronis hemodialisis berupa kelelahan. , karena kelelahan memiliki prevalensi tinggi pada populasi dialisis px.

j. Peralatan hemodialisis

Menurut (Sudoyo, 2009) peralatan hemodialisis, antara lain :

1) Arterial-Venouse Blood Line (AVBL) AVBL terdiri dari :

a) Arterial Blood Line (ABL)

Adalah tubing tubing/line plastik yg menghubungkan darah dari tubing akses vaskular tubuh px menuju dialyzer, disebut inlet ditandai terkait warna merah.

b) Venouse Blood Line (VBL)

Adalah tubing/line plastik yg menghubungkan darah dari dialyzer terkait tubing akses vascular menuju tubuh px disebut outlet ditandai terkait warna biru.

c) Dialyzer or ginjal buatan

Adalah suatu alat dimana proses dialisis terjadi terdiri dari 2 ruang or kompartemen, yaitu: kompartemen darah yaitu ruangan yg berisi darah dann kompartemen dialisat yaitu ruangan yg berisi dialisat. Untukdua kompartemen dipisahkan sebab membran semipermeabel. Dialyzer mempunyai 4 lubang yaitu dua ujung untukk untukkluar masuk darah dann dua samping untukk untukkluar masuk dialisat.

d) Air Water Treatment

Air dalam implementasi hemodialis dipakai sebagai pencampur dialisat peka (diasol). Air in dapat berasal dari berbagai sumber, keliatan air PAM dann air sumur, yg harus

dimurnikan dulu terkait cara “water treatment” sehingga memenuhi standar AAMI (Association for the Advancement of Medical Instrument).

4. Konsep Teori Kualitas Tidur

a. Definisi

Kualitas tidur adalah keadaan dimana individu hidup untuk menghasilkan kesegaran dan kebugaran setelah bangun tidur. Kualitas tidur meliputi aspek kuantitatif seperti durasi tidur, latensi tidur, dan aspek subjektif seperti tidur malam dan istirahat. Gangguan tidur merupakan salah satu masalah kesehatan yang paling umum pada orang tua. Orang tua membutuhkan tidur yang cukup untuk meningkatkan kesehatan mereka dan pulih dari penyakit. Ketika orang tua tidak cukup tidur, mereka mengalami kelelahan, lekas marah, gelisah, lesu, dan sakit kepala. Selain itu, kemandirian lansia juga berkurang yang ditandai dengan berkurangnya partisipasi lansia dalam aktivitas sehari-hari. (Oktora, dkk, 2016).

Kualitas tidur adalah derajat kepuasan tidur sehingga seseorang tidak merasa lelah, sering menguap, dan mengantuk di pagi hari (Hidayat, 2016). Data kualitas tidur dapat diukur dengan menggunakan Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Kuesioner PSQI terdiri dari 9 pertanyaan. Skala pengukuran menggunakan skala penilaian yang mendapat skor dari 0 hingga 3. Hasil pengukuran global tersebut adalah kualitas tidur subjektif, waktu tertidur (*sleep latency*), durasi tidur (*sleep duration*), efisiensi tidur (*habitual sleep*

efficiency), gangguan tidur, frekuensi 0-21. faktor seperti Kesulitan tidur di malam hari (gangguan tidur), penggunaan alat bantu tidur (terapi obat), dan gangguan tidur yang umum terjadi di siang hari (disfungsi siang hari).

Instrument yang digunakan dalam pengukuran kualitas tidur adalah *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)* yang telah dikembangkan oleh Contreras *et al.*, (2014). Kuesioner kualitas tidur terdiri dari pertanyaan terbuka dan tertutup. Pertanyaan untuk nomor 5-8 adalah pertanyaan tertutup dan masing-masing mempunyai rentang skor yaitu 0-3 yang artinya 0= tidak pernah dalam sebulan terakhir, 1= 1 kali seminggu, 2= 2 kali seminggu dan 3= lebih dari 3 kali seminggu. Interpretasi nilai skor kualitas tidur baik apabila skor nilai 1-5, ringan 6-7, sedang 8-14 dan kualitas tidur buruk jika skor nilai mencapai 15-21.

