



Laporan Kasus Dengan Masalah Gangguan Pola Tidur Pada Pasien *Chronic Kidney Disease* Di Ruang Dahlia Rsud Wates

Putri Wahyuningsih^{1*}, Hamudi Prasestiyo²

^{1,2}Keperawatan, Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

^{1*}wahyuningsihputri18@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang: Penyakit ginjal kronis (*Chronic Kidney Disease*) merupakan penyakit gagal ginjal dimana terdapat penurunan fungsi ginjal yang ditandai dengan penurunan *glomerulus filtration rate* (GFR). Terapi yang sering dilakukan oleh penderita CKD adalah dengan cara hemodialisis dan peritoneal dialisis. **Tujuan :** memberikan gambaran penerapan intervensi dzikir pada pasien CKD dengan diagnosis keperawatan gangguan pola tidur di ruang Dahlia RSUD Wates. **Metode:** penelitian ini adalah penelitian studi kasus observasional yang mengeksplorasi masalah keperawatan terutama gangguan pola tidur. Teknik pengumpulan data yang digunakan berupa wawancara, dan observasi. **Hasil:** Pengkajian Pada penapisan paliatif diperoleh skor 5 yaitu pasien tersebut perlu intervensi palliative. Dalam Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) pasien mengalami tidak bisa tidur, pasien dengan depresi sedang. Didalam aktivitas fisik pada pasien terdapat skor *karnofsky* 50 % yaitu sering memerlukan bantuan, sering memerlukan perawatan medis. Dalam kebutuhan spiritualnya pasien CKD adalah 76 dimana merupakan spiritual sedang. **Kesimpulan:** pasien mengalami peningkatan kualitas tidur menggunakan Instrumen yang digunakan adalah *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). setelah dilakukan intervensi dzikir yang ditandai dengan penurunan skor PSQI dari 17 menjadi 12 atau dari kategori berat menjadi kategori ringan kemudian pasien mampu tidur lebih cepat yang biasanya lebih dari jam 12 malam, setelah dilakukan intervensi dzikir pasien mampu tidur kurang dari jam 10 malam.

Kata Kunci : *Chronic Kidney Disease*, Gangguan Pola Tidur, Paliatif; Terapi Dzikir

PENDAHULUAN

Berdasarkan data dari World Health Organization (WHO) pada tahun 2019 pasien gagal ginjal kronis di dunia berjumlah 15% dari populasi dan telah menyebabkan 1,2 juta kasus kematian. Penyakit gagal ginjal kronik telah menjadi penyebab kematian 850.000 orang setiap tahunnya. Angka tersebut menunjukkan bahwa penyakit Gagal Ginjal Kronik (GGK) menduduki peringkat ke 12 tertinggi penyebab angka kematian di dunia. Pada tahun 2020, jumlah kasus kematian akibat gagal ginjal kronis sebanyak 254.028 kasus. Tahun 2021 sebanyak lebih dari 843,6 juta dan diperkirakan jumlah kematian akibat gagal ginjal kronis akan meningkat mencapai 41,5% pada tahun 2040.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018), menyatakan bahwa empat dari 1000 penduduk di Indonesia menderita gagal ginjal. Selain itu, data tersebut juga menunjukkan adanya peningkatan prevalensi populasi umur > 15 tahun yang terdiagnosis GGK yaitu sebesar 0,38%. Jumlah ini meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2013 yang hanya 0,2%. Hasil Riskesdas (2018) juga menunjukkan kelompok umur 65074 tahun memiliki prevalensi paling tinggi sebesar 0,82% dan prevalensi pada laki-laki (0,42%) lebih tinggi dari perempuan (0,35%). Prevalensi lebih tinggi terjadi pada masyarakat yang tidak bersekolah (0,57%) dan tidak bekerja (0,48%). Sedangkan prevalensi tempat tinggal perdesaan dan perkotaan sama yaitu 0,38%. Kemudian provinsi dengan prevalensi tertinggi adalah Kalimantan Utara sebesar 0,64% diikuti Maluku Utara 0,56% dan Sulawesi Utara 0,53%.

D.I Yogyakarta menempati posisi keempat besar dengan prevalensi gagal ginjal di Indonesia yaitu 6,1% berdasarkan Kementerian Kesehatan RI tahun 2018. Menurut (P2PTM, 2017) dalam (Pipin, 2023) berdasarkan laporan dari Depkes provinsi D.I.Y melaporkan terdapat 416 kasus baru penyakit ginjal pada tahun 2015. Kota Yogyakarta menduduki peringkat pertama dengan 175 kasus, Kabupaten Sleman menduduki peringkat kedua dengan 168 kasus dan Kabupaten Kulon Progo menduduki peringkat ketiga dengan 73 kasus.

