

**PENERAPAN TERAPI *SLOW STROKE BACK MASSAGE* (SSBM)  
DALAM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CHRONIC  
KIDNEY DISEASE* (CKD) YANG MENJALANI  
HEMODIALISIS DENGAN GANGGUAN  
*FATIGUE* DI RUANG INTERNE  
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

**KARYA TULIS AKHIR**



**OLEH :**

**IBNU HIDAYAT, S.Tr.Kep**

**NIM.233410012**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
KEMENKES POLTEKKES PADANG  
TAHUN 2024**

**HALAMAN JUDUL**

**PENERAPAN TERAPI *SLOW STROKE BACK MASSAGE* DALAM  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CHRONIC KIDNEY  
DISEASE* YANG MENJALANI HEMODIALISIS DENGAN  
GANGGUAN *FATIGUE* DI RUANG INTERNE  
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

**KARYA TULIS AKHIR**

Diajukan pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik  
Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang Sebagai Persyaratan  
Dalam Menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners



Oleh :

**Ibnu Hidayat, S.Tr.Kep**

**NIM. 233410012**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
KEMENKES POLTEKKES PADANG  
TAHUN 2024**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Judul Karya Tulis Akhir : Penerapan Terapi *Slow Stroke Back Massage* dalam Asuhan Keperawatam pada Pasien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Hemodialisis dengan Gangguan *Fatigue* di Ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang

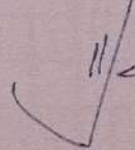
Nama : Ibnu Hidayat, S.Tr. Kep

NIM : 233410012

Karya Tulis Akhir ini telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan Tim Penguji Prodi Pendidikan Profesi Ners Kemenkes Poltekkes Padang.

Padang, 30 Mei 2024

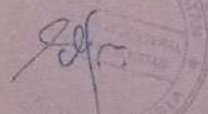
Komisi Pembimbing



(Efitra, S.Kp., M.Kep)

NIP. 19640127 198703 2 002

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Ns. Elvia Maiti, M.Kep, Sp.Kep.Mat)

NIP. 19800423 200212 2 001

## HALAMAN PENGESAHAN

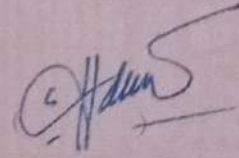
Karya Tulis Akhir (KTA) ini diajukan oleh:

Judul Penelitian : Penerapan Terapi *Slow Stroke Back Massage* dalam Asuhan Keperawatan pada Pasien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Hemodialisis dengan Gangguan *Fatigue* di Ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang  
Nama : Ibnu Hidayat, S.Tr.Kep  
NIM : 233410012

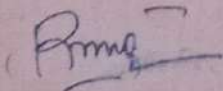
Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji KTA dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar profesi Ners pada program studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang

## DEWAN PENGUJI

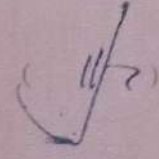
Ketua Penguji : Ns. Idrawati Bahar, S.Kep, M.Kep



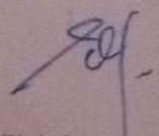
Anggota Penguji : Reni Susanti, S.Kp, M.Kep Ns Sp.Kep.MB



Anggota Penguji : Efitra, S.Kp, M.Kep



Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Ns. Elvia Metti, M.Kep, Sp.Kep.Mat)  
Nip. 19800423 200212 2 001

## PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama Lengkap : Ibnu Hidayat, S.Tr.Kep

NIM : 233410012

Tanggal Lahir : 08 November 2000

Tahun Masuk Profesi : 2023

Nama PA :

Nama Pembimbing KTA : Efitra, S.Kp, M.Kep.

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Karya Tulis Akhir saya, yang berjudul "Penerapan Terapi *Slow Stroke Back Massage* dalam Asuhan Keperawatam pada Pasien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Hemodialisis dengan Gangguan *Fatigue* di Ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang". Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 30 Mei 2024

Yang Membuat Pernyataan



( Ibnu Hidayat, S.Tr.Kep )  
NIM. 233410012

## KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karuniaNya sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini dengan judul **“Penerapan Terapi *Slow Stroke Back Massage* dalam Asuhan Keperawatam pada Pasien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Hemodialisis dengan Gangguan *Fatigue* di Ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang”**. Peneliti menyadari bahwa, peneliti tidak akan bisa menyelesaikan karya tulis akhir ini tanpa bantuan dan bimbingan Ibu **Efitra, S.Kp,M.Kep** selaku pembimbing Karya Tulis Akhir yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan karya tulis akhir ini.

Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Dr. dr. Dovy Djanas, SpOG (K) selaku Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang yang telah memberikan izin dalam pelaksanaan praktek magang profesi ners.
2. Ibu Ns. Widia Wati, M.Kep, Sp.Kep.MB selaku kepala ruangan interne wing A sekaligus pembimbing klinik di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
3. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa, selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.
4. Ibu Ns. Elvia Metti, M.Kep, Sp.Kep.Mat, selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Kemenkes Poltekkes Padang.
5. Bapak Ibu Dosen dan Staf yang telah membantu dan memberikan ilmu dalam pendidikan untuk bekal bagi peneliti selama perkuliahan.
6. Kakak dan Abang perawat di Ruang Interne Wing A yang sudah membantu memberikan masukan dan dukungan moral selama proses penelitian.
7. Teristimewa kepada orang tua dan keluarga yang telah memberikan bantuan dukungan moral dan material kepada peneliti.
8. Rekan-rekan seperjuangan Angkatan 2023 Program Studi Pendidikan Profesi Ners, yang telah banyak membantu peneliti dalam menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini.

Peneliti menyadari Karya Tulis Akhir ini masih terdapat kekurangan. Oleh sebab itu peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan Karya Tulis Akhirini. Akhir kata, peneliti berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya ilmu keperawatan.

Padang, 30 Mei 2024

Peneliti

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG**  
**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**Karya Tulis Akhir, Juni 2024**

**Ibnu Hidayat, S.Tr. Kep**

**Penerapan Terapi *Slow Stroke Back Massage* dalam Asuhan Keperawatam pada Pasien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Hemodialisis dengan Gangguan *Fatigue* di Ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang**

**ABSTRAK**

Chronic Kidney Disease (CKD) terus mengalami peningkatan di dunia dan menjadi masalah kesehatan serius hampir disemua negara termasuk Indonesia. Penderita CKD tahun 2023 menunjukkan bahwa prevelensi penyakit CKD mengalami peningkatan sebesar 3,8% berkisar 713.783 penderita. Penyakit CKD di RSUP M.Djamil Padang menjadi salah satu penyakit terbanyak yang diderita oleh pasien. Pada tanggal 16 Maret-16 April 2024 didapatkan bahwa sebanyak 28 orang pasien menderita penyakit CKD yang menjalani hemodialisa. Penderita CKD akan mengalami kondisi ginjal yang tidak mampu mengeluarkan produk sisa dari dalam tubuh sehingga diperlukan terapi pengganti ginjal atau hemodialisa. Salah satu komplikasi yang terjadi pada pasien hemodialisa yaitu gangguan fatigue. Salah satu terapi non farmakologis untuk mengatasi fatigue pasien CKD adalah *Slow Stroke Back Massage* yang merupakan tindakan pemijatan pada bagian punggung dengan usapan secara perlahan selama 3-10 menit. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif yang bersifat deskriptif dengan metode pendekatan laporan kasus (*case report*). Penelitian dilakukan di ruang Interne Wanita Wing A RSUP.Dr.M.Djamil Padang. Waktu penelitian bulan April-Mei 2024 dengan jumlah sampel adalah 2 orang partisipan. Hasil penelitian partisipan I didapatkan nilai FFS dari 41 menjadi 18, sedangkan pada partisipan II didapatkan nilai FFS dari 35 menjadi 15. Maka dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh terapi *Slow Stroke Back Massage* terhadap gangguan fatigue pada pasien CKD. Disarankan kepada pihak rumah sakit diharapkan dapat menerapkan terapi *Slow Stroke Back Massage* untuk menurunkan gangguan fatigue pada pasien CKD.

**Kata Kunci: *Slow Stroke Back Massage*, *Chronic Kidney Disease*, Hemodialisis, Gangguan *Fatigue*.**

**Daftar Pustaka : (2016 –2024).**



**PADANG HEALTH POLYTECHNIC, MINISTRY OF HEALTH  
PROFESSIONAL NURSING EDUCATION PROGRAM**

**Final Thesis, June 2024**

**Ibnu Hidayat, S.Tr. Kep**

**Implementation of Slow Stroke Back Massage Therapy in Nursing Care for Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis with Fatigue Disturbances in the Internal Ward of Dr. M. Djamil Padang General Hospital**

**ABSTRACT**

Chronic Kidney Disease (CKD) continues to rise globally and has become a significant health concern in nearly all countries, including Indonesia. The 2023 data indicates a 3.8% increase in CKD prevalence, totaling around 713,783 patients. CKD is prevalent at M. Djamil Padang Hospital, with 28 patients undergoing hemodialysis for CKD from March 16 to April 16, 2024. CKD patients face challenges in eliminating waste products from their bodies, necessitating kidney replacement therapy or hemodialysis. Fatigue is a common complication among hemodialysis patients. Slow Stroke Back Massage is a non-pharmacological therapy to alleviate fatigue in CKD patients, involving a 3-10 minute slow back massage. This study employs a qualitative descriptive method with a case report approach, conducted in the Women's Ward A at Dr. M. Djamil Padang Hospital from April to May 2024, with a sample size of 2 participants. The findings reveal a decrease in participant I's Fatigue Severity Scale (FFS) value from 41 to 18, and participant II's FFS value from 35 to 15. In conclusion, Slow Stroke Back Massage therapy demonstrates effectiveness in reducing fatigue in CKD patients. Hospitals are encouraged to consider implementing this therapy to alleviate fatigue in CKD patients.

**Keywords: Slow Stroke Back Massage, Chronic Kidney Disease, Hemodialysis, Fatigue Disorder.**

**Bibliography : (2016-2024).**

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
HALAMAN PENGESAHAN .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
KATA PENGANTAR.....	v
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penulisan .....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	7
A. Chronic Kidney Disease (CKD).....	7
B. Hemodialisis .....	12
C. Fatigue .....	17
D. WOC.....	23
F. Asuhan Keperawatan Teoritis Pasien CKD.....	26
F. Evidence Based Nursing (EBN) .....	36
BAB III METODE KARYA TULIS AKHIR .....	45
A. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	45
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	45
C. Prosedur Pemilihan Intervensi EBN .....	45
D. Populasi dan Sampel.....	46
E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data .....	47
F. Teknik Pengmpulan .....	49
G. Instrumen Penelitian.....	49
H. Prosedur Penelitian.....	49
I. Analisis Data.....	49
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	50
A. Hasil.....	51
B. Pembahasan.....	60
BAB V PENUTUP .....	70
A. Kesimpulan .....	70
B. Saran .....	71
DAFTAR PUSTAKA .....	72

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Ganchart KTA
Lampiran 2	: Daftar Riwayat Hidup
Lampiran 3	: Lembar Bimbingan KTA
Lampiran 4	: SOP <i>Slow Stroke Back Massage</i>
Lampiran 5	: Media Sosialisasi EBN
Lampiran 6	: <i>Informed Consent</i>
Lampiran 7	: Kuesioner FACIT Fatigue Scale
Lampiran 8	: Asuhan Keperawatan
Lampiran 9	: Dokumentasi Askep dan Sosialisasi
Lampiran 10	: Uji Turnitin

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

*Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah gangguan fungsi ginjal yang progresif dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit yang menyebabkan terjadinya uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah) (Smeltzer dan Bare, 2018). Fungsi ginjal yang menurun dapat mempengaruhi kemampuan ginjal dalam mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, asam basa dan mengeliminasi yang tidak diperlukan tubuh (Razmaria, 2021).

Penyakit CKD menjadi permasalahan global karena sulit untuk disembuhkan, dengan peningkatan angka kejadian, prevelensi, tingkat morbiditas dan mortalitasnya (Ali et al., 2020). *World Health Organization* (WHO) menyebutkan pada tahun 2021 terdapat 55,4 juta kematian di seluruh dunia, dimana CKD mendapatkan peringkat ke-10 terbanyak penyebab kematian di dunia. WHO menyebutkan bahwa jumlah kematian akibat CKD mengalami peningkatan dari 813.000 pada tahun 2000 menjadi 1,3 juta di tahun 2020 (WHO, 2021). Prevelensi gagal ginjal kronik secara global pada tahun 2021 berada pada angka 13,7% dan meningkat 0,3% dari tahun sebelumnya (Saminathan, 2021).

CKD terus mengalami peningkatan di dunia dan menjadi masalah kesehatan serius hampir disemua negara termasuk Indonesia. Prevelensi penderita CKD di Indonesia menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2023 menunjukkan bahwa prevelensi penyakit gagal ginjal kronik di Indonesia > 15 tahun berdasarkan diagnosa dokter pada tahun 2022 adalah 0,2% dan terjadi peningkatan pada tahun 2023 sebesar 3,8% berkisar 713.783 penderita ( Kementrian Kesehatan RI, 2023).

Di Sumatera Barat, prevelensi CKD sebesar 0,2% dari seluruh pasien gagal ginjal kronik di Indonesia (InfoDATIN, 2022). Prevelensi daerah dengan CKD tertinggi yaitu 0,4% yaitu pada Kabupaten Tanah Datar dan Kota Solok, sedangkan pada Kota Padang prevelensi CKD sebesar 0,3%. Kejadian tertinggi CKD di Provinsi Sumatera Barat jatuh pada kelompok umur 45-54 tahun yaitu sebesar 0,79% penderita (RISKESDAS, 2023).

Efek yang diakibatkan dari penyakit CKD yakni terjadinya penurunan fungsi ginjal yang progresif dan *irreversible*, ginjal tidak mampu mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit sehingga klien dengan gagal ginjal kronik membutuhkan terapi pengganti ginjal yaitu dengan hemodialisis (cuci darah) yang dilakukan dengan menggunakan sebuah mesin yang dilengkapi dengan membran penyaring semi permeabel (ginjal buatan), tetapi pengganti ginjal (hemodialisis) ini dapat menurunkan resiko organ-organ vitalnya akibat akumulasi zat toksik dalam sirkulasi, tetapi tindakan hemodialisis tidak menyembuhkan atau mengembalikan fungsi ginjal secara permanen. Sehingga klien dengan CKD akan bergantung pada terapi tersebut (Black & Hawks, 2020).

Hemodialisis (HD) merupakan suatu proses pembersihan darah dari zat-zat yang memiliki konsentrasi berlebih didalam tubuh, proses ini dilakukan menggunakan alat yang berfungsi sebagai ginjal buatan (*dialyzer*) yang bertujuan untuk mengatasi penurunan fungsi ginjal dengan menggunakan membran dialisis dengan teknologi dialysis atau filtrasi, sehingga mengatur cairan yang disebabkan oleh penurunan laju filtrasi glomerulus (Ratnawati,2020). Hemodialisis dilakukan untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme di dalam tubuh atau racun tertentu dari peredaran darah manusia, yaitu seperti kelebihan ureum, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membran semi permeabel (Rahman et al., 2019). Hemodialisis telah menyelamatkan jutaan nyawa, tetapi juga dapat mengakibatkan munculnya beberapa komplikasi (Bouya et al.,2020). Proses dialysis yang berkepanjangan menimbulkan dampak fisik maupun psikologis seperti fatigue, kram otot, stress, kelemahan, gatal-gatal, tremor,

konsentrasi menurun, disorientasi, seksualitas menurun, terjadinya kecemasan, perubahan tingkah laku, kesulitan dalam bekerja, dan gangguan sosial (Kusyati,2021).

Pada pasien dengan penyakit ginjal kronis, produksi eritropoietin menurun sehingga mengakibatkan terjadinya anemia, *fatigue*, angina, dan napas pendek (Smeltzer, et al., 2020). Salah satu komplikasi yang terjadi pada pasien hemodialisis yaitu *fatigue* (Williams & Wilkins, 2019). *Fatigue* adalah perasaan subyektif dengan gejala yang biasa berupa kelelahan yang ekstrim dan persisten, bekurangnya energi atau kelemahan (Friedman & Stephens, 2019). Sedangkan menurut Davey (2021) *fatigue* adalah salah satu gejala umum yang ditemukan pada klien dengan penyakit kronis. *Fatigue* adalah satu keadaan dimana klien merasa lelah baik fisik maupun mental. *Fatigue* memiliki prevelensi yang tinggi pada populasi pasien dialysis. Khamid (2019) menyatakan prevelensi keletihan pada pasien hemodialisis mencapai 71,0% - 92,2%. Hal ini tentunya merupakan masalah yang perlu dilakukan observasi dan ditangani sejak dini karena berdampak negatif pada kualitas hidup dan mengancam jiwa pasien (Cecen & Lafci, 2021).

Berbagai metode pengobatan farmakologis dan non farmakologis digunakan untuk mengatasi *fatigue* akibat CKD. Terapi non farmakologi yang dapat menimbulkan relaksasi serta meningkatkan sirkulasi darah dan limfe pada pasien dengan *fatigue* salah satunya adalah masase (White, et al., 2021). Masase merupakan tindakan manipulasi jaringan untuk merelaksasikan kekakuan serabut otot, meningkatkan sirkulasi, mengembalikan mobilitas, mengurangi tekanan darah, serta menghilangkan stress (Taylor, et al., 2021). Ada berbagai bentuk gerakan masase yang dapat digunakan pada bagian tubuh yang berbeda, salah satunya adalah *Slow Stroke Back Massage* (Hasankhani, et al., 2019). *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) adalah tindakan masase pada bagian punggung dengan usapan yang dilakukan secara perlahan selama 3-10 menit (Potter & Perry, 2016).

*Slow Stroke Back Massage* (SSBM) merupakan pemijatan yang dilakukan di area punggung. Back message adalah ilmu yang mempelajari tentang pijat pada titik-titik

tertentu ditubuh yang dapat dilakukan dengan tangan atau benda-benda seperti kayu, plastik ataupun karet (Alviani 2018). Pengobatan SSBM berpedoman pada prinsip dimana di area punggung terhubung ke bagian tubuh atau organ lain melalui sistem saraf, tekanan atau *massage* di area tersebut akan merangsang pergerakan energi di sepanjang saluran saraf yang akan membantu mengembalikan hemostatis (keseimbangan) energi tubuh (Hendro, 2019). SSBM banyak dilakukan karena tidak ada efek samping pada penerapannya dan dirasa aman untuk dilakukan juga tidak ada efek jangka panjang (Shandy & Ali, 2020). SSBM sangat efektif untuk mengatasi *fatigue* pada pasien yang menjalani hemodialisis karena ketika dilakukan pasien akan merasa nyaman dan rileks (Sharifi et al.,2019).