Tabel 2. 1 Kuesioner Kualitas Tidur

| Komponen | Penilaian | |
|---|--------------|------|
| | Jawaban | skor |
| Kualitas Tidur secara subyektif | Sangat baik | 0 |
| | Cukup baik | 1 |
| | Buruk | 2 |
| | Sangat buruk | 3 |
| Durasi Tidur (lamanya waktu tidur) | >7 jam | 0 |
| | 6-7 jam | 1 |
| | 5-6 jam | 2 |
| | <5 jam | 3 |
| Skor Latensi Tidur | 0 | 0 |
| | 1-2 | 1 |
| | 3-4 | 2 |
| | 5-6 | 3 |
| Latensi Tidur (waktu yang diperlukan untuk memulai tidur) | ≤ 15 menit | 0 |
| | 16-30 menit | 1 |
| | 31-60 menit | 2 |
| | >60 menit | 3 |
| Efisiensi tidur Rumus: | >85 % | 0 |

| | | |
|--|---------|---|
| $\frac{\text{jumlah lama tidur}}{\text{jumlah lamanya ditempat tidur}} \times 1$ | 75-84 % | 1 |
| | 65-74 % | 2 |
| | <65 % | 3 |
| Gangguan tidur pada malamhari | 0 | 0 |
| | 1-9 | 1 |
| | 10-18 | 2 |
| | 19-27 | 3 |
| Disfungsi tidur siang hari | 0 | 0 |
| | 1-2 | 1 |
| | 3-4 | 2 |
| | 5-6 | 3 |
| Penggunaan obat tidur | 0 | 0 |
| | <1 | 1 |
| | 1-2 | 2 |
| | >3 | 3 |

b. Kebutuhan Tidur

Menurut Hidayat (2016), kebutuhan tidur manusia bergantung pada tingkat perkembangannya. Tabel 2.2 merangkum kebutuhan tidur manusia *berdasarkan* usia (Kemenkes, RI 2018)

Tabel 2. 2 Kebutuhan Tidur Manusia Berdasarkan Usia

| Usia | Tingkat Perkembangan | Jumlah kebutuhan tidur |
|---------------------|----------------------|------------------------|
| 0 – 1 bulan | Masa neonatus | 14 – 18 jam / hari |
| 1 bulan – 18 bulan | Masa bayi | 12 – 14 jam / hari |
| 3 tahun - 6 tahun | Masa pra sekolah | 11 – 13 jam/ hari |
| 6 tahun - 12 tahun | Masa sekolah | 10 jam / hari |
| 12 tahun - 18 tahun | Masa remaja | 8 - 9 jam / hari |
| 18 tahun - 40 tahun | Masa dewasa muda | 7 – 8 jam / hari |
| 60 tahun ke atas | Masa dewasa tua | 6 jam / hari |

c. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tidur

Menurut Hidayat (2016), kualitas dan kuantitas tidur dipengaruhi oleh beberapa faktor. Kualitas ini dapat menunjukkan kemampuan individu untuk tidur dan berapa banyak istirahat yang mereka butuhkan. Faktor yang dapat mempengaruhi antara lain:

- 1) Sakit: Penyakit mempengaruhi kebutuhan tidur seseorang. Ada juga banyak kondisi di mana pasien tidak bisa tidur atau tidak bisa tidur.

- 2) Stres dan Kelelahan: Kelelahan akibat aktivitas berat membutuhkan lebih banyak tidur untuk menjaga keseimbangan energi yang dikeluarkan. Hal ini terlihat pada orang yang telah melakukan aktivitas dan telah mencapai kelelahan. Ini membantu orang tertidur lebih cepat karena tahap tidur nyenyak dipersingkat.
- 3) Stres mental: Kondisi mental dapat terjadi pada seseorang sebagai akibat dari stres mental. Hal ini terlihat pada orang dengan masalah kesehatan mental yang menderita kecemasan yang membuat mereka tidak bisa tidur.
- 4) Obat-obatan: Obat-obatan juga mempengaruhi proses tidur. Beberapa jenis obat yang dapat mengganggu tidur antara lain diuretik yang menyebabkan insomnia, antidepresan yang menekan tidur REM, kafein yang meningkatkan sistem saraf simpatis dan menyebabkan gangguan tidur, dan beta blocker. Obat-obatan mempengaruhi insomnia, dan narkotika menekan tidur REM agar lebih mudah. tidur. Anda bisa tertidur.
- 5) Nutrisi: Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang tepat dapat mempercepat proses tidur. Makanan tinggi L-tryptophan, seperti keju, susu, daging, dan tuna, dapat membantu Anda tidur.
- 6) Lingkungan: Lingkungan yang aman dan nyaman bagi seseorang dapat mempercepat proses tidur.
- 7) Motivasi: Motivasi adalah dorongan atau keinginan seseorang untuk tidur dan dapat mempengaruhi proses tidur. Selain itu,

keinginan untuk berpantang tidur dapat menyebabkan terganggunya proses tidur.

