

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal ginjal kronis (GGK) adalah suatu proses patofisiologi dari berbagai etiologi yang mengakibatkan penurunan fungsi ginjal secara progresif dan ireversibel, dimana kemampuan tubuh untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia. (Black & Hawk dalam Dwy Retno Sulystianingsih, 2018) dalam (Darmawan, 2019). Gagal ginjal kronis adalah penurunan fungsi ginjal yang kronis, seringkali ireversibel dan progresif. Gagal ginjal kronis adalah proses patologis dengan berbagai etiologi yang menyebabkan penurunan fungsi ginjal secara bertahap dan seringkali berakhir dengan gagal ginjal. (Nurhasanah & Utami, 2020) dalam (Sarah Hamita Nelita Sari, 2022).

World Health Organization (2017) melaporkan bahwa pasien yang menderita gagal ginjal kronis telah meningkat 50% dari tahun sebelumnya, secara global kejadian gagal ginjal kronis lebih dari 500 juta orang dan yang harus menjalani hidup dengan bergantung pada cuci darah (hemodialisa) adalah 1,5 juta orang. Gagal ginjal kronis termasuk 12 penyebab kematian umum di dunia, terhitung 1,1 juta kematian akibat gagal ginjal kronis yang telah meningkat sebanyak 31,7% sejak tahun 2010 hingga 2015 (Alesiana, 2021). Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan peningkatan pada pasien gagal ginjal sebanyak 0,38% per 100 penduduk. karena Riskesdas 2013 hanya menangkap data orang yang terdiagnosis PGK sedangkan sebagian besar PGK di Indonesia baru terdiagnosis pada tahap lanjut dan akhir.(RI, 2017) dalam (Sarah Hamita Nelita Sari, 2022)

Saat dilakukan studi pendahuluan di ruang Teratai Bawah RSUD Sidoarjo pada tanggal 23 Desember 2022 didapatkan bahwa dari 20 pasien, 2 diantaranya memiliki diagnosa Gagal Ginjal Kronik (CKD). Saat dilakukan pengkajian keduanya memiliki keluhan gangguan tidur.

Beberapa gejala penyakit ginjal kronis pada tahap awal, antara lain kencing berbusa dan berdarah, sering buang air kecil, bengkak terus-menerus di sekitar mata, betis dan kaki bengkak, mudah lelah, dan kulit kering, serta gatal-gatal, sulit tidur, dan sulit berkonsentrasi. Selain itu, gejala penyakit ginjal kronis yang sudah memasuki stadium lanjut antara lain nyeri otot dan punggung, mual dan muntah, sesak napas, sulit tidur, kulit gatal dan kemerahan, dan jarang, rasa lapar. Pada tahap pertama, terjadi penurunan cadangan ginjal yang ditandai dengan kadar kreatinin serum dan nitrogen urea darah normal dan pasien tidak menunjukkan gejala. Pada tahap kedua, terjadi gagal ginjal yang ditandai dengan peningkatan nitrogen urea darah di atas normal, kadar kreatinin serum mulai meningkat di atas normal, uremia ringan, nokturia, dan poliuria. Stadium tiga adalah penyakit ginjal stadium akhir yang ditandai dengan peningkatan kreatinin serum dan nitrogen urea darah serta oliguria dan efek yang berpotensi fatal. (Rendi & TH, 2019) dalam (Alesiana, 2021)

Gangguan tidur pada pasien penyakit ginjal kronis mempengaruhi kualitas tidur dalam hal kuantitas atau lama tidur yang dicapai, mempengaruhi fungsi individu sehari-hari. (Rompas, Althasian Boas, 2013). Gangguan tidur terlihat pada setidaknya 50 sampai 80% pasien hemodialisis. Gangguan tidur yang umum termasuk sindrom kaki gelisah (RLS), sleep apnea (AS), kantuk berlebihan di siang hari (EDS), narkolepsi, berjalan dalam tidur dan mimpi buruk, dan insomnia memiliki morbiditas tertinggi pada pasien dialisis. (Laily, Eka Isranil, 2015) dalam (Okta Dwistyana Putri, 2023). Salah satu terapi untuk mengatasi gangguan tidur pada pasien gagal ginjal kronik adalah terapi musik. Musik adalah getaran udara yang harmonis yang diterima oleh organ pendengaran melalui syaraf-syaraf tubuh dan diteruskan melalui susunan syaraf pusat sehingga menimbulkan efek pada orang yang mendengarnya sehingga berperan mengatur emosi pribadi. Terapi musik ini menggunakan media musik dengan tujuan memperbaiki/meningkatkan kondisi fisik, kognitif dan sosial individu. (Liu, Gao, & Hou, 2019; Prabasari, 2016). Pengaruh terapi musik

instrumental terhadap peningkatan kualitas tidur signifikan pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan terapi instrumental tidak terjadi perubahan kualitas tidur yang signifikan. (Sarah Hamita Nelita Sari, 2022)

Berdasarkan latar belakang dan fenomena yang terjadi, maka penulis ingin membuktikan hasil penelitian tentang terapi instrumental musik terhadap gangguan pola tidur yang dituangkan dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul “Analisis Asuhan Keperawatan pada Pasien Chronic Kidney Disease dengan Masalah Gangguan Pola Tidur melalui Intervensi Terapi instrumental music di Ruang Teratai Bawah RSUD Sidoarjo”.