SSBM adalah satu tindakan intervensi yang digunakan untuk mengatasi gangguan *fatigue* pasien CKD. SSBM adalah teknik pijat yang digunakan untuk membantu mengatasi masalah *fatigue*. Namun, untuk penderita CKD yang mendapat pengobatan HD, masalah *fatigue* ini belum banyak diteliti. Sehubungan dengan permasalahan di atas, maka muncul pertanyaan penelitian apakah ada pengaruh SSBM terhadap *fatigue* penderita CKD yang mendapat pengobatan HD. Adapun tujuan dari penulisan ini adalah untuk mengetahui pengaruh SSBM terhadap *fatigue* penderita CKD yang mendapat pengobatan hemodialisis.

Setelah dilakukan survey awal di ruangan interne menurut catatan RME pada tanggal 16 Maret-16 April 2024 didapatkan bahwa sebanyak 28 orang pasien menderita penyakit CKD yang menjalani hemodialisa. Dari wawancara yang dilakukan kepada 3 orang pasien CKD yang menjalani hemodialisis menyebutkan bahwa pasien mengalami gangguan *fatigue*.

Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Akhir dengan judul “Penerapan Terapi *Slow Stroke Back Massage* dalam Asuhan Keperawatan pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang Menjalani Hemodialisa dengan *Fatigue* di Ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas penulis mengangkat rumusan masalah “Bagaimanakah penerapan *Slow Stroke Back Massage* untuk mengatasi *fatigue* dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD yang menjalani hemodialisis di ruangan Interne RSUP M.Djamil Padang 2024?

## **C. Tujuan Penulisan**

### 1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari Karya Tulis Akhir ini adalah mampu menerapkan *Slow Stroke Back Massage* dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa dengan gangguan *fatigue* di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa dengan gangguan *fatigue* yang dilakukan penerapan *Slow Stroke Back Massage* di Ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- b. Menegakkan diagnosis pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa dengan gangguan *fatigue* yang dilakukan penerapan *Slow Stroke Back Massage* di Ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- c. Merencanakan intervensi keperawatan pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa dengan gangguan *fatigue* yang dilakukan penerapan *Slow Stroke Back Massage* di Ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa dengan gangguan *fatigue* yang dilakukan penerapan *Slow Stroke Back Massage* di Ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa dengan gangguan *fatigue* yang dilakukan penerapan *Slow Stroke Back Massage* di Ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.



- f. Menganalisis penerapan intervensi *Slow Stroke Back Massage* pada pasien pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa dengan gangguan *fatigue* di Ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Manfaat aplikatif

Penulisan Karya Tulis Akhir ini diharapkan dapat memberikan informasi/wawasan dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien CKD yang menjalani hemodialisis dengan gangguan *fatigue* yang dilakukan pemberian terapi *Slow Stroke Back Massage* di Ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.

2. Manfaat Keilmuan

- a. Bagi Perawat RSUP Dr. M. Djamil Padang

Hasil Karya Tulis Akhir ini dijadikan sebagai bahan masukan bagi perawat di Ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang mengenai penerapan *Slow Stroke Back Massage* dalam mengatasi gangguan *fatigue* pada pasien CKD yang menjalani hemodialisis.

- b. Bagi Kemenkes Poltekkes Padang

Hasil Karya Tulis Akhir ini dapat digunakan sebagai bahan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan serta bahan literatur bacaan bagi mahasiswa.

- c. Bagi Peneliti

Karya Tulis Akhir ini dapat menambah wawasan, kemampuan berfikir, menganalisa, dan pengetahuan peneliti khususnya dalam bidang penelitian terkait Penerapan *Slow Stroke Back Massage* untuk mengatasi gangguan tidur pada pasien CKD dengan Hemodialisis.

- d. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil Karya Tulis Akhir ini diharapkan dapat menjadi data dasar dalam asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Chronic Kidney Disease (CKD)**

##### **1. Pengertian**

Gagal ginjal kronis didefinisikan sebagai abnormalitas ginjal baik secara struktur maupun fungsi yang menetap lebih dari 3 bulan danberimplikasi terhadap kesehatan (Siregar & Karim, 2019). Penyakit gagalginjal kronis didefinisikan sebagai ekskresi albumin urin yang terus meningkat (Tingkat eksresi albumin  $\geq 3$  mg/mmol kreatinin), estimasi laju filtrasi glomerulus yang terus-menerus berkurang (LFG  $< 60$ ml/menit/1,73m<sup>2</sup>), atau keduanya dalam kurun waktu lebih dari 3 bulan (KDIGO, 2020).

Gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi ginjal yang irreversible dan berlangsung lambat sehingga ginjal tidak mampu mempertahankan metabolisme tubuh, keseimbangan cairan dan elektrolit serta menyebabkan uremia yang memerlukan tindakan dialisis atau transplantasi ginjal (Kemenkes RI, 2018).

##### **2. Etiologi Chronic Kidney Disease**

Begitu banyak kondisi klinis yang bisa menyebabkan terjadinya penyakit ginjal kronis. Respons yang terjadi adalah penurunan fungsi ginjal secara progresif. Kondisi klinis yang memungkinkan dapat mengakibatkan Penyakit Ginjal Kronik bisa disebabkan dari ginjal sendiri dan luar ginjal (Muttaqin & Sari, 2017). Diabetes dan tekanan darah tinggi adalah penyebab utama CKD pada orang dewasa. Faktor risiko lainnya termasuk penyakit jantung, obesitas, riwayat keluarga CKD, kerusakan ginjal yang pernah terjadi di masa lalu, dan usia yang lebih tua (CDC, 2019).

Penyebab CKD diberbagai negara hampir sama, akan tetapi berbeda dalam perbandingan persentasenya. CKD dapat disebabkan oleh Glomerulonefritis, Diabetes Melitus, Hipertensi, Penyakit Ginjal Polikistik, Batu Saluran Kemih serta Infeksi Saluran Kemih dan lain-lain (Tjokoprawiro et al., 2015). Di Indonesia, CKD menduduki peringkat kedua penyakit dengan biaya tertinggi yang mana penyakit ini memiliki beberapa faktor resiko penyakit, diantaranya yaitu diabetes mellitus, hipertensi, dan obesitas (Kemenkes RI, 2017). Penyebab CKD utama di Indonesia adalah Nefropati Diabetik (52%), Hipertensi (24%) (Kemenkes RI, 2018).

a. Nefropati Diabetik

Nefropati Diabetik adalah komplikasi diabetes melitus pada ginjal yang dapat berakhir sebagai gagal ginjal. Penyakit ginjal (nefropati) merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan pada DM. Perkembangan penyakit DM menjadi penyakit ginjal stadium akhir diduga dipengaruhi oleh berbagai faktor yang terlibat, antara lain: faktor genetik, diet, dan kondisi medis yang lain seperti hipertensi serta kadar gula darah yang tinggi dan tidak terkontrol (Satria et al., 2018).

Nefropati diabetik adalah sindrom klinis yang ditandai dengan albuminuria persisten dan penurunan fungsi ginjal progresif, dan istilah ini menyimpulkan adanya pola khas penyakit glomerulus. Kemudian istilah ini disebut dengan penyakit ginjal diabetes dan semakin banyak digunakan yang mengacu pada albuminuria persisten atau pengurangan estimasi LFG (Selby & Taal, 2020).

b. Hipertensi

CKD berkontribusi pada perkembangan hipertensi, hipertensi juga merupakan faktor utama dalam perkembangan CKD. Biasanya, loop kapiler glomerulus (glomerular capillary loops) terlindung dari tekanan arteri sistemik yang meningkat oleh proses yang disebut autoregulasi. Perubahan kaliber arteriol aferen sebagai respons terhadap tekanan sistemik (refleks myogenic) dan pengiriman natrium klorida ke macula densa (umpan balik tubuloglomerular)

adalah bagian dari proses autoregulasi yang membantu mempertahankan tekanan intraglomerular atau LFG. Namun, pada pasien hipertensi, tekanan arteri sistemik yang meningkat secara kronis menyebabkan remodeling arteriol aferen dan mengurangi kemampuannya untuk menyempit dan melebar. Seiring waktu, peningkatan tekanan arteri sistemik yang ditransmisikan ke ginjal menyebabkan hipertensi glomerulus, nefroklerosis, dan hilangnya fungsi ginjal secara progresif. Seperti yang ditunjukkan oleh diskusi, beberapa mekanisme telah terlibat dalam pengembangan hipertensi pada GGK (Ku et al., 2019).

### **3. Patofisiologi Chronic Kidney Disease**

Ada banyak penyakit yang menyebabkan CKD, masing-masing memiliki patofisiologi sendiri. bagaimanapun juga ada mekanisme umum perkembangan penyakit. Fitur patologinya meliputi fibrosis, hilangnya sel ginjal, dan infiltrasi jaringan ginjal oleh monosit dan makrofag. Proteinuria, hipoksia, dan produksi angiotensin II berlebih yang semuanya berkontribusi terhadap patofisiologi. Dalam upaya menjaga LFG, glomerulus beradaptasi dengan berhiperfiltrasi, hal ini mengakibatkan cedera endotel. Proteinuria disebabkan oleh meningkat permeabilitas glomerulus dan meningkatnya tekanan kapiler. hipoksia juga berkontribusi terhadap perkembangan penyakit. Angiotensin II meningkatkan hipertensi glomerulus, yang merusak ginjal lebih jauh (Black & Hawks, 2020).

Proses adaptasi dalam upaya kompensasi berlangsung singkat, akhirnya diikuti oleh proses maladaptasi berupa sklerosis nefron yang masih tersisa. Proses ini akhirnya diikuti dengan penurunan fungsi nefron yang progresif, walaupun penyakit dasarnya sudah tidak aktif lagi. Adanya peningkatan aktivitas aksis renin-angiotensin-aldosteron, sebagian diperantarai oleh growth factor seperti transforming growth factor  $\beta$  (TGF $\beta$ ) (Setiati et al., 2017).

### **4. Klasifikasi Chronic Kidney Disease**

Pengelompokkan atau klasifikasi pada pasien dengan GJK dibuat berdasarkan derajat penyakitnya. Klasifikasi GJK dibagi menjadi 5 derajat dengan cara mengukur kadar laju filtrasi glomerulus (LFG), yaitu : (Patrick et al., 2019)

- a. Derajat 1 merupakan keadaan dimana pasien memiliki kerusakan ginjal dengan LFG yang masih normal atau meningkat dengan kadar LFG  $\geq 90$  ml/menit.
- b. Derajat 2 merupakan keadaan dimana pasien memiliki kerusakan ginjal dengan kadar LFG 60-89 ml/menit.
- c. Derajat 3 merupakan keadaan dimana pasien memiliki kerusakan ginjal dan dibagi atas derajat 3a dengan kadar LFG 45-59 ml/menit dan derajat 3b dengan kadar LFG 30-44 ml/menit.
- d. Derajat 4 merupakan keadaan dimana pasien memiliki kerusakan ginjal dengan kadar LFG 15- 29 ml/menit.
- e. Derajat 5 merupakan keadaan dimana pasien memiliki kegagalan fungsi ginjal atau disebut dengan gagal ginjal dengan kadar LFG  $< 15$  ml/menit.

## **5. Manifestasi Klinis Chronic Kidney Disease**

Manifestasi klinis CKD sangat bervariasi. Banyak orang dengan CKD hanya memiliki sedikit keluhan. Pada stadium 1, klien biasanya memiliki tekanan darah normal, tidak ada kelainan dalam tes laboratorium, dan tidak ada manifestasi klinis. Klien pada stadium 2 umumnya memiliki asimtomatik, tetapi mungkin mengalami hipertensi, dan ada kelainan pada tes laboratorium. Pada stadium 3, klien biasanya masih asimtomatik tetapi nilai laboratorium menunjukkan kelainan di beberapa sistem organ, dan hipertensi. Pada stadium 4, klien mulai mengalami manifestasi klinis terkait dengan PGK seperti kelelahan dan nafsu makan yang buruk. Pada stadium 5, sesak nafas berat menjadi manifestasi klinis penyakit ginjal stadium akhir merupakan buktinya (Black & Hawks, 2020).

Proteinuria adalah salah satu prediktor yang paling kuat akan perkembangan PGK oleh karena LFG menurun, klien mungkin menunjukkan tidak hanya proteinuria

tetapi juga hipertensi, berbagai kelainan laboratorium, dan manifestasi yang diakibatkan gangguan di organ lain. Kelainan ini termasuk anemia, asidosis metabolic, dislipidemia, penyakit tulang, malnutrisi protein-energi, dan neuropati (Black & Hawks,2020).

## **6. Penatalaksanaan *Chronic Kidney Disease***

Penatalaksanaan klien dengan CKD yang sesuai dengan stadiumnya sangat diperlukan, tergantung pada tingkat keparahan penyakitnya. Stadium pertama diobati dengan penatalaksanaan penyakit stadium awal, penyakit penyerta, penilaian fungsi ginjal yang memburuk (progresif), dan penurunan risiko kardiovaskular. Stadium kedua menghalangi penurunan fungsi ginjal, stadium tiga dilakukan evaluasi dan pengobatan komplikasi, stadium empat dilakukan persiapan untuk terapi pengganti ginjal, stadium kelima dilakukan terapi pengganti ginjal (Suwitra, 2018).

Jika kerusakan ginjal parah dan fungsi ginjal sangat rendah, dialysis atau transplantasi ginjal diperlukan untuk bertahan hidup (CDC, 2019). Ada tiga modalitas pengobatan untuk Penyakit Ginjal Stadium Akhir yaitu hemodialisis, dialisis peritoneal, dan transplantasi. Hemodialisis, salah satu pengganti ginjal yang paling banyak digunakan untuk pasien dengan penyakit ini (Gebrie & Ford, 2019).

### **a. Transplantasi Ginjal**

Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) menyatakan bahwa banyak orang merasa bahwa transplantasi ginjal menawarkan lebih banyak kebebasan dan kualitas hidup yang lebih baik daripada dialisis. Ketika mendapatkan transplantasi ginjal, ginjal yang sehat ditempatkan di dalam tubuh untuk melakukan pekerjaan yang tidak bisa lagi dilakukan ginjal pasien. Banyak orang akan membutuhkan lebih dari satu transplantasi ginjal selama seumur hidup. Bagaimanapun, masih banyak pasien bukan merupakan kandidat yang cocok untuk transplantasi, dan ketersediaan transplantasi dibatasi oleh

kekurangan pendonor ginjal secara global. Jumlah pasien yang menerima dialysis telah meningkat terus sejak awal 1990-an (Jha et al., 2017).

b. Dialisis

Dialisis adalah pengobatan yang menggantikan beberapa hal yang dilakukan oleh ginjal yang sehat. Hal ini diperlukan ketika ginjal tidak dapat lagi mengurus kebutuhan tubuh. ada dua jenis dialisis yaitu hemodialisis dan dialisis peritoneal (Dewi et al, 2020).

Pada hemodialisis, ginjal buatan (hemodialyzer) digunakan untuk menghilangkan sampah, bahan kimia tambahan dan cairan yang tidak dibutuhkan tubuh dari darah. Untuk memasukkan darah ke hemodialyzer, dokter perlu membuat akses (pintu masuk) ke pembuluh darah. Ini dilakukan dengan operasi kecil pada lengan atau kaki. Untuk dialisis peritoneal, darah langsung dibersihkan di dalam tubuh. Dokter akan melakukan operasi untuk menempatkan tabung plastik yang disebut kateter ke perut untuk membuat akses. Selama perawatan, daerah perut (rongga peritoneal) perlahan-lahan diisi dengan dialisat melalui kateter. Prinsipnya darah tetap berada di arteri dan vena yang melapisi rongga peritoneal. Cairan yang tidak diperlukan tubuh diambil dari darah dan diserap ke dalam dialisa (National Kidney Foundation, 2022).

## **B. Hemodialisis**

### **1. Definisi Hemodialisis**

Hemodialisis merupakan terapi pengganti ginjal yang paling banyak digunakan untuk pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir (Gebrie & Ford, 2019). Hemodialisis merupakan metode yang digunakan untuk mengotimalkan fungsi ginjal yang mengalami kegagalan secara permanen. Hemodialisis merupakan suatu proses membersihkan darah, membuang produk sisa dan kelebihan cairan melalui mesin yang di hubungkan ke dalam tubuh pasien (Pernefri, 2017).

Hemodialisis adalah suatu tindakan dimana darah dari tubuh pasien dialirkan ke dalam mesin dializer yang selanjutnya dilakukan proses filtrasi dari zat-zat sisa metabolisme (Karimah & Hartanti, 2021). Hemodialisis juga dapat didefinisikan menjadi suatu proses mengganti komposisi solute darah dengan larutan lain (cairan dialisis) lewat membran semi permeable (dialisis membran). Namun, pada hakikatnya hemodialisis merupakan proses pemisahan atau absorpsi atau pembersihan darah melalui membran semipermeabel yang diberikan kepada pasien yang memiliki gangguan fungsi ginjal akut atau kronik (Suhardjono, 2017).

## **2. Tujuan Hemodialisis**

Tujuan utama hemodialisis adalah untuk menjaga keseimbangan elektrolit dalam tubuh, mengendalikan kadar ureum dan kelebihan cairan yang terjadi pada pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir. Terapi hemodialisis efektif untuk mengeluarkan cairan, elektrolit, dan sisa metabolisme tubuh, sehingga secara tidak langsung dapat menambah harapan hidup pasien (Kallenbach et al., 2017). Sedangkan menurut Afrian, et al (2017), tujuan dari hemodialisis antara lain :

- a. Menggantikan fungsi eksresi ginjal, seperti membuang produk sisa metabolisme tubuh, seperti ureum, kreatinin dan produk sisa metabolisme lainnya.
- b. Menggantikan fungsi ginjal sebagai organ untuk mengeluarkan cairan tubuh yang seharusnya dikeluarkan dalam bentuk urin.
- c. Meningkatkan kualitas hidup pasien yang menderita kerusakan fungsi ginjal.
- d. Menggantikan fungsi ginjal sambil menunggu program pengobatan selanjutnya.

## **3. Prinsip Hemodialisis**

Brunner & Suddarth (2017) menjelaskan prinsip kerja mesin hemodialisis sebagai berikut ; ketika melakukan hemodialisis, aliran darah yang mengandung toksin dan



sisanya nitrogen dipindahkan dari tubuh pasien ke mesin dializer, kemudian dibersihkan dan dikembalikan lagi ke dalam tubuh pasien. Kebanyakan dializer merupakan ginjal artifisial dengan serat berongga yang berisi ribuan tubulus selofan halus dan bekerja sebagai membran semipermeabel penyaring darah. Darah akan melewati tubulus tersebut, sementara cairan dialisat bersirkulasi di sekeliling tubulus untuk menyaring limbah atau zat-zat yang tidak diperlukan lagi oleh tubuh melalui membran semipermeabel tersebut.

Ada tiga prinsip mendasar dari cara kerja mesin hemodialisis yaitu difusi, osmosis dan ultrafiltrasi. Zat yang tidak diperlukan tubuh yang ada di dalam darah dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi kemudian berpindah ke cairan dialisat yang memiliki konsentrasi rendah. Cairan berlebih di dalam tubuh dikeluarkan melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradien tekanan, dengan kata lain air bergerak ke daerah dengan tekanan lebih tinggi (darah) ke daerah dengan tekanan lebih rendah (cairan dialisat). Gradien ini dapat ditingkatkan dengan penambahan tekanan negatif yang dikenal dengan ultrafiltrasi pada mesin hemodialisis.