Penyakit ginjal kronis (*Chronic Kidney Disease*) merupakan penyakit ginjal dimana terdapat penurunan fungsi ginjal yang selama periode bulanan hingga tahunan yang ditandai dengan penurunan *glomerulus filtration rate* (GFR) secara perlahan dalam periode yang lama. *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah suatu proses patofisiologi dengan etiologi yang beragam dan mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang irreversible dan progresif dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia. Gagal ginjal kronik merupakan penyakit yang tidak dapat dipulihkan karena dampak yang merusak pada ginjal sehingga masuk kedalam perawatan paliatif care. Perawatan paliatif pada pasien dengan gagal ginjal kronis (CKD) adalah perawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, salah satu kualitas hidup pasien menurut Abraham Maslow adalah kebutuhan tidur (Munthe et al. 2023).



Pada stadium dini Chronic Kidney Disease (CKD) terjadi kehilangan daya cadang ginjal. Kemudian terjadi penurunan fungsi nefron yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Pada keadaan LFG sebesar 60% pasien masih asimtomatik. Selanjutnya pada LFG sebesar 30% mulai timbul keluhan pada pasien seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan berkurang dan penurunan berat badan. Setelah kadar dibawah LFG 30% pasien memperlihatkan gejala dan tanda uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor kalsium dan gangguan keseimbangan elektrolit. Pada saat LFG di bawah 15% terjadi gejala dan komplikasi yang serius, pada tahap ini pasien sudah membutuhkan terapi pengganti ginjal (Renal Replacement Therapy) antara lain hemodialisa, peritoneal dialisis atau transplantasi ginjal. Seiring berjalannya waktu komplikasi tersebut akan membuat kualitas hidup dan emosional pasien menjadi terganggu, salah satunya pola tidur (Abdillah, 2017)

Menurut Potter dan Perry, kebutuhan untuk tidur sangat penting bagi kualitas hidup semua orang. Tiap individu memiliki kebutuhan tidur yang berbeda dari kuantitas maupun kualitas. Menurut (Diawati, 2023) kualitas tidur adalah keadaan dimana tidur yang dijalani seorang individu menghasilkan kesegaran dan kebugaran disaat terbangun. Tarwoto dalam (Shidiq, 2023) mengatakan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas tidur yaitu penyakit yang diderita, lingkungan, motivasi, kelelahan, kecemasan, alkohol dan obat-obatan. Kualitas tidur yang cukup menyebabkan energi dapat digunakan untuk proses pemulihan sel-sel tubuh. Apabila kualitas tidur terganggu maka regenerasi sel-sel tubuh tidak akan maksimal sehingga tubuh lebih rentan terhadap penyakit, oleh karena itu kebutuhan tidur harus diperhatikan (Sari, 2024). Salah satu solusi supaya tubuh lebih rileks dan dapat membantu supaya lebih cepat tidur adalah dengan cara spiritual atau dalam muslim disebut dengan dzikir.

Dalam agama islam dzikir merupakan bentuk memasrahkan diri kepada Allah SWT. Terapi dzikir ini adalah sikap atau perilaku pasif dan pasrah dengan mengucapkan kata atau kalimat yang berulang-ulang sehingga akan menimbulkan respon relaksasi atau tenang. Menurut (Romadoni, Shofroh, and Imardiani 2015) dengan mengulang kata atau kalimat dzikir yang dipilih dapat membangkitkan kondisi rileks. Gangguan tidur juga dapat disebabkan oleh konflik pada individu itu sendiri sehingga mengakibatkan kecemasan, untuk itu hal tersebut dapat diredakan dengan sikap penerimaan diri terhadap konflik, tidak menentang atau marah, serta pasif menghadapi masalah. Secara fisiologi saraf simpatik yang membuat tegang dapat diturunkan fungsinya dan menaikkan saraf parasimpatik.

METODE

1. Desain Penelitian
Penelitian ini adalah penelitian studi kasus observasional yang mengeksplorasi masalah keperawatan terutama gangguan pola tidur.
2. Subjek Penelitian
Subjek penelitian pada studi kasus ini adalah pasien palliative dengan gangguan urologi khususnya dengan diagnose CKD yang memiliki masalah dalam pola tidur.
3. Teknik Pengumpulan Data
 - a. Data Primer
Observasi dilakukan dengan pengamatan langsung pada responden untuk mengobservasi keadaan umum, kesadaran, *vital sign* dan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan untuk mengetahui keadaan fisik pasien secara sistematis (Nursalam, 2009) yang meliputi inspeksi yaitu pemeriksaan dengan menggunakan indera penglihatan, pendengaran dan penciuman. Palpasi yaitu pemeriksaan dengan menggunakan indera peraba; tangan dan jari-jari untuk mendeterminasi ciri-ciri jaringan atau organ seperti tempeatur, keelastisan, bentuk ukuran, kelembaban dan penonjolan. Perkusi adalah pemeriksaan yang meliputi pengetukan permukaan tubuh untuk menghasilkan bunyi yang akan membantu dalam penentuan densitas, lokasi dan posisi struktur dibawahnya. Auskultasi adalah tindakan mendengarkan bunyi yang ditimbulkan oleh bermacam-macam organ dan jaringan tubuh. Serta menggunakan instrument *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) untuk mengetahui kualitas tidur pasien.
 - b. Data Sekunder
Data sekunder diperoleh dengan cara melakukan studi dokumentasi pada semua bentuk informasi yang berhubungan dengan dokumen, baik dokumen resmi maupun tidak resmi, misalnya laporan, catatan-catatan di dalam kartu klinik (Notoatmodjo, 2010).
4. Analisa Data
 - a. Reduksi Data
Reduksi Data dilakukan sejak pengumpulan data dimulai dengan membuat ringkasan, mengkode, menelusuri tema, membuat gugus-gugus, menulis memo dan sebagainya dengan maksud menyisihkan data atau informasi yang tidak relevan, reduksi data berupa hasil wawancara terhadap subjek penelitian yaitu pasien palliative dengan CKD.
 - b. Penyajian Data



