

**PENERAPAN TERAPI RELAKSASI OTOT PROGRESIF DALAM ASUHAN  
KEPERAWATAN UNTUK MENURUNKAN TINGKAT KECEMASAN  
PADA PASIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD)* DENGAN  
HEMODIALISIS DI RUANG INTERNE PRIA  
RSUP DR M DJAMIL PADANG**

**KARYA TULIS AKHIR**



**OLEH :**

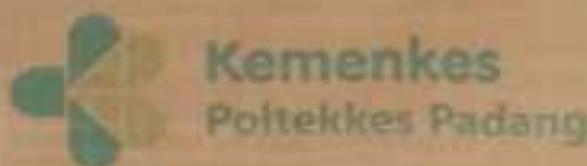
**MULYANA DWI FIRZA, S.Tr,Kep  
NIM 243410022**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
TAHUN 2025**

PENERAPAN TERAPI RELAKSASI OTOT PROGRESIF DALAM ASUJAS  
KEPERAWATAN UNTUK MENURUNKAN TINGKAT KECEMASAN  
PADA PASIEN CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DENGAN  
HEMODIALISIS DI RUANG INTERNE PRIA  
RSUP DR MUIAMIL PADANG

KARYA TULIS AKHIR

Diajukan pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Kemenkes Poltekkes Padang  
Sebagai Persyaratan Menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners



OLEH :

MULYANA DWI FIRZA, S.Tr, Kep  
NIM 243418022

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
TAHUN 2025

## HALAMAN PERSETUJUAN

Judul KTA : Penerapan Tensi Rehatan Otot Progesif Dalam Analisis Kepertewahan Untuk Meningkatkan Tingkat Kaoemuan Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Dengan Hemodialisis Di Ruang Intensife Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang

Nama : Mulyana Dwi Fitria, S.Tr. Kep

NIM : 2434100022

Karya Tulis Akhir ini telah disetujui untuk diseminaikan dihadapan Tim Pengajar Profil Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.

Padang, 25 Mei 2025

Komisi Pembimbing:



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

NIP : 19640127 198703 2 002

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Na. Elvira Metti, M.Kep., Sp.Kep.Mat)

NIP : 19800423 200212 2 001

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Akhir (KTA) ini disajikan oleh:

Nama : Mulyana Dwi Fitria, S.Tr. Kep  
NIM : 243410022

Judul KTA : Penerapan Terapi Rehidrasi Otot Progresif Dalam Asuhan Keperawatan Untuk Meminimalkan Tingkat Keosmanan Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Dengan Hemodialisis Di Ruang Interni Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang

Tulah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji KTA dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.

## DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Ns. Rahmiwati, M.Kep, Sp.Kep, MH

(Rah)

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

(Idrawati)

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

(Efitra)

Padang, 16 Juni 2025

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Ns. Elvin Metti, M.Kep, Sp.Kep, Mat)  
NIP : 19800423 200212 2 001

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Mulyana Dwi Firza

NIM : 243410022

Tanggal lahir : 26 Juli 2002

Tahun masuk profesi : 2024

Nama pembimbing akademik : Ns. Elvia Metti, M.Kep.,Sp.Kep.Mat

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

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penelitian karya tulih akhir ilmiah saya yang berjudul : *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Yang Menjalani Hemodialisa Dengan Penerapan Terapi Relaksasi Otot Progresif Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Di Ruang Interne Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang*

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 16 Juni 2025



( Mulyana Dwi Firza, S.Tr. Kep )

NIM 243410022

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji dan Syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT atas limpahan Rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir yang berjudul “Penerapan Terapi Relaksasi Otot Progresif Untuk Menurunkan Tingkat Kecemasan Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Chronic Kidney Disease (CKD)* Di Ruang Interne Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang ” sebagai salah satu Syarat guna memperoleh gelar Ners di Poltekkes Kemenkes Padang.

Pada kesempatan ini juga izinkan peneliti menyampaikan rasa terimakasih yang tak terhingga kepada Ibu Hj. Efitra, S.Kp, M.Kes, selaku pembimbing yang telah begitu sabar dalam memberikan bimbingan, waktu, perhatian, saran- saran serta dukungannya kepada peneliti. Dalam penulisan Karya Tulis Akhir ini, peneliti mendapat bimbingan, arahan, dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih dengan setulus- tulusnya kepada :

1. Bapak Dr. dr. Dovy Djanas, Sp.OG (K) selaku Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang yang telah memberi izin dalam pelaksanaan Praktek Magang Profesi Ners.
2. Ibu Renidayati, S.Kp., M.Kep.,Sp. J selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
3. Bapak Tasman, S.Kp.,M.Kep., Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
4. Ibu Ns. Elvia Metti, S.Kp., M.Kep.,Sp. Mat selaku Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes RI Padang.
5. Ibu Ns. Fatmawati, S. Kep selaku Kepala Ruangan Interne Pria Wing B sekaligus pembimbing klinik (CI) yang telah membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Akhir
6. Ibu Yeni Fitra, Amd. Kep selaku Kepala Ruangan Interne Pria Wing A RSUP Dr M Djamil Padang
7. Bapak dan Ibu dosen beserta Civitas Akademika Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang yang telah memberikan ilmu, dukungan, masukan dan semangat dalam pembuatan Karya Tulis Akhir ini.

8. Teristimewa kepada kedua Orang Tua tersayang dan seluruh keluarga, Mama dan Papa, terima kasih banyak untuk segala yang telah diusahakan untukku, untuk segala semangat dan doa yang tiada henti, panjang umur dan sehat selalu ya Ma, Pa.
9. Kepada Kakak dan Adikku tentunya, Fahira Utami Firza dan Refiana Salsa Firza, terima kasih sudah siap sedia membantuku dan memberi semangat.
10. Kepada Fikri Estiawan, terima kasih telah banyak membersamaiku dalam menyelesaikan Pendidikan setahun terakhir, bagaimanapun akhirnya, tentu bersamamu adalah hal yang paling menyenangkan. Jika ada kesempatan, tunjukkan kesungguhanmu padaku ya.
11. Kepada sahabat sahabat terbaikku sejak maba, Nisa, Aqilah, Chyntia, terima kasih ya sudah selalu mengingatkan dan membantu setiap apapun yang kita jalani. Semoga keakraban kita tidak berakhir di 5 tahun saja. Bahagia selalu semuanya.
12. Kepada Teman-teman dan sahabat yang telah memberikan dukungan dan semangat kepada peneliti, khususnya Kelas Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkkes Padang

Peneliti menyadari bahwa Karya Tulis Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan pengetahuan dan pengalaman peneliti. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan Karya Tulis Akhir ini. Akhir kata, penulis berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya ilmu keperawatan, peneliti berharap semoga Karya Tulis Akhir ini dapat bermanfaat bagi seluruh pembaca.

Padang, 16 Juni 2025

Peneliti

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>ix</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>x</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>xi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan.....	5
D. Manfaat.....	6
<b>BAB II TINJAUAN LITERATUR.....</b>	<b>7</b>
A. Konsep <i>Chronic Kidney Disease</i> .....	7
B. Kecemasan .....	14
C. Asuhan Keperawatan .....	19
D. Evidence Based Nursing (EBN) .....	26
<b>BAB III METODE KARYA TULIS AKHIR.....</b>	<b>33</b>
A. Desain Karya Tulis Akhir.....	33
B. Waktu dan Tempat.....	33
C. Prosedur Pemilihan Intervensi EBN .....	33
D. Populasi dan Sampel .....	33
E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data.....	35
F. Instrumen Pengumpulan Data.....	37
G. Prosedur Karya Tulis Akhir.....	38
H. Analisis Data .....	38
<b>BAB IV GAMBARAN KASUS.....</b>	<b>40</b>
A. Hasil.....	40
B. Pembahasan.....	52
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>68</b>
A. Kesimpulan .....	68
B. Saran .....	69
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>70</b>

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

**Karya Tulis Akhir, Juni 2025  
Mulyana Dwi Firza, S. Tr. Kep**

**Penerapan Terapi Relaksasi Otot Progresif Untuk Menurunkan Tingkat Kecemasan Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Chronic Kidney Disease (CKD)* Yang Menjalani Hemodialisis Di Ruang Interne Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang**

**Isi : xiv + 73 Halaman, 7 Daftar Tabel, 1 Daftar Bagan, 3 Daftar Gambar, 8 Daftar Lampiran**

**ABSTRAK**

Hemodialisis merupakan salah satu tindakan yang dilakukan pada pasien CKD untuk membuang racun dari dalam tubuh. Pasien yang menjalani hemodialisis akan mengalami masalah psikologis salah satunya kecemasan. Kecemasan akan berdampak buruk pada fisik dan kualitas hidup pasien bila tak ditangani. Salah satu teknik nonfarmakologis yang dapat digunakan untuk menurunkan kecemasan yaitu teknik relaksasi otot progresif. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis bagaimana penerapan terapi relaksasi otot progresif untuk menurunkan tingkat kecemasan pada pasien CKD on HD di ruang Interne pria RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Penelitian ini merupakan penelitian *case report*. Asuhan keperawatan diberikan dari tanggal 21 April 2025 – 10 Mei 2025 di Ruang Interne Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang. Terapi relaksasi otot progresif merupakan serangkaian kontraksi otot tertentu dan teknik nafas dalam yang terdiri dari 15 gerakan. Terapi ini membutuhkan waktu 15-20 menit selama 5 hari. Instrumen pengukuran tingkat kecemasan menggunakan kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*. Sampel pada penelitian ini adalah 2 orang pasien CKD yang menjalani hemodialisa.