Tekanan negatif diterapkan pada dializer sebagai kekuatan pengisap pada membran semipermeabel dan memberikan akses pengeluaran air. Kekuatan ini diperlukan untuk mengeluarkan cairan hingga tercapai keseimbangan cairan (isovolemia) karena pasien tidak dapat mengekskresikan air secara mandiri. Sistem dapar (buffer site) dalam tubuh dipertahankan dengan penambahan asetat yang akan berdifusi dari cairan dialisat ke darah pasien dan mengalami metabolisme hingga membentuk bikarbonat. Akhirnya darah yang sudah dibersihkan kemudian dikembalikan ke dalam tubuh pasien melalui pembuluh vena (Brunner & Suddarth, 2017).

#### **4. Pemeriksaan Penunjang**

Beberapa parameter yang digunakan untuk mengukur fungsi ginjal menurut Irawan (2020) adalah pemeriksaan keatinin, urea, laju filtrasi glomerulus, cystatin-c, dan albumin kuantitatif. Pemeriksaan-pemeriksaan tersebut bermanfaat untuk mengevaluasi fungsi ginjal dan identifikasi gangguannya sejak awal. Hal ini dapat membantu klinisi untuk melakukan pencegahan dan penatalaksanaan lebih awal agar mencegah progresivitas gangguan ginjal menjadi gagal ginjal (Toussaint, 2017).

a. Pemeriksaan Kreatinin

Penurunan fungsi ginjal berbanding lurus dengan penurunan ekskresi kreatinin. Kreatinin dihasilkan selama kontraksi otot skeletal melalui pemecahan kreatinin fosfat. Kreatinin diekskresi oleh ginjal dan konsentrasinya dalam darah sebagai indikator fungsi ginjal (Cirillo, 2017). Nilai normal kreatinin menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia adalah 0,6-1,3 mg/dL (Kemenkes RI, 2017). Diagnosis gagal ginjal dapat ditegakkan saat nilai kreatinin serum meningkat di atas nilai rujukan normal. Pada keadaan gagal ginjal dan uremia, ekskresi kreatinin oleh glomerulus dan tubulus ginjal menurun (Dine, 2017).

b. Pemeriksaan Urea

Pemeriksaan ureum sangat membantu menegakkan diagnosis gagal ginjal akut. Pada pasien penyakit ginjal, konsentrasi urea meningkat dalam plasma darah dan konsentrasi urea yang dikeluarkan melewati urin sangat berkurang dari angka normal (Sherwood, 2017). Nilai normal konsentrasi urea dalam plasma darah adalah sebanyak 6 – 20 mg/dL dan nilai normal konsentrasi urea dalam urin selama 24 jam adalah sebanyak 12 – 20 g/hari (Verdiansah, 2017).

c. Pemeriksaan Laju Filtrasi Glomerulus

Laju filtrasi glomerulus menggambarkan banyak nefron yang berfungsi, baik fungsi ekskresi maupun fungsi sekresi. Nilai LFG yang menurun, menandakan semakin sedikit pula nefron yang berfungsi (Levey 21 et al., 2017). Perhitungan LFG dilakukan berdasarkan nilai kreatinin serum, usia, ukuran

tubuh, jenis kelamin, dan ras tanpa membutuhkan kadar kreatinin urin menggunakan persamaan Cockcroft and Gault (Irshad, 2011).

d. Cystatin-c

Cystatin C menjadi pilihan parameter yang dapat menilai fungsi ginjal bila pengukuran kreatinin tidak akurat karena adanya gangguan pada metabolisme protein seperti pada sirosis hati, obesitas, dan malnutrisi. Cystatin C adalah protein berat molekul rendah yang diproduksi oleh sel sel berinti. Peningkatan cystatin C dapat memberikan informasi yang lebih awal pada penurunan GFR < 60 mL/ menit/1,73m<sup>2</sup> (Verdiansah, 2017).

e. Albumin kuantitatif

Albumin merupakan protein plasma dalam darah dengan konsentrasi normal 0,3 g/L. Albumin bertanggung jawab pada proses tekanan koloid osmotik plasma sebesar 80 %. Ginjal yang berfungsi dengan baik akan mereabsorpsi albumin sehingga hampir tidak ada dalam urin. Pemeriksaan albumin urin kuantitatif mengukur kadar albumin dalam sampel urin sewaktu ataupun urin yang dikumpulkan dalam waktu tertentu sebagai penanda kerusakan ginjal (Baron, 2016).

## 5. Komplikasi

Menurut (Checherita et al., 2016) komplikasi kronik pada pasien hemodialisis dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu :

- a. Komplikasi yang terjadi karena terapi hemodialisis seperti hipotensi, anemia, endocarditis, dll
- b. Komplikasi yang terjadi karena penyakit ginjal primer seperti nefropati, gromeluropati kronik, glomerulonefritis, dan lain-lain.

## C. *Fatigue*

### 1. Definisi *Fatigue*

*Fatigue* merupakan gejala perubahan tubuh yang sering dirasakan dan dikeluhkan pada pasien CKD yang menjalani terapi hemodialisa dan berpengaruh pada keadaan fisik dan psikologisnya sehingga penderita membutuhkan dukungan dari keluarga untuk menghadapi penyakit yang diderita (Musniati & Kusumardani, 2019).

*Fatigue* adalah perasaan subjektif dari kelelahan yang merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan dengan tubuh merasa letih dan tidak berenergi yang mengganggu aktivitas sehari-hari. *Fatigue* dikategorikan menjadi *fatigue* fisik dan *fatigue* mental. Pada *fatigue* fisik berkurangnya kekuatan fisik dan energi dalam melakukan aktivitas sehingga pasien merasa tidak nyaman. *Fatigue* mental mempengaruhi kemampuan untuk mengingat nama, percakapan, dan tempat. *Fatigue* dapat diartikan sebagai keadaan berkelanjutan antara kelelahan dan keletihan yang berakhir pada penurunan aktivitas fisik dan energi sehari-hari (Horigan, 2016).

### 2. Proses Terjadinya *Fatigue*

Menurut Sedermayanti dalam (Nasekhah, 2017) menyatakan bahwa padadasarnya timbulnya kelelahan dikarenakan oleh dua hal yaitu:

#### a. Kelelahan akibat factor fisiologis (Fisik atau Kimia)

Kelelahan fisiologis adalah kelelahan yang timbul karena adanya perubahan fisiologis dalam tubuh. Dari segi fisiologis, tubuh manusia dapat dianggap sebagai mesin yang membuat bahan bakar, dan memberikan keluaran berupa tenaga yang berguna untuk melakukan kegiatan. Pada prinsipnya, ada lima macam mekanisme yang dilakukan dalam tubuh, yaitu: system peredaran darah, system pencernaan, system otot, system syaraf, system pernafasan (Nasekhah, 2016).

Kerja fisik yang berkelanjutan, berpengaruh terhadap mekanisme tersebut, baik secara sendiri-sendiri maupun bersama-sama. Kelelahan terjadi karena terkumpulnya produk sisa dalam otot dan peredaran darah, dimana produk sisa ini bersifat membatasi kelangsungan kegiatan otot. Produk sisa ini mempengaruhi serat-serat syaraf pusat sehingga menyebabkan individu menjadi lambat bekerja jika sudah lelah (Nasekhah,2016).

b. Kelelahan akibat faktor psikologis

Kelelahan ini dapat dikatakan kelelahan yang timbul dalam perasaan orang yang bersangkutan dan terlihat dalam tingkah lakunya yang tidak konsekuen lagi serta jiwanya yang labil dengan adanya perubahan walaupun dalam kondisi lingkungan atau kondisi tubuhnya sendiri. Keluhan ini dapat diakibatkan oleh beberapa hal, diantaranya: kurang minat dalam bekerja, berbagai penyakit, keadaan lingkungan, adanya perasaan yang mengikat dan merasa tidak sesuai, sebab-sebab mental seperti: tanggung jawab, kekhawatiran dan konflik (Nasekhah,2016). Kesehatan fisik, mental atau social dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup seseorang. Mental seseorang berisikan tentang kesehatan mental secara umum, termasuk depresi, kecemasan, dan emosi (Nasekhah,2016).

(Madoorah et al., 2017). WHO mengatakan kualitas hidup adalah persepsi individu sebagai laki-laki atau wanita dalam hidup, ditinjau dari konteks budaya dan system nilai dimana mereka tinggal, dan berhubungan dengan standart hidup, harapan, kesenangan dan perhatian mereka. Secara kompleks kualitas hidup mencakup kesehatan fisik, status psikologis, social dan lingkungan (Cahyani, 2016).

### **3. Penyebab Fatigue**

Menurut (Natashia et al., 2020) Fatigue biasanya terjadi pada penyakit dengan keadaan nyeri, demam, stress, gangguan tidur, cemas, dan depresi karena

berkurangnya melakukan aktivitas fisik sehari-hari. Selanjutnya fatigue juga dapat terjadi disebabkan oleh gaya hidup dan pekerjaan. Penyakit yang dapat mempengaruhi fatigue diantaranya yaitu CKD, anemia, gangguan nutrisi, AIDS, dan penyakit paru.

#### **4. Komponen *Fatigue***

Terdapat dua komponen *fatigue* yaitu antara lain (Skogestad et al., 2019).

##### a. *Fatigue* fisik

*Fatigue* fisik merupakan kondisi yang bergantung dengan situasi fisik berbentuk ketidaknyamanan fisik yang menyebabkan kelelahan akibat hemodialysis jangka panjang dan uremia. *Fatigue* fisik ditandai dengan terjadinya gejala uremia, gangguan tidur dan energi fisik yang terbatas.

##### b. *Fatigue* psikologis

*Fatigue* psikologis depresi dan ansietas. *Fatigue* dapat mempengaruhi suasana hati dan motivasi serta psikomotor dan fungsi kognitif. Keadaan ini merupakan pengalaman subjektif, yang ditandai dengan kurangnya motivasi, perasaan kelelahan, kebosanan, ketidaknyamanan, dan ketakutan untuk melanjutkan aktivitas.

#### **5. Faktor yang Berhubungan dengan *Fatigue***

Menurut Herdman & Kamitsuru (2017) factor- factor yang berhubungan dengan kelelahan adalah sebagai berikut:

##### a. Ansietas

Gejolak emosi seseorang yang berhubungan dengan sesuatu diluar dirinya dan mekanisme diri yang digunakan dalam mengatasi permasalahan (Asmadi, 2017).

##### b. Depresi

Merupakan perasaan sedih yang mendalam, rasa putus asa, apatis dan memiliki harapan rendah (Marelli, 2017).

##### c. Gangguan tidur.

- d. Gaya hidup tanpa stimulus.
- e. Hambatan lingkungan (misalnya bising, terpajansinar/gelap, suhu/kelembapan, lingkungan tidak dikenal).
- f. Kelesuan fisik.
- g. Kelesuan fisiologis (misalnya anemia, kehamilan, penyakit)
- h. Malnutrisi.
- i. Peningkatan kelelahan fisik
- j. Stressor.
- k. Tuntutan pekerjaan

## **6. Domain *Fatigue***

Menurut Lee et al (2017) terdapat 3 domain kelelahan pada pasien yang menjalani hemodialysis yaitu kelelahan fisik, kelelahan afektif dan kelelahan kognitif.

### a. Kelelahan fisik

Kelelahan fisik berarti kelelahan yang terkait dengan situasi fisik. Ketidaknyamanan fisik menyebabkan kelelahan akibat hemodialysis jangka panjang dan uremia. Kelelahan fisik memiliki subtema yaitu kelelahan menetap, mengalami gejala uremik, gangguan tidur dan energy fisik tidak mencukupi ( Lee et al., 2017). Komponen fisik kelelahan berupa penyakit yang mendasari serta komplikasi terkait pengobatan dan penyakit (Nasekhah, 2016).

### b. Kelelahan afektif

Kelelahan afektif berkaitan dengan emosional seperti pengobatan, depresi dan kepenatan. Subtema dari kelelahan afektif seperti tidak menyukai perawatan jangka panjang, merasakan depresi, merasa penat ( Lee et al., 2017).

### c. Kelelahan kognitif

Kelelahan kognitif berkaitan dengan menurunnya fungsi kognitif. Akibatnya dapat mengisolasi diri dan menggunakan strategi lain untuk mengatasi kelelahan. Subtema dari kelelahan kognitif seperti menurunnya fungsi

kognitif, isolasi diri yang disengaja dan mengatasi kelelahan itu sendiri (Lee et al., 2017). Kelelahan mempengaruhi suasana hati dan motivasi serta psikomotor dan fungsi kognitif. Keadaan ini merupakan pengalaman subjektif yang ditandai dengan kurangnya motivasi, perasaan kelelahan, kebosanan, ketidaknyamanan, dan keengganan untuk melanjutkan aktivitas (Nasekhah, 2016).

## **7. *Fatigue* Pada Pasien CKD yang Menjalani Hemodialisa**

Menurut (Petchrung, 2016) *fatigue* pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa yaitu :

### **a. Etiologi *fatigue***

Pasien hemodialysis yang mengalami kelelahan biasanya terjadi disebabkan oleh anemia, anemia yang dialami pada pasien hemodialisa terjadi karena sel darah merah mengalami kerusakan, dengan begitu pasien yang sedang mengalami anemia, maka keadaan tubuhnya mendeskripsikan adanya *fatigue*. *Fatigue* juga dapat disebabkan oleh produksi eritropoietin yang menurun sehingga kapiler darah dapat pecah dengan mudah dan dapat mengakibatkan fungsi trombosit yang menurun dan inhibitor sitokin yang meningkat, pasien yang sedang menjalani hemodialisa akan merasakan *fatigue* apabila kadar hb pasien  $\leq 10$  gr/dl.

### **b. *Fatigue post hemodialysis***

Pasien mengalami kelelahan hemodialisa membutuhkan tidur lima jam untuk memulihkan keadaan tubuh dan tubuh mengalami depresi, susah tidur dan sakit tubuh dibandingkan pasien yang tidak mengalami dialisa. Pasien dengan kelelahan setelah dialisa mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsional tubuh secara mandiri dan memiliki keterbatasan dalam kegiatan social saat jadwal dialisa. Kelelahan setelah dialisa pasien mengalami mual, muntah, kram otot dan sakit kepala yang merupakan hasil dari pergeseran cairan yang terjadi selama hemodialisa.



## **8. Dampak *Fatigue* Pada Pasien CKD**

Dampak *fatigue* yang ditimbulkan bagi pasien pada CKD yaitu antara lain (Natashia et al., 2020) :

### a. Stress

Stress dapat menyebabkan *fatigue* dikarenakan meningkatnya kortisol yang terjadi akibat endokrin meningkat. Stress yang dirasakan pasien yaitu dampak dari keadaan *fatigue*, apabila tidak langsung ditangani secara keseluruhan dapat menyebabkan depresi dan tidak mampu mengontrol koping dengan baik.

### b. Gangguan kardiovaskuler

Pasien dengan keadaan *fatigue* mengalami anemia atau berkurangnya darah dalam tubuh, sehingga membuat jantung lebih bekerja dengan berat untuk memompa darah supaya dapat tercapai ke organ yang membutuhkan sehingga menyebabkan gangguan kardiovaskuler.

### c. Penurunan kualitas hidup

Keadaan yang terganggu dalam penurunan kualitas hidup yaitu keadaan fisik, keadaan psikologi, interaksi social, serta hubungan dengan lingkungan.

## **9. Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Fatigue* Pada Pasien yang Menjalani Hemodialisis**

Menurut Horigon (2017) ada beberapa factor yang mempengaruhi *fatigue* pada pasien yang menjalani hemodialysis, diantaranya:

### a. Faktor demografi

Penelitian menunjukkan bahwa secara umum pasien yang lebih tua, perempuan, ras kulit putih/kaukasia lebih sering mengalami kelelahan.

#### 1) Faktor psikologis

Variabel psikososial yang terkait dengan kelelahan belum diteliti dengan baik di Indonesia. Depresi, kecemasan, dan dukungan social telah diteliti berkaitan dengan kelelahan pada pasien yang menjalani hemodialysis. Tujuh studi ini dilakukan di luar AS dimana persepsi depresi, kecemasan,

kelelahan, dan dukungan social dapat bervariasi sebagai akibat perbedaan dalam konteks social budaya lainnya.

## 2) Faktor fisiologis

Tingkat fatigue dapat berkurang apabila terjadi peningkatan hemoglobin, pengukuran kadar hemoglobin dapat mendeteksi anemia pada pasien hemodialisa. Anemia merupakan keadaan yang menggambarkan ada fatigue fisiologis. Kondisi fisiologis juga sering dihubungkan dengan keadaan malnutrisi, kurangnya karbohidrat, komposisi lemak, energy dan penurunan berat badan.

## 10. Alat Ukur *Fatigue*

Ada berbagai jenis instrumen pengukuran skala keletihan. Salah satunya yaitu *Functional Assessment Chronic Illness Therapy (FACIT) Fatigue Scale* yang sudah divalidasi oleh Sihombing, et al (2016). Hasilnya menyatakan bahwa *FACIT Fatigue Scale* adalah suatu pengukuran yang ringkas dan valid untuk memonitor gejala penting dan efeknya pada pasien penyakit kronis.