Penyajian data berbentuk teks naratif dalam bentuk catatan-catatan hasil wawancara dengan pasien dan keluarga pasien palliative dengan CKD di ruang Dahlia RSUD Wates. Hasil observasi dan hasil pemeriksaan fisik sebagai informasi tersusun yang memberikan kemungkinan penarikan kesimpulan dan verifikasi.

c. Penarikan Kesimpulan

Penarikan kesimpulan dilakukan dengan mencari karakteristik factor pasien palliative dengan CKD. Dengan demikian, aktivitas analisis merupakan proses interaksi antara ketiga langkah data tersebut dan merupakan proses siklus sampai kegiatan penelitian selesai. Sesuai dengan metode penelitian, teknik analisa data yang digunakan peneliti dalam penelitian ini adalah secara deskriptif. Analisa data dilakukan dengan cara mengatur secara sistematis pedoman wawancara, format asuhan keperawatan dan data kepustakaan. Verifikasi dilakukan dengan melihat kembali reduksi data maupun penyajian data.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Data Pengkajian

Tabel 3.1 Karakteristik umum responden

No.	Karakteristik Pasien	
1	Inisial Pasien	Ny. S
2	Usia	53 Tahun
3	Jenis kelamin	Perempuan
4	Pendidikan	SMP
5	Pekerjaan	IRT
6	Agama	Islam
7	Status perkawinan	Kawin
8	Diagnosa Medis	CKD St. V

Berdasarkan tabel 3.1 didapatkan data bahwa pasien berusia 53 tahun, dengan jenis kelamin perempuan datang ke RSUD Wates pada tanggal 11 Desember 2024 karena keluhan lemas. Diagnosis medis yang ditetapkan pada pasien adalah *Chronic Kidney Disease* (CKD). Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan asam urat. Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh sulit tidur dan tidak puas dengan tidurnya.

Table 3.2 Pengkajian Paliatif

1. Penyakit dasar	b. skor 2
a. Kanker (metastase/rekuren)	
b. PPOK lanjut	
c. Stroke dengan penurunan fungsional	
d. Penyakit gagal ginjal kronis	
e. Penyakit jantung berat (CHF, CAD berat, CM (LVEF kurang dari 25%)	
f. HIV/AIDS	
2. Penyakit komorbiditas	
a. Penyakit hati kronis	



- b. Penyakit ginjal moderat
 - c. Gagal jantung kongestif
 - d. Kondisi/komplikasi lain malnutrisi
 - e. Infeksi barulang
 - f. Keterlambatan perkembangan
 - g. Kelainan jantung
3. Status fungsional pasien menggunakan status performa (eastern cooperative oncology group) b. skor 2
- a. Aktif penuh
 - b. Terdapat hambatan dalam aktivitas berat tapi dapat melakukan semua aktivitas diatas 50% jam bangun
 - c. Dapat mengurus diri tetapi tidak dapat melakukan aktivitas diatas 50% jam bangun
 - d. Dapat mengurus diri secara terbatas, lebih banyak waktunya di tempat tidur atau kursi roda
 - e. Tidak dapat mengurus diri sendiri, kondisi berat/cacat
4. Kriteria lain yang perlu dipertimbangkan pasien: f. Skor 1 dirawat di RS dengan skor yang sama
- a. Tidak akan menjalani terapi kuratif
 - b. Kondisi penyakit berat dan memilih tidak melanjutkan terapi
 - c. Nyeri tidak teratasi lebih dari 24 jam
 - d. Terdapat keluhan yang tidak terkontrol (mual, muntah, sesak napas)
 - e. Terdapat kondisi psikologis dan spiritual yang perlu perhatian
 - f. Sering berkunjung ke IGD/dirawat di rumah sakit diatas 2x/bulan dengan diagnosis yang sama
 - g. Lebih dari 1x untuk diagnosis yang sama dalam 3 hari
 - h. Memiliki lama perawatan tanpa kemajuan yang bermakna
 - i. Lama rawat yang panjang di ICU
 - j. Memiliki prognosis yang buruk

Petunjuk skoring:

Total skor pasien 5 (perlu intervensi paliatif)