1.2 Konsep Teori

1.2.1 Konsep Gagal Ginjal Konik (Chronic Kidney Disease)

1.2.1.1 Definisi Gagal Ginjal Konik (Chronic Kidney Disease)

Gagal ginjal kronis adalah penurunan fungsi ginjal yang kronis, seringkali ireversibel dan progresif. Gagal ginjal kronis adalah proses patologis dengan berbagai etiologi yang menyebabkan penurunan fungsi ginjal secara bertahap dan seringkali berakhir dengan gagal ginjal. (Nurhasanah & Utami, 2020). Gagal ginjal kronis adalah penyakit yang menyebabkan fungsi ginjal menurun hingga tubuh tidak dapat mempertahankan metabolisme, keseimbangan air dan elektrolit, yang menyebabkan stagnasi urea dan produk limbah nitrogen lainnya di dalam darah. (Masi & Kundre, 2018). Penyakit ginjal kronis adalah penyakit ginjal progresif yang ireversibel dimana kemampuan tubuh untuk mempertahankan metabolisme, keseimbangan, dan elektrolit terganggu, ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang ireversibel selama > 3 bulan, penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG).) <60 ml/menit/1,72 m² (Pratama et al., 2020) dalam (Sarah Hamita Nelita Sari, 2022)

1.2.1.2 Etiologi

Menurut Bauldoff et al. (2015) dalam (Hasanuddin, 2022), penyakit gagal ginjal kronik disebabkan oleh:

1. Diabetes Mellitus

Nefropati diabetik menyebabkan peningkatan awal aliran keluar glomerulus yang menyebabkan peningkatan filtrasi dengan konsekuensi kerusakan glomerulus, penebalan dan pengerasan membran basal glomerulus, kerusakan nefron progresif yang menyebabkan penurunan GFR .

2. Nefrosklerosis Hipertensi

Hipertensi jangka panjang menyebabkan pengerasan dan penyempitan arteriol ginjal, mengurangi aliran darah yang menyebabkan iskemia, kerusakan glomerulus dan atrofi tubular.

3. Glomerulonefritis Kronik

Peradangan interstitial kronis dari parenkim ginjal menyebabkan obstruksi dan kerusakan pada tubulus dan kapiler di sekitarnya, mempengaruhi filtrasi glomerulus dan sekresi reabsorpsi tubular dengan hilangnya nefron secara progresif. .

4. Pielonefritis Kronik

Infeksi kronis sering dikaitkan dengan obstruksi vesikoureteral atau refluks yang menyebabkan jaringan parut dan kelainan bentuk kelopak dan panggul, yang menyebabkan refluks intratubular dan penyakit ginjal.

5. Penyakit Ginjal Polisistik

Kista bilateral multipel menekan jaringan ginjal yang merusak perfusi ginjal dan menyebabkan iskemia, remodeling vaskular dan pelepasan mediator inflamasi yang merusak dan menghancurkan jaringan ginjal yang normal.

6. Eritematosa Lupus

Kompleks imun terbentuk di membran basalis kapiler yang menyebabkan inflamasi dan sklerosis dengan glomerulonefritis lokal.

Menurut Mansjoer (2007) dalam (Jainurakhma; et al., 2021) ada beberapa faktor yang dapat meningkatkan kemungkinan seseorang untuk mengidap gagal ginjal kronis:

1. Kadar kolesterol yang tinggi
2. Merokok
3. Obesitas atau berat badan berlebih
4. Riwayat keluarga dengan penyakit ginjal
5. Struktur ginjal yang tidak normal
6. Usia lanjut, terutama diatas 65 tahun
7. Ras Indian, Afrika, Amerika, dan Asia

1.2.1.3 Manifestasi Klinis

Menurut (Padila, 2019) dalam (Alesiana, 2021) manifestasi klinis pasien gagal ginjal kronik yaitu :

- a. Kardiovaskuler
 - 1) Hipertensi
 - 2) Pitting edema
 - 3) Edema periorbital
 - 4) Pembesaran vena leher
- b. Pulmoner
 - 1) Nafas dangkal
 - 2) Kusmaul
 - 3) Sputum kental
- c. Gastrointestinal
 - 1) Anoreksia, mual dan muntah
 - 2) Perdarahan saluran GI
 - 3) Ulserasi dan perdarahan pada mulut
 - 4) Konstipasi / diare
 - 5) Nafas bau amonia
- d. Muskuloskeletal
 - 1) Kram otot
 - 2) Kehilangan kekuatan otot

- 3) Fraktur tulang
- e. Integumen
- 1) Warna kulit abu-abu mengkilat
 - 2) Kulit kering, bersisik
 - 3) Pruritus
 - 4) Ekismosis
 - 5) Kuku tipis dan rapuh
 - 6) Rambut tipis dan kasar
- f. Reproduksi
- 1) Amenore
 - 2) Atrofi testis

1.2.1.4 Patofisiologi

Patofisiologi gagal ginjal kronis melibatkan kerusakan dan degenerasi nefron dengan hilangnya fungsi ginjal secara progresif. Saat laju filtrasi glomerulus menurun dan klirens menurun, nitrogen urea serum meningkat dan kreatinin meningkat. Nefron fungsional yang tersisa membesar saat menyaring zat terlarut besar. Akibatnya, ginjal kehilangan kemampuan untuk memekatkan urine secara memadai. Untuk terus mengeluarkan zat terlarut, jumlah urin yang dikeluarkan akan meningkat membuat pasien rentan terhadap dehidrasi. Selain itu, tubulus ginjal secara bertahap kehilangan kemampuannya untuk menyerap kembali elektrolit. Terkadang hasilnya adalah kehilangan garam yang menyebabkan urin menjadi tinggi natrium dan menyebabkan poliuria parah.