B. Telaah Pustaka Asuhan Keperawatan

1. Konsep Teori Askep Chronic Kidney Disease

a. Fokus Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar utama dari proses keperawatan, membantu menentukan status kesehatan pasien dan pola pertahanan, mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan pasien, dan merumuskan diagnosis keperawatan. (Smeltezer and Bare, 2011 : Kinta, 2012).

- 1) Identitas Pasien Meliputi nama, tempat tinggal, umur, tempat lahir, ras, nama orang tua, dan pekerjaan orang tua.
- 2) Keluhan utama adalah kelemahan, kesulitan berjalan/bergerak, kejang otot, kesulitan istirahat dan tidur, takikardia/takipnea terkait aktivitas, dan koma.
- 3) Riwayat pasien dan pengobatan sebelumnya. Berapa lama pasien sakit, bagaimana pengobatannya, pengobatan apa yang diterimanya, apakah obat yang diminumnya secara teratur, dan apa yang dilakukan untuk mengatasi penyakitnya .
- 4) Aktivitas/Istirahat: Kelelahan berlebihan, kelemahan, malaise, gangguan tidur (insomnia/gelisah atau somnolen), kelemahan otot, kehilangan tonus, penurunan rentang gerak
- 5) Hipertensi yang lama atau berat, palpasi, nyeri dada (angina pectoris), hipertensi, nadi cepat, edema jaringan umum, dan riwayat sirkulasi depresi kaki dan telapak tangan, nadi lemah, dan

hipotensi ortostatik berhubungan dengan penyakit stadium akhir. hipovolemia yang jarang. , pucat, dengan kulit coklat kehijauan, kuning, kecenderungan berdarah.

- 6) Integritas ego Stresor, ketidakberdayaan, keputusasaan, ketidakberdayaan, penolakan, ketakutan, kecemasan, kemarahan, lekas marah, perubahan kepribadian.
- 7) Eliminasi Contoh penurunan produksi urin, oliguria, anuria (bila gagal ginjal berlanjut), perut kembung, diare atau konstipasi, perubahan warna urin, oliguria kuning tua, merah, coklat.
- 8) Makanan dan minuman Kenaikan berat badan yang cepat (edema), penurunan berat badan (malnutrisi), anoreksia, nyeri ulu hati, mual/muntah, rasa logam yang tidak enak di mulut (bau amonia), penggunaan diuretik, distensi abdomen/ Perubahan asites, pembesaran hati (tahap akhir), kepenuhan kulit/kelembaban kulit, sariawan, gusi/lidah berdarah.
- 9) Sakit kepala neurosensorik, penglihatan kabur, spasme/kejang otot, restless leg syndrome, rasa terbakar pada telapak kaki, terutama kesemutan dan kelemahan pada ekstremitas bawah, gangguan psikiatri seperti berkurangnya rentang perhatian, berkurangnya konsentrasi, hilang ingatan, bingung. , mengantuk, kejang, kejang otot, aktivitas kejang, rambut menipis, dan rapuh, kuku tipis.
- 10) Nyeri/kenyamanan. Nyeri panggul, sakit kepala, kram otot/nyeri kaki, perilaku/gangguan kesadaran, gelisah.

- 11) Bernapas. Napas pendek, dispnea, batuk dengan atau tanpa dahak kental, banyak, takipnea, sesak napas, frekuensi/kedalaman meningkat, dan batuk berdahak encer (edema paru).
 - 12) Keamanan. Gatal, kulit gatal, adanya infeksi, gatal, demam (septikemia, dehidrasi), normothermia dapat disebabkan oleh pasien dengan suhu tubuh lebih rendah dari normal, petechiae, area ekimosis pada kulit, patah tulang, gerakan sendi terbatas, sebenarnya dapat meningkat.
 - 13) Seksualitas Penurunan libido, amenore, infertilitas
 - 14) Interaksi Sosial. Kondisi sulit ditentukan. B. Ketidakmampuan untuk bekerja dan mempertahankan peran normal dalam keluarga.
 - 15) Perluas/Belajar. Riwayat diabetes (risiko tinggi gagal ginjal), penyakit polikistik, nefritis herediter, urolit, keganasan, riwayat pajanan toksin, sampel obat, toksin lingkungan, penggunaan antibiotik nefrotoksik saat ini/berulang.
- b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah evaluasi klinis aktual dan potensial dari respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami pasien. Diagnosa keperawatan dapat dibagi menjadi dua jenis yaitu diagnosa negatif dan diagnosa positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa pasien sakit atau berisiko sakit, sehingga diagnosis memandu pemberian intervensi perawatan kuratif, restoratif, dan preventif. Diagnosis ini terdiri dari diagnosis