Total skor 0-2 tidak perlu intervensi paliatif

Total skor 3 observasi

Total skor diatas 4 perlu intervensi paliatif

Pada penapisan paliatif diperoleh skor 5 yaitu pasien tersebut perlu intervensi palliative. Setelah dilakukan pengkajian *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)* diperoleh hasil tidak terdapat rasa nyeri, tidak mengeluh mual, tidak ansietas, tidak ada rasa ngantuk, terdapat depresi dan kelelahan dengan skor 5, nafsu makan menurun, kualitas hidup menurun dan masih terdapat sesak napas. Berdasarkan aktifitas fisik pasien mengalami hambatan melakukan pekerjaan, 50% untuk tidak dan hanya bisa mengurus dirinya sendiri dan tidak mampu mengerjakan pekerjaan lain. Disamping itu pasien sering memerlukan bantuan dan sering memerlukan bantuan medis. Hasil pengkajian nyeri didapatkan pasien mengeluh lengan bagian kiri dengan skala nyeri --- dari 10. Berdasarkan hasil skor spiritual well being scale didapatkan skor 76 yang menandakan bahwa pasien mengalami kesejahteraan spiritual sedang.

2. Rumusan Dignosis Keperawatan

Tabel 1.2 Rumusan Diagnosis Pasien

No.	Diagnosa Keperawatan
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi haemoglobin
2	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan
3	Nausea b.d gangguan biokimia (uremia)

Dapat disimpulkan bahwa diagnosis yang diangkat berjumlah 5 diagnosis keperawatan yaitu perfusi perifer tidak efektif, gangguan pola tidur dan nausea.

3. Tujuan Keperawatan

Memberikan gambaran penerapan intervensi terapi dzikir untuk meningkatkan kualitas tidur pada pasien paliative dengan *chronic kidney disease (CKD)*.

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan diagnosis yang telah dibuat diantaranya perfusi perifer tidak efektif, gangguan pola tidur dan nausea. Intervensi-intervensi tersebut dirumuskan dengan jelas baik di itu tindakan mandiri ataupun kolaboratif berdasarkan tabel dibawah ini :

Tabel 1.3 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	Gangguan pola tidur	a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur b. Identifikasi faktor pengganggu tidur c. Modifikasi lingkungan d. Memberikan terapi dzikir e. Mengajarkan relaksasi oto autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya

Pada penelitian ini fokus intervensi yang dilakukan adalah gangguan pola tidur. Gangguan pola tidur yang dimaksudkan adalah untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas tidur yang dialami pasien. Maka dari itu, intervensi pada pasien berfokus pada terapi dzikir. Dengan intervensi tersebut diharapkan kuantitas dan kualitas tidur pasien dapat meningkat sehingga kenyamanan yang dirasakanpun meningkat.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari yang dihitung sejak 16 s.d 18 Desember 2024. Implementasi yang dilakukan terhadap pasien dengan perencanaan yang telah dibuat diantaranya :

Untuk diagnosis kedua gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, implementasi yang dilakukan diantaranya memonitor pola aktivitas dan tidur, memonitor kualitas tidur dengan psqi, mengecek tanda-tanda vital, memonitor pencahayaan lampu di ruangan pasien, memberikan pasien posisi fowler, memodifikasi lingkungan sesuai mood, memberikan obat oral haloperidol dan memberikan terapi dzikir.

6. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan intervensi selama 3x8 jam, maka didapatkan hasil keadaan pasien pada tabel berikut :

Tabel 3.4 Evaluasi Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Keperawatan
1.	Gangguan pola tidur	Teratasi sebagian

Pada diagnosis pertama, risiko perifer tidak efektif, didapatkan hasil pasien mengatakan rasa lemas dan pusing mulai berkuang, TD 180/109, S :36,5°C, SpO2 97%, RR : 22 x/menit, N : 103 x/meni, edema perifer menurun dari 5 menjadi 3.. Jadi, masalah risiko perfusi prefer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi haemoglobin teratasi sebagian karena pasien sudah merasa lemas dan pusing mulai berkurang serta terdapat penurunan edema perifer.

Diagnosis kedua, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, didapatkan hasil pasien mengatakan bisa tidur kurang dari jam 10 serta terdapat penurunan skala kualitas tidur dari point 17 (kualitas tidur buruk) menjadi point 12 (kualitas tidur sedang). Jadi, masalah keperawatan ini teratasi sebagian karena terdapat penurunan skala kualitas tidur berdasarkan instrument *Pittsburgh Sleep Quality (PSQI)*.

Diagnosis ketiga, nausea berhubungan dengan gangguan biokimia (uremia), didapatkan hasil pasien masih mengatakan masih terasa mual dan muntah serta tidak ada peningkatan nafsu makan yang masih sama dari awal pengkajian. Oleh karena itu, masalah keperawatan ini belum teratasi.

7. Gambaran pelaksanaan tindakan terapi dzikir pada pasien palliative dengan CKD

Implementasi dilakukan selama 3 hari perawatan dari tanggal 16 s.d 18 Desember 2024. Intervensi dilakukan selama 2 kali dalam satu hari dengan waktu 20 menit. Sebelum dilakukan implementasi pasien terlebih dahulu dilakukan pengkajian kualitas tidur dengan menggunakan instrument instrument *Pittsburgh Sleep Quality (PSQI)*. Instrument ini merupakan instrument yang digunakan untuk mengukur kualitas tidur pasien. Setelah dilakukan pengkajian menggunakan instrument PSQI didapatkan skor 17 yang berarti kualitas tidur yang dialami pasien masuk dalam kategori buruk. Implementasi dzikir dilaksanakan 2 kali sehari, ketika sudah 3 hari dilakukan implementasi, maka pasien dikaji lagi tingkat kualitas tidurnya dengan menggunakan instrument PSQI untuk mengetahui apakah sudah terjadi peningkatan kualitas tidur atau tidak.