Ketika kerusakan ginjal berlanjut dan jumlah nefron yang berfungsi menurun, rasio total glomerulus semakin menurun, mencegah tubuh mengeluarkan kelebihan air, garam, dan produk limbah lainnya melalui ginjal. Ketika laju filtrasi glomerulus kurang dari 10-20ml/menit, tubuh menderita keracunan urea. Jika gagal ginjal kronis tidak diobati dengan dialisis atau transplantasi ginjal, akan terjadi penyakit ginjal stadium akhir yang menyebabkan uremia dan kematian. (Yasmara, 2016) dalam (Alesiana, 2021).

1.2.1.5 Klasifikasi

Menurut intanastri 2017 dalam (Debieanti, 2022), ada pun klasifikasi dari gagal ginjal kronis antara lain :

1. Stadium I (satu)

Kelainan ginjal ditandai dengan albuminaria persisten dan LFG yang masih normal (>90 ml/menit/1,73m²)

2. Stadium II (dua)

Kelainan ginjal ditandai dengan albuminaria persisten dan LFG yang ringan (60-89 ml/menit/1,73m²)

3. Stadium III (tiga)

Kelainan ginjal ditandai dengan albuminaria persisten dan LFG yang sedang (30-59 ml/menit/1,73m²)

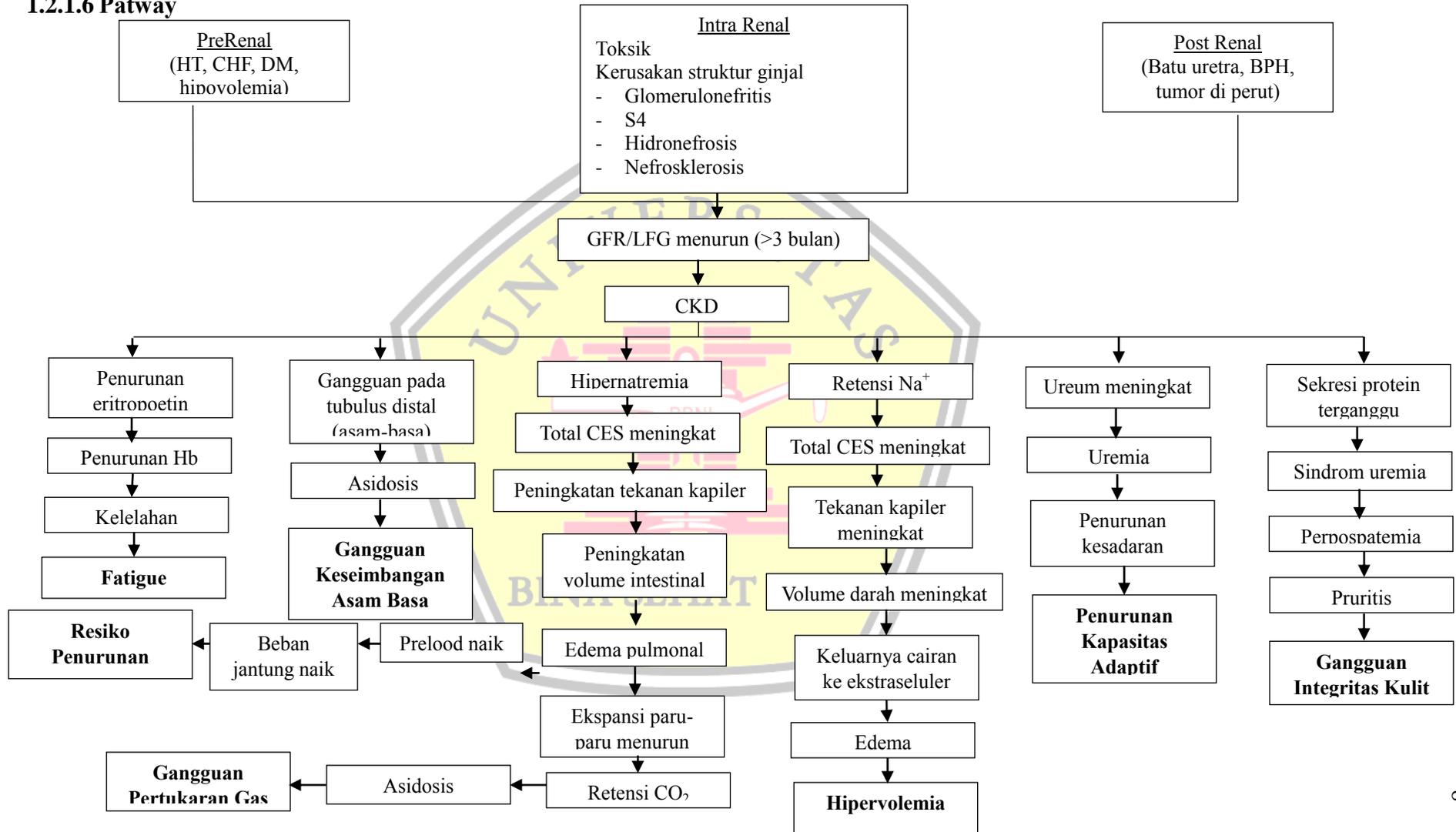
4. Stadium IV (empat)

Kelainan ginjal ditandai dengan albuminaria persisten dan LFG yang sedang (30-59 ml/menit/1,73m²)

5. Stadium V (lima)

Kelainan ginjal ditandai dengan albuminaria persisten dan LFG yang End- Stage Renal Disease (terminal) (<15 ml/menit/1,73m²)

1.2.1.6 Patway



1.2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan Chronic Kidney Disease (CKD) menurut (Brunner Suddarth., 2014) dalam (Jainurakhma; et al., 2021).