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan pasien memiliki masalah keperawatan ansietas, kemudian disusun rencana keperawatan yaitu reduksi ansietas serta penerapan terapi relaksasi otot progresif. Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 5 hari didapatkan penurunan tingkat kecemasan pada kedua pasien, dimana Tn. D pada awalnya dengan tingkat kecemasan sedang skor 26 turun menjadi tidak ada kecemasan skor 13. Sedangkan Tn. R pada awalnya dengan tingkat kecemasan berat skor 30 turun menjadi tingkat kecemasan ringan skor 19. Diharapkan perawat mengikuti pelatihan singkat dan menekankan pada gerakan tarik nafas dalam, sehingga dapat diterapkan dalam asuhan keperawatan sebagai alternatif untuk menurunkan kecemasan pada pasien CKD dengan hemodialisis.

Kata Kunci : CKD, Hemodialisis, Kecemasan, Terapi Relaksasi Otot Progresif  
Daftar Pustaka : 27 (2016-2025)

# **HEALTH POLYTECHNIC MINISTRY OF HEALTH PADANG NURSING PROFESSIONAL EDUCATION STUDY PROGRAM**

**Final Paper, June 2025  
Mulyana Dwi Firza, S. Tr. Kep**

***Implementation of Progressive Muscle Relaxation Therapy to Reduce Anxiety Levels in Nursing Care for Chronic Kidney Disease (CKD) Patients Undergoing Hemodialysis in the Male Internal Room of Dr. M. Djamil Padang Hospital***

***Contents: xiv + 73 Pages, 7 List of Tables, 1 List of Charts, 3 List of Figures, 8 List of Attachments***

## **ABSTRACT**

*Hemodialysis is one of the actions carried out on CKD patients to remove toxins from the body. Patients undergoing hemodialysis will experience psychological problems, one of which is anxiety. Anxiety will have a negative impact on the physical and quality of life of patients if left untreated. One non-pharmacological technique that can be used to reduce anxiety is the progressive muscle relaxation technique. The purpose of this study was to analyze how the application of progressive muscle relaxation therapy to reduce anxiety levels in CKD patients on HD in the male internal room of Dr. M. Djamil Padang Hospital.*

*This study is a case report study. Nursing care was provided from April 21, 2025 – May 10, 2025 in the Men's Internal Room of Dr. M. Djamil Padang Hospital. Progressive muscle relaxation therapy is a series of certain muscle contractions and deep breathing techniques consisting of 15 movements. This therapy takes 15-20 minutes for 5 days. The instrument for measuring anxiety levels uses the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) questionnaire. The sample in this study were 2 CKD patients undergoing hemodialysis.*

*ased on the results of the assessment, it was found that the patient had anxiety nursing problems, then a nursing plan was prepared, namely anxiety reduction and the application of progressive muscle relaxation therapy. After implementing nursing for 5 days, there was a decrease in anxiety levels in both patients, where Mr. D initially with a moderate anxiety level of score 26 decreased to no anxiety score 13. While Mr. R initially with a severe anxiety level of score 30 decreased to a mild anxiety level of score 19. It can be concluded that progressive muscle relaxation therapy has been proven to be effective in reducing anxiety levels in CKD patients undergoing hemodialysis.*

***Keywords: CKD, Hemodialysis, Anxiety, Progressive Muscle Relaxation Therapy  
Bibliography: 27 (2016-2025)***

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

*Chronic Kidney Disease* (CKD) merupakan kerusakan ginjal yang menyebabkan ginjal tidak dapat membuang racun dan produk sisa darah, yang ditandai adanya protein dalam urin dan penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG) yang berlangsung selama lebih dari tiga bulan (Ibrahim et al., 2024) . CKD adalah suatu keadaan dimana fungsi ginjal mengalami penurunan yang ditandai dengan laju filtrasi glomerulus (GFR)  $<60$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup> yang bertahan selama  $\geq 3$  bulan. CKD ditandai dengan adanya penanda kerusakan ginjal yang terlihat dari albuminuria, abnormalitas sedimen urin, abnormalitas cairan dan elektrolit, abnormalitas ginjal serta riwayat transplantasi ginjal (Gliselda, 2021).

Faktor utama penyebab penyakit ginjal kronis (CKD) adalah diabetes melitus dan hipertensi. Kadar gula darah tinggi merusak pembuluh darah ginjal, mengganggu fungsi penyaringan, dan menyebabkan CKD. Sementara itu, hipertensi mengaktifkan sistem RAAS secara berlebihan, terutama akibat penurunan aliran darah atau kerusakan ginjal, yang memperparah kondisi CKD (Suara & Retnaningsih, 2024). Faktor risiko lain yang dapat meningkatkan terjadinya penyakit CKD antara lain merokok, penggunaan obat pereda nyeri, dan minuman tambahan energi, sehingga mengakibatkan fungsi ginjal mengalami penurunan (Rahayu & Mariyati, 2023).

*Chronic Kidney Disease* telah menjadi penyebab kematian 850.000 orang setiap tahunnya. Angka tersebut menunjukkan bahwa penyakit CKD menduduki peringkat ke- 12 tertinggi penyebab angka kematian di dunia (WHO, 2020). Menurut data Riskesdas (2018) didapatkan bahwa angka kejadian *Chronic Kidney Disease* di Indonesia yaitu sebesar 0,38% per 1000 penduduk (Survey Kesehatan, 2020). Berdasarkan data Riskesdas di dapatkan prevalensi gagal ginjal kronis yang didiagnosa di provinsi Sumatera Barat pada laki-laki yaitu 1,254 orang, sedangkan pada perempuan 1,298 orang (Riskesdas, 2018).

*Chronic Kidney Disease* stage IV dan V menjadi penyakit terbanyak pertama yang ada di RSUP Dr. M. Djamil Padang, dengan jumlah pasien sebanyak 12.027 pasien pada tahun 2023. Pada Januari 2023 terdapat 201 pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di unit hemodialisis RSUP Dr. M. Djamil Padang. Tercatat pasien dengan diagnosa CKD yang dirawat inap di RSUP M. Djamil Padang dalam bulan januari hingga april 2025 di interne pria sebanyak 82 orang, dan yang menjalani hemodialisis sebanyak 64 orang.

Terapi yang di berikan pada pasien dengan gagal ginjal stadium akhir yaitu hemodialisis. Hemodialisis merupakan pengobatan pada pasien penyakit ginjal kronis yang paling umum di seluruh Indonesia. Hemodialisis atau proses cuci darah menjadi tindakan yang sangat membantu pasien (Karunianintyas et al., 2023). Hemodialisis merupakan salah satu tindakan dimana peran ginjal digantikan dengan menggunakan mesin hemodialisis untuk membuang racun urin dan mengatur elektrolit. Hemodialisis adalah pengobatan cuci darah yang digunakan untuk membuang cairan atau limbah dari dalam tubuh ketika ginjal sudah tidak mampu lagi menjalankan fungsinya (Hasanah et al., 2023).