Pembahasan

1. Data Pengkajian

a. Identitas

1) Usia

Merupakan salah satu faktor risiko utama pada beberapa penyakit. Seperti pada penelitian yang dilakukan oleh (Pratiwi, 2024) yang menyebutkan sebanyak 81 responden (34,6%) usia 55-65 tahun mendominasi penyakit CKD. Menurut *Center's for Disease Control and Prevention*, setelah memasuki usia lanjut, filtrasi ginjal akan semakin menurun dari waktu ke waktu dan penurunan ini diprediksi sekitar 1% per tahun. Penurunan fungsi ginjal akibat proses degenerative dapat menyebabkan fungsi ekskresi glomerulus dan tubulus menurun serta dapat meningkatkan prevalensi gagal ginjal kronik (Puspanegara 2019).

2) Jenis Kelamin

Responden dalam penelitian ini adalah perempuan. Secara teori perempuan cenderung memiliki prevalensi dengan angka kejadian yang sedikit apabila dibandingkan dengan laki-laki, karena laki-laki memiliki hormone androgen yang dapat mempercepat kerusakan ginjal, sedangkan hormone estrogen pada perempuan memiliki sifat protektif (Farhani 2024).

3) Pekerjaan

Pasien tidak bekerja namun aktivitas sehari-hari yaitu melakukan kewajiban sebagai ibu rumah tangga seperti mencuci, memasak dan bersih-bersih rumah. Penyakit CKD tidak memandang latar belakang pekerjaan, namun tingginya tingkat stress, dimana stress dapat menyebabkan faktor risiko CKD (Puspanegara 2019).



- 4) Pendidikan
Pasien memiliki tingkat pendidikan SMP. Kejadian CKD tidak ada hubungannya dengan tingkat pendidikan, namun tingkat pendidikan yang semakin tinggi pada pasien maka akan membuat pasien mudah untuk menerima informasi dan mengelola gaya hidupnya, termasuk pencegahan maupun perawatan penyakitnya.
- b. Keluhan utama
Dari hasil pengkajian ditemukan Ny. S mengatakan badannya terasa lemah, kepala terasa pusing, pasien merasa ingin mual muntah serta pasien mengeluh tidak bisa tidur. Hal ini terjadi karena pada pasien *Chronic Kidney Disease* terjadi penumpukan racun dan kotoran dalam darah sehingga atau disebut dengan penimbunan asam laktat yang disebabkan karena ginjal tidak mampu menyaring racun tersebut dengan sempurna.
- c. Riwayat kesehatan lalu
Berdasarkan kesehatan masa lalu pasien memiliki riwayat hipertensi dan asam urat. Hipertensi adalah penyebab utama seseorang terkena gagal ginjal kronik. Hal ini terjadi karena hipertensi yang terjadi cukup lama akan membuat resistensi arterioler aferen mengalami perubahan dengan telah menyempitnya aferen akibat struktur mikrovaskuler yang berubah. Akibatnya iskemi glomerular terjadi dan demikian juga pada respon inflamasi yang berakhir pada pelepasan mediator inflamasi yang terjadi dan kemudian mengaktifasi angiotensin II intrarenal dan meningkatnya produksi matriks dan adanya deposit pada mikrovaskular glomerulus dan berakhir pada kondisi nefrosklerosis akibat hipertensi tersebut.
- d. Tanda-tanda vital
 1. Nadi
Hasil pemeriksaan nadi pada kasus didapatkan 120 x/menit. Menurut WHO (2011), nadi normal orang dewasa adalah 60x/menit – 100x/menit, sehingga nadi pasien dikatakan tidak normal.
 2. Respirasi dan Saturasi Oksigen
Perhitungan frekuensi napas pada Ny. S didapatkan hasil 22x/menit dengan saturasi 99%. Menurut Ebersole P, dkk (2014) menyatakan bahwa, frekuensi napas normal pada orang dewasa adalah 16x/menit – 20x/menit sehingga dapat disimpulkan bahwa frekuensi napas Ny. S abnormal. Menurut Hidayat (2019) menyatakan bahwa saturasi oksigen adalah persentase haemoglobin yang berikatan dengan oksigen dalam arteri, saturasi oksigen normal adalah antara 95%-100% sehingga dapat disimpulkan bahwa saturasi oksigen Ny. S dalam rentang normal.
 3. Sistem pernapasan
Hasil pemeriksaan sistem pernapasan pada pasien didapatkan bahwa pasien terpasang O₂. Hal ini terjadi karena kompensasi paru-paru terhadap ginjal. Dilihat dari hasil frekuensi napas Ny. S adalah 22x/menit.
 4. Rokok dan obat-obatan
Hasil pengkajian didapatkan bahwa pasien tidak pernah merokok, tetapi rokok merupakan salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi yang akan menjadi sumbatan ke pembuluh darah. Hipertensi merupakan salah satu faktor terjadinya gagal ginjal kronik.
 5. Test diagnostic
Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien GGK adalah cek serum kreatinin. Serum kreatinin menjadi salah satu rumus untuk mencari *Glomerular Filtration Rate* atau GFR yang akan menentukan stadium GFR. Jika GFR kurang dari 15 maka harus dilakukan hemodialisa.
 6. Farmakologi
Pemberian farmakoterapi pada pasien diantaranya kalnek 500g/8 jam melalui intravena, omeprazole 1A/12jam melalui intravena, furosemide 1A/12jam intravena, sucralfat 3xsendok teh melalui oral, asam folat 3x1, haloperidol 1x1,5mg. Pada kasus ini haloperidol digunakan untuk mengatasi gangguan tidur pasien, karena cara kerja obat ini yaitu menghambat efek dopamine sistem syaraf pusat dan membuat pasien lebih tenang.
2. Analisis Diagnosis Keperawatan
Pasien memiliki diagnosis keperawatan risiko perifer, gangguan pola tidur dan mual. Dimana hal tersebut sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Dinarti & Mulyani (2017) dalam SDKI PP PPNI (2017) bahwasannya diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien gagal ginjal kronik yaitu seperti hipervolemia, perfusi perifer tidak efektif, gangguan integritas kulit, risiko penurunan curah jantung, pola napas tidak efektif, gangguan pola napas, mual, defisit nutrisi, nyeri kronis, intoleran aktivitas dan gangguan pola tidur. Disisi lain diagnosis keperawatan pada setiap pasien tentunya akan berbeda atau tidak harus semuanya sama pada setiap pasien karena kondisi klinis pasien sangat berpengaruh dan dapat berbeda pada setiap orang.
Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Gangguan pola tidur pada pasien palliative dengan CKD disebabkan karena pasien terlalu cemas karena pemikiran penyakit yang diderita, mengingat palliative care merupakan perawatan yang dilakukan bukan untuk menyembuhkan penyakit, tetapi hanya untuk meringankan keluhan pasien dan bertujuan supaya kualitas hidup pasien lebih baik.