1. Urinalisasi: PH asam, SDP, SDM, berat jenis urin (24 jam): volume normal, volume kosong atau rendah, proteiurea, penurunan klirens kreatinin kurang dari 10 ml per menit menunjukkan kerusakan ginjal yang berat.
2. Hitungan darah lengkap: penurunan hematokrit / HB, trombosit, leukosit, peningkatan SDP.
3. Pemeriksaan urin: Warna PH, kekeruhan, glukosa, protein, sedimen SDM, keton, SDP, CCT.
4. Kimia darah: kadar BUN, kreatinin, kalium, kalsium, fosfor, natrium, klorida abnormal
5. Uji pencitraan: IVP, ultrasonografi ginjal, pemindaian ginjal, CT scan.
6. EKG: distritmia
7. Foto polos abdomen, bias tampak batu radio opak
8. Pielografi intra vena jarang dikerjakan, karena kontras tidak dapat melewati filter glomerulus, disamping kekawatiran terjadinya

1.2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut (Rendi & TH, 2019) dalam (Alesiana, 2021) penatalaksanaan pada pasien gagal ginjal kronis adalah

- a. Mengoptimalkan dan menjaga keseimbangan air dan garam.
Biasanya dicoba sampai tekanan vena jugularis naik sedikit dan ada edema ringan di betis. Pemantauan dilakukan dengan mencatat berat badan, urine dan balance air.
- b. Diet tinggi kalori, rendah protein.
Diet rendah protein (20-40 g/hari) dan tinggi kalori menghilangkan gejala anoreksia dan mual uremia, menyebabkan hipourisemia, menyebabkan hipourisemia, dan memperbaiki gejala. Hindari makan terlalu banyak potasium dan garam.

c. kontrol hipertensi

Pada pasien hipertensi dengan gagal ginjal, keseimbangan air dan natrium diatur secara independen dari tekanan darah. Diuretik loop sering diperlukan, selain antihipertensi.

d. Kontrol ketidakseimbangan elektrolit.

Hiperkalemia dan asidosis berat sering ditemukan. Untuk mencegah hiperkalemia, hindari asupan kalium yang tinggi (batasi 60 mmol/hari), diuretik hemat kalium, obat-obatan yang terlibat dalam ekskresi kalium (misalnya, penghambat ACE dan penyakit antiinflamasi nonsteroid), asidosis berat atau defisiensi garam menyebabkan pelepasan kalium dari sel dan memberikan kontribusi untuk kaliuresis. Dideteksi oleh konsentrasi kalium plasma dan elektrokardiogram.

e. Pencegahan dan pengelolaan penyakit ginjal. Hiperfosfatemia dikontrol dengan obat pengikat fosfat seperti aluminium hidroksida (300-800 mg) atau kalsium karbonat (500-3000 mg) setiap kali makan.

f. Deteksi dan pengobatan infeksi dini. Pasien anemia harus diperlakukan sebagai pasien immunocompromised dan diperlakukan lebih ketat.

g. Mengubah terapi obat dengan fungsi ginjal

Banyak obat yang harus dikurangi dosisnya karena metabolitnya bersifat toksik dan dieliminasi oleh ginjal

h. Deteksi dini dan penanganan komplikasi.

Pantau dengan hati-hati untuk ensefalopati uremik, perikarditis, neuropati perifer, hiperkalemia, kelebihan cairan, infeksi yang mengancam jiwa, non-survival, kebutuhan dialisis.

i. Mempersiapkan program dialisis dan transplantasi ginjal.

Persiapkan segera setelah gagal ginjal kronis terdeteksi, indikasi dialisis biasanya adalah gagal ginjal dengan gejala klinis yang jelas meskipun pengobatan konservatif atau komplikasi.

1.2.1.9 Komplikasi

1. Hiperkalemia akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diet berlebih.

2. Perikarditis, efusi pericardial, dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialysis yang tidak adekuat
3. Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi system rennin-angiotensin aldosterone
4. Anemia akibat penurunan eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi toksin dan kehilangan darah selama hemodialisa
5. Penyakit tulang serta kalsifikasi metastatik akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah dan metabolisme vitamin D abnormal.
6. Asidosis metabolic
7. Osteodistropi ginjal
8. Sepsis
9. Neuropati perifer
10. Hiperuremia (Darmawan, 2019)

1.2.2 Masalah Gangguan Pola Tidur

1.2.2.1 Definisi

Tidur merupakan suatu keadaan tidak sadar dimana persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun atau hilang dan dapat dibangun kembali dengan stimulus dan sensori yang cukup. Selain itu tidur juga dikatakan sebagai keadaan tidak sadarkan diri yang relatif, bukan hanya keadaan penuh ketenangan tanpa kegiatan, melainkan merupakan sesuatu urutan siklus yang berulang (Wahit Iqbal Mubarak et al., 2015) dalam (Anugrah & Fajarnia, 2021)

Gangguan pola tidur merupakan perasaan tidak nyaman atau terganggu yang disebabkan oleh suatu keadaan ketika individu mengalami atau beresiko mengalami suatu perubahan dalam kualitas atau kuantitas pola istirahatnya (Carpenito, Lynda Juall. 2016) dalam (Anugrah & Fajarnia, 2021)

Gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (Tim Pokja SDKI, 2016).