aktual dan diagnosis risiko. Diagnosis positif menunjukkan bahwa pasien dalam keadaan sehat dan dapat mencapai keadaan yang lebih sehat dan optimal. Diagnosis ini disebut juga dengan diagnosis promosi kesehatan (ICNP, 2015). Diagnosis risiko tidak memiliki penyebab atau tanda/gejala, hanya faktor risiko. Diagnosa keperawatan didasarkan pada data pasien. Kemungkinan diagnosis keperawatan untuk seseorang dengan gagal ginjal kronis meliputi (Brunner&Sudart, 2013 dan SDKI, 2016):

- 1) Hipervolemia
 - 2) Defisit nutrisi
 - 3) Nausea
 - 4) Gangguan integritas kulit/jaringan
 - 5) Gangguan pertukaran gas
 - 6) Intoleransi aktivitas
 - 7) Resiko penurunan curah jantung
 - 8) Perfusi perifer tidak efektif
 - 9) Nyeri akut
- c. Intervensi Keperawatan
- Fase perencanaan memberikan kesempatan kepada pemberi asuhan, pasien, keluarga, dan orang-orang terdekat pasien untuk menyusun rencana tindakan asuhan untuk mengatasi masalah pasien. Tahap perencanaan ini meliputi: menjadi alat komunikasi dengan perawat lain dan tim kesehatan lainnya; meningkatkan kesinambungan perawatan pasien; mendokumentasikan proses dan

standar untuk hasil perawatan yang ingin dicapai; yang memiliki beberapa tujuan penting. Elemen yang paling penting dari fase perencanaan ini adalah penentuan prioritas diagnosa keperawatan, pengembangan tujuan, pengembangan kriteria evaluasi, dan pengembangan intervensi keperawatan. (Asmadi, 2018)

Tabel 2. 3 Perencanaan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik (sumber SIKI, 2018)

| No. | Diagnosa Keperawatan | Tujuan Dan Kriteria Hasil | Intervensi |
|-----|----------------------|---|--|
| 1. | Hipervolemia | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka hipervolemia meningkat dengan kriteria hasil: 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluaran urin meningkat 3. Edema menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Turgor kulit membaik | Manajemen Hipervolemia Observasi: 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara napas tambahan) 2. Monitor intake dan output cairan 3. Monitor jumlah dan warna urin Terapeutik 4. Batasi asupan cairan dan garam 5. Tinggikan kepala tempat tidur Edukasi 6. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan cairan Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian diuretik 8. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat deuretik 9. Kolaborasi pemberian <i>continuousrenal replacement therapy</i> (CRRT), jika perlu |
| 2. | Defisit Nutrisi | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien tercukupi dengan kriteria hasil: 1. intake nutrisi tercukupi | Manajemen Nutrisi Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi makanan yang disukai 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor berat badan |

| | | | |
|----|--------|---|--|
| | | 2. asupan makanan dan cairan tercukupi | <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Lakukan oral hygiene sebelum makan 6. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 7. Berikan makanan tinggi serat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 9. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori 11. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan |
| 3. | Nausea | <p>Setelah dilakukan tindakankeperawatan selama 3x8 jam maka nausea membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan membaik 2. Keluhan mual menurun 3. Pucat membaik 4. Takikardia membaik (60-100 kali/menit) | <p>Manajemen Mual</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkatkeparahan) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Kendalikan faktor lingkunganpenyebab (mis. Bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) 4. Kurangi atau hilangkan keadaanpenyebab mual (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan istirahat dan tidur cukup 6. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (mis. Relaksasi, terapi musik, akupresur) |