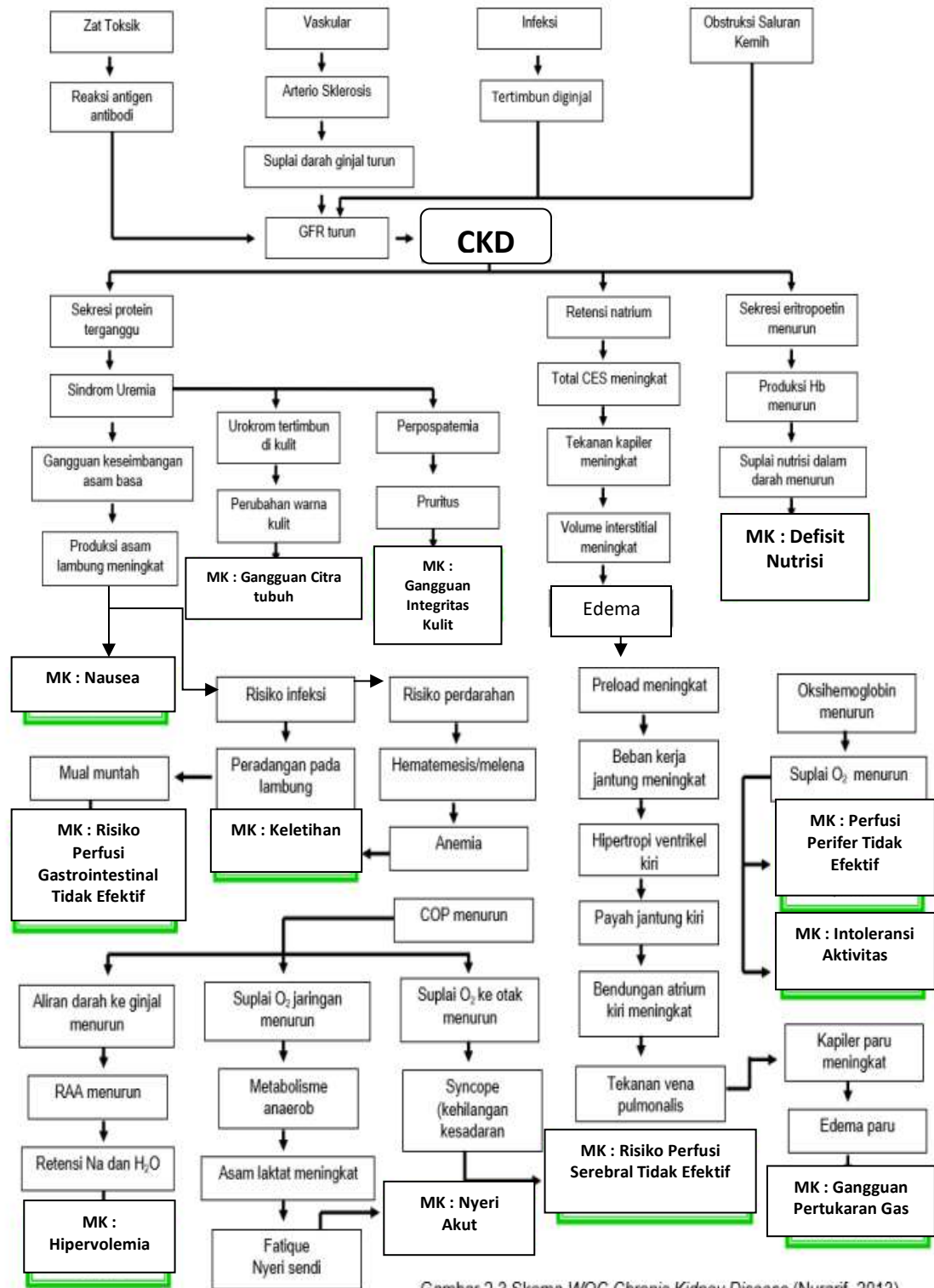
*FACIT Fatigue Scale* adalah kuesioner yang ringkas (terdiri atas 13 pertanyaan) sehingga mudah digunakan untuk mengukur tingkat keletihan individu. Tingkat keletihan diukur dalam 4 skala, yaitu 0= tidak lelah sama sekali, 1 = sedikit lelah, 2 = agak lelah, 3 = lelah sekali, 4= sangat lelah sekali. *FACIT fatigue scale* adalah salah satu bagian dari kumpulan kuesioner health – related quality of life (HRQOL) dengan tujuan menangani penyakit kronis melalui pengukuran sistem. Rentang nilai kuesioner skala *FACIT* berada diantara 0 – 52 dimana semakin tinggi nilai maka kelelahan semakin tinggi.

Nilai 0-17 = Kelelahan ringan

Nilai 18-34 = Kelelahan sedang

Nilai 35-52 = Kelelahan berat

## D. WOC



Gambar 2.3 Skema WOC Chronic Kidney Disease (Nurarif, 2013)

Activate Windows



## **E. Asuhan Keperawatan Teoritis Pasien CKD**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap dimana perawat mengumpulkan data secara sistematis, memilih dan mengatur data yang dikumpulkan dan mendokumentasikan data dalam format yang didapat. Untuk itu diperlukan kecamatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan (Tarwoto, 2016).

- a. Identitas Pasien Identifikasi pasien Meliputi nama pasien, usia, jenis kelamin, alamat, jam dan tanggal masuk, nomor rekam medis, diagnosa medis, nama penanggung jawab, umur, alamat penanggung jawab.
- b. Riwayat Kesehatan

- 1) Keluhan Utama (Alasan Masuk RS)

Pada pasien CKD keparahan kondisi bergantung pada tingkat kerusakan ginjal serta kondisi yang mendasari. Pada pasien CKD biasanya mengeluhkan mual atau muntah, gatal pada kulit, kulit pucat, volume urin sedikit, merasa lemah, letih, napas berbau, edema pada kaki dan sesak napas (Prabowo, 2016).

- 2) Riwayat Kesehatan Sekarang Pada pasien CKD biasanya akan terjadi penurunan urin output, penurunan kesadaran, perubahan pola napas, karena komplikasi dari gangguan sistem ventilasi, fatigue, perubahan fisiologis kulit, bau urea pada napas. Selain itu, karena dampak dari proses metabolisme maka akan terjadi anoreksia, nausea, vomit sehingga beresiko untuk terjadinya gangguan nutrisi (Prabowo, 2016). Riwayat kesehatan saat ini mencakup apa yang terjadi keluhan saat ini seperti adanya mual, muntah, gatal pada kulit, kulit pucat, merasa lemah, kehilangan kemampuan penghidu dan pengecap, Keletihan dan letargi. Udem pada kaki dan nafas kusmaull (Suhardjono, 2016).

- 3) Riwayat Kesehatan Dahulu Kaji riwayat kesehatan pasien sebelumnya, apakah pasien pernah mengalami trauma pada ginjal, infeksi saluran

kemih, atau penyakit degenerative. Pasien gagal ginjal kronis biasanya memiliki riwayat penyakit DM dan Hipertensi. Kaji berapa lama pasien menderita DM dan Hipertensi. Bagaimana penanganan terhadap penyakit yang diderita dan jenis obat yang dikonsumsi oleh pasien (Suhardjono, 2016).

#### 4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada biasanya ditemukan adanya anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien, yaitu menderita penyakit CKD, penyakit diabetes melitus, hipertensi yang akan menjadi faktor pencetus terjadinya CKD pada pasien (Muttaqin & Sari, 2016).

#### c. Pola Persepsi dan Penanganan

Kesehatan Pola Persepsi Kesehatan – Manajemen Kesehatan Pasien yang menyadari penyakitnya akan mencari tahu tentang penyakit yang dideritanya, sehingga kepatuhan akan mengkonsumsi obat lebih diperhatikan, dan melakukan penanganan awal dengan tepat. Selain itu kaji riwayat alergi serta jenis obat yang biasanya dikonsumsi pasien. (Prabowo, 2016).

#### d. Pola Nutrisi dan Metabolik

Pasien CKD biasanya mengalami peningkatan berat badan cepat karena cairan yang tertahan dalam tubuh, penurunan berat badan (malnutrisi), nyeri ulu hati, serta rasa melatik tidak sedap pada mulut (pernafasan bau amonia) (Haryono, 2017)

#### e. Pola Eliminasi

Pasien CKD biasanya akan mengalami penurunan frekuensi urin, oliguria, anuria (gagal tahap lanjut) abdomen kembung, diare, dan konstipasi. Terjadi perubahan warna urin, kuning pekat, merah atau berwarna coklat (Haryono, 2017).

#### f. Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien CKD biasanya menderita kelelahan ekstrem, kelemahan dan malaise. Ditandai kelemahan otot, kehilangan tonus, dan penurunan rentang gerak.

Kemampuan perawatan diri terganggu dan membutuhkan pertolongan atau bantuan orang lain (Haryono, 2017).

g. Pola Istirahat dan Tidur

Pasien CKD biasanya mengalami gangguan tidur, gelisah dan kram otot atau kaki (Haryono, 2017).

h. Pola Kognitif Persepsi

CKD menyebabkan gangguan kognitif dan persepsi dengan gejala nyeri panggul dan kaki, sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot, rasa terbakar pada kaki, kesemutan dan keletihan, khususnya ekstremitas bawah, penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan berkonsentrasi, kacau, kehilangan memori, hingga bisa terjadi penurunan kesadaran. (Suhardjono, 2016).

i. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pada pasien CKD biasanya akan merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, ketakutan, gelisah, marah, menolak, ansietas, perubahan kepribadian, serta kesulitan berkonsentrasi (Haryono, 2017).

j. Pola Peran dan Hubungan

Kaji bagaimana peran dan hubungan pasien sebelum sakit, serta bagaimana peran hubungan pasien pada saat sakit. (Haryono, 2017).

k. Pola Reproduksi dan Seksual

Kaji kondisi seksualitas dan reproduksi pasien. Apakah pasien mempunyai masalah dengan alat reproduksinya. Pada pasien CKD biasanya akan mengalami penurunan libido, infertilitas, dan amenorea (Haryono, 2017).

l. Pola Koping dan Toleransi

Stres Kaji tingkat kecemasan pasien dan keluarga, serta kemampuan koping pasien dalam menghadapi masalah atau penyakit yang diderita. Pada pasien CKD menunjukkan gejala stres, perasaan tidak berdaya, tak ada harapan, masalah financial serta hubungan tak ada kekuatan. Yaitu ditandai dengan ansietas, marah, menolak takut, mudah tersinggung serta perubahan kepribadian.

m. Pola Nilai dan Keyakinan

Kaji agama dan keyakinan yang dianut pasien dan keluarga, pengaruh kepercayaan terhadap manajemen pengobatan, serta hal – hal yang harus dipatuhi pasien sesuai dengan agama dan keyakinan pasien. (Haryono, 2017).

n. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum : lemah – buruk
- 2) Tingkat kesadaran : kompos mentis – koma
- 3) Pengukuran antropometri : berat badan menurun.
- 4) Tanda vital : tekanan darah meningkat, nadi lemah, suhu meningkat, istrytmia, pernapasan kusmaul, dan tidak teratur.
- 5) Kepala
  - a) Mata : konjungtiva anemis, edema periorbita, mata merah, berair, dan penglihatan kabur.
  - b) Rambut : rambut mudah rontok, tipis dan kasar.
  - c) Hidung : pernapasan cuping hidung.
  - d) Mulut : ulserasi atau perdarahan, napas berbau amonia, mual atau muntah serta cegukan, dan peradangan gusi.
- 6) Leher : pembesaran vena leher
- 7) Dada dan Thoraks : penggunaan otot bantu pernapasan, pernapasan dangkal dan kusmaul serta krekels, pneumonitis, edema pulmoner, friction rub pericardial.
- 8) Abdomen : nyeri area pinggang, dan asites
- 9) Genital : atropi testikuler, dan amenore.
- 10) Ekstremitas : capirally refill time > 3 detik, kuku rapuh atau kusam serta tipis, kelemahan pada tungkai, rasa panas di telapak kaki, food drop, dan kekuatan otot.
- 11) Kulit : ecimosis, kulit kering, bersisik, warna kulit abu – abu, mengkilat atau hiperpigmentasi, pruritis (gatal), kuku tipis dan rapuh, purpura (memar), dan edema.

o. Pemeriksaan Penunjang



Beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien gagal ginjal kronik menurut (Sudoyo, dkk, 2016) yaitu :

1) Urine

- a) Volume, biasanya kurang dari 400ml/24 jam (oliguri) atau urin tidak ada.
- b) Warna, secara abnormal urin keruh mungkin disebabkan oleh pus, lemak, bakteri, partikel koloid, fosfat atau urat.
- c) Berat jenis urin, kurang dari 1,015 (menetap pada 1,010 menunjukkan adanya kerusakan ginjal berat.
- d) Klirens kreatinin, mungkin akan menurun.
- e) Natrium, lebih besar dari 40 meq/L karena ginjal tidak dapat mereabsorpsi natrium.
- f) Protein, derajat tinggiproteinuria (3– 4 +) secara kuat menunjukkan adanya kerusakan glomerulus.

2) Darah

- a) Hitung darah lengkap, Hb menurun pada adanya anemia, Hb biasanya kurang dari 7 – 8 gr.
- b) Sel darah merah, menurun pada defisiensi eritropoetin seperti azotemia.
- c) GDA, pH menurun, asidosis metabolik (kurang dari 7,2) terjadi karena kehilangan kemampuan ginjal untuk mengekskresi hidrogen 40 serta amonia atau hasil akhir katabolisme protein, bikarbonat menurun, PaCO<sub>2</sub> menurun.
- d) Kalium, peningkatan sehubungan dengan retensi sesuai perpindahan selular (asidosis) atau pengeluaran jaringan).
- e) Magnesium fosfat meningkat.
- f) Kalsium menurun.
- g) Protein (khusus albumin, kadar serum menurun menunjukkan kehilangan protein melalui urin, perpindahan cairan, penurunan pemasukan atau sintesa karena kurang asam amino esensial.

h) Osmolalitas serum : lebih besar dari 285 mosm/kg, sering sama dengan urin.

3) Pemeriksaan Radiologi

a) Foto ginjal, ureter dan kandung kemih : menunjukkan ukuran kandung kemih, refluks kedalam ureter dan retensi.

b) Ultrasonografi ginjal: menentukan ukuran ginjal dan adanya massa, kista, obstruksi pada saluran perkemihan bagian atas.

c) Pielogram ginjal : mengkaji sirkulasi ginjal dan mengidentifikasi ekstrasvaskuler.

d) Sistouretrogram berkemih: menunjukkan ukuran kandung kemih, refluks kedalam ureter dan retensi.

e) Biopsi ginjal : mungkin dilakukan secara endoskopi untuk menentukan sel jaringan untuk diagnosis histologis.

f) Endoskopi ginjal dan nefroskopi: dilakukan untuk menentukan pelvis ginjal.

g) Elektrokardiografi (EKG): mungkin abnormal menunjukkan ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa.

h) Fotokaki, tengkorak, kolumna spinal dan tangan, dapat menunjukkan demineralisasi, kalsifikasi.

i) Pielogram intravena (IVP), menunjukkan keberadaan dan posisi ginjal, ukuran dan bentuk ginjal.

j) CT scan untuk mendeteksi massa retroperitoneal.

k) Magnetic Resonan Imaging/MRI untuk mendeteksi struktur ginjal, luasnya lesi invasif ginjal.

p. Penatalaksanaan Keperawatan

Menurut Smeltzer & Bare (2016) Penatalaksanaan keperawatan pada pasien CKD yaitu :

- 1) Mengkaji status cairan dan mengidentifikasi sumber potensi ketidakseimbangan cairan pada pasien.
- 2) Menetapkan program diet untuk menjamin asupan nutrisi yang memadai dan sesuai dengan batasan regimen terapi.
- 3) Mendukung perasaan positif dengan mendorong pasien untuk meningkatkan kemampuan perawatan diri dan lebih mandiri.
- 4) Memberikan penjelasan dan informasi kepada pasien dan keluarga terkait penyakit CKD, termasuk pilihan pengobatan dan kemungkinan komplikasi.
- 5) Memberi dukungan emosional.

## 2. Diagnosa Keperawatan

- a. Keletihan b.d kondisi fisiologis penyakit kronis dan program pengobatan jangka panjang.
- b. Resiko ketidakseimbangan cairan b.d dengan penyakit ginjal
- c. Gangguan pola tidur.

## 3. Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran	Intervensi
1.	<p><b>Keletihan (D.0057) :</b></p> <p>➤ <b>Definisi :</b> Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat.</p> <p>➤ <b>Penyebab :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gangguan tidur.</li> <li>b. Gaya hidup monoton</li> <li>c. Kondisi fisiologis (misalnya penyakit kronis, penyakit terminal, anemia, malnutrisi, kehamilan)</li> <li>d. Program perawatan/ pengobatan jangka panjang.</li> <li>e. Peristiwa hidup negatif.</li> <li>f. Stress berlebihan</li> </ol>	<p><b>Tingkat Keletihan (L.05046)</b></p> <p>➤ Definisi: Kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat</p> <p>➤ Ekspektasi : Menurun.</p> <p>➤ Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Verbalisasi kepuhian meningkat (5)</li> <li>b. Tenaga meningkat (5)</li> <li>c. Kemampuan melakukan</li> </ol>	<p><b>Terapi Relaksasi (I. 09326)</b></p> <p>➤ <b>Definisi :</b> Menggunakan teknik peregangan untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan</p> <p>➤ <b>Tindakan:</b></p> <p><b>a. Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</li> </ul>

<p>g. Depresi</p> <p>➤ <b>Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <p><b>a. Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur</li> <li>• Merasa kurang bertenaga.</li> <li>• Mengeluh lelah.</li> </ul> <p><b>b. Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin Gejala dan</li> <li>• Tampak lesu</li> </ul> <p>➤ <b>Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p>a. Subjektif</p> <p>Merasa bersalah akibat tidak mampu menjalankan tanggung jawab</p>	<p>aktivitas rutin meningkat (5)</p> <p>d. Verbalisasi lelah menurun(5)</p> <p>e. Lesu menurun (5)</p> <p>f. Gangguan konsentrasi menurun (5)</p> <p>g. Pola istirahat membaik (5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>• Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</li> <li>• Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> <li>• Monitor respons terhadap terapi relaksasi</li> </ul> <p><b>b. Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciptakan lingkungan tenang dantapa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan.</li> <li>• Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi.</li> <li>• Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai</li> </ul> <p><b>c. Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia.</li> <li>• Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih.</li> <li>• Anjurkan mengambil posisi nyaman.</li> <li>• Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi.</li> <li>• Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih.</li> <li>• Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi.</li> </ul>
--	--	--

2.	<p><b>Resiko Ketidak Seimbangan Cairan(D.0036) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Definisi :</b> Beresiko mengalami penurunan, peningkatan, atau percepatan perpindahan cairan dari intravaskuler, intertisial atau intraseluler</li> <li>➤ <b>Faktor Resiko</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Prosedur pembedahan mayor</li> <li>b. Trauma pendarahan</li> <li>c. Luka bakar.</li> <li>d. Aferesis.</li> <li>e. Asites.</li> <li>f. Obstruksi intestinal.</li> <li>g. Peradangan pankreas</li> <li>h. Penyakit ginjal dankelenjar</li> <li>i. Disfungsi intestinal</li> </ol> </li> <li>➤ <b>Kondisi Klinis Terkait</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Prosedur pembedahan mayor</li> <li>b. Penyakit ginjal dan kelenjar</li> <li>c. Pendarahan</li> <li><b>d.</b> Luka bakar</li> </ol> </li> </ul>	<p><b>Keseimbangan Cairan (L.03020):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Definisi :</b> Ekuilibrium (keseimbangan) antara volume cairan diruang intraseluler dan ekstraseluler tubuh.</li> <li>➤ <b>Ekspektasi :</b> Meningkat</li> <li>➤ <b>Kriteria Hasil :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Haluaran urine meningkat (5)</li> <li>b. Edema menurun (5)</li> <li>c. Asites menurun (5)</li> <li>d. Konfusi menurun (5)</li> <li>e. Tekanan darah membaik (5)</li> <li>f. Tekanan nadi radial membaik (5)</li> <li>g. Membaran mukosa membaik (5)</li> <li>h. Turgor kulit membaik (5)</li> <li>i. Berat badan membaik (5)</li> </ol> </li> </ul>	<p><b>Manajemen Cairan (I.03098)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Definisi :</b>• Mengidentifikasi dan mengelola keseimbangan cairan dan mencegah komplikasi akibat ketidak seimbangan cairan</li> <li>➤ <b>Tindakan :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>a. Observasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor status hidrasi (misalnya frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah)</li> <li>• Monitor berat badan harian pasien</li> <li>• Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialysis</li> </ul> </li> <li><b>b. Terapeutik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Catat intakeoutput dan hitung balans cairan 24 jam.</li> <li>• Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan</li> </ul> </li> <li><b>c. Edukasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan masalah yang timbul jika tubuh kekurangan atau kelebihan cairan.</li> <li>• Ajarkan mengatasi masalah kekurangan atau kelebihan cairan secara mandiri</li> <li>• Ajarkan cara perhitungan cairan sesuai dengan kebutuhan tubuh</li> </ul> </li> </ol> </li> </ul>
3,	<p><b>Gangguan Pola Tidur (D.0055)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Definisi :</b> Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal</li> <li>➤ <b>Penyebab :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hambatan lingkungan (misalnya kelembapan lingkungan sekitar, suhu,</li> </ol> </li> </ul>	<p><b>Pola Tidur (L. 05045)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Definisi :</b> Keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur</li> <li>➤ <b>Eskpektasi:</b> Membaik</li> <li>➤ <b>Kriteria Hasil</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Keluhan sulit tidur menurun</li> </ol> </li> </ul>	<p><b>Dukungan Tidur (I.05174)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Definisi :</b> Menfasilitasi siklus tidur danterjagaa yang teratur</li> <li>➤ <b>Tindakan :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>a. Observasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi pola aktivitas dantidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> </ul> </li> </ol> </li> </ul>