1.2.2.2 Etiologi Gangguan Pola Tidur

Menurut (Tim Pokja SDKI, 2017) penyebab terjadinya gangguan pola tidur adalah :

1. Hambatan lingkungan (misalnya, kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)
2. Kurang kontrol tidur
3. Kurang privasi
4. Restraint fisik
5. Ketiadaan teman tidur
6. Tidak familiar dengan peralatan tidur

1.2.2.3 Tahapan tidur

Tidur merupakan aktifitas yang melibatkan susunan saraf pusat, saraf perifer, endokrin kardiovaskuler, respirasi dan muskuloskeletal. Secara alamiah dalam tidur mempunyai dua tahapan yaitu:

1) Tidur NREM (Non Rapid Eye Movement)

Tidur NREM terdiri dari 4 tahap, dimana setiap tahapannya mempunyai ciri tersendiri:

a. Tahap I

Tahap I ini berlangsung 30 detik sampai 5 menit pertama dari siklus tidur. Pada tahap ini seseorang merasa kabur dan rileks, mata bergerak ke kanan dan ke kiri, kecepatan jantung dan pernapasan turun secara jelas. Gelombang alfa sewaktu seseorang masih sadar dibantu dengan gelombang beta yang lambat. Seseorang yang tidur pada tahap pertama dapat dibangunkan dengan mudah.

b. Tahap II

Seluruh tubuh kita seperti berada pada tahap tidur yang lebih dalam. Tidur masih mudah dibangunkan, meskipun kita benar-benar berada dalam keadaan tidur. Periode tahap 2 berlangsung dari 10 sampai 40 menit. Kadang-kadang selama tahap tidur 2

seseorang dapat terbangun karena sentakan tiba-tiba dari ekstremitas tubuhnya. Ini normal, kejadian sentakan ini, sebagai akibat masuknya tahapan REM.

c. Tahap III

Pada tahapan ini kecepatan jantung dan pernapasan serta proses tubuh berlanjut mengalami penurunan akibat dominasi sistem saraf parasimpatis. Seseorang lebih sulit dibangunkan. Gelombang otak menjadi tertur dan terdapat penambahan delta lambat.

d. Tahap IV

Tahap ini merupakan periode tidur nyenyak yang ditandai dengan rekomendasi gelombang delta lambat. Kurangi detak jantung dan pernapasan. Selama tidur, seseorang mengalami hingga 4-6 siklus tidur dalam 7-8 jam. Siklus tidur utamanya adalah tidur NREM dan diakhiri dengan tidur REM.

2) Tidur REM (Rapid Eye Movement).

Tidur REM sangat berbeda dengan tidur NREM. Tidur REM adalah tahap tidur yang sangat aktif. Pernapasan dan detak jantung tidak teratur dan tidak ada bentuk keringat. Kadang-kadang ada kejang (kejang) pada lengan, kaki atau wajah dan pada pria ereksi mungkin terjadi selama tidur REM. Meskipun aktivitas tersebut, orang masih tidur nyenyak dan sulit untuk membangunkan mereka. Sebagian besar anggota tubuh masih lemah dan rileks. Tahap tidur ini dianggap berperan dalam memulihkan pikiran, menghilangkan kekhawatiran dan ingatan, serta menjaga fungsi sel otak.

1.2.2.4 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Gangguan Pola Tidur

Kualitas dan kuantitas tidur dipengaruhi oleh sejumlah faktor. Kualitas ini dapat menunjukkan kemampuan individu untuk tidur dan istirahat sesuai dengan kebutuhannya.

Faktor-faktor yang mempengaruhi tidur yaitu sebagai berikut:

1) Penyakit

Seseorang yang mengalami sakit memerlukan waktu tidur lebih banyak dari normal. Namun demikian, keadaan sakit menjadikan klien kurang tidur atau tidak dapat tidur. Misalnya pada pasien dengan hipertensi, gangguan pernapasan seperti asma, bronchitis, dan penyakit persyarafan.

2) Lingkungan

Klien yang biasanya tidur pada lingkungan yang tenang dan nyaman, kemudian terjadi perubahan suasana seperti gaduh maka akan menghambat tidurnya.

3) Motivasi

Motivasi dapat mempengaruhi tidur dan dapat menimbulkan keinginan untuk tetap bangun dan waspada menahan kantuk.

4) Kelelahan

Kelelahan dapat memperpendek periode pertama dari tahap REM.

5) Kecemasan

Pada keadaan cemas seseorang akan meningkatkan saraf simpatik sehingga mengganggu tidurnya.

6) Alkohol

Alkohol menekan REM secara normal, seseorang yang tahan minum alkohol dapat mengakibatkan insomnia dan lekas marah.

7) Obat-obatan

Beberapa jenis obat yang dapat menimbulkan gangguan tidur antara lain:

1. Diuretic: menyebabkan insomnia
2. Antidepresan: menyupresi REM
3. Kafein: meningkatkan saraf simpatik

1.2.2.5 Alat Ukur

Kaji tidur dan istirahat dalam kaitannya dengan kualitas tidur, seperti gejala sulit tidur, pulih dari tidur, masalah memulai dan mempertahankan tidur, sulit bangun, dan kepuasan tentang tidur. Selain itu, dipelajari

menggunakan alat SQS (Sleep Quality Scale) 28 item untuk menilai tingkat kualitas tidur. (Peggi Dwi Martika, 2022).