| | | | |
|----|----------------------------|--|--|
| | | | <p>Kolaborasi</p> <p>8. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu</p> |
| 4. | Kerusakan integritas kulit | <p>Setelah dilakukan tindakankeperawatan selama 3x8 jam diharapkan integritas kulit dapat terjaga dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan 2. Perfusi jaringan baik 3. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit | <p>Perawatan integritaskulit</p> <p>Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirahbaring 3. Lakukan pemijataan pada areatulang, jika perlu 4. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Bersihkan perineal dengan air hangat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan menggunakan pelembab(mis. Lotion atau serum) 6. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya 7. Anjurkan minum air yang cukup 8. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem |
| 5. | Gangguan pertukaran gas | <p>Setelah dilakukan tindakankeperawatan selama 3x8 jam diharapkan pertukaran gas tidak terganggu dengankriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda-tanda vital dalamrentang normal 2. Tidak terdapat otot bantunapas 3. Memlihara kebersihan paru dan bebas dari tanda-tanda distress pernapasan | <p>Pemantauan respirasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas 3. Monitor saturasi oksigen 4. Auskultasi bunyi napas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 6. Bersihkan sekret pada mulut danhidung, jika perlu |

| | | | |
|----|--------------------------------|--|---|
| | | | <p>7. Berikan oksigen tambahan, jika perlu</p> <p>8. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>9. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>10. Informasikan hasil pemantauan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>11. Kolaborasi penentuan dosis oksigen</p> |
| 6. | Intoleransi Aktivitas | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lelah menurun 2. Saturasi oksigen dalam rentang normal (95%- 100%) 3. Frekuensi nadi dalam rentang normal (60-100 kali/menit) 4. Dispnea saat beraktivitas dan setelah beraktivitas menurun (16-20 kali/menit) | <p>Manajemen Energi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kelelahan fisik 2. Monitor pola dan jam tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif 4. Libatkan keluarga dalam melakukan aktifitas, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 6. Anjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan tentang cara meningkatkan asupan makanan |
| 7. | Resiko penurunan curah jantung | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan penurunan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Tekanan darah membaik 100-130/60-90 mmHg 3. Lelah menurun 4. Dispnea menurun dengan frekuensi 16- | <p>Perawatan Jantung</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (mis. Dispnea, kelelahan) 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor saturasi oksigen <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Posisikan semi-fowler atau fowler |

| | | | |
|----|-------------------------------|---|--|
| | | 24x/menit | <p>5. Berikan terapi oksigen</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>7. Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>8. kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p> |
| 8. | Perfusi perifer tidak efektif | <p>Setelah dilakukan tindakan perawatan selama 3x8 jam maka perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Kelemahan otot menurun 4. Pengisian kapiler membaik 5. Akral membaik 6. Turgor kulit membaik | <p>Perawatan sirkulasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Monitor perubahan kulit 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak 4. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 6. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 7. Lakukan pencegahan infeksi 8. Lakukan perawatan kaki dan kuku <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Anjurkan berhenti merokok 10. Anjurkan berolahraga rutin 10. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 11. Anjurkan meminum obat pengontrol tekanan darah secara teratur <p>Kolaborasi</p> <p>13. Kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika perlu</p> |

| | | | |
|----|------------|--|--|
| 9. | Nyeri akut | <p>Setelah dilakukan tindakankeperawatan selama 3x8 jam maka tautan nyeri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 2. Kemampuan mengenalionset nyeri meningkat 3. Kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologis meningkat 4. Keluhan nyeri penggunaan analgesikmenurun 5. Meringis menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Pola nafas membaik 8. Tekanan darah membaik | <p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi factor pencetus dan pereda nyeri 2. Monitor kualitas nyeri 3. Monitor lokasi dan penyebaran nyeri 4. Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 5. Monitor durasi dan frekuensinyeri <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 5. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Kolaborasi pemberian obat analgetik |
|----|------------|--|--|

d. Implementasi Keperawatan

1) Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan melalui implementasi berbagai strategi kesehatan (intervensi keperawatan) yang direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan yang diprioritaskan. 42 Proses persalinan harus fokus pada kebutuhan pasien, faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan perawatan, strategi pemberian perawatan, dan aktivitas komunikasi (Kozier et al., 2010). Menurut Purwaningsih & Karlina (2010), ada empat fase

operasional yang perlu diperhatikan perawat dalam memberikan asuhan :