Hemodialisis dapat menimbulkan masalah psikologis seperti kecemasan karena harus dilakukan seumur hidup, pasien menjadi kergantungan pada mesin yang pelaksanaanya rumit dan membutuhkan waktu yang lama serta memerlukan biaya yang relatif besar. Sehingga pasien menjadi bosan, malas menjalani hemodialisis, kualitas hidup menurun dan bisa berakibat kematian (Rahmanti & Haksara, 2023). Menurut (Relica & Mariyati, 2024), penderita gagal ginjal yang menjalani hemodialisis mengalami masalah psikososial seperti merasa cemas atau khawatir atas kondisi sakitnya, adanya masalah finansial, kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan, terjadi gangguan dalam seksual, merasa bersalah dan takut menghadapi kematian.

Dalam sebuah penelitian tahun 2021, Eropa, Amerika Utara, Asia, dan Afrika melaporkan prevalensi (42%) adanya peningkatan gejala kecemasan di antara pasien yang menerima dialisis. Selain itu, peningkatan gejala kecemasan dikaitkan dengan depresi, penurunan kadar hormon paratiroid, peningkatan lama rawat inap, dan penurunan persepsi kualitas hidup dan tingkat vitalitas. Kecemasan, adalah

gangguan psikologis yang sangat mempengaruhi kondisi kesehatan dan kualitas hidup pasien HD yang berhubungan dengan hasil klinis yang lebih buruk. Banyak pasien, menjalani terapi HD selama bertahun-tahun, terus mengalami kecemasan selama sesi mingguan selama menjalani terapi. Apabila tidak ditangani, kecemasan akan terus berlanjut hingga dapat mempengaruhi kondisi kesehatan pasien serta kualitas hidup pasien (Rosyanti et al., 2023).

Mengatasi kecemasan pada pasien gagal ginjal sangat penting untuk meningkatkan kesejahteraan dan hasil pengobatan mereka secara keseluruhan. Penelitian telah menunjukkan bahwa mengurangi kecemasan melalui intervensi seperti kesadaran spiritual, teknik relaksasi, terapi perilaku kognitif, dan pendidikan dapat berdampak positif pada kesehatan mental pasien (Relica & Mariyati, 2024).

Cara untuk mengatasi kecemasan yaitu dengan terapi farmakologis dan non farmakologis. Terapi farmakologis yaitu dengan menggunakan obat-obatan yang berkhasiat memulihkan fungsi gangguan neuro-transmpter (sinyal pengantar saraf) di susunan saraf pusat otak. Terapi yang dipakai biasanya diberikan obat anti cemas (anxiolytic), yaitu diazepam, clobazam, bromazepam, buspirone HCl, meprobamate dan alprazolam (Rahmanti & Haksara, 2023).

Sedangkan untuk terapi nonfarmakologis salah satunya adalah terapi relaksasi otot progresif. Terapi relaksasi otot progresif adalah teknik relaksasi yang dilakukan dengan cara menegangkan kemudian melemaskan otot secara berurutan. Terapi relaksasi mampu merangsang sistem saraf parasimpatik mengecek aktivitas yang terjadi selama menegangkan tubuh, seperti mengurangi nadi berdenyut setelah tahap stress dan meningkatkan aliran darah kesistem pencernaan sehingga ketegangan akan menurun (Amalia & Kartika, n.d.).

Penelitian (Rahmawati & Istiqomah, 2022), juga menyebutkan bahwa terjadi penurunan tingkat kecemasan setelah dilakukan teknik relaksasi otot progresif pada pasien CKD. Pada pengukuran pertama didapatkan pasien dengan tingkat kecemasan berat dengan skor 30, menjadi tingkat kecemasan sedang dengan skor 24 setelah dilakukan intervensi. Sejalan dengan penelitian (Anggraini et al., 2024), didapatkan bahwa terdapat perubahan tingkat kecemasan setelah dilakukan teknik relaksasi otot progresif, dimana didapat nilai  $Z = -4,299$  dengan  $p\text{-value} = 0,000 <$

0,05, artinya terdapat pengaruh terapi relaksasi otot progresif terhadap kecemasan pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa.

Menurut penelitian (Amalia & Kartika, n.d.), didapatkan bahwa, terjadi penurunan tingkat kecemasan setelah dilakukan terapi relaksasi otot progresif selama 5 hari. Pada hari pertama saat tingkat kecemasan pasien diukur dengan kuesioner HARS, didapatkan tingkat kecemasan yaitu kecemasan berat dengan skor 31, setelah dilakukan intervensi teknik relaksasi otot progresif selama 5 hari, didapatkan tingkat kecemasan pasien yaitu kecemasan ringan dengan skor 16. Berdasarkan hal tersebut, dapat disimpulkan bahwa terapi relaksasi otot progresif efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan.

Hal ini didukung juga oleh (Hujratun Nikmah, 2022), dalam penelitiannya, didapatkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara pemberian terapi relaksasi otot progresif dengan kecemasan pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis, dimana pada kelompok yang diberikan intervensi relaksasi otot progresif lebih baik dalam menurunkan tingkat kecemasan dari pada kelompok yang tidak diberikan relaksasi otot progresif, dengan nilai pada kelompok intervensi p-value 0,000 ( $<0,05$ ) dan pada kelompok kontrol p-value 0,162 ( $>0,05$ ), dan hasil uji mann whitney menunjukkan p-value 0,000 ( $<0,05$ ).

Berdasarkan uraian diatas, mengingat pentingnya penatalaksanaan tindakan non farmakologis mengatasi kecemasan pada pasien CKD yang menjalani hemodialisis, peneliti melakukan studi kasus tentang “Penerapan Terapi Relaksasi Otot Progresif di Ruang Interne Pria RSUP Dr M.Djamil Padang” yang diharapkan mampu mengetahui pengaruh terapi terapi relaksasi otot progresif pada pasien CKD sehingga nantinya perawat dapat menggunakan tindakan alternatif ini guna mendapatkan asuhan keperawatan yang berkualitas.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana penerapan terapi relaksasi otot progresif untuk menurunkan tingkat kecemasan dalam asuhan keperawatan pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang menjalani hemodialisis di ruang interne pria RSUP Dr. M Djamil Padang?

**C.Tujuan****1. Tujuan Umum**

Tujuan umum karya tulis akhir ini adalah mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien CKD dengan hemodialisis yang dilakukan penerapan intervensi teknik relaksasi otot progresif di Ruang Interne Pria RSUP Dr.M Djamil Padang

**2. Tujuan Khusus**

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian keperawatan pada pasien CKD dengan hemodialisis yang dilakukan penerapan intervensi teknik relaksasi otot progresif dalam mengurangi tingkat kecemasan di ruang interne pria RSUP Dr. M Djamil Padang
- b. Mendeskripsikan penegakan diagnosis keperawatan pada pasien CKD dengan hemodialisis yang dilakukan penerapan intervensi teknik relaksasi otot progresif dalam mengurangi tingkat kecemasan di ruang interne pria RSUP Dr. M Djamil Padang
- c. Mendeskripsikan perencanaan keperawatan pada pasien CKD dengan hemodialisis yang dilakukan penerapan intervensi teknik relaksasi otot progresif dalam mengurangi tingkat kecemasan di ruang interne pria RSUP Dr. M Djamil Padang
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan pada pasien CKD dengan hemodialisis yang dilakukan penerapan intervensi teknik relaksasi otot progresif dalam mengurangi tingkat kecemasan di ruang interne pria RSUP Dr. M Djamil Padang
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien CKD dengan hemodialisis yang dilakukan penerapan intervensi teknik relaksasi otot progresif dalam mengurangi tingkat kecemasan di ruang interne pria RSUP Dr. M Djamil Padang
- f. Menganalisis penerapan intervensi teknik relaksasi otot progresif dalam mengurangi tingkat kecemasan pada pasien CKD dengan hemodialisis di ruang interne pria RSUP Dr. M Djamil Padang

## **D. Manfaat**

### **1. Manfaat Aplikatif**

#### **a. Bagi Perawat**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan informasi dalam menurunkan tingkat kecemasan pada pasien *chronic kidney disease* (CKD) dengan menerapkan intervensi terapi relaksasi otot progresif.

#### **b. Bagi Peneliti**

Kegiatan penelitian dapat menambah pengetahuan dan wawasan peneliti khususnya dalam penelitian penerapan terapi relaksasi otot progresif terhadap upaya penurunan tingkat kecemasan dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD dengan hemodialisis.

### **2. Manfaat Keilmuan**

#### **a. Bagi Perawat RSUP Dr. M Djamil Padang**

Hasil Karya Tulis Akhir ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan perawat di Ruang interne pria RSUP Dr. M Djamil Padang tentang penerapan terapi relaksasi otot progresif sebagai tindakan alternatif dalam mengatasi kecemasan pada pasien CKD.