1.2.3 Konsep Terapi Instrument Musik

1.2.3.1 Definisi

Instrument musik adalah suatu nada atau suara yang semua instrument musik dihasilkan melalui alat musik disusun sedemikian rupa sehingga mengandung irama, lagu dan keharmonisan (Okta Dwistyana Putri, 2023). Musik adalah getaran udara harmonis yang diterima oleh organ pendengaran melalui syaraf didalam tubuh dan disampaikan oleh susunan syaraf pusat sehingga menimbulkan efek didalam diri seseorang yang mendengarkannya sehingga berperan dalam pengaturan emosi individual. (Sarah Hamita Nelita Sari, 2022)

1.2.3.2 Manfaat

Menurut Jespersen, et al., (2012) penggunaan terapi musik instrumental untuk menurunkan tingkat insomnia pada seseorang adalah untuk mengurangi resiko penggunaan farmakoterapi yang efek sampingnya sangat negatif. Menurut seorang ahli dari pusat gangguan tidur di Amerika menyatakan pemberian terapi musik yang diberikan 30 menit sampai satu jam setiap hari menjelang waktu tidur, secara efektif untuk mengurangi gangguan tidur (Dhojan, 2006) dalam (Okta Dwistyana Putri, 2023)

Pengaruh pemberian terapi instrument music terhadap peningkatan kualitas tidur signifikan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa kelompok intervensi sedangkan kelompok control yang tidak di beri terapi instrument music tidak mengalami perubahan yang signifikan terhadap kualitas tidurnya (Eka isranil laily, dkk,2016) dalam (Sarah Hamita Nelita Sari, 2022)

1.2.4 Teknik Terapi Instrument Musik

1. Berikan lingkungan yang tenang dan nyaman

2. Meminta pasien menutup mata
3. Ambil posisi nyaman (berbaring)
4. Pejamkan mata dengan pelan
5. Lakukan relaksasi pikiran, tubuh dan menikmati lantunan musik
6. Lakukan selama 15 menit.

1.2.5 Pemberian Terapi Instrumen Musik dalam Penurunan Gangguan Pola Tidur

Penggunaan terapi musik ditentukan oleh intervensi musikal dengan maksud 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. (Lestari & F, 2022)

Ketika disuguhi dengan musik, melodi dan ritme yang merangsang masuk ke thalamus sehingga memori sistem limbik bekerja, secara otomatis mempengaruhi saraf otonom yang diteruskan ke thalamus dan kelenjar hipofisis, respon Emosi muncul melalui umpan balik ke kelenjar adrenal untuk menghambat pelepasan hormon stres agar seseorang menjadi rileks. (Mirna, 2014) dalam (Peggi Dwi Martika, 2022)

1.2.6 Peran Perawat dalam Dukungan Tidur

Peran perawat dalam dukungan tidur yaitu membantu meningkatkan kualitas tidur dengan memberikan intervensi dukungan tidur salah satunya dengan pendekatan non farmakologis yaitu pemberian terapi instrument musik, mengkaji keefektifan intervensi yang diberikan, mengobservasi efek yang merugikan, dan berperan sebagai advokat klien apabila intervensi yang diberikan tidak efektif dalam meningkatkan kualitas tidur. Selain itu, perawat juga menjadi educator bagi klien untuk memampukan klien untuk melakukan intervensi yang diberikan secara mandiri.

1.2.7 Analisa Jurnal Penelitian Terkait

Jurnal 1

Author : Sarah Hamita Nelita Sari¹, Indri Heri Susanti²

Judul : Asuhan Keperawatan Gangguan Pola Tidur Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Dengan Intervensi Terapi Instrumen Musik Di Ruang Edelweis Atas RSUD Kardinah kota Tegal

Tabel 1. 1 Analisis Jurnal 1

P	Populasi pada penelitian ini adalah pasien CKD dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur di ruang Edelweis Atas RSUD Kardinah Kota Tegal
I	Hasil asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari menunjukkan bahwa terdapat peningkatan setelah dilakukan terapi instrument music
C	Tidak terdapat intervensi pembanding pada penelitian ini
O	Hasil studi kasus menunjukkan bahwa penerapan terapi instrumen music selama 3 hari dapat membantu meningkatkan durasi tidur pasien dari yang 4jam menjadi 8 jam

Jurnal 2

Author : Okta Dwistyana Putri¹, Dayan Hisni²

Judul : Intervensi Terapi Musik Instrumental Terhadap Kualitas Tidur Pada Klien Dengan Diagnosa Medischronic Kidney Disease Stage V Yang Menjalani Hemodialisis Di Rs Universitas Kristen Indonesia