	<p>lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b. Kurang kontrol tidur</li> <li>c. Kurang privasi</li> <li>d. Restrain fisik</li> <li>e. Ketiadaan teman tidur</li> <li>f. Tidak familiar dengan peralatan tidur.</li> </ol> <p>➤ <b>Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Subjektif <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengeluh sulit tidur.</li> <li>• Mengeluh sering terjaga.</li> <li>• Mengeluh tidak puas tidur.</li> <li>• Mengeluh pola tidur berubah.</li> <li>• Mengeluh istirahat tidak cukup.</li> </ul> </li> <li>b. Objektif (Tidak tersedia)</li> </ol> <p>➤ <b>Gejala dan Tanda Minor</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Subjektif <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun</li> </ul> </li> <li>b. Objektif (Tidak tersedia)</li> </ol> <p>➤ <b>Kondisi Klinis Terkait</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Nyeri/kolik</li> <li>b. Hipertiroidisme</li> <li>c. Kecemasan.</li> <li>d. Penyakit paru obstruktif kronis.</li> <li>e. Kehamilan</li> <li>f. Periode pasca partum.</li> <li>g. Kondisi pasca operasi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>b. Keluhan sering terjaga menurun.</li> <li>c. Keluhan tidak puas tidur menurun.</li> <li>d. Kemampuan beraktivitas meningkat.</li> </ol>	<p>(fisik dan/ atau psikologis).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikas makanan dan minuman yang mengganggu tidur.</li> <li>• Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ul> <p><b>b. Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modifikasi lingkungan</li> <li>• Batasi waktu tidur siang.</li> <li>• Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur.</li> <li>• Tetapkan jadwal tidur rutin.</li> <li>• Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan(misalnya pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur).</li> <li>• Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/ atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga</li> </ul> <p><b>c. Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>• Anjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu waktu tidur</li> <li>• Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung suppressor terhadap tidur REM</li> <li>• Anjurkan faktor - faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</li> <li>• Anjurkan relakasi otot autogenik atau cara non-farmakologi lainnya.</li> </ul>
--	--	--	---

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan tindakan perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut harus dilakukan. Perawat harus yakin bahwa :

- a. tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan apa yang direncanakan;
- b. dilakukan dengan aman, tepat, serta sesuai dengan kondisi klien;
- c. selain itu dievaluasi apakah sudah efektif;
- d. selalu didokumentasikan menurut urutan waktu tindakan.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan dan menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian, atau bahkan belum teratasi semuanya. Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan yaitu suatu proses yang digunakan untuk mengukur dan memonitor kondisi klien untuk mengetahui hal sebagai berikut :

- a. Kesesuaian tindakan keperawatan.
- b. Perbaikan tindakan keperawatan.
- c. Kebutuhan klien saat ini.
- d. Perlunya rujukan pada tempat kesehatan lainnya.

## **F. Evidence Based Nursing (EBN)**

### **1. Latar Belakang**

*Evidence Based Nursing* (EBN) sangat berperan secara integral dalam pelayanan kesehatan yang berkualitas dan telah diakui secara internasional sebagai pendekatan problem solving yang ideal serta menekankan pada penarapan penelitian terbaik, membantu profesional kesehatan agar tetap up to date dalam memberikan perawatan kesehatan yang lebih baik (Stoke et al, 2016).

Pasien CKD akan merasakan kelelahan, sakit kepala dan keluar keringat dingin, adanya status kesehatan yang buruk juga dapat menyebabkan penderita mengeluh kelelahan. Selain itu kadar oksigen yang rendah karena anemia akan menyebabkan tubuh mengalami kelelahan yang ekstrim (fatigue) dan akan memaksa jantung bekerja lebih keras untuk mensuplay oksigen yang dibutuhkan tubuh (Septiwi, 2016). Fatigue pada pasien chronic kidney disease dapat disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya proses dialisis, uremia, dukungan sosial yang kurang, depresi, cemas, kurang asupan nutrisi, fisiologi yang tidak normal dan kurang tidur (Davey et al, 2019).

Salah satu terapi yang terbukti untuk mengatasi kelelahan/ fatigue adalah terapi back message. Back message merupakan pemijatan yang dilakukan di area punggung . Back message adalah ilmu yang mempelajari tentang pijat pada titik-titik tertentu ditubuh yang dapat dilakukan dengan tangan (Alviani 2016). Penelitian Julius Nanda et al (2023) dan Sapti Ayubbana et al (2023) membuktikan Bahwa back message yang diberikan pada pasien tiga kali/ perminggu selama 15 menit persesi dapat dapat mengurangi kelelahan sebesar 20,01-66,4%. Didukung dengan penelitian Moh Projo Angkasa (2022) membuktikan bahwa back message pasien yang diberikan tiga kali dalam 3 minggu selama 15 menit terbukti dapat menurunkan tingkat kelelahan yang dirasakan pasien hemodialisa. Diperkuat dengan penelitian Elis Anggaria et al (2023) yang menyatakan back message dilakukan dengan minyak maupun tanpa minyak mampu menurunkan tingkat



kelelahan pada pasien hemodialisa. Back Massage dapat menurunkan kelelahan dengan melakukan pemijatan pada punggung yang berhubungan dengan gerakan memijit serta diberikan tekanan. Gerakan dilakukan secara perlahan dari bahu hingga pinggang bawah (Sharifi et al, 2018). Produk tersebut dapat menstimulus kelenjar pituitary untuk mensekresikan endokrin dan pro opioid melanocortin yang dapat meningkatkan produktifitas ensafalin oleh medulla adrenal yang mempengaruhi perubahan mood seseorang (Saragih, 2019).

Peningkatan endorphin dan serotonin di otak akan menciptakan perasaan rileks secara fisik (Salmi et al.,2021). Selain itu endorphin akan menekan sekresi kortisol, sehingga selain rileks secara fisik pasien juga akan merasakan rileks secara psikologis. Peningkatan endorphin dapat melebarkan pembuluh darah (Pristyani & Mujahid,2020). Kondisi ini akan memperbaiki sirkulasi darah dan getah bening yang dapat meningkatkan suplai oksigen dalam tubuh serta mempercepat proses pembuangan sisa metabolisme dalam tubuh sehingga gejala kelelahan yang dirasakan pasien akan menurun (Nugraha et al., 2017).

## 2. *Prosedur Pelaksanaan EBN*

### a. Definisi Slow Stroke Back Massage

Slow Stroke Back Massage adalah salah satu teknik memberikan tindakan masase pada punggung dengan usapan secara perlahan. Usapan dengan lotion/balsem memberikan sensasi hangat dengan mengakibatkan dilatasi pada pembuluh darah lokal. (Atmojo,2017). Pemijatan ini di lakukan pada titik-titik tertentu yang mewakili semua organ internal, system tubuh, anggota badan dan kelenjar. Dengan pemijatan tertentu, organ-organ yang berhubungan akan mendapatkan efek langsung dari manfaat yang pijat yang dilakukan.

### b. Tujuan Slow Stroke Back Massage

- 1) Meningkatkan sekresi endorphin dan encephalin untuk mengendalikan rasa sakit.
- 2) Meningkatkan aliran getah bening.
- 3) Meningkatkan system kekebalan tubuh.
- 4) Meningkatkan konduksi saraf dan sirkulasi darah.
- 5) Mengeluarkan racun dari tubuh sebagai hasil dari peningkatan aliran darah.

c. Manfaat Slow Stroke Back Massage

Manfaat Slow Stroke Back Massage menurut Muslikh (2015) yaitu :

- 1) Ketika dilakukan pemijatan maka tubuh akan bereaksi dengan mengeluarkan endorphin. Endorphin menjadi zat yang diproduksi secara ilmiah di tubuh yang memiliki efek seperti morphin. Endorphin memiliki sifat seperti menenangkan, memberikan rasa nyaman, dan dapat berperan dalam regenerasi sel untuk memperbaiki tubuh yang rusak.
- 2) Pijat punggung bersifat sedatif yang dapat berfungsi untuk meringankan ketegangan pada syaraf dan dapat meningkatkan aktivitas sistem vegetasi tubuh yang dikontrol oleh otak serta sistem syaraf seperti sistem kelenjar hormonal, peredaran darah, dan pencernaan.
- 3) Pijat punggung dapat membuat otot dan jaringan lunak tubuh menjadi rileks dan meregang yang dapat mengurangi ketegangan dan dapat melepaskan asam laktat yang dapat membersihkan endapan dari bahan buangan yang tak terpakai.
- 4) Pemijatan di area atau titik refleksi yang membantu menyeimbangkan kadar kalsium dalam tubuh bermanfaat untuk memelihara jantung, sistem pernapasan, getah bening yang bekerja dipengaruhi sistem syaraf dan otot.
- 5) Pijat punggung dapat bersifat promotif yaitu meningkatkan daya tahan tubuh dan kekuatan tubuh, bersifat preventif untuk mencegah penyakit, kuratif untuk mengatasi keluhan serta pengobatan penyakit, dan rehabilitatif untuk memulihkan kesehatan.

- a) Mengurangi dan menghilangkan gejala fatigue.
  - b) Meningkatkan kualitas tidur.
  - c) Mengurangi rasa sakit.
  - d) Meningkatkan relaksasi dan kenyamanan
- d. Standar Operasional Prosedur (SOP)
- 1) Tahap Impelementasi
    - a) Peneliti memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik
    - b) Peneliti menjelaskan tujuan penelitian, manfaat dan prosedur penelitian
    - c) Memberi kesempatan responden untuk bertanya
    - d) Ukur skor fatigue responden menggunakan kuesioner FFS Fatigue Severity Scale (FSS) sebelum diberikan latihan.
    - e) Atur posisi pasien dalam posisi duduk atau miringkan badan.
    - f) Ciptakan lingkungan yang nyaman seperti meminimalkan kebisingan disekitar pasien.
    - g) Hangatkan tangan sebelum menyentuh punggung pasien dan lepaskan aksesoris yang dipakai di tangan.
    - h) Posisikan punggung pasien sepenuhnya berada di tangan peneliti dan peneliti berdiri dibelakang atau sejajar punggung pasien  
 Dengan cara :
      - Gerakan friction dengan menggunakan ujung 3 jari yang dibuat merapat dan 3 jari lainnya memperkuat dari servikal ruas ke-7 sampai sacrum ruas ke-2 dengan kecepatan 60 gerakan.
      - Teknik stroking yaitu dengan menggunakan ujung 3 jari dengan posisi merapat, dimulai dari sacrum ruas ke-2 sampai ke servikal ruas ke-7 dengan kecepatan 60 gerakan secara berulang.
      - Setelah itu lakukan gerakan petrisage yaitu memijat menggunakan kedua ibu jari berhadapan dari servikal ruas ke-

7 sampai sacrum ruas ke-2 dengan kecepatan 60 gerakan secara berulang.

- Setelah pelaksanaan pijat ukur kembali skor fatigue responden menggunakan kuesioner FSS setiap selesai terapi dilaksanakan pada setiap pertemuan.

### 3. Analisis Jurnal yang Berkaitan dengan EBN

Metode Analisis Jurnal (PICO)	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3
<b>Judul</b>	Penerapan Back Massage terhadap Fatigue pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD Jenderal Ahmad Yani Kota Metro	Terapi Slow Stroke Back Massage terhadap Peningkatan Kualitas Tidur Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) yang menjalani hemodialisis	<i>The Effect of Back Massage on the Level of Fatigue and Sleep Quality in Patients Undergoing Hemodialysis</i>
<b>Penerbit</b>	Jurnal Cendikia Muda Volume 3, Nomor 3, September 2023 ISSN : 2807-3469	Jurnal Keperawatan Silampari Volume 5, Nomor 2, Juni 2022 e-ISSN: 2581-1975 p-ISSN: 2597-7482	Jurnal Lintas Keperawatan tahun 2022 ISSN : 2807-9280
<b>P (Problem/Population)</b>	<b>Problem :</b> Gagal ginjal kronik dapat mengakibatkan terjadinya anemia, malnutrisi, uremia, hiperparatiroid, inflamasi, inaktivitas fisik, ansietas, stress, depresi dan gangguan tidur. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya fatigue pada pasien gagal ginjal kronik. Salah satu penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk menurunkan tingkat kelelahan pada pasien gagal ginjal kronik yaitu dengan back massage.	<b>Populasi :</b> Populasi penelitian yaitu penderita CKD yang mendapat pengobatan HD di ruangan HD Dahlia RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Pada bulan September 2020, tercatat 195 penderita rutin menjalani HD.	<b>Problem :</b> Presentase penderita penyakit gagal ginjal kronik yang mengalami kelelahan sebesar 71,0% sampai 92,2%.. Gangguan tidur dialami oleh 50-80% pasien yang menjalani terapi hemodialisa. Gangguan tidur sering terjadi pada pasien gagal ginjal kronik bahkan dapat berlangsung lama, hal itu dapat mempengaruhi kualitas tidur pasien gagal ginjal kronik baik dari segi tercapainya jumlah atau lamanya tidur yang berdampak pada aktivitas sehari-hari.  <b>Population :</b>

			Populasi penelitian ini adalah pasien hemodialisa di RSUD Bendan Kota Pekalongan dengan jumlah 53 orang.
<b>I (Intervention)</b>	Desain karya tulis ilmiah ini menggunakan desain studi kasus. Studi kasus ini dilakukan di RSUD Jend. Ahmad Yani Metro. Subyek yang digunakan dalam studi kasus yaitu 2 pasien gagal ginjal kronik. Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data meliputi kuesioner karakteristik, SOP back massage, lembar kuesioner Fatigue Severity Scale (FSS), lembar observasi skor fatigue. Analisa data dilakukan menggunakan analisis deskriptif.	Teknik pengambilan sampel adalah simple random sampling. Sampel yang dipakai pada setiap kelompok dalam penelitian ini berjumlah 16 orang, ada 2 kelompok, penelitian, sehingga total sampel 32 orang. Sampel penelitian adalah populasi yang telah ditentukan dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi : Usia $\geq 18$ tahun. Penderita CKD yang menjalani terapi HD > 3 bulan. Penderita CKD yang menjalani terapi HD dua kali seminggu. Skor Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) $\geq 5$ . Sadar penuh serta mampu mendengar dan berkomunikasi dengan baik. Status kesehatan mental yang baik dan tidak memiliki penurunan daya ingat.	Peneliti menentukan responden dengan menggunakan pengocokan nomor urut pada data pasien yang ada di unit hemodialisa RSUD Bendan Kota Pekalongan. Peneliti kontrak waktu dengan responden setelah responden selesai melakukan tindakan hemodialisa akan diberikan intervensi back massage selama 10 menit. Back massage dilakukan 4 kali dalam waktu 2 minggu.
<b>C (Comparism)</b>	Tidak ada jurnal pembandingan	Tidak ada jurnal pembandingan	Tidak ada jurnal pembandingan
<b>O (Outcome)</b>	Berdasarkan hasil penerapan back massage selama 3 hari terjadi	Ada pengaruh pemberian SSBM terhadap kualitas tidur pada	Terdapat pengaruh back massage terhadap tingkat

	<p>penurunan skor fatigue. Penerapan back massage efektif dalam menurunkan fatigue pasien gagal ginjal kronik di RSUD Jendral Ahamd Yani Metro.</p>	<p>kelompok intervensi. Tidak ada pengaruh pemberian SSBM terhadap kualitas tidur pada kelompok kontrol. Pada kelompok intervensi ada perbedaan kualitas tidur pasien HD sebelum dan setelah dilakukan SSBM sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan kualitas tidur pada pengukuran pertama dan kedua.</p>	<p>kelelahan dan kualitas tidur pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Bendan Kota Pekalongan dengan hasil signifikan uji Wilcoxon 0,000 p value &lt; 0,05.</p>
--	---	---	--

## **BAB III METODE KARYA TULIS AKHIR**

### **A. Jenis dan Rancangan Penelitian**

Karya tulis akhir ini menggunakan jenis penelitian observasional deskriptif dengan metode pendekatan laporan kasus (*case report*). Penelitian deskriptif bertujuan mendeskripsikan peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini. *Case report* (laporan kasus) merupakan studi kasus yang bertujuan mendeskripsikan manifestasi klinis, perjalanan klinis, dan prognosis kasus. *Case report* mendeskripsikan cara klinis mendiagnosis dan memberi terapi terhadap kasus, dan hasil klinis yang diperoleh (Hasnawati et al., 2022). Pada karya tulis akhir ini penulis ingin mengetahui bagaimana penerapan Slow Stroke Back Massage dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD yang menjalani Hemodialisa di ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.

### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Waktu dimulainya proses KTA disampaikan mulai dari penentuan kasus peminatan yaitu mulai bulan April-Juni 2024. Proses penerapan intervensi EBN *Slow Stroke Back Massage* dilakukan di ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang mulai 16 April sampai 4 Mei 2024.

### **C. Prosedur Pemilihan Intervensi EBN**

Prosedur pemilihan EBN menggunakan metode pencarian artikel yang digunakan dalam Karya Tulis Akhir ini yaitu menggunakan Google Scholar. Dengan kriteria pada telusur jurnal yaitu yang telah terindeks nasional dan internasional dalam kurun waktu kurang dari 5 tahun. Kata kunci yang digunakan dalam pencarian ini yaitu CKD, Hemodialisa, Slow Stroke Back Massage.



## **D. Populasi dan Sampel**

### 1. Populasi

Populasi adalah subjek (misalnya manusia) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Populasi dalam karya tulis akhir ini yaitu seluruh pasien CKD yang menjalani hemodialisa yang dirawat di ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 16 Maret- 16 April 2024 sebanyak 28 orang.