#### **b. Bagi Mahasiswa Kemenkes Poltekkes Padang**

Hasil Karya Tulis Akhir ini dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian terapi relaksasi otot progresif dalam mengatasi kecemasan pada pasien CKD

#### **c. Bagi Peneliti**

Karya tulis akhir ini dapat menambah wawasan, kemampuan berfikir, menganalisa dan pengetahuan khususnya tentang pemberian terapi relaksasi otot progresif dalam mengatasi kecemasan pada pasien CKD.

#### **d. Bagi peneliti selanjutnya**

Hasil Karya Tulis Akhir ini dapat menjadi patokan untuk meneliti tentang efektifitas pemberian terapi relaksasi otot progresif dalam mengatasi kecemasan pada pasien CKD.

## BAB II

### TINJAUAN LITERATUR

#### A. Konsep *Chronic Kidney Disease*

##### 1. Defenisi

*Chronic Kidney Disease* merupakan salah satu penyakit tidak menular yang proses penyakitnya berlangsung lama sehingga menyebabkan fungsi ginjal menurun dan tidak kembali seperti semula. Kerusakan ginjal terjadi pada nefron termasuk glomerulus dan tubulus ginjal, nefron yang rusak tidak dapat mengembalikan fungsi normalnya (Siregar & Ariga, 2020)

CKD didefinisikan sebagai kelainan struktural dan fungsional ginjal, berlangsung selama lebih dari tiga bulan. Fungsi ginjal adalah menyaring dan mengeluarkan hasil metabolisme dari dalam tubuh. Berkurangnya kapasitas ginjal menyebabkan terganggunya keseimbangan tubuh sehingga terjadi penumpukan sisa metabolisme terutama ureum (menyebabkan uremia), gangguan keseimbangan air, dan penumpukan cairan dan elektrolit di dalam tubuh. Kondisi ini membutuhkan perhatian khusus, karena dapat menyebabkan kondisi yang mengancam jiwa penderitanya (Siregar & Ariga, 2020)

##### 2. Penybab

Kerusakan ginjal dapat disebabkan oleh kelainan prerenal, renal dan post renal. Pasien dengan penyakit seperti diabetes melitus, glomerulonefritis, penyakit imun (nefritis lupus), hipertensi, penyakit ginjal herediter, batuginjal, keracunan, trauma ginjal, gangguan kongenitar dan keganasan dapat menyebabkan kerusakan ginjal, ini sebagian besar menyerang nefron yang menyebabkan ginjal kehilangan kemampuannya dalam melakukan penyaringan. Kerusakan nefron terjadi secara cepat, bertahap, dan pasien tidak mengalami penurunan fungsi ginjal jangka panjang (Siregar & Ariga, 2020).

*Chronic Kidney Disease* merupakan perkembangan ginjal yang progresif dan lambat pada setiap nefron (biasanya berlangsung selang beberapa tahun dan tidak

reversibel). Menurut LeMone (2016) ada beberapa jenis gangguan kesehatan yang dapat menyebabkan gagal ginjal kronis antara lain(Jainurakhma et al., 2021):

a. Glomerulonefritis

Glomerulonefritis merupakan penyakit inflamasi atau non inflamasi pada glomerulus dan menyebabkan perubahan permeabilitas, perubahan struktur, serta fungsi glomerulus.

b. Proteinuria

Terdapat protein di dalam urine tubuh lebih dari nilai normalnya, yaitu lebih dari 150 mg/24 jam atau pada anak-anak biasanya lebih dari 140 mg/m<sup>2</sup>.

c. Penyakit ginjal diabetik

Pada pasien yang mengidap penyakit diabetes, berbagai gangguan pada ginjal dapat terjadi, seperti batu saluran kemih, infeksi saluran kemih, pielonefritis yang biasanya disebut penyakit ginjal non diabetik pada pasien diabetes.

d. Amiloidosis ginjal

Penyakit ini merupakan penyakit yang memiliki karakteristik penimbunan polimer protein di ekstraseluler dan gambaran dapat diketahui dengan histokimia dan gambaran ultrastruktur yang khas.

e. Diabetes melitus

Diabetes melitus merupakan penyebab utama lebih dari 30% pasien dialisis. Penyebab utama pasien yang menerima dialisis adalah penderita dengan hipertensi.

Ada beberapa faktor menurut Mansjoer (2007) yang dapat meningkatkan seseorang untuk mengidap penyakit CKD. Faktor resiko tersebut antara lain (Jainurakhma et al., 2021):

a. Kadar kolesterol yang tinggi

b. Perokok

c. Obesitas atau berat badan berlebih

d. Memiliki keturunan dengan penyakit ginjal

e. Struktur ginjal tidak normal

f. Lansia,terutama dengan umur diatas 65 tahun

g. Ras (Indian, Afrika, Amerika, dan Asia)

### 3. Tanda dan Gejala

Manifestasi klinis Chronic Kidney Disease pada setiap sistem tubuh menurut Price dan Wilson (2013) di dalam (Arismawati et al., 2022) antara lain sebagai berikut

#### a. Sistem Kardiovaskuler

Tanda dan gejala yang akan muncul adalah hipertensi, ensefalopati, hipertensif, retinopati, disritmia, edema, hipervolemia, perikarditis, dan *Cronic Kidney Disease*.

#### b. Sistem Respirasi

Tanda dan gejala yang akan muncul adalah munculnya sputum kental yang menyumbat jalan nafas, dispnea, pernafasan kusmaul, *pleural friction rub*, takipnea, batuk disertai nyeri, edema paru, dan *hiliar pneumonitis*.

#### c. Sistem Gastrointestinal.

Tanda dan gejala yang akan muncul adalah distensi abdomen, mual/muntah, anoreksia yang dapat menyebabkan berat badan turun, mulut kering, napas bau amoniak, stomatitis, gastritis, perdarahan gastrointestinal, konstipasi, dan diare.

#### f. Sistem Hematopoietik

Tanda dan gejala yang akan muncul adalah anemia, ekimosis, trombositopenia, sering terjadi perdarahan, dan hemolisis.

#### g. Sistem Neurologi

Tanda dan gejala yang akan muncul adalah penurunan kognitif, penurunan kesadaran, gelisah, menurunnya konsentrasi, asteriks, insomnia, kejang stupor, dan koma.

#### h. Sistem Muskuloskeletal

Tanda dan gejala yang akan muncul adalah nyeri sendi, perubahan motorik, praraplegia, rikets ginjal, osteodistrofi ginjal, dan menurunnya status pertumbuhan anak.

i. Sistem Urologi

Tanda dan gejala yang akan muncul adalah berkurangnya haluan urin, azotemia, hipermagnesemia, ketidakseimbangan natrium dan kalium, dan berat jenis urin menurun.

j. Sistem Reproduksi

Tanda dan gejala yang akan muncul adalah libido menurun, disfungsi ereksi, infertilitas amenorea, dan melambatnya masa pubertas.

k. Sistem Dermatologi

Tanda dan gejala yang akan muncul pada sistem ini adalah ekimosis, pucat, pigmentasi, pruritus, kuku mudah patah dan tipis, kulit kering, mudah terjadi luka atau memar dan *uremic frosts*.