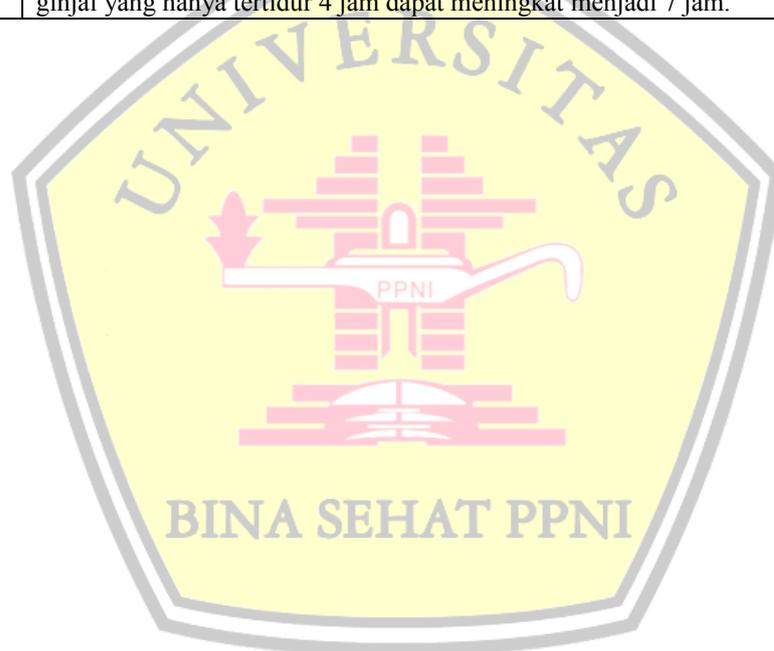
Tabel 1. 2 Analisis Jurnal 2

P	Populasi pada penelitian ini adalah pasien Diagnosa Medischronic Kidney Disease Stage V Yang Menjalani Hemodialisis Di Rs Universitas Kristen Indonesia dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur
I	Penerapan terapi instrument music pada kasus ini dengan cara menginstruksikan pasien untuk posisi terlentang, meminta pasien menutup mata, lalu relaksasi dan menikmati lantunan music dengan durasi 45 menit
C	Tidak terdapat intervensi pembanding pada penelitian ini
O	Hasil menunjukkan adanya peningkatan pada kualitas tidur terhadap kedua klien tersebut yang dilakukan selama 2 hari dengan durasi instrument music selama 45 menit

Jurnal 3**Author** : Ayu Lestari¹ , Nuniek Nizmah F²**Judul** : The Implementation of Instrumental Music Therapy to Sleep Quality in Renal Failure Patients in the Hemodialysis Room of Bendan Hospital, Pekalongan City

Tabel 1. 3 Analisis Jurnal 3

P	Populasi pada penelitian ini adalah Pasien Gagal Ginjal Di Ruang Hemodialisa RSUD Bendan dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur
I	Penerapan terapi instrument music pada kasus ini dengan cara menginstruksikan pasien untuk rileks pasien dalam posisi terlentang, meminta pasien menutup mata, lalu relaksasi dan menikmati lantunan music dengan durasi 10-15 menit
C	Tidak terdapat intervensi pembandingan pada penelitian ini
O	Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah diberikan terapi musik instrumental terapi ini terdapat kemajuan pola tidur yang dialami pasien gagal ginjal yang hanya tertidur 4 jam dapat meningkat menjadi 7 jam.



1.3 Konsep Asuhan Keperawatan

1.3.1 Pengkajian

1.3.1.1 Identitas Pasien dan Penanggung Jawab

Identitas yaitu data pasien yang meliputi nama, jenis kelamin, TTL, agama, pendidikan suku/bangsa, status perkawinan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit dan jam masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnose medis dan nomor medrek. Pada identitas, terdapat juga identitas penanggung jawab atau keluarga terdekat dengan pasien yang meliputi, nama penanggung jawab atau keluarga terdekat, hubungan dengan pasien dan alamat penanggung jawab.

1.3.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Keluhan utama merupakan hal-hal yang dirasakan oleh pasien sebelum masuk ke Rumah sakit sampai pada akhirnya datang ke rumah sakit. 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.

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada riwayat kesehatan sekarang yaitu data yang didapatkan adalah keluhan pasien pada saat di kaji. Berisi informasi waktu gangguan tidur, penyebab kelelahan, perubahan psikologis pada kulit, sehingga ada kemungkinan gangguan tidur, istirahat dan intoleransi aktivitas.

3. 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.

4. Riwayat Penyakit 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.

1.3.1.3 Pengkajian Pendekatan Persistem

1. B1 (Breathing)

Pemeriksaan toraks melibatkan organ paru dan jantung, pada umumnya ditanyakan bentuk dada, kondisi paru termasuk asimetri, gerakan pernafasan, bila ada tremor, ronki. Anda dapat melihat batas waktu perkusi, suara perkusi apa yang terdengar (suara atau gendang telinga jika udara di paru atau pleura meningkat, lemah atau tumpul jika ada konsolidasi jaringan paru, dan lain-lain. Pada saat auskultasi paru-paru dapat diidentifikasi sebagai suara napas normal atau tambahan, seperti rales lembab atau kering, krekels, kerincingan, dan suara lain di daerah lobus kanan atas, lobus kiri bawah, lobus kanan bawah, lobus kiri bawah. Kemudian, selama serangan jantung pemeriksaan, Anda dapat memeriksa detak puncak atau yang disebut ictus cordis dan aktivitas ventrikel, getaran berisik (menggigil), bunyi jantung atau murmur jantung dan lain-lain, waktu hidup kapiler (CRT).

2. B2 (Blood)

Pemeriksaan jantung dapat untuk memeriksa denyut nadi puncak atau disebut ictus cordis dan aktivitas ventrikel, tremor, suara jantung atau suara jantung dan lain-lain, capillary life time (CRT).

3. B3 (Brain)

Kepala:

Dapat mengevaluasi bentuk dan ukuran kepala, rambut dan kulit kepala, ubun-ubun, simetri wajah, bengkak, mata dilihat dari penglihatan, bulu mata alis, konjungtiva sklera, Cup Conjunctival, pupil, vitreous, supra-ear dapat dinilai pada daun telinga, liang telinga,

membran timpani, tulang mastoid, pendengaran, hidung dan mulut' untuk trismus (kesulitan membuka mulut), bibir dan gusi, jika ada tanda-tanda radang, lidah, air liur, faring dan laring.

Leher :

Leher kaku, dengan atau tanpa benjolan di leher, yang ditentukan oleh ukuran, bentuk, lokasi, konsistensi, dan ada tidaknya nyeri menelan

4. B4 (Bladder)

Tidak bisa BAK, penurunan urine output < 400ml/hangri (oliguria) sampau anuria, terjadi penurunan libido berat, secara normal kandung kemih tidak dapat diperkusi, kecuali volume urine diatas 150 ml. Jika terjadi distensi, abdomen kembung, perubahan warna urine lebih pekat atau gelap.