Kebutuhan tidur merupakan kualitas hidup manusia yang harus dipenuhi. Salah satu cara untuk mengatasi kualitas tidur adalah dengan terapi dzikir. Penggunaan terapi dzikir adalah supaya lebih mendekatkan diri kepada Allah SWT dan ikhlas atas segala ketentuannya. Sesuai dengan firman (QS. Ar-Ra'd:28) yang artinya "Yaitu orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenang dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingat Allah-lah hati menjadi tenang". Gabungan antara pikiran dan materi, antara jiwa dan tubuh merupakan hubungan yang tidak dapat dipisahkan keduanya yang saling mempengaruhi. Jadi ketika jiwa menjadi mulai tenang maka tubuh pun akan merespon dengan menjadi tenang juga.

3. Analisis Intervensi Keperawatan

Salah satu cara yang dilakukan untuk mengatasi gangguan pola tidur yang dialami pasien adalah dengan terapi dzikir. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hastuti pada tahun 2019, yang menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam kualitas tidur melalui terapi dzikir. Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Yusfar dan Hani pada tahun 2021 juga menunjukkan perubahan yang signifikan dalam kualitas tidur setelah menggunakan intervensi bacaan Al-Iklas, Al-Falaq, An-Naas, ayat kursi, tasbeih, tahmid, takbir dapat meningkatkan kualitas tidur seseorang.

Putra mengatakan bahwa efek melafalkan dzikir akan menstimulasi hipotalamus untuk mempengaruhi kelenjar pineal untuk meningkatkan melatonin. Sekresi melatonin yang optimal diperantarai oleh respon relaksasi yang ditimbulkan dari ibadah melafalkan dzikir. Pada kondisi ini organ, sel dan semua zat dalam tubuh bergerak berfungsi dalam keadaan seimbang, sehingga terjadi rasa tenang dalam tubuh. Menurut (Rendiansyah, 2023), keadaan jiwa yang tenang dapat membuat keseimbangan dalam tubuh yang dapat meningkatkan imun serta dapat meningkatkan kualitas tidur.

Rendiansyah (2023) mengatakan bahwa, dzikir adalah bentuk ibadah yang sangat mudah dilakukan. Tidak seperti ibadah lain yang ditetapkan ketentuan lainnya. Dzikir bisa dilakukan kapan saja dan dimana saja. Secara harfiah, arti dzikir adalah ingat. Dzikir berarti mengingat Allah karena kita akan merasakan penjagaan dan pengawasan-Nya sehingga hati menjadi tenang.