### 2. Sampel

Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek melalui sampling. Sedangkan sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam 2016). Sampel dalam Karya Tulis Akhir ini adalah pasien dengan CKD yang menjalani hemodialisa di ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.

#### a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman saat menentukan kriteria inklusi. Dimana kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) pasien dengan diagnose CKD yang menjalani hemodialisa di ruangan Interne di RSUP.DR.M Djamil Padang
- 2) pasien yang setelah pengkajian memiliki masalah keperawatan keletihan.

#### b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari penelitian karena berbagai hal sehingga dapat mengganggu pengukuran maupun interpretasi hasil. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Pasien dengan total care.
- 2) Pasien dengan CKD dengan tingkat kesadaran menurun.

Pengambilan sampel saat di lahan penelitian yaitu pertama penulis mengambil data dari buku laporan ketua tim di ruang Interne RSUP DR. M.DJAMIL Padang dengan mengambil pasien yang mengalami CKD yang menjalani hemodialisis lebih dari satu. Dalam periode 16 Maret - 16 April 2024 di dapatkan 28 pasien yang mengalami CKD. Setelah mendapat data penulis melakukan pengkajian pada pasien yang mengalami CKD sesuai kriteria inklusi dan eksklusi. Dan dapat 2 pasien yang terjaring dalam pemenuhan sampel sebagai partisipan dalam penerapan Slow Stroke Back Massage.

## **E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data**

### **1. Jenis Data**

Jenis data yang dikumpulkan untuk pembuatan karya tulis ilmiah ini ada dua yaitu data primer dan data sekunder.

#### **a. Data primer**

Data primer adalah data yang diperoleh sendiri oleh peneliti dari hasil pengukuran, pengamatan, survei dan lain-lain (Nursalam 2016). Data primer yang dikumpulkan meliputi biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital.

#### **b. Data Sekunder**

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari dokumen yang diperoleh dari suatu lembaga atau orang lain (Nursalam 2016). Data sekunder yang dikumpulkan diperoleh dari rekam medis dan catatan perkembangan pasien meliputi hasil pemeriksaan penunjang dan obat-obatan.

### **2. Teknik Pengumpulan**

Data Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam sebuah penelitian (Nursalam 2016). Metode pengumpulan data menggunakan metode wawancara

dan observasi terstruktur. Pengukuran wawancara terstruktur meliputi strategi yang memungkinkan adanya suatu kontrol dari pembicaraan sesuai dengan isi yang diinginkan peneliti. Daftar pertanyaan biasanya sudah disusun sebelum wawancara dan ditanyakan secara urut. Observasi terstruktur dimana peneliti secara cermat mendefinisikan apa yang akan diobservasi melalui suatu perencanaan yang matang (Nursalam 2016). Wawancara dan observasi yang dilakukan kepada pasien dan keluarga meliputi biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tandatanda vital.

Langkah-langkah dalam pengumpulan data pada karya tulis akhir ners ini adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan identifikasi kasus di ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- b. Melakukan pendekatan secara informal kepada pasien yang dipilih sebagai responden kasus kelolaan dengan menjelaskan maksud dan tujuan terapi *Slow Stroke Back Massage*, serta memberikan lembar persetujuan (*inform consent*). Jika pasien bersedia untuk diberikan terapi, maka harus menandatangani lembar persetujuan dan jika pasien menolak untuk diberikan terapi, maka peneliti tidak memaksa dan menghormati haknya.
- c. Pasien yang bersedia untuk diberikan kompres dingin akan dilakukan pengkajian keperawatan dengan cara wawancara dan observasi, biodata, keluhan utama, pemeriksaan fisik, pemeriksaan fisik dan pengkajian skala FFS untuk mengidentifikasi skala *fatigue* pasien.

### 3. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan pada karya tulis akhir ners ini berupa format pengkajian pada asuhan keperawatan untuk memperoleh data biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, hasil pemeriksaan fisik, hasil pengkajian skala NRS dan hasil pemberian terapi *Slow Stroke Back Massage*.

## **F. Teknik Pengumpulan**

Data Metode pengumpulan data dapat diartikan sebagai teknik untuk mendapatkan data yang kemudian dianalisis dalam suatu penelitian (Dr. Wawan Kurniawan, 2021). Metode pengumpulan data dari penulisan ini dengan metode wawancara, observasi dan dokumentasi. Metode pelaksanaan dengan pasien dan keluarga untuk mendapatkan data identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan keluarga. Metode observasi dilaksanakan berupa pengamatan secara langsung terhadap pasien mengenai kondisi umum pasien, tanda – tanda vital, dan pengkajian keluhan pasien. Hasil dari penulisan kemudian ditutup untuk selanjutnya dapat dianalisis.

## **G. Instrument Penelitian**

Alat dan bahan yang digunakan dalam penulisan ini adalah minyak VCO dan Handscoon. Selain itu FACIT Fatigue Scale (FFS) juga digunakan sebagai instrumen dalam pelaksanaan penulisan.

## **H. Prosedur Penelitian**

1. Prosedur Karya Tulis Akhir Melakukan identifikasi kasus untuk sampel kasus kelolaan di ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.
2. Populasi Pasien dengan CKD yang dirawat di ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.
3. Sampel 2 orang pasien CKD dengan Fatigue yang dirawat di ruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.
4. Analisis Data Pengkajian, Diagnosis, Intervensi, Implementasi, Evaluasi Keperawatan dan Analisis Penerapan EBN.
5. Pembuatan Laporan dan Penyajian Data.

## **I. Analisis Data**

Pengolahan dan analisis data pada karya tulis akhir ners ini menggunakan metode analisis data kualitatif. Analisis data dimulai saat peneliti mengumpulkan data di tempat penelitian sampai semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan mengemukakan fakta dan membandingkan dengan teori yang ada kemudian dituangkan dalam bentuk opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan adalah teknik analisis naratif dengan cara menguraikan jawaban-jawaban dan hasil pengamatan yang diperoleh dari hasil studi dokumentasi secara mendalam sebagai jawaban dari rumusan masalah (Nursalam 2016).

Berikut ini merupakan urutan dalam analisis pada karya ilmiah akhir ners ini meliputi:

1. Reduksi data

Data hasil wawancara dan observasi yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan disajikan dalam satu transkrip dan dikelompokkan menjadi data-data sesuai dengan yang diperlukan untuk menjawab tujuan penelitian.

2. Penyajian data

Penyajian data disesuaikan dengan rancangan penelitian yang sudah dipilih yaitu rancangan penelitian deskriptif dengan metode pendekatan studi kasus. Data disajikan secara terstruktur atau narasi dan dapat disertakan dengan ungkapan verbal dari subjek penelitian sebagai data pendukung.

3. Kesimpulan

Langkah setelah data disajikan yaitu pembahasan dan membandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan teori secara teoritis dengan perilaku kesehatan, kemudian ditarik kesimpulan dengan metode induksi yang diurutkan sesuai proses keperawatan dan terapi inovasi meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi, hasil analisis pemberian terapi inovasi.

## **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

## A. Hasil

Bab ini menjelaskan tentang studi kasus untuk mengurangi gangguan *fatigue* dengan *Slow Steoke Back Massage* melalui pendekatan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. L dan Tn.P mulai tanggal 16 April – 4 Mei 2024 di Ruang Interne RSUP DR.M. Djamil Padang. Kesadaran pasien CKD on HD dan bersedia menjadi responden. pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Pengkajian ini dilakukan dengan allo anamnesa (wawancara dengan keluarga atau orang terdekat), pengamatan, observasi, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan keperawatan.

### 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dimulai dari 16 April 2024 pukul 10.00 WIB pada partisipan 1 Ny.L berumur 56 tahun dengan diagnosa CKD stage V on HD dengan cimino macet + asidosis metabolik + hiperkalemia + DM tipe II + anemia. Tanggal 19 April 2024 pukul 13.00 WIB dilakukan pengkajian kepada partisipan 2 Tn. Z berumur 60 tahun dengan diagnosa CKD stage V + HT stage 2 + DM tipe 2 + *Community acquired pneumonia nonsevere low risk mdr* + hiponatremia. Hasil penelitian tentang pengkajian yang didapatkan peneliti melalui observasi, wawancara dan studi dokumentasi pada kedua partisipan dituangkan pada tabel sebagai berikut :

**Tabel 4.1**  
**Hasil Pengkajian Keperawatan**

<b>Pengkajian</b>	<b>Pertisipan I</b>	<b>Partisipan II</b>
<b>Identitas Pasien</b>	<b>Studi dokumentasi dan wawancara:</b> Seorang perempuan Ny.L (Ibu Rumah Tangga umur 56 tahun, beragama Islam, pendidikan terakhir SMA, nomor MR 01.13.44.57 dengan diagnosa CKD <i>Stage V</i> on HD dengan <i>cimino macet</i> + asidosis metabolik +	<b>Studi dokumentasi dan wawancara:</b> Seorang laki-laki, Tn.Z (wiraswasta), sudah menikah dengan umur 60 tahun, beragama Islam, pendidikan terakhir SMA, Nomor MR 01.16.32.21 dengan diagnosa CKD stage V + HT stage II + DM tipe II + <i>Community acquired pneumonia</i>

	hiperkalemia + DM tipe II tidak terkontrol + anemia sedang	<i>nonsevere low risk mdr</i> + hiponatremia.
<b>Keluhan Utama</b>	Ny.L masuk RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD rujukan dari RS Ibnu Sina Padang dengan gagal ginjal kronik. Pasien mengeluh demam sejak dua hari sebelum masuk rumah sakit, pasien juga mengalami sesak nafas sejak satu minggu sebelum masuk rumah sakit. Pasien juga mengatakan bahwa <i>cimino</i> yang terpasang di tangan sebelah kanan macet dan terasa sakit.	Tn. Z masuk RSUP. Dr. M. Djamil Padang melalui IGD dan pasien rujukan dari RSUD Pasaman Barat, pasien mengeluh sesak nafas sudah dirasakan sejak 2 minggu ini, pasien mengeluh nyeri pinggang dirasakan sejak 2 minggu ini namun meningkat selama 1 minggu ini, BAB dan BAK tidak ada keluhan, pasien sudah HD di RSUP Dr. M. Djamil Padang sejak 1 bulan terakhir ini, namun selama 2 minggu terakhir ini tidak HD dan pasien sudah dikenal dengan hipertensi dan DM serta pasien mengatakan tidak rutin minum obat.
<b>Riwayat kesehatan Sekarang</b>	<b>Wawancara :</b> Pasien mengatakan badan terasa lemas, letih, pasien mengatakan kaki bengkak dan terasa berat. Keluarga pasien mengatakan sesak sudah dirasakan pasien sejak satu minggu sebelum masuk rumah sakit. Kaki tampak udem derajat II pada kaki kiri dan kanan. Pasien tampak lemah dan letih.	<b>Wawancara :</b> Pasien mengatakan mengeluh sesak nafas meningkat, mengeluh badan terasa lemah dan letih dan mengatakan sulit tidur pada malam hari dan di siang hari.
<b>Riwayat kesehatan Dahulu</b>	<b>Wawancara dan studi dokumentasi:</b> Pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit DM sejak 10 tahun yang lalu + CKD on HD sejak tahun 2017.	<b>Wawancara dan studi dokumentasi:</b> Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit DM + Hipertensi + CKD on HD + Riwayat TB Paru tahun 2019.
<b>Riwayat Kesehatan Keluarga</b>	<b>Wawancara dan studi dokumentasi:</b> Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan pasien, atau penyakit menular atau turunan lainnya.	<b>Wawancara dan studi dokumentasi:</b> Keluarga pasien mengatakan orang tua laki-laki Tn.Z memiliki riwayat penyakit hipertensi.
<b>Pola Eliminasi</b>	a. Sehat BAB: pasien mengatakan BAB 1 x sehari setiap pagi hari	a. Sehat BAB: pasien mengatakan BAB 2x sehari setiap pagi dan sore hari

	<p>dengan konsistensi lembek berwarna kuning. BAK : pada saat sehat pasien BAK lebih kurang 7 kali dalam sehari dan tidak ada nyeri ketika BAK.</p> <p>b. Sakit BAB: pada saat sakit pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning. BAK : pada saat sakit pasien BAK 6 kali sehari tetapi urin keluar sedikit dan tidak ada nyeri ketika BAK dan berwarna kuning pekat.</p>	<p>dengan konsistensi lembek berwarna kuning. BAK : pada saat sehat pasien BAK lebih kurang 8 kali dalam sehari dan tidak ada nyeri ketika BAK.</p> <p>b. Sakit BAB: pada saat sakit pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning. BAK : pada saat sakit pasien BAK 5 kali sehari tetapi urine keluar sedikit- sedikit dan tidak ada nyeri ketika BAK.</p>
<b>Pola Istirahat dan Tidur</b>	<p>a. Sehat Pasien mengatakan pada saat sehat biasanya tidur 6-7 jam per hari.</p> <p>b. Sakit Saat dirawat dirumah sakit pasien mengatakan tidur 6-8 jam per hari namun pasien mengatakan tidak merasa segar setelah bangun dan merasa letih. Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari diantara pukul 23.00 WIB-03.00 WIB.</p>	<p>a. Sehat Pasien mengatakan saat sehat pasien tidur 8- 9 jam sehari pada malam hari dan tidur siang 1- 3 jam.</p> <p>b. Sakit Pasien mengatakan mengalami gangguan tidur dan gelisah akibat penyakit yang diderita. Pasien juga mengatakan tidur hanya 3 - 4 jam selama 2 minggu ini dan mulai tidur pada malam hari jam 23.00 WIB bahkan jam 00.00 WIB baru tertidur dan bangun pagi jam 03.00 WIB atau jam 04.00 WIB .</p>
<b>Pola Persepsi Sensori dan Kognitif</b>	Pasien mangatakan sering gelisah, badan terasa pegal-pegal, susah bergerak dan mengalami gangguan tidur setiap harinya.	Pasien mangatakan sering gelisah, badan terasa pegal- pegal, susah bergerak dan mengalami gangguan tidur setiap harinya.
<b>Pola Persepsi dan Konsep Diri</b>	Pasien mengatakan yakin akan sembuh jika mematuhi proses pengobatan, dan berharap akan segera pulih dan kembali seperti biasa sebelum sakit.	Pasien mengatakan masih ada harapan, mengatakan masih semangat untuk sembuh demi orang- orang terdekat.
<b>Pemeriksaan Fisik</b>	<b>Wawancara dan studi dokumentasi:</b> Keadaan umum pasien lemah dan letih dengan kesadaran	<b>Wawancara dan studi dokumentasi:</b> Keadaan umum pasien lemah dan letih dengan kesadaran



	<p>composmentis. Berat badan: 83 kg, tinggi badan : 165 cm,. Tanda – tanda vital : Tekanan darah: 150/85 mmHg, Nadi: 83 x/i, Suhu: 36,9°C, Pernafasan: 21 x/i. Pada pemeriksaan fisik didapatkan pada Wajah tampak simetris kiri dan kanan, tampak pucat, dan tidak ada lesi. <b>Mata</b> simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor dan reflek cahaya (+). <b>Mulut</b> mukosa bibir tampak kering, gigi terlihat lengkap. <b>Dada dan Thorax</b> Pergerakan dinding dada tampak simetris kiri dan kanan, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, pernafasan dangkal (-), kusmaul(-), frekuensi nafas: 21x/I, Fremitus kiri dan kanan sama, perkusi dinding dada sonor, dan pada saat auskultasi terdengar bunyi vesikuler. <b>Jantung</b> Ictus cordis teraba batas jantung atas RIC II, kiri LMCS RIC V A: irama jantung S1, S2 normal. <b>Ekstremitas</b> CRT &lt; 3 detik, akral teraba dingin, tampak ekstremitas atas dan bawah lengkap, kekuatan otot menurun, warna kulit tampak pucat, turgor kulit menurun, tampak adanya edema disekitar ekstremitas bawah, tampak turgor kulit menurun. <b>Genitalia</b> kelamin berjenis perempuan, tidak ada nyeri ketika BAK.</p>	<p>composmentis. Berat badan: 80 kg, tinggi badan : 175 cm. Tanda – tanda vital : Tekanan darah: 167/ 90 mmHg, Nadi: 96 x/i, Suhu: 36,7°C, Pernafasan: 24 x/i. Pada pemeriksaan fisik didapatkan pada Wajah tampak simetris kiri dan kanan, tampak pucat, dan tidak ada lesi. <b>Mata</b> simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor dan reflek cahaya (+). Mulut mukosa bibir tampak kering, gigi terlihat kuning dan tidak lengkap. <b>Dada dan Thorax</b> tampak simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya lesi, fremitus kiri dan kanan, perkusi dada terdengar sonor, dan pada saat auskultasi terdengar bunyi vesikuler. <b>Jantung</b> tampak ictus cordis tidak terlihat, ketika di palpasi ictus cordis teraba 1 jari medial lmcs RIC V, dan terdengar bunyi jantung reguler s1-s2. <b>Ekstremitas</b> CRT &gt; 3 detik, akral teraba dingin, tampak ekstremitas atas dan bawah lengkap, kekuatan otot menurun, warna kulit tampak pucat, turgor kulit menurun, tampak adanya edema disekitar ekstremitas atas dan bawah, tampak turgor kulit menurun. <b>Genitalia</b> kelamin berjenis laki- laki, tidak ada nyeri ketika BAK.</p>
<p><b>Data Penunjang</b></p>	<p>a. Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 15 Mei 2024 : pH: 7,29. pCO<sub>2</sub>: 39,2 mmHg, pO<sub>2</sub>: 82,7 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 19,1, SO<sub>2</sub>: 96,7 %.</p> <p>b. Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 16 Mei 2024 : hemoglobin: 10,3</p>	<p>a. Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 21 April 2024 : hemoglobin: 8,8 g/dL, Leukosit: 19,41 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>, Hematokrit: 23 %, Trombosit: 253 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>, kreatinin darah: 14,8 mg/ dL, Albumin: 2,1 g/dl, ureum darah:</p>