- a) Tahap Prainteraksi Membaca rekam medis pasien, mengeksplorasi perasaan, analisis kekuatan & keterbatasan professional dalam diri sendiri, tahu planning keperawatan yg baik, menguasai keterampilan teknis keperawatan, tahu rasional ilmiah & tindakan yg akan dilakukan, mengetahui asal daya yg diperlukan, tahu kode etik & aspek aturan yg berlaku pada pelayanan keperawatan, tahu baku praktik klinik keperawatan buat mengukur keberhasilan & penampilan perawat wajib meyakinkan
- b) Tahap Perkenalan Mengucapkan salam, memperkenalkan nama, menanyakan nama, umur, alamat pasien, menginformasikan pada pasien tujuan & tindakan yg akan dilakukan sang perawat, memberitahu kontrak saat, & memberi kesempatan dalam pasien buat bertanya mengenai tindakan yg akan dilakukan
- c) Tahap Kerja Menjaga privasi pasien, melakukan tindakan yg telah direncanakan, halhal yg perlu diperhatikan dalam waktu aplikasi tindakan merupakan energy pasien, pencegahan kecelakaan & komplikasi, rasa aman, syarat pasien, respon pasien terhadap tindakan yg sudah diberikan.
- d) Tahap Terminasi Beri kesempatan pasien buat mengekspresikan perasaannya selesainya dilakukan

tindakan sang perawat, berikan feedback yg baik pada pasien & puji atas kerjasama pasien, kontrak saat selanjutnya, tata alat-alat & lingkungan pasien & lakukan terminasi, berikan salam sebelum meninggalkan pasien, lakukan pendokumentasian.

2) Implementasi Inovasi

Al-Qur'an adalah kitab umat Islam, bukan hanya kitab yang membahas tentang ibadah, melainkan kitab yang secara komprehensif mencakup baik bidang kesehatan dan kedokteran, maupun bidang keilmuan lainnya (Abduliansyah, 2018). Al-Qur'an sendiri, dalam beberapa catatan ilmiah, adalah obat yang menyembuhkan dan memelihara penyakit fisik dan mental. Manjakan diri Anda dengan madu dan Alquran (Haikal, 2018). Metode relaksasi yang dapat diaplikasikan yaitu pemberian terapi murottal Al-Qur'an ±15-20 menit. Terapi *murottal* Al-Qur'an merupakan lantunan ayat suci Al-Qur'an yang diberikan kepada seseorang untuk memberikan efek relaksasi. Efek relaksasi tersebut mengaktifkan hormon endorfin yang dapat meningkatkan perasaan nyaman atau rileks, rasa takut atau kecemasan dapat dialihkan, sistem kimia dan hemodinamika tubuh dapat diperbaiki sehingga dapat menurunkan tekanan darah, serta dapat meningkatkan kualitas tidur (Nurani, 2019). Terapi Mulojar Al-Qur'an adalah pembacaan Al-Qur'an dengan tempo lambat dan harmonis yang mengurangi hormon stres,

mengaktifkan endorfin alami, meningkatkan relaksasi, mengalihkan dari rasa takut, kecemasan dan ketegangan, dan membantu sistem kimia tubuh, dapat meningkatkan dan menurunkan tekanan darah. pernapasan lambat, detak jantung, denyut nadi, aktivitas gelombang otak (Nadhifatus, 2018).

Surah Al-Ikhlâs, Al-Falaq dan An-Naas dianjurkan untuk dibaca maupun didengarkan pada saat petang dan pagi hari sebanyak tiga kali untuk mencukupkan dari segala sesuatu seperti yang disampaikan Rasulullah Shallallahu 'Alaihi Wa Sallam dalam HR. Abu Daud, No.5082 dan Tarmidzi, No.3575. Dua ayat terakhir surah Al-Baqarah dianjurkan untuk dibaca pada malam hari, begitu pula dengan Surah Al-Kafirun yang dianjurkan untuk diamalkan sebelum tidur dalam HR. Abu Dawud.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk mengevaluasi efek intervensi perawatan pada pasien. Respon pasien terhadap perawatan yang diberikan akan dinilai secara berkelanjutan. Setelah setiap tindakan selesai, dilakukan evaluasi proses atau pendanaan. Evaluasi dapat dilakukan dengan cara berpikir SOAP.

S : Reaksi subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan.

O : Respon objektif pasien terhadap perawatan yang diberikan.

A : Kami menganalisis kembali data subjektif dan objektif untuk menentukan apakah masalah telah teratasi, sebagian teratasi, belum teratasi, atau muncul masalah baru.

P : Rencana atau tindak lanjut berdasarkan analisis respon pasien
Tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan selama fase evaluasi meliputi :

- 1) Masalah teratasi ketika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan yang ditetapkan dan kriteria hasil.
- 2) Masalah teratasi sebagian jika pasien memenuhi beberapa kriteria hasil yang ditetapkan.
- 3) Jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan, masalah tidak akan teratasi.
- 4) Masalah baru muncul ketika pasien menunjukkan adanya perubahan kondisi atau berkembangnya masalah baru.