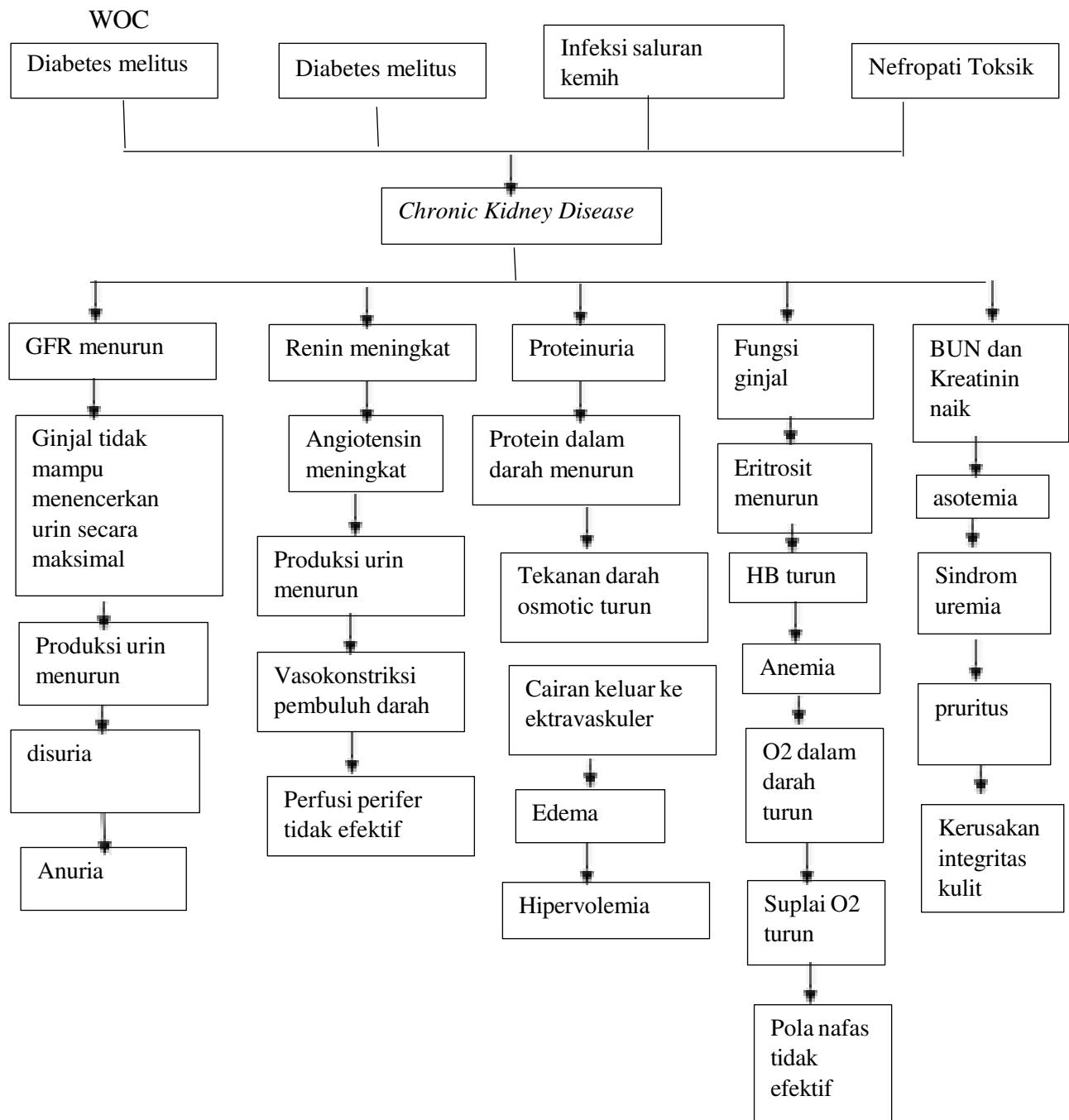
4. Patofisiologi

Proses terjadinya penyakit ginjal kronis dapat digunakan menurut pendekatan dua sistem : pertama, sudut pandang tradisional berpendapat bahwa semua unit nefron sudah terkena penyakit tetapi pada stadium yang berbeda, dan bagian tertentu sebenarnya dapat saja rusak atau mengalami perubahan struktural, kedua; dikenal sebagai hipotesa Briecker atau hipotesis nefron utuh, yang menyatakan bahwajika nefron terkena penyakit , semua intinya akan hancur, tetapi sisa nefron utuh yang tersisa akan terus berfungsi secara normal (Jainurakhma et al., 2021).

Uremia terjadi ketika jumlah nefron turun ke titik dimana keseimbangan cairan dan elektrolit tidak dapat di pertahankan lagi. Keadaan nefron yang utuh paling berguna dalam menjelaskan pola adaptasi fungsional pada gagal ginjal lanjut yaitu kemampuan mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit dalam tubuh meskipun GFR menurun secara signifikan (Jainurakhma et al., 2021). Urutan peristiwa patofisiologi gagal ginjal progresif dapat diuraikan dari segi hipotesa nefrosis yang utuh, meskipun penyakit CKD terus berlanjut, namun jumlah solute yang harus diekskresi oleh ginjal untuk mempertahankan homeostasis tidaklah berubah, kendati jumlah nefron yang bertugas melakuka fungsi tersebut sudah menurun secara progresif (Jainurakhma et al., 2021).

Dua adaptasi penting dilakukan oleh ginjal sebagai respon terhadap ancaman ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Sisa nefron yang ada mengalami hipertropi dalam usahanya untuk melaksanakan seluruh beban kerja ginjal. Terjadi peningkatan kecepatan filtrasi, beban solute dan reabsorpsi tubulus dalam setiap nefron meskipun LFG (Laju Filtration Glomerulus) untuk seluruh massa nefron yang terdapat pada ginjal turun dibawah nilai normal. Mekanisme adaptasi ini cukup berhasil dalam mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh hingga tingkat fungsi ginjal yang sangat rendah (Jainurakhma et al., 2021).

Namun akhirnya, kalau sekitar 75 % massa nefron sudah hancur, maka kecepatan filtrasi dan beban solute bagi nefron demikian tinggi sehingga keseimbangan glomerulus tubulus (keseimbangan antara peningkatan filtrasi dan peningkatan reabsorpsi oleh tubulus) tidak dapat dipertahankan lagi. Fleksibilitas baik pada proses ekskresi meskipun proses konversi solute dan air menjadi berkurang (Jainurakhma et al., 2021)



Bagan 2. 1 WOC CKD

(Meita, 2020) dan ((Marchellany et al., 2024)

## 5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan CKD melibatkan pemeliharaan fungsi ginjal dan homeostasis selama mungkin, mengidentifikasi semua faktor penyebab penurunan fungsi ginjal, dan mencegah penyakit ginjal stadium akhir. Terapi kolaborasi meliputi koreksi kelebihan cairan ekstraseluler dan defisit nutrisi, terapi eritropoetin, terapi antihipertensi, suplemen kalsium dan fosfat binder, dan terapi pengurangan kalium (Hasanuddin, 2022). Terapi pengganti ginjal dilakukan pada pasien dengan gagal ginjal kronis stadium 5, khususnya pada GFR kurang dari 15 ml/menit. Terapi dapat berupa hemodialisis, dialisis peritoneal dan transplantasi ginjal (Hasanuddin, 2022).

### a) Hemodialisa

Hemodialisa adalah sebuah terapi pengganti ginjal, terapi ini digunakan pada penderita yang mengalami penurunan fungsi ginjal, baik gagal ginjal akut maupun CKD (Pancho Kaslam, Djoko Widodo, Hindra Irawan Satari, Anis Karuniawati, 2021). Terapi dialisis menurut Black & Hawks (2014) di dalam (Siregar & Ariga, 2020) memiliki tujuan sebagai berikut :

- 1) Untuk mengeluarkan semua produk akhir metabolisme protein seperti urea dan kreatinin dari darah
- 2) Untuk mempertahankan kadar elektrolit serum
- 3) Untuk memperbaiki asidosis dan meningkatkan kadar bikarbonat darah
- 4) Untuk menghilangkan kelebihan cairan.

Penderita dengan dialisa sebagian besar menjalannya sebanyak 2 sampai 3x seminggu, dan biasanya berlangsung selama kurang lebih 4 jam (Zuliani et al., 2021). Durasi hemodialisa dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan masing-masing individu. Biasanya setiap hemodialisa dilakukan selama 4 sampai 5 jam dengan frekuensi 2 kali per minggu. Idealnya selama 10 sampai 15 jam per minggu (Hasanuddin, 2022). Program dialisis dikatakan berhasil jika pasien mencapai BB kering, pasien makan dengan diet normal, kadar HB kurang lebih 10 g/dl, dan tekanan darah normal (Zuliani et al., 2021)

#### a. Dialisis Peritoneal

Cairan diinfuskan ke dalam rongga peritoneum melalui tabung dialisis peritoneal. Membrane peritoneum semi-permeabel kemudian

memungkinkan air dan zat terlarut melewatinya. Dialisis peritoneal lebih kecil kemungkinannya menyebabkan hipotensi, aritmia, hipoksia, dan ketidakseimbangan dibandingkan dengan hemodialisis. Untuk dialisis peritoneal memiliki batasan jumlah dialisis yang dapat dilakukan.

b. Transplantasi Ginjal.

Pasien harus diperiksa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan transplantasi sebelum operasi. Perawatan pasca operasi dapat diperumit oleh kontrol glikemik, gastroparesis, pemulihan dari melnutrisi, hipertensi, retensi urin dan luka.

## B. Kecemasan

### 1. Definisi Kecemasan

Pada dasarnya kecemasan adalah kondisi psikologis seseorang yang penuh dengan rasa takut dan khawatir, dimana perasaan takut dan khawatir akan sesuatu hal yang belum pasti akan terjadi. Kecemasan berasal dari bahasa Latin (anxious) dan dari bahasa Jerman (anst), yaitu suatu kata yang digunakan untuk menggambarkan efek negatif dan rangsangan fisiologis (Muyasarah et al. 2020).

Menurut American Psychological Association (APA) dalam (Muyasarah et al. 2020), kecemasan merupakan keadaan emosi yang muncul saat individu sedang stress, dan ditandai oleh perasaan tegang, pikiran yang membuat individu merasa khawatir dan disertai respon fisik (jantung berdetak kencang, naiknya tekanan darah, dan lain sebagainya).

### 2. Tingkatan Kecemasan

Semua orang pasti mengalami kecemasan pada derajat tertentu, Menurut Peplau, dalam (Muyasarah et al. 2020) mengidentifikasi empat tingkatan kecemasan, yaitu :

a. Kecemasan Ringan

Kecemasan ini berhubungan dengan kehidupan sehari-hari. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas. Tanda dan gejala antara lain: persepsi dan perhatian meningkat, waspada, sadar akan stimulus internal dan eksternal, mampu mengatasi masalah secara efektif serta terjadi kemampuan belajar. Perubahan fisiologi ditandai dengan gelisah, sulit tidur, hipersensitif terhadap suara, tanda vital dan pupil normal.

b. Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga individu mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Respon fisiologi : sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, gelisah, konstipasi. Sedangkan respon kognitif yaitu lahan persepsi menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatiaannya.

c. Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mempengaruhi persepsi individu, individu cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Tanda dan gejala dari kecemasan berat yaitu : persepsinya sangat kurang, berfokus pada hal yang detail, rentang perhatian sangat terbatas, tidak dapat berkonsentrasi atau menyelesaikan masalah, serta tidak dapat belajar secara efektif. Pada tingkatan ini individu mengalami sakit kepala, pusing, mual, gemetar, insomnia, palpitas, takikardi, hiperventilasi, sering buang air kecil maupun besar, dan diare. Secara emosi individu mengalami ketakutan serta seluruh perhatian terfokus pada dirinya.

d. Panik

Pada tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak dapat melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik menyebabkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, kehilangan pemikiran yang rasional. Kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, dan jika berlangsung lama dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian. Tanda dan gejala dari tingkat panik yaitu tidak dapat fokus pada suatu kejadian.

3. Faktor-faktor Penyebab Kecemasan

Menurut Savitri Ramaiah (2003) dalam (Muyasaroh et al. 2020) ada beberapa faktor yang menunjukkan reaksi kecemasan, diantaranya yaitu :

a. Lingkungan

Lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berfikir individu tentang diri sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya pengalaman yang tidak menyenangkan pada individu dengan keluarga, sahabat, ataupun dengan rekan kerja. Sehingga individu tersebut merasa tidak aman terhadap lingkungannya.

b. Emosi

Yang Ditekan Kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal ini, terutama jika dirinya menekan rasa marah atau frustasi dalam jangka waktu yang sangat lama.

c. Sebab - Sebab Fisik

Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. Hal ini terlihat dalam kondisi seperti misalnya kehamilan semasa remaja dan sewaktu terkena suatu penyakit. Selama ditimpa kondisi-kondisi ini, perubahan-perubahan perasaan lazim muncul, dan ini dapat menyebabkan timbulnya kecemasan.

4. Tanda dan Gejala Kecemasan

a. Tanda-Tanda Fisik Kecemasan,

Tanda fisik kecemasan diantaranya yaitu : kegelisahan, kegugupan,, tangan atau anggota tubuh yang bergetar atau gemetar, sensasi dari pita ketat yang mengikat di sekitar dahi, kekencangan pada pori-pori kulit perut atau dada, banyak berkeringat, telapak tangan yang berkeringat, pening atau pingsan, mulut atau kerongkongan terasa kering, sulit berbicara, sulit bernafas, bernafas pendek, jantung yang berdebar keras atau berdetak kencang, suara yang bergetar, jari-jari atau anggota tubuh yang menjadi dingin, pusing, merasa lemas atau mati rasa, sulit menelan, kerongkongan merasa tersekat, leher atau punggung terasa kaku, sensasi seperti tercekik atau tertahan, tangan yang dingin dan lembab, terdapat gangguan sakit perut atau mual, panas dingin, sering buang air kecil, wajah terasa memerah, diare, dan merasa sensitif atau “mudah marah”.

b. Tanda-Tanda Behavioral Kecemasan,

Tanda-tanda behavioral kecemasan diantaranya yaitu : perilaku menghindar, perilaku melekat dan dependen, dan perilaku terguncang.

c. Tanda-Tanda Kognitif Kecemasan

Tanda-tanda kognitif kecemasan diantaranya : khawatir tentang sesuatu, perasaan terganggu akan ketakutan atau aprehensi terhadap sesuatu yang terjadi di masa depan, keyakinan bahwa sesuatu yang mengerikan akan segera terjadi (tanpa ada penjelasan yang jelas), terpaku pada sensasi ketubuhan, sangat waspada terhadap sensasi ketubuhan, merasa terancam oleh orang atau peristiwa yang normalnya hanya sedikit atau tidak mendapat perhatian, ketakutan akan kehilangan kontrol, ketakutan akan ketidakmampuan untuk mengatasi masalah, berpikir bahwa dunia mengalami keruntuhan, berpikir bahwa semuanya tidak lagi bisa dikendalikan, berpikir bahwa semuanya terasa sangat membingungkan tanpa bisa diatasi, khawatir terhadap hal-hal yang sepele, berpikir tentang hal mengganggu yang sama secara berulang-ulang, berpikir bahwa harus bisa kabur dari keramaian (kalau tidak pasti akan pingsan), pikiran terasa bercampur aduk atau kebingungan, tidak mampu menghilangkan pikiran-pikiran terganggu, berpikir akan segera mati (meskipun dokter tidak menemukan sesuatu yang salah secara medis), khawatir akan ditinggal sendirian, dan sulit berkonsentrasi atau memfokuskan pikiran

5. Dampak Kecemasan

Ketakutan, kekhawatiran dan kegelisahan yang tidak beralasan pada akhirnya menghadirkan kecemasan, dan kecemasan ini tentu akan berdampak pada perubahan perilaku seperti, menarik diri dari lingkungan, sulit fokus dalam beraktivitas, susah makan, mudah tersinggung, rendahnya pengendalian emosi amarah, sensitive, tidak logis, susah tidur. (Jarnawi 2020). Menurut Yustinus (2006) dalam (Arifiati and Wahyuni 2019), membagi beberapa dampak dari kecemasan ke dalam beberapa simtom, antara lain :

a. Simtom Suasana Hati

Individu yang mengalami kecemasan memiliki perasaan akan adanya hukuman dan bencana yang mengancam dari suatu sumber tertentu yang tidak diketahui. Orang yang mengalami kecemasan tidak bisa tidur, dan dengan demikian dapat menyebabkan sifat mudah marah.

b. Simtom Kognitif

Simptom kognitif yaitu kecemasan dapat menyebabkan kekhawatiran dan keprihatinan pada individu mengenai hal yang tidak menyenangkan yang mungkin terjadi. Individu tersebut tidak memperhatikan masalah yang ada, sehingga individu sering tidak bekerja atau belajar secara efektif, dan akhirnya akan menjadi lebih merasa cemas.

c. Simptom Motor

Orang-orang yang mengalami kecemasan sering merasa tidak tenang, gugup, kegiatan motorik menjadi tanpa arti dan tujuan, misalnya jari kaki mengetukngetuk, dan sangat kaget terhadap suara yang terjadi secara tiba-tiba. Simptom motor merupakan gambaran rangsangan kognitif yang tinggi pada individu merupakan usaha untuk melindungi dirinya dari apa saja yang dirasanya mengancam.