	<p>g/dL, Leukosit: 9,43 <math>10^3/mm^3</math>, Hematokrit: 31 %, Trombosit: 208 <math>10^3/mm^3</math>, kreatinin darah: 10,1 mg/ dL, Albumin: 2,1 g/dl, ureum darah: 88 mg/dL, dan natrium: 108 mmol/L.</p> <p>c. Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 19 Mei 2024 : hemoglobin: 9,8 g/dL, Leukosit: 14,2 <math>10^3/mm^3</math>, Hematokrit: 26 %, Trombosit: 225 <math>10^3/mm^3</math>.</p>	<p>253 mg/dL, dan natrium: 116 mmol/L.</p> <p>b. Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 20 Mei 2024 : hemoglobin: 9,6 g/dL, Leukosit: 12,19 <math>10^3/mm^3</math>, Hematokrit: 27 %, Trombosit: 265 <math>10^3/mm^3</math>.</p> <p>c. Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 21 Mei 2024 : total protein: 6,5 g/dL, albumin: 2,3 g/dL, globulin: 4,2 g/d, natrium: 128 mmol/ L.</p>
<b>Terapi yang diberikan</b>	<p><b>Studi dokumentasi :</b>  Inj. Cefriaxone 2 x 1 gr  Asetil sistein 3 x 200 mg  Paracetamol 3 x 500 mg  Asam folat 3 x 5 mg  Natrium bikarbonat 3 x 500 mg  Inj. Metronidazole 3 x 500 mg  Ketokonazole 1 x 200 gr  Levemir 1 x 18 iu (malam)  Noverapid 3 x 6 iu :  Dosis koreksi GD &lt;100 tidak diberikan GD  100-200 sesuai dosis  GD 200-300 + 3 ui  GD &gt;300 + 5 ui</p>	<p><b>Studi dokumentasi :</b>  Lansoprazol 1x 30 mg  Sucralfat 3x 10 cc  Domperidon 3x 10 mg  Inj mecobalamin 1x 1 amp iv Vitamin B12 2x mg 1 tab  Vitamin B kompleks 2x1 tab  Diet DD 1700 kkal  Trf Albumin 20 % 100cc  Ceftriaxon 2x 1 gr  Levofloksasin 1x 750 mg  Natrium bicarbonat 3x 500 mg  Amlodipin 1x 10 mg  Candesartan 1x 16  Bisoprolol 1x 10 mg  Paracetamol 3x 500 mg</p>

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data yang didapatkan berupa data subjektif dan objektif. Berikut ini diagnosa keperawatan yang ditegakkan perawat ruangan berdasarkan studi dokumentasi dan hasil observasi beserta wawancara adalah sebagai berikut :

**Tabel 4.2**

**Diagnosa Keperawatan Partisipan I dan Partisipan II**

<b>Partisipan I</b>	<b>Partisipan II</b>
Diagnosa dokumentasi keperawatan : a. Keletihan b.d gangguan tidur, kondisi fisiologis penyakit kronis (D.0057).	Diagnosa dokumentasi keperawatan : a. Keletihan b.d gangguan tidur, kondisi fisiologis penyakit kronis, (D.0057).
Diagnosa berdasarkan hasil observasi peneliti dan wawancara :	Diagnosa berdasarkan hasil observasi peneliti dan wawancara :
a. Keletihan b.d gangguan tidur, kondisi fisiologis penyakit kronis. Data subjektif pasien mengeluh sulit tidur, pasien mengatakan badan terasa lelah, tidak bertenaga meskipun sudah tidur, pasien mengeluh sering terjaga, pasien mengeluh pola tidur berubah, pasien mengeluh istirahat tidak cukup, tekanan darah: 150/ 85 mmHg, nadi: 83 x/i, suhu: 36,7°C, pernafasan: 21 x/i.	a. Keletihan b.d gangguan tidur, kondisi fisiologis penyakit kronis. Data subjektif pasien mengeluh sulit tidur, pasien mengatakan badan terasa lelah, tidak bertenaga meskipun sudah tidur, tekanan darah: 167/ 90 mmHg, nadi: 96 x/i, suhu: 36,7°C, pernafasan: 24 x/i.

### 3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada kedua partisipan mengacu pada SLKI dan SIKI berdasarkan hasil studi dokumentasi status partisipan I dan partisipan II adalah seperti yang tertera pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4.3**  
**Rencana Keperawatan Partisipan I dan Partisipan II**

<b>Partisipan I</b>	<b>Partisipan II</b>
a. Keletihan berhubungan dengan gangguan tidur, kondisi fisiologis penyakit kronis. <b>SLKI: Tingkat keletihan</b> dengan kriteria hasil : Verbalisasi kepulihan energi meningkat, Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat, Verbalisasi lelah menurun, Pola istirahat membaik. <b>SIKI: Manajemen Energi:</b> Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan keletihan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, jika perlu, fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, tetapkan jadwal tidur rutin, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresure, terapi musik), sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus tidur- terjaga, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, Anjurkan tirah baring, anjurkan beraktivitas secara bertahap, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang , Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, Kolaborasi dengan ahli gizi tentang	a. Keletihan berhubungan dengan gangguan tidur, kondisi fisiologis penyakit kronis. <b>SLKI: Tingkat keletihan</b> dengan kriteria hasil : Verbalisasi kepulihan energi meningkat, Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat, Verbalisasi lelah menurun, Pola istirahat membaik. <b>SIKI: Manajemen Energi:</b> Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan keletihan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, jika perlu, fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, tetapkan jadwal tidur rutin, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresure, terapi musik), sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus tidur- terjaga, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, Anjurkan tirah baring, anjurkan beraktivitas secara bertahap, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang , Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, Kolaborasi dengan ahli gizi tentang

<p>cara meningkatkan asupan makanan. SIKI : <b>Terapi Relaksasi</b>. Observasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif, identifikasi teknik relaksasi yang efektif digunakan, identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya, periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, sebelum dan setelah latihan, monitor respon terhadap terapi relaksasi, ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang yang nyaman, gunakan nada suara lembut dengan suara lambat dan berirama, Gunakan relaksasi Sebagai strategi Penunjang dengan analgetik, jika perlu Edukasi, jelaskan tujuan, manfaat, relaksasi SSBM, jelaskan dengan rinci teknik relaksasi yang dipilih, anjurkan mengambil posisi yang nyaman, anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, anjurkan mengulangi teknik relaksasi yang dipilih, demonstrasikan dan latih teknik relaksasi SSBM dengan anggota keluarga.</p>	<p>cara meningkatkan asupan makanan. SIKI : <b>Terapi Relaksasi</b>. Observasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif, identifikasi teknik relaksasi yang efektif digunakan, identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya, periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, sebelum dan setelah latihan, monitor respon terhadap terapi relaksasi, ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang yang nyaman, gunakan nada suara lembut dengan suara lambat dan berirama, Gunakan relaksasi Sebagai strategi Penunjang dengan analgetik, jika perlu Edukasi, jelaskan tujuan, manfaat, relaksasi SSBM, jelaskan dengan rinci teknik relaksasi yang dipilih, anjurkan mengambil posisi yang nyaman, anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, anjurkan mengulangi teknik relaksasi yang dipilih, demonstrasikan dan latih teknik relaksasi SSBM dengan anggota keluarga.</p>
--	--

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan berdasarkan hasil studi dokumentasi, wawancara, serta observasi partisipan I dan partisipan II adalah seperti yang tertera pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4.4**  
**Implementasi Keperawatan Partisipan I dan Partisipan II**

<b>Partisipan I</b>	<b>Partisipan II</b>
<p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 18-22 April 2024 untuk diagnosa Keletihan berhubungan dengan gangguan tidur, kondisi fisiologis penyakit kronis antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Monitor kelelahan fisik dan emosional pasien.</li><li>Monitor pola tidur pasien.</li><li>Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.</li><li>Anjurkan pasien banyak beristirahat.</li><li>Anjurkan pasien beraktivitas secara bertahap.</li><li>Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan, pasien mendapatkan diet RPRG 48 gr DD 1700 kkal.</li><li>Kontrak pasien untuk jadi pasien kelolaan.</li><li>Berikan inform consent kepada pasien apakah pasien setuju diberikan terapi SSBM.</li><li>Memberikan terapi SSBM kepada pasien</li><li>Mengajarkan teknik pijatan kepada keluarga pasien.</li></ol>	<p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 18-22 April 2024 untuk diagnosa Keletihan berhubungan dengan gangguan tidur, kondisi fisiologis penyakit kronis antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Monitor kelelahan fisik dan emosional pasien.</li><li>Monitor pola tidur pasien.</li><li>Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.</li><li>Anjurkan pasien banyak beristirahat</li><li>Anjurkan pasien beraktivitas secara bertahap.</li><li>Kontrak pasien untuk jadi pasien kelolaan.</li><li>Berikan inform consent kepada pasien apakah pasien setuju diberikan terapi SSBM.</li><li>Memberikan terapi SSBM kepada pasien</li><li>Mengajarkan teknik pijatan kepada keluarga pasien.</li></ol>

## 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan partisipan 1 dan partisipan 2 adalah seperti yang tertera pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4.5**  
**Evaluasi Keperawatan Partisipan I dan Partisipan II**

<b>Partisipan I</b>	<b>Partisipan II</b>
a. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Ny. L pada hari ke 5 dengan diagnosa keletihan berhubungan dengan gangguan tidur, kondisi fisiologis penyakit kronis, didapatkan hasil Pasien mengatakan tubuhnya letih berkurang, pasien mengatakan rasa ingin tidur di siang hari berkurang, pasien mengatakan sudah mampu beraktivitas ditempat tidur , pasien mengatakan makanan yang diberikan habis, pasien mengatakan akan melanjutkan terapi SSBM, lelah pasien tampak berkurang, keluarga pasien mampu melakukan SSBM, pasien mampu beraktivitas ditempat tidur, Skor fatigue, masalah keletihan teratasi, intervensi dihentikan, anjuran melakukan teknik SSBM di rumah.	a. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Ny. L pada hari ke 5 dengan diagnosa keletihan berhubungan dengan gangguan tidur, kondisi fisiologis penyakit kronis, didapatkan hasil Pasien mengatakan tubuhnya letih berkurang, pasien mengatakan rasa ingin tidur di siang hari berkurang, pasien mengatakan sudah mampu beraktivitas ditempat tidur , pasien mengatakan makanan yang diberikan habis, pasien mengatakan akan melanjutkan terapi SSBM, lelah pasien tampak berkurang, keluarga pasien mampu melakukan SSBM, pasien mampu beraktivitas ditempat tidur, Skor fatigue, masalah keletihan teratasi, intervensi dihentikan, anjuran melakukan teknik SSBM di rumah.

## B. Pembahasan

Berdasarkan hasil kasus asuhan keperawatan medikal bedah yang dilakukan pada partisipan I (Ny. L) dan partisipan II (Tn. Z) dengan kasus CKD (*Chronic Kidney Disease*) di ruangan interne RSUP. Dr. M. Djamil Padang. Dalam bab ini peneliti akan membahas kesenjangan antara teori dan kenyataan yang diperoleh sebagai hasil pelaksanaan studi kasus. Peneliti juga membahas kesulitan yang ditemukan terhadap pada partisipan I (Ny. L) dan partisipan II (Tn. Z) dengan kasus CKD. Didalam penyusunan asuhan keperawatan peneliti melakukan pengkajian keperawatan,

menegakkan diagnosa keperawatan, merencanakan intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan serta penerapan EBN dengan uraian sebagai berikut:

### **1. Pengkajian**

Penyebab CKD yang terjadi pada Ny. L dan Tn. Z yaitu karena adanya riwayat diabetes melitus dan hipertensi. Ny. L mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit diabetes melitus dan hipertensi yang dialaminya, karena klien tidak memiliki keturunan yang menderita penyakit tersebut. Sedangkan Tn. Z mewarisi penyakit hipertensi dari orang tua laki-laki. Menurut (Ikawati, 2022) hipertensi dapat menjadi faktor risiko CKD karena banyaknya sejumlah besar fungsi nefron yang hilang secara bertahap dan *irreversible*. Glomerulosklerosis yang dikenal sebagai sklerosis pembuluh darah disebabkan oleh karena tekanan darah tinggi serta peningkatan regangan pada arterioli dan glomerulus. Perubahan fungsi ginjal dalam jangka panjang akan menyebabkan perburukan yang lebih lanjut pada nefron. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya pembentukan lesi sklerotik yang semakin banyak, kemudian dapat mengakibatkan obliterasi glomerulus hingga kerusakan lebih lanjut dari fungsi ginjal dan menjadi penyakit ginjal stadium akhir.

Hal ini juga didukung oleh penelitian Budianto (2019) yang menjelaskan bahwa salah satu penyebab terjadinya gagal ginjal adalah nefropati diabetik akibat penyakit Diabetes Melitus yang tidak terkontrol dan merupakan penyebab kematian terbesar penderita Diabetes Melitus. Nefropati diabetik merupakan komplikasi mikrovaskular yang sering ditemukan baik pada pasien Diabetes Melitus tipe satu maupun Diabetes Melitus tipe dua (Kumar et al, 2021). Diabetes mellitus (DM) adalah kondisi dimana gula darah seseorang meningkat (hiperglikemia) akibat adanya kerusakan pankreas sehingga tidak dapat memproduksi insulin atau adanya resistensi insulin. Apabila menderita DM dalam kurun waktu lama dan tidak mendapatkan tatalaksana yang memadai DM akan menyebabkan komplikasi vaskuler salah satunya hipertensi, dimana penyakit ini merupakan faktor risiko utama terjadinya penyakit ginjal kronis pada penderita



diabetes (Arisanti et al, 2020). Hiperglikemia akan menyebabkan aktivasi jalur metabolik maupun hemodinamik yang akan merangsang terjadinya nefropati diabetika. Akumulasi matriks mesangial, hilangnya sel podosit, tebalnya membran basal glomerulus, kerusakan endotel, atrofi tubular, fibrosis, hyolinosis arteri ginjal dan akhirnya akan terjadi kegagalan fungsi ginjal disebabkan oleh karena aktivasi sistem ini (Arisanti et al, 2020).

Pada saat pengkajian tanggal 16 April 2024 tampak bawah pasien edema, dan mengatakan badan terasa lemah dan letih. Piting edema dan intake lebih cairan lebih banyak daripada output cairan yang menandakan adanya retensi cairan (SDKI, 2016). Retensi cairan akan mengakibatkan gangguan elektrolit di dalam tubuh. Penurunan kadar natrium dalam darah mengakibatkan cairan bergerak ke ruang interstisial dan akumulasi cairan dalam ruang tersebut mengakibatkan adanya edema pada kelopak mata, tangan dan kaki (Nurbadriyah, 2021). Pada saat pengkajian tanggal 16 April 2024 pada pasien Ny. L mengatakan badan terasa lemas, letih, kaki bengkak dan terasa berat. Keluarga pasien mengatakan sesak sudah dirasakan pasien sejak satu minggu sebelum masuk rumah sakit. Kaki tampak udem derajat II pada kaki kiri dan kanan. Pasien tampak lemah dan letih. Dari hasil pengukuran skoring FFS didapatkan skor 37 dimana Ny. L mengalami kelelahan berat.

Salah satu dampak dari pasien dengan CKD yang menjalankan hemodialisa adalah gangguan kualitas tidur yang disebabkan oleh beberapa faktor antara lain yaitu faktor penyakit, latihan dan kelelahan, stress psikologis, nutrisi, dan lingkungan (Putri & Hisni, 2023). Pada saat pengkajian, hasil pemeriksaan laboratorium pasien pada tanggal 31 Mei 2023 menunjukkan hemoglobin rendah yaitu 7,8 g/dl, klien tampak pucat, konjungtiva anemis dan CRT > 3 detik. Gagal ginjal kronik juga menyebabkan anemia karena adanya produksi eritroprotein yang tidak memadai dan memendeknya usia sel darah merah karena adanya perubahan plasma (Yuniarti, 2021). Eritroprotein yang diproduksi oleh ginjal, menstimulasi

sumsum tulang untuk menghasilkan sel darah merah, jika produksi eitroprotein menurun maka akan mengakibatkan anemia berat disertai keletihan, angina dan sesak napas (Amudi & Palar, 2022).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah sebuah konsep kritis untuk memandu proses pengkajian dan intervensi. Diagnosa juga menjadi komunikasi dan basis ilmu keperawatan dalam interaksinya dengan disiplin ilmu yang lain. Diagnosa keperawatan merupakan penilaian perawat berdasarkan respon pasien secara holistic (bio-psiko-sosio-spiritual) terhadap penyakit atau gangguan yang sedang dialaminya (Koerniawan, Daeli, & Srimiyati, 2022). Proses identifikasi gangguan kebutuhan berdasarkan respon yang didapat dari pasien diperoleh dari proses pengkajian dan kemudian dianalisis untuk penarikan kesimpulan atau keputusan klinik dalam bentuk diagnosa keperawatan (Herdman & Kamitsuru, 2020).

Setelah dilakukan pengkajian, didapatkan data sesuai dengan keluhan pasien, maka muncul beberapa diagnosa keperawatan yang dapat diangkat yaitu keletihan berhubungan dengan gangguan tidur, kondisi fisiologis penyakit kronis.

- a. Keletihan berhubungan dengan gangguan tidur, kondisi fisiologis penyakit kronis

Berdasarkan pengkajian diagnosa kedua yang diangkat pada studi kasus ini adalah keletihan, dimana pada pengkajian didapatkan pasien pasien mengeluh setelah tidur badan masi terasa letih, badan terasa lemas dan letih, pasien tampak lemah dan letih. Keletihan pada pasien gagal ginjal kronik dapat disebabkan karena asupan nutrisi yang buruk yang dapat menyebabkan pasien mengeluh kelelahan. Selain itu karena kadar oksigen yang rendah karena anemia akan menyebabkan tubuh mengalami kelelahan ekstrim dan akan memaksa jantung bekerja lebih keras untuk mensuplai oksigen yang dibutuhkan (Black, 2020). *Fatigue* pada pasien gagal ginjal kronik dapat disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya proses dialisis, uremia, dukungan

sosial yang kurang, depresi, cemas, kurang asupan nutrisi, fisiologi yang tidak normal dan kurang tidur (Davey et al, 2021).

### **3. Rencana Keperawatan**

Intervensi atau perencanaan keperawatan diaartikan sebagai suatu dokumen tulisan dalam menyelesaikan masalah, tujuan dan intervensi keperawatan merupakan metode dokumentasi, tentang asuhan keperawatan kepada klien (Nursalam, 2017). Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa hipervolemia berdasarkan SLKI asupan cairan meningkat, haluaran urin meningkat, kelembaban membran mukosa meningkat, asupan makanan meningkat, edema menurun, dehidrasi menurun, asites menurun, tekanan darah membaik, denyut nadi radial membaik, tekanan arteri rata-rata membaik, membran mukosa membaik, mata cekung membaik, turgor kulit membaik, berat badan membaik. (SLKI,2018).

Penilaian keberhasilan intervensi pada masalah keperawatan kelelahan menurut SLKI (2018) yaitu : verbalisasi kepulihan energi meningkat, kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat, verbalisasi lelah menurun, pola istirahat membaik, perasaan lemah menurun, tekanan darah membaik. Dari intervensi yang direncanakan, implementasi yang dilakukan pada pasien adalah memonitor kelelahan fisik dan emosional pasien, monitor pola tidur pasien, memfasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan , meganjurkan pasien beraktivitas secara bertahap, berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan, memberikan terapi *Slow Stroke Back Massage*. Terapi relaksasi yang dilakukan untuk mengatasi kelelahan seperti SSBM. Mekanisme SSBM dalam menurunkan skor kelelahan adalah dengan menstimulasi sistem saraf pusat untuk meningkatkan sekresi endorfin sehingga memperbaiki sirkulasi dan perfusi jaringan sehingga kelelahan dapat teratasi (Nugraha, 2018).

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2021).