Keadaan otak ketika seseorang yang melakukan dzikir secara diulang-ulang akan menimbulkan berbagai perubahan fisiologis yaitu menurunnya kecepatan detak jantung, kecepatan napas penurunan tekanan darah, penurunan kecepatan metabolisme, keadaan ini disebut dengan relaksasi. Setelah itu otak akan memproduksi zat neuropeptid yang akan menyangkut dan diserap oleh tubuh kemudian memberikan rasa kenikmatan dan kenyamanan (Syahira, 2023).

4. Analisis Implementasi Keperawatan

Penulis melakukan implementasi pada diagnosis gangguan pola tidur dengan cara memberikan terapi dzikir. Tidur disebut sebagai keadaan tidak sadar dimana individu dapat dibangunkan oleh stimulus atau sensoris yang tepat atau dapat juga dikatakan sebagai keadaan yang benar-benar tenang tanpa aktivitas apapun. Salah satu cara untuk mempercepat proses tidur adalah kenyamanan jiwa.

Pada kasus, pasien mengalami gangguan tidur berat dengan skor 17 atau dalam kategori kualitas tidur buruk. Hal ini terjadi karena pasien memikirkan kondisi sakitnya yang tentunya hal ini berpengaruh terhadap ketenangan jiwa yang dialami pasien. Tetapi setelah dilakukan pemberian terapi dzikir, pasien mengalami peningkatan kualitas tidur dari kategori berat menjadi ringan dengan skor PSQI 12.

Hal ini terjadi karena prinsip kerja terapi dzikir yaitu memberikan efek psikologi dan efek neurologis. Lantunan irama tersebut memperbaiki fisiologis saraf-saraf sehingga oeraikan mekanisme tubuh pasien terjadi. Dzikir merupakan sebuah aktifitas berupa ucapan lisan, perbuatan atau pun getaran hati dengan tujuan untuk berpaling dari keadaan lupa dan lalai dengan cara selalu mengingat Allah SWT (Komariyah et al. 2024). Kegiatan membaca berulang-ulang seperti dzikir merupakan salah satu bentuk berkonsentrasi (Muniruddin 2018). Do'a dzikir merupakan salah satu bentuk dari meditasi yang dalam praktiknya berfokus pada kata-kata suci yang dapat memberikan efek ketenangan dan efek seperti latihan relaksasi (Kuling, Widyawati, and Makhfudli 2024).

Peneliti berasumsi bahwa hal ini terjadi karena responden meresapi dan benar-benar melakukan serangkaian intervensi dengan baik dan khusuk, maka manfaat terapi dzikir secara langsung didapatkan oleh responden. Perbaikan kualitas tidur ini juga disebabkan karena adanya peningkatan kerja saraf simpatis. Hal ini sejalan dengan penelitian (Hasanah 2022) mampu memacu system saraf parasimpatis yang mempunyai efek berlawanan dengan system saraf simpatis sehingga menyebabkan terjadinya keseimbangan pada kedua saraf autonomy tersebut. Hal inilah yang menjadi prinsip dasar timbulnya respon relaksasi, yakni terjadinya keseimbangan antara system saraf simpatis dan system saraf parasimpatis (Nurkhasanah, Diyanah Syolihan Rinjani Putri, and Lalu M Panji Azali 2023).

5. Analisis Evaluasi Keperawatan



Evaluasi akhir yang diperoleh bahwa pasien merasa kualitas tidurnya lebih meningkat dibandingkan sebelumnya yang dibuktikan dengan penurunan skor PSQI dari 17 menjadi 12 atau dari kategori kualitas tidur berat menjadi kualitas tidur sedang. Selain itu pasien juga mengatakan bahwa kuantitas tidurnya bertambah dan mampu memulai tidur tidak lebih dari jam 10 malam.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis data dan uraian pembahasan pada “Asuhan Keperawatan Paliatif Dengan Gangguan Spiritual Pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) Di Ruang Dahlia RSUD Wates” dapat diambil kesimpulan gambaran tahapan pelaksanaan proses asuhan keperawatan pada pasien paliatif yang mengalami gangguan pola tidur yang dilakukan terapi dzikir pada Ny.S berusia 53 tahun dengan diagnosis keperawatan yang diangkat berjumlah 5 yaitu resiko perifer tidak efektif, gangguan pola tidur dan nausea. Gambaran pelaksanaan tindakan terapi dzikir dengan durasi 20 menit pada pasien dilakukan selama 3 hari perawatan dengan pemberian terapi dzikir 1 kali dalam 24 jam. Pelaksanaan terpai dzikir ini tahap pertama yang dilakukan adalah mengkaji kualitas tidur pasien dengan menggunakan instrumen PSQI, kemudian apabila sudah didapatkan hasil segera lakukan terapi dzikir. Gambaran respin sebelum dan sesudah dilakukan terapi dzikir, pasien mengalami peningkatan kualitas dan kuantitas tidur. Pada awalnya kualitas tidur pasien dalam kategori berat dengan skor 17 dan setelah dilakukan terapi dzikir menjadi kategori sedang dengan skor 12 berarti ada penurunan 5 skor. Kemudian, dalam hal kuantitas tidur pasien mengatakan mampu tidur sebelum jam 10 malam yang sebelumnya mengeluh tidur dan terbiasa tidur lebih dari jam 12 malam