5. B5 (Bowel)

Data yang dikumpulkan adalah data pemeriksaan tentang ukuran atau bentuk perut, dinding perut, bising usus, adanya ketegangan dinding perut ata adanya nyeri tekan serta dilakukan palpasi pada organ hati, limpa, ginjal, kandung kemih yang ditentukan adanya tidaknya nyeri dan pembesarran pada organ tersebut. Kemudian pemeriksaan pada daerah anus, rektum, serta genetaliannya.

6. B6 (Bone)

Diperiksa adanya rentang gerak, keseimbangan dan gaya berjalan, genggaman tangan, otot kaki dan dapat dinilai kontraktur atau tidak dan lain-lain. Data yang dikumpulkan pada pemeriksaan neurologis antara lain adanya tanda gangguan neurologis seperti kejang, tremor parese dan paralisis, pemeriksaan reflek superfisial, reflek tendon dalam, reflek patologis, tanda rangsang meningeal, kak kuduk, pemerikaan brudzinski, dan tanda kernig, uji kekuatan otot dan tonus, pemeriksaan syaraf otak dan lain-lain.

1.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaiann klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang

dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Diagnosa yang mungkin muncul adalah:

1. Gangguan Pola tidur

Gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Faktor yang berhubungan meliputi : 1) Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan); 2) Kurang kontrol tidur; 3) Kurang privasi; 4) Restraint fisik; 5)Ketiadaan teman tidur; 6) Tidak familiar dengan peralatan tidur. Tanda dan gejala mayor yang muncul pada diagnosis ini secara subjektif tidak ada, secara objektif adalah mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup. Adapun tanda dan gejala minor secara subjektif tidak ada, secara objektif adalah mengeluh kemampuan beraktivitas menurun. Kondisi terkait pada diagnosis ini adalah nyeri/kolik, hipertirodisme, kecemasan, penyakit paru obstruktif kronis, kehamilan, periode pasca partum, kondisi pasca operasi (PPNI, 2016)

1.3.3 Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan pada diagnose gangguan pola tidur (D.0055) dengan tujuan setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik, dengan kriteria hasil (L.05045): 1) Keluhan sulit menurun; 2) Keluhan sering terjaga menurun; 3) Keluhan tidak puas tidur menurun; 4) Keluhan pola tidur berubah menurun; 5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun (PPNI, 2019). Intervensi pada gangguan pola tidur adalah dukungan tidur (I.05174) meliputi Observasi: 1) Identifikasi pola aktivitas dan pola tidur menggunakan instrument SQS (Sleep quality scale); 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau

psikologis). Terapeutik: 3) Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu matras, dan tempat tidur). Edukasi: 1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit; 2) Lakukan terapi instrument musik (PPNI, 2018).

1.3.4 Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat pada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti and Mulyari, 2017) dalam (Suprpto; et al., 2022).

1.3.5 Evaluasi

Evaluasi adalah proses keberhasilan tindakan keperawatan yang membandingkan antara proses dengan tujuan yang telah ditetapkan, dan menilai efektif tidaknya dari proses keperawatan yang dilaksanakan serta hasil dari penilaian keperawatan tersebut digunakan untuk bahan perencanaan selanjutnya apabila masalah belum teratasi (Suprpto; et al., 2022).

1.4 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis menarik rumusan masalah dengan Karya Ilmiah Akhir Ners ini yaitu “Bagaimana Pengelolaan Asuhan Keperawatan dengan Penerapan Intervensi Terapi instrument musik untuk Mengatasi Gangguan Pola Tidur pada pasien Chronic Kidney Disease di Ruang Teratai Bawah RSUD Sidoarjo”.

1.5 Tujuan

1.5.1 Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan Analisis Asuhan Keperawatan pada pasien Chronic Kidney

Disease dengan masalah gangguan pola tidur melalui intervensi terapi instrument musik di ruang Teratai Bawah RSUD Sidoarjo.

1.5.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis pengkajian pada pasien Chronic Kidney Disease
2. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien Chronic Kidney Disease
3. Menganalisis intervensi terapi non farmakologis dengan pemberian teknik terapi instrument musik untuk meningkatkan kualitas tidur pada pasien Chronic Kidney Disease
4. Mengimplementasikan rencana keperawatan pada pasien Chronic Kidney Disease
5. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien Chronic Kidney Disease

1.6 Manfaat

1.6.1 Manfaat Aplikatif

1. Bagi Perawat
Sebagai dasar dalam mengembangkan ilmu pengetahuan terutama dalam pemberian intervensi keperawatan mandiri serta mengembangkan keterampilan perawat dalam penatalaksanaan dalam dukungan tidur.
2. Bagi Pasien
Sebagai pengetahuan untuk mengatasi gangguan pola tidur yang dirasakan khususnya bagi pasien Chronic Kidney Disease yang mengalami gangguan pola tidur.
3. Bagi Rumah Sakit
Sebagai bahan pertimbangan untuk menerapkan intervensi terapi instrument musik untuk menurunkan gangguan pola tidur.
4. Bagi Institusi Pendidikan
Hasil studi kasus dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi bahan tambahan referensi tentang pemberian teknik terapi instrument musik terhadap penurunan gangguan pola tidur.

1.6.2 Manfaat Keilmuan

Studi kasus ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, wawasan dan sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang keperawatan khususnya tentang penerapan terapi non farmakologi melalui pemberian intervensi terapi instrument musik dalam untuk mengatasi gangguan pola tidur pada pasien Chronic Kidney Disease di ruang Teratai Bawah RSUD Sidoarjo.