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa keletihan yaitu pemberian SSBM yang dilakukan selama 5 hari. Masalah yang muncul pada pasien dengan penyakit kronis adalah keletihan. Keletihan merupakan perasaan tidak berdaya baik secara fisik maupun psikologis dengan perasaan subyektif yang tidak menyenangkan ditandai dengan kelemahan fisik, intoleransi aktivitas dan hambatan psikologis seperti kesulitan dalam memulai aktivitas dan rendahnya resiliensi yang bermuara pada penurunan produktivitas dan kualitas hidup sehingga pasien tidak dapat beraktifitas sebagaimana mestinya (Nugraha, 2020). Pengobatan yang dijalani oleh pasien dapat menimbulkan keletihan. Rasa lelah yang berlangsung lama menyebabkan pasien mengalami kehilangan semangat dan tenaga untuk melanjutkan pengobatan. Kehilangan semangat dan tenaga tersebut dapat membuat pasien tidak melanjutkan pengobatan yang harus dijalani (Rachmawati, 2021).

Manajemen atau pengelolaan keletihan dilakukan dengan cara mengatasi penyebab kelelahan yang terjadi baik pada aspek fisik maupun psikologis. Terapi komplementer yang dilakukan untuk mengatasi kelelahan seperti SSBM. SSBM adalah suatu gerakan dengan mempergunakan seluruh permukaan tangan melekat pada bagianbagian tubuh yang dipijat dengan ringan dan menenangkan (Siagian, 2021). Pijatan Punggung dilakukan dengan sentuhan memanipulasi jaringan lunak untuk mempromosikan kenyamanan dan penyembuhan. Tindakan Pijatan dapat meningkatkan sirkulasi darah, menurunkan ketegangan otot, memberikan relaksasi, meningkatkan suasana hati, peningkatan hormon endorphin meningkatkan aktivitas neurotransmitter serotonin dan membantu klien meningkatkan istirahat dan tidur (Ayubbana, 2022). Mekanisme SSBM dalam menurunkan skor kelelahan adalah dengan

menstimulasi sistem saraf pusat untuk meningkatkan sekresi endorfin sehingga memperbaiki sirkulasi dan perfusi jaringan sehingga kelelahan dapat teratasi (Nugraha, 2020). Penelitian Utami (2020), menyatakan bahwa terdapat pengaruh pijatan punggung terhadap nyeri punggung bawah pada lansia dimana responden mengalami perbedaan persepsi nyeri meskipun stimulus sama.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Pada karya tulis akhir ini penulis juga melakukan evaluasi tindakan dari tanggal 22 dan 26 April 2024. Setelah dilakukan intervensi selama 5 hari didapatkan evaluasi masalah keletihan teratasi sebagian, pasien mengatakan tubuh lelah berkurang, badan letih setelah bangun tidur berkurang, mengatakan sudah mampu beraktivitas ditempat tidur, rileks setelah dilakuan back massage, makanan diet yang diberikan habis, keluarga pasien mampu melakukan SSBM secara mandiri dan bimbingan, skor FFS pada partisipan I dari 41 menjadi 18, sedangkan pada partisipan II skor FFS dari 35 menjadi 15 . Hal tersebut dapat dilihat pada tabel.

**Tabel 4.6**  
**Skor FFS Partisipan I Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi SSBM**

<b>Hari/ Tanggal</b>	<b>Skor FFS Pre</b>	<b>Skor FFS Post</b>
Kamis/ 18 April 2024	41	31
Jumat/ 19 April 2024	34	25
Sabtu/ 20 April 2024	28	24
Minggu/ 21 April 2024	23	20
Senin/ 22 April 2024	22	18

**Tabel 4.7**  
**Skor FFS Partisipan II Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi SSBM**

<b>Hari/ Tanggal</b>	<b>Skor FFS Pre</b>	<b>Skor FFS Post</b>
Senin/ 22 April 2024	35	24
Selasa/ 23 April 2024	31	23
Rabu/ 24 April 2024	25	22
Selasa/ 23 April 2024	25	21
Rabu/ 24 April 2024	22	15

*Slow Stroke Back Massage* (SSBM) sebagai terapi pendukung yang lebih efisien dan efektif untuk pasien CKD yang menjalani hemodialisis (Gerogianni et al., 2019). SSBM termasuk dalam klasifikasi intervensi keperawatan dan merupakan metode sederhana dan non-invasif untuk memastikan relaksasi. Pijat dilakukan dengan memberikan palpasi atau penekanan pada jaringan lunak dan otot, yang menimbulkan efek relaksasi fisik dan mental serta mampu menghasilkan transmisi energi antara terapis dan pasien (Unal & Akpinar, 2021). SSBM bekerja dengan mengurangi kejang otot untuk mendorong relaksasi, serta dengan mempercepat sirkulasi darah dan getah bening, sehingga membantu dalam pembuangan sisa metabolisme dari tubuh. Selain itu, stimulasi mekanis pada kulit mengaktifkan mekanisme kontrol gerbang dan mengurangi rasa sakit dengan melepaskan opioid endorfin seperti enkefalin (Çeçen & Lafcı, 2021) Pemberian tekanan SSBM yaitu dengan gerakan lambat, berirama dan lembut memiliki efek yang sangat menguntungkan pada pasien (Ahmadidarrehsima et al., 2022).

Hasil penelitian yang dilakukan bahwa SSBM secara signifikan mengurangi kecemasan dan kelelahan setelah intervensi. Selain itu juga pijat punggung dapat mengurangi masalah kelelahan dan memperbaiki gangguan tidur dengan memberikan pijat punggung 3-10 menit dapat memperbaiki skor kelelahan dan gangguan tidur dalam waktu 4 hari pemberian intervensi (Ahmadidarrehsima et al., 2022). Usapan atau pijatan yang diberikan secara perlahan dengan gerakan lambat dan ritme yang harmonis dapat memicu terjadinya pemecahan asam urat dan kristal kalsium yang semula menumpuk pada darah yang membuat sirkulasi darah terhambat menjadikan sirkulasi darah meningkat dan lancar serta lebih optimal dalam membawa nutrisi dan oksigen menuju ke seluruh tubuh. Selain itu, pijat juga dapat meregangkan otot-otot tubuh yang dapat menstimulasi saraf yang kemudian meneruskan stimulus menuju hipotalamus. Hipotalamus akan merespon dengan menurunkan kadar kortisol dan meningkatkan kadar serotonin dan dopamine (Ariany & Wibowo, 2021).

Penurunan tingkat kelelahan dan peningkatan tingkat energi pada SSBM dapat dijelaskan oleh fakta bahwa dopamin meningkatkan tingkat energi dan serotonin meningkatkan relaksasi. Sedangkan pemberian pijat punggung pada pasien yang mengalami kualitas tidur yang buruk atau gangguan tidur, pijat punggung dianggap menghasilkan efek terapeutik pada subjek dan untuk mengurangi kadar kortisol, norepinefrin dan epinefrin dengan merangsang sistem saraf simpatik, sehingga meningkatkan kualitas tidur pasien berdasarkan relaksasi fisik dan psikologis yang diberikannya (Unal & Akpınar, 2021).

## 6. Analisis penerapan EBN

### a. Implikasi

Penerapan *Evidence-Based Nursing* (EBN) merupakan salah satu dari beberapa strategi untuk memberikan outcome yang lebih baik maupun lebih efektif bagi kesembuhan pasien. EBN dalam praktik keperawatan merupakan modifikasi pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang berlandaskan teori dan beberapa hasil penelitian (Malina & Rahmayunia kartika, 2020). Pada karya tulis akhir ini penulis memfokuskan pada penerapan *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD Stage V yang menjalani hemodialisa dengan gangguan *fatigue*, dimana hasil beberapa penelitian yang mendukung sebagai berikut: Menurut penelitian Angkasa et al (2022) yang mengungkapkan bahwa pemberian terapi SSBM 4 kali dalam waktu 2 minggu didapatkan bahwa terapi SSBM pada penderita CKD terdapat perbedaan skor *FACIT Fatigue Scale* (FFS) sebelum dan sesudah diberikan tindakan terapi SSBM. Pada responden sebelum dan sesudah diberikan terapi SSBM menunjukkan bahwa pasien tidak lelah meningkat dari 6 orang menjadi 33 orang. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh terapi SSBM terhadap *fatigue* yang dialami pasien CKD yang menjalani hemodialisa.

### b. Keterbatasan

Pada proses implementasi EBN masih memiliki kekurangan yaitu peneliti terhadap pasien dengan jenis kelamin yang sama karena keterbatasan pada pasien. Namun studi sudah dapat memberikan gambaran umum mengenai penerapan EBN terapi SSBM terhadap gangguan *fatigue* pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa.

c. Rencana Tindak Lanjut

Adapun rencana tindak lanjut dari asuhan keperawatan ini menganjurkan keluarga dan pasien untuk melakukan terapi SSBM secara mandiri, apabila pasien sudah berada di rumah sehingga tidak bergantung dengan terapi farmakologi.



## **BAB V PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis mengenai intervensi terapi *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) terhadap gangguan *fatigue* pada partisipan I dan partisipan II yang menjalani hemodialisa akibat CKD, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada partisipan I dengan gagal ginjal kronis pada tanggal 18 April 2024 ditemukan bahwa pasien dengan gangguan *fatigue* pasien mengalami kelelahan berat dengan skoring FFS didapatkan skor 41. Sedangkan pada partisipan 2 dengan gagal ginjal kronis pada tanggal 22 April 2024 ditemukan bahwa pasien dengan gangguan *fatigue* mengalami kelelahan berat skoring FFS didapatkan skor 35.
2. Diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, risiko perfusi renal tidak efektif berhubungan dengan disfungsi ginjal, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, dan keletihan berhubungan dengan gangguan tidur, kondisi fisiologis penyakit kronis.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan yaitu manajemen hipervolemia, tingkat nyeri, pencegahan syok, perawatan sirkulasi dan manajemen energi.
4. Implementasi dengan terapi SSBM untuk menurunkan *fatigue* dilakukan intervensi pada partisipan I terjadi perubahan nilai FFS dari 41 menjadi 18, sedangkan pada partisipan II terjadi perubahan nilai FFS dari 35 menjadi 15.
5. Hasil evaluasi pasien didapatkan masalah hipervolemia belum teratasi, masalah nyeri akut belum teratasi, masalah perfusi perifer belum teratasi, masalah risiko perfusi renal tidak efektif belum teratasi, dan masalah keletihan teratasi.
6. Pasien mengatakan lebih rileks saat melakukan terapi SSBM, pasien sering merasakan sulit tidur akibat hambatan lingkungan dan situasi yang dihadapinya, yang menyebabkan pasien menjadi keletihan, setelah mempraktekkan terapi

SSBM, pada hari ketiga partisipan I mengatakan bahwa rasa ingin tidur di siang hari berkurang, sudah mampu untuk beraktivitas di tempat tidur, lelah pada pasien tampak berkurang. Sedangkan pada partisipan 2 mengatakan kalau pasien sudah lebih segar daripada sebelumnya, sudah mampu beraktivitas di atas tempat tidur, serta makanan yang diberikan RS habis.

## **B. Saran**

### 1. Bagi Pegawai RSUP Dr. M. Djamil Padang

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi perawat di Ruang Interne Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang mengenai penerapan terapi *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) dalam mengatasi gangguan *fatigue* pada pasien CKD *Stage V* yang menjalani hemodialisa.

### 2. Bagi Kemenkes Poltekkes Padang

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan serta bahan literatur bacaan bagi mahasiswa.

### 3. Bagi Peneliti

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat menambah wawasan, kemampuan berfikir menganalisa, dan pengetahuan peneliti khususnya dalam bidang penelitian terkait pengaruh terapi SSBM terhadap gangguan *fatigue* pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa.

### 4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat menjadi data dasar dalam asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien CKD *Stage V* yang menjalani hemodialisa yang mengalami gangguan *fatigue*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amudi, T., & Palar, S. (2021). *Gagal Ginjal Kronik Hemodialisis dengan Kadar Eritropoietin dan Hemoglobin Normal: Laporan Kasus*. *Medical Scope Journal*, 2(2), 73–77. <https://doi.org/10.35790/msj.2.2.2021.32547>
- Arisanti, M., Sumarya, & Arsana. (2020). *Kadar Gula Darah Sebagai Faktor Risiko Penyakit Ginjal Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Poli Dalam Rsud Bangli*. *Jurnal Widya Biologi*, 11(01), 60–67. <https://doi.org/10.32795/widyabiologi.v11i01.571>
- Astroth, K. S., Russell, C. L., & Welch, J. L. (2023). *Non-pharmaceutical fatigue interventions in adults receiving hemodialysis : A systematic review*. *Nephrology Nursing Journal*, 07-27.
- Alvian, Jhamb, M. (2017). *Correlates and Outcomes Of Fatigue among Incident Dialysis Patients*. *Clinical Journal Of The American Society Of Nephrology*.
- Black, J.M & Hawks, J.H. (2024). *Medical surgical nursing clinical management for positive outcome*. 7th ed. St. Louis : Elsevier
- Badakhsh, M., & Balouchi, A. (2018). *Effect of aromatherapy Interventions on Hemodialysis Complications : A Systematic Review*. *Elsevier*, 32(7), 130– 138.
- Brunner & Suddarth. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Jakarta : EGC
- Cecen, S., Lafci, D (2021). *The Effect on Hand and Foot Massage on Fatigue in Hemodialysis Patient: A Randomized Controlled Trial Complement*. *Ther. Clin, Pract*. Vol. 43 (21).
- Desvita, E., Arini Winarti, S. and Sunarsih, S., (2021). *Konsep Diri dengan Kejadian Depresi pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Panembahan Senopati Bantul*. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*, [online] 2(3).
- Elismawati & Wardani. (2018). *Pengaruh Aplikasi Tindakan Keperawatan generalis : Ansietas Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik*. *Jurnal Ilmu Guyton*.
- Hidayat. (2016). *Hubungan Kejadian Anemia dengan Penyakit Gagal Ginjal Kronik*. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 574-1073-1-SM Hill et al. (2016).
- Ikawati K. (2022). *Komponen Sindrom Metabolik sebagai Faktor Risiko Penyakit Ginjal Kronik Stadium Terminal (Studi di RSUP Dr.Kariadi dan 70 RSUD Kota Semarang)*. *J Epidemiologi Kesehatan Komunitas*. Vol 3(1):18.
- Kumar, V., Abbas, A. K., & Aster, J. C. (2021). *Buku Ajar Patologi Dasar*.

- Kusyati, Basuki, K. (2018). *Klasifikasi Chronic Kidney Disease*. Jurnal Online Internasional & Nasional Vol. 7 No.1.
- Muttaqin, Arif & Sari, Kumala. (2021). *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nanda, B. A., Fatimah, S., & Kurniawan, T. (2023). *Pengaruh Pijat Punggung terhadap Skor Kelelahan Pasien CKD*. Jurnal Keperawatan Padjadjaran, 5(1).
- Nurbadriyah, W. D. (2021). *Asuhan Keperawatan Penyakit Ginjal Kronis dengan Pendekatan 3S (SDKI,SLKI,SIKI)*. Malang: Literasi Nusantara.
- Nurlina. (2018). *Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. Y Dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) Dalam Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit Di Ruang Hemodialisa RSUD Labuang Baji Makassar*. Jurnal Media Keperawatan Politeknik Kesehatan Makasar. Vol. 9 No 02. e-issn : 2622-0148, p-issn : 2087-0035
- Pertiwi, R. A., & Prihati, D. R. (2020). *Penerapan Slow Deep Breathing Untuk Menurunkan Kelelahan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik*. Jurnal 77 Manajemen Asuhan Keperawatan, 4(1), 14–19. <https://doi.org/10.33655/mak.v4i1.77>.
- Razmaria, Aria. (2021). *Chronic Kidney Disease*. JAMA. 315 (20):2248
- Smeltzer, S. C., & Barre, B. G. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Edisi 8*. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017). *Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI PPNI.
- Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018). *Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI. PPNI.
- Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019). *Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- Ratnawati, D. (2018). *Efektifitas Terapi Slow Stroke Back Massage Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia di RW 001 Kelurahan Jombang Kecamatan Ciputat Kota Tangerang Selatan*. JIKO (Jurnal Ilmiah Keperawatan Orthopedi), 2(2), 39–57.
- Saminathan, T. A., Hooi, L. S., et al (2020). *Prevalence of chronic kidney disease and its associated factors in Malaysia; Available from a nationwide population-based cross-sectional study*. BMC Nephrology, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12882-020-01966-8>.

- Silaban. (2020). *Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Hemodialisa Di Rumah Sakit Advent Bandar Lampung*. Jurnal Link, e-ISSN 2461-1077. DOI:10.31983/link.v6i2.6370
- Smeltzer & Bare. (2016). *Keperawatan medical-bedah Brunner & Suddarth edisi 12*. Jakarta: EGC
- Sukarenda & Jumaiyah, W. (2017). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Fatigue Pada Pasien Hemodialisis*. Syntax Literate; Jurnal Ilmiah Indonesia, 5(4), 110-120.
- Yuniarti, W. (2021). *Anemia Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik*. Journal Health And Science ; Gorontalo Journal Health & Science Community, 5(2), 341– 347.

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP PENULIS



### IDENTITAS

Nama : Ibnu Hidayat  
Tempat/Tanggal Lahir : Padang/ 08 November 2000  
Alamat : Jalan Kalumbuk RT 02/ RW 03 Kelurahan  
Kalumbuk, Kecamatan Kuranji, Kota Padang  
Status Keluarga : Belum Menikah  
No. Telp/Hp : 0823-9130-6691  
*Email* : [hibnu1100@gmail.com](mailto:hibnu1100@gmail.com)  
Nama Orang Tua  
Ayah : Kambarlis  
Ibu : Suarlis (alm.)

### RIWAYAT PENDIDIKAN

NO	Pendidikan	Tahun Lulus	Tempat
1.	SDN 20 Kalumbuk	2013	Padang
2.	SMPN 18 Padang	2016	Padang
3.	SMAN 10 Padang	2019	Padang
4.	Prodi Sarjana Terapan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang	2023	Padang

## IBNU HIDAYAT\_KIN SLOW STROKE BACK MASSAGE ok

### ORIGINALITY REPORT

9%

SIMILARITY INDEX

7%

INTERNET SOURCES

3%

PUBLICATIONS

4%

STUDENT PAPERS

### PRIMARY SOURCES

1

[repository.stikesalifah.ac.id](https://repository.stikesalifah.ac.id)

Internet Source

2%

2

Submitted to Badan PPSDM Kesehatan  
Kementerian Kesehatan

Student Paper

1%

3

[repository.mercubaktijaya.ac.id](https://repository.mercubaktijaya.ac.id)

Internet Source

1%

4

[scholar.unand.ac.id](https://scholar.unand.ac.id)

Internet Source

1%

5

[www.coursehero.com](https://www.coursehero.com)

Internet Source

1%

6

[pustaka.poltekkes-pdg.ac.id](https://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id)

Internet Source

1%

7

Dewi Astuti Sudijanto, Fitri Arofiati. "Terapi  
Slow Stroke Back Massage terhadap  
Peningkatan Kualitas Tidur Pasien Chronic  
Kidney Disease (CKD) yang Menjalani  
Hemodialisis", Jurnal Keperawatan Silampari,  
2022

Publication

1%