6. *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*

HAM-A atau disebut juga HARS adalah salah satu skala peringkat pertama yang dikembangkan untuk mengukur tingkat keparahan gejala kecemasan pada orang dewasa, dan remaja, serta masih banyak digunakan saat ini baik dalam pengaturan klinis dan penelitian. Skala terdiri dari 14 item, masing-masing ditentukan oleh serangkaian gejala, dan mengukur kecemasan psikis (mental agitasi dan tekanan psikologis) dan kecemasan somatik (keluhan fisik yang berhubungan dengan kecemasan) (American Thoracic Society 2021).

Penilaian kecemasan berdasarkan HARS terdiri dari 14 item, meliputi :

- a. Perasaan cemas (merasa khawatir, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, cepat marah, mudah tersinggung).
- b. Ketegangan (merasa tegang, merasa lelah, merasa gelisah, merasa gemetar, mudah menangis, tidak mampu untuk rileks, mudah terkejut).
- c. Ketakutan (takut terhadap gelap, takut terhadap orang asing, takut bila ditinggal sendiri, takut pada hewan, takut pada keramaian lalu lintas, takut pada kerumunan orang banyak).
- d. Insomnia (kesulitan tidur, tidur tidak memuaskan, merasa lelah saat bangun, mimpi buruk, terbangun tengah malam).
- e. Intelektual (sulit berkonsentrasi, sulit mengingat).
- f. Perasaan depresi (kehilangan minat, kurangnya kesenangan dalam hobi, perasaan bersedih/depresi, sering terbangun dini hari saat tidur malam).

- g. Gejala somatik (otot) (nyeri atau sakit otot, kedutan, otot terasa kaku, gigi gemertak, suara tidak stabil, tonus otot meningkat).
- h. Gejala sensorik (telinga terasa berdenging, penglihatan kabur, muka memerah, perasaan lemah, sensasi ditusuk-tusuk).
- i. Gejala kardiovaskuler (takikardi, palpasi, nyeri dada, denyut nadi meningkat, perasaan lemas/lesu seperti mau pingsan, denyut jantung serasa berhenti sekejap).
- j. Gejala pernapasan (nafas terasa sesak/dada terasa ditekan, perasaan tercekik, sering menarik napas dalam, napas pendek/tersengal-sengal).
- k. Gejala gastrointestinal (kesulitan menelan, nyeri perut, perut terasa kembung, sensasi terbakar, perut terasa penuh, merasa mual, muntah, sulit BAB/sembelit, kehilangan berat badan).
- l. Gejala genitourinari (frekuensi berkemih meningkat, tidak dapat menahan air seni, tidak datang bulan, darah haid lebih banyak dari biasanya).
- m. Gejala otonom (mulut kering, muka kemerahan, muka pucat, sering berkeringat, merasa pusing, kepala terasa berat, merasa tegang, rambut terasa menegang).
- n. Tingkah laku (gelisah, tidak tenang/mondar-mandir, tangan gemetar, alis berkerut, wajah tegang, pernafasan cepat, wajah pucat, sering menelan ludah, dll). Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori sebagai berikut :

0 = tidak ada gejala sama sekali

1 = ringan/satu gejala yang ada

2 = sedang/separuh gejala yang ada

3 = berat/ lebih dari separuh gejala yang ada

4 = sangat berat semua gejala ada

Penentuan derajat atau tingkat kecemasan dengan cara menjumlahkan skor 1- 14 dengan hasil antara lain :

Skor kurang dari 14 = tidak ada kecemasan

Skor 14-20 = kecemasan ringan

Skor 21-27 = kecemasan sedang

Skor 28-41 = kecemasan berat

Skor 42-56 = kecemasan berat sekali (panik)

## C. Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

a. Biodata, meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, Pendidikan, pekerjaan, Alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosis medis.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang didapat biasanya bervariasi, mulai dari urine output sedikit sampai tidak dapat BAK, gelisah sampai penurunan kesadaran, tidak selera makan (anoreksia), mual, muntah, mulut terasa kering, napas berbau (ureum), dan gatal pada kulit (Muttaqin, 2014)

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada pasien dengan gagal ginjal kronis biasanya terjadi penurunan urine output, penurunan kesadaran, perubahan pola napas, kelemahan fisik, adanya perubahan kulit, adanya napas berbau ammonia, dan perubahan nutrisi, kaji sudah ke mana saja klien meminta pertolongan untuk mengatasi masalahnya dan mendapat pengobatan apa (Muttaqin, 2014).

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji apakah ada Riwayat penyakit gagal ginjal aku, jantung, penggunaan obat nefrotoksik, BPH, infeksi saluran kemih dan prostatektomi. Kaji adanya Riwayat penyakit batu saluran kemih, penyakit DM, Hipertensi pada masa sebelumnya yang menjadi predisposisi penyebab. Riwayat pemakaian obat, Riwayat alaergi dan kemudian dokumentasikan (Muttaqin, 2014).

e. Riwayat kesehatan keluarga.

Gagal ginjal kronis bukan penyakit menular dan menurun. Namun, pencetus sekunder seperti DM dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronis, karena penyakit tersebut bersifat herediter. Kaji pola Kesehatan keluarga yang diterapkan jika ada anggota keluraga yang sakit

f. Riwayat psikososial

Pada pasien gagal ginjal kronis, biasanya perubahan psikososial terjadi pada waktu pasien mengalami perubahan struktur fungsi tubuh dan menjalani proses dialisis. Pasien akan mengurung diri dan lebih banyak berdiam diri. Selain itu, kondisi ini juga dipicu oleh biaya yang dikeluarkan selama proses pengobatan, sehingga pasien mengalami kecemasan (Muttaqin, 2014).

g. Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum: kondisi pasien dengan Chronic kidney disease (CKD) biasanya lemah, nyeri pinggang, lemas

- b) Tingkat kesadaran : compos mentis sampai koma
- c) Berat badan : pasien dengan Chronic Kidney disease (CKD) yang mengalami masalah gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit biasanya mengalami kenaikan berat badan.
- d) Pernafasan : biasanya didapatkan RR pasien meningkat
- e) Tekanan Darah: hipertensi (tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan diastolik > 90mmHg)
- f) Nadi : biasanya normal (60-100x/menit)
- g) Rambut
  - Inspeksi : Rambut biasanya terlihat kurang bersih, rambut terlihat kurang nutrisi
  - Palpasi : Rambut mudah rontok sehingga terlihat tipis
- h) Mata
  - Inspeksi : biasanya simetris kiri kanan, konjungtiva terlihat anemis, dan sclera tidak ikterik, pandangan mata kabur dan edema pada kantong mata
- i) Hidung : Pernafasan tidak cuping hidung, nafas terlihat sesak
- j) Mulut
  - Inspeksi : biasanya ditemukan adanya ulserasi dan ada perdarahan, nafas berbau ammonia, ada peradangan pada mulut atau gusi
- k) Dada dan Thoraks :
  - Paru-paru**
    - I = Biasanya tidak ada retraksi dinding dada
    - P = Biasanya terdengar bunyi redup karena ada cairan di paru
    - P = Biasanya fremitus kiri tidak sama dengan fremitus kanan
    - A = Biasanya ditemukan suara ronchi
  - Jantung**
    - I = Biasanya ictus kordis kuat angkat
    - P = Ictus cordis teraba di RIC 5
    - P = Pekak
    - A = Terdengar bunyi mur mur (aritmia)
- l) Abdomen
  - I = biasanya terjadi distensi abdomen atau penumpukan cairan, mual dan muntah
  - Pal = asites, nyeri tekan bagian pinggang dan pembesaran hepar
  - A = biasanya bising usus normal berkisar 5-35 kali/menit

- m) Ekstremitas : pasien mengalami edema di tungkainya, ada ekimosis dan timbunan urea pada kulit, foot drop dan kekuatan otot.
- n) Genitalia : Pada Wanita terjadi amenorrhea dan gangguan siklus menstruasi pada Wanita, dan pada pria penurunan sekresi sperma, ditemukan adanya infeksi pada saluran kemih
- o) Kulit : ekimosis, kulit kering, kulit gatal (pruritus), kulit kering, bersisik, warna kulit abu-abu, mengkilat atau hiperpigmentasi, kuku tipis dan rapuh, memar (purpura), dan edema.
- p) Sistem Saraf
- Kesadaran komposmentis terjadi konfusi dan disorientasi apabila terjadi penumpukan zat-zat toksik, rasa panas pada telapak kaki.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan diagnosis keperawatan mungkin yang muncul pada pasien dengan Chronic Kidney Disease adalah SDKI (2017) :

- Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan (D.0022)
- Ansietas b.d kurang terpapar informasi (D.0080)

## 3. Rencana Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1		<b>Keseimbangan Cairan (L.0302)</b> Setelah diberikan asuhan kperawatan diharapkan keseimbangan cairan membaik dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>Asupan cairan meningkat</li> <li>Keluaran urin meningkat</li> <li>Kelembapan membrane mukosa meningkat</li> </ul>	<b>Manajemen hypervolemia (L.03114)</b> Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>Periksa tanda dan gejala hypervolemia (Ortopnea, dipnea, edema, JVP/CVP meningkat, reflek hepatojugular positif, suara nafas tambahan</li> <li>Identifikasi penyebab hypervolemia</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema menurun</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> <li>• Denyut nadi radial membaik</li> <li>• Turgor kulit membaik</li> <li>• Berat badan membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP jika tersedia)</li> <li>• Monitor intake dan output cairan</li> <li>• Monitor tanda hemokonsentrasi (Kadar natrium, BUN, Hematokrit, berat jenis urine)</li> <li>• Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (Kadar protein dan albumin meningkat)</li> <li>• Monitor kecepatan infuse secara ketat</li> <li>• Monitor efek samping diuretic (hipotensi ortostatik, hypovolemia, hipokalemia dan hyponatremia)</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</li> <li>• Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>• Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° C</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan melaporkan jika haluanan urine <math>&lt;0,5</math> mL/kg/jam dalam 6 jam</li> <li>• Anjurkan melapor jika BB bertambah <math>&gt;1</math> kg</li> </ul>
--	---	--

			<p>dalam sehari</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluanan cairan</li> <li>• Ajarkan cara membatasi</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian diuretic</li> </ul>
2		<p><b>Tingkat ansietas (L.09093)</b></p> <p>Setelah diberikan asuhan kperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>• Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>• Perilaku gelisah menurun</li> <li>• Perilaku tegang menurun</li> </ul>	<p><b>Reduksi Ansietas (I.09314)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)</li> <li>• Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>• Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>• Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>• Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>• Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>• Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu</li> </ul>

	<p>masa lalu.</p> <p><b>Kondisi Klinis Terkait</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyakit Kronis.</li> <li>2. Penyakit akut</li> <li>3. Hospitalisasi</li> <li>4. Rencana operasi</li> <li>5. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas</li> <li>6. Penyakit neurologis</li> <li>7. Tahap tumbuh kembang</li> </ol>		<p>kecemasan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang</li> <li>• Penerapan EBN terapi relaksasi otot progresif</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>• Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>• Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu</li> <li>• Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>• Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> <li>• Latih Teknik relaksasi otot progresif</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</li> </ul>
--	--	--	---

#### 4. Implementasi

Implementasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan Dimana melaksanakan intervensi keperawatan guna membantu pasien dalam mencapai tujuannya.

Implementasi keperawatan adalah penataan dan perwujudan dari intervensi keperawatan yang telah disusun. Implementasi menurut Ali (2010) adalah tahap keempat dari proses keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat sesuai intervensi yang telah direncanakan sebelumnya untuk membantu pasien mencegah, mengurangi dan menghilangkan efek dan respon yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan (Polopadang, Vonny & Nur Hidayah, 2019)

## 5. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan membandingkan perubahan perubahan keadaan pasien berdasarkan yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Menurut Deswani (2009), evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan dan mengkaji ulang tindakan keperawatan yang telah diberikan (Polopadang, 2019)

## D. Evidence Based Nursing (EBN)

### 1. Pengantar

#### a. Defenisi

Teknik relaksasi otot progresif merupakan Teknik yang dilakukan dengan cara menegangkan dan melemaskan otot secara berurutan dan memfokuskan perhatian pada perbedaan perasaan yang dialami antara saat otot rileks dan saat otot tersebut tegang (Rahmawati & Istiqomah, 2022).

#### b. Manfaat

Meningkatkan kebugaran, mengatasi insomnia, meningkatkan konsentrasi, mengatasi kelelahan, menurunkan spasme otot, melancarkan peredaran darah, mengurangi rasa nyeri, serta membangun emosi energi positif dari emosi energi negatif.

#### c. Cara kerja

Terapi relaksasi berkerja dengan mempertahankan aktivitas saraf parasimpatik dan mengurangi aktivitas saraf simpatik dimana gelombang otak mulai melambat yang akhirnya akan membuat seseorang dapat beristirahat dengan tenang, hal ini terjadi ketika individu mulai merebahkan diri dan mengikuti instruksi relaksasi, yaitu pada tahap pengendoran otot dari bagian kepala hingga bagian kaki, selanjutnya dalam keadaan rileks mulai untuk memejamkan mata, saat itu frekuensi gelombang otak yang muncul mulai melambat dan menjadi lebih teratur sehingga pada tahap ini

individu mulai merasakan rileks dan mengikuti secara pasif keadaan tersebut sehingga menekan perasaan tegang yang ada di dalam tubuh (Faruq, 2020).

Langkah-langkah teknik relaksasi otot progresif untuk mengurangi kecemasan pasien gagal ginjal kronis adalah sebagai berikut.

<b>Standar Operasional Pelaksanaan Terapi Relaksasi Otot Progresif</b>	
Pengertian	Terapi Relaksasi Otot Progresif adalah Teknik relaksasi otot progresif merupakan Teknik yang dilakukan dengan cara menegangkan dan melemaskan otot secara berurutan dan memfokuskan perhatian pada perbedaan perasaan yang dialami antara saat otot rileks dan saat otot tersebut tegang
Tujuan	2. Menimbulkan relaksasi 3. Memperbaiki sirkulasi darah pada otot sehingga mengurangi nyeri dan inflamasi 4. Memperbaiki secara langsung maupun tidak langsung fungsi setiap organ internal 5. Membantu memperbaiki mobilitas 6. Membantu menurunkan kelelahan
Indikasi	1. Klien yang menjalani hemodialisa 2. Klien yang mengalami kecemasan
Kontraindikasi	1. Klien dengan keterbatasan gerak 2. Klien dengan fraktur 3. Pasien dengan penyakit jantung akut 4. Pasien dengan gangguan pernafasan
Alat dan bahan	1. Kuesioner Hars 2. Jam tangan
Waktu	15-20 menit
Persiapan pasien	1. Memberikan posisi yang nyaman untuk klien 2. Tanya perasaan klien 3. Menjaga privasi klien
Persiapan perawat	1. Menyiapkan lingkungan yang nyaman 2. Memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Mengukur tingkat kecemasan klien sebelum melakukan terapi relaksasi otot progresif
Kerja	1. Gerakan 1 : Mengepalkan kedua tangan sampai terasa tegangan kemudian mengangkatnya didepan dada selama 10 detik kemudian rilekskan 2. Gerakan 2: Meluruskan kedua tangan ke depan, kemudian telapak tangan menghadap keatas hingga terasa tegangan di pergelangan tangan selama 10 detik kemudian rilekskan, lakukan sebanyak 2 kali 3. Gerakan 3: Mengepalkan kedua tangan, lalu diangkat ke atas bahu hingga terasa tegangan selama 10 detik kemudian

	<p>rilekskan,</p> <p>4. Gerakan 4: Mengangkat kedua bahu setinggi tingginya hingga menyentuh telinga, rasakan tegangan di leher, bahu dan punggung atas selama 10 detik kemudian rilekskan, lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>5. Gerakan 5: Mengerutkan dahi dan alis hingga terasa kerutan disekitarnya selama 10 detik kemudian rilekskan, lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>6. Gerakan 6: Menutup mata sekencang kencangnya sampai terasa tegangan di sekitar otot mata selama 10 detik, buka mata kemudian rilekskan, lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>7. Gerakan 7: Mengatupkan kedua rahang diikuti gerakan menggigit gigi hingga terasa tegangan di sekitar otot rahang selama 10 detik kemudian rilekskan, lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>8. Gerakan 8: Mencucukan mulut hingga terasa tegangan di sekitar mulut selama 10 detik kemudian rilekskan, lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>9. Gerakan 9: Menengadahkan kepala hingga terasa tegangan di bagian belakang leher dan punggung atas selama 10 detik, kemudian rilekskan, lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>10. Gerakan 10: Menundukkan kepala hingga dagu menyentuh dada hingga terasa tegangan di bagian depan leher selama 10 detik kemudian rilekskan, lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>11. Gerakan 11: Melengkungkan punggung diikuti dengan membusungkan dada hingga terasa tegangan selama 10 detik, kemudian rilekskan