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terimakasih ini penulis sampaikan kepada pembimbing lahan/*clinical preceptor* ruang Dahlia RSUD Wates yang telah mengizinkan dan membantu selama studi kasus serta mendampingi dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur. Penulis juga mengucapkan terimakasih kepada dosen pembimbing yang telah membimbing dan membantu selama penyusunan manuskrip asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdillah, Muhammad Ikhsan. 2017. “Pengaruh Bimbingan Dzikir Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.” *Naskah Publikasi*.
- Diawati, Nia, Nia Risa Dewi, and Anik Inayati. 2023. “Penerapan Terapi Spiritual (Murottal Al-Qur’an) Terhadap Kualitas Tidur Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hemodialisa Di Rsd Jendral Ahmad Yani Metro.” *Jurnal Cendikia Muda* 3(4):486–94.
- Farhani, Shofa Nadia. 2024. “Terapi Dzikir Untuk Menurunkan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Hemodialisa.” 12(3):105–10.
- Hasanah, Ayu Masrurotul. 2022. “Metode Dzikir Dalam Penurunan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Terhadap Terapi Hemodialisa.” *Jurnal Keperawatan Profesional* 10(2):55–77.
- Komariyah, Nur, Dwi Nur Aini, Heny Prasetyorini Program Studi Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Bisnis dan Teknologi, Universitas Widya Husada Semarang, Jl Subali Raya No, Semarang Barat, and Jawa Tengah. 2024. “Hubungan Usia, Jenis Kelamin Dan Tingkat Pendidikan Dengan Kepatuhan Pembatasan Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis.” *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal* 14(1):1107–16.
- Kuling, Suhaedi, Ika Yuni Widyawati, and Makhfudli. 2024. “Pengaruh Kombinasi Intervensi Relaksasi Benson, Terapi Spiritual Dzikir Dan Aroma Terapi Lavender Terhadap Kecemasan Pada Pasien Hemodialisis.” *Jurnal Keperawatan* 16(1):1–10.
- Muniruddin, Muniruddin. 2018. “Bentuk Zikir Dan Fungsinya Dalam Kehidupan Seorang Muslim.” *Jurnal Pemberdayaan Masyarakat* 6(1):17.
- Munthe, Lily Ade Mutiara, Eva Latifah Nurhayati, Fince Kristiani Laia, Chelfin Jekson Ricardo Sinaga, Melva Santaria Pakpahan, Trionya Debora, and Liani Br Ginting. 2023. “Pengaruh Perawatan Paliatif Terhadap Kualitas Hidup Pasien Yang Menjalani Terapi Hemodialisa Di Ruang Hemodialisa Di Rsu Royal Prima Medan.” *MAHESA : Malahayati Health Student Journal* 3(4):900–912.



- Nurkhasanah, Alfi, Diyanah Syolihan Rinjani Putri, and Lalu M Panji Azali. 2023. "Pengaruh Penerapan Murottal Dan Dzikir Terhadap Kualitas Tidur Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Dr. Moewardi." *Journal of Nursing Care & Biomolecular* 8(2):2023–95.
- Patimah, Iin, Suryani S, and Aan Nuraeni. 2015. "Pengaruh Relaksasi Dzikir Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisa." *Jurnal Keperawatan Padjadjaran* v3(n1):18–24.
- Puspanegara, Aditiya. 2019. "Pengaruh Usia Terhadap Hubungan Mekanisme Koping Dengan Kecemasan Ketika Menjalani Terapi Hemodialisa Bagi Para Penderita Gagal Ginjal Kronik Di Kabupaten Kuningan Jawabar." *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal* 10(2):135–42.
- Rendiansyah Taha , Firmawati, Harismayanti. 2023. "Efektifitas Terapi Spiritual Murottal Al-Quran Dan Terapi Dzikir Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien Hemodialisa Di RSUD Toto Kabila." *Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Gizi (JIG)* 1(2):149–60.
- Romadoni, Siti, Naim Mathus Shofroh, and Imardiani. 2015. "Pengaruh Relaksasi Dzikir Asmaul Husna Terhadap Tingkat Stres Pasien Yang Menjalani Hemodialisa." *Seminar Dan Workshop Nasional Keperawatan "Implikasi Perawatan Paliatif Pada Bidang Kesehatan" PENGARUH* 232–37.
- Sari, D. P., E. Rochmawati, and A. Zuhri. 2024. "Pengaruh Terapi Kombinasi Dzikir Dan Aromatherapy Terhadap Kecemasan Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisa: Case Study." *Jurnal Praba ...* (2).
- Shidiq, Yayang Muhammad, and Sitti Rahma Soleman. 2023. "Penerapan Terapi Dzikir Untuk Meningkatkan Kualitas Tidur Pada Lansia Di Panti Usia Lanjut 'Aisyiyah Sumber Surakarta.'" *Jurnal Mahasiswa Ilmu Kesehatan* 1(4).
- Syahira Vanida, Jihan. 2023. "Efektifitas Terapi Dzikir Terhadap Kualitas Tidur." *The Ushuluddin International Student Conference* 1(1):524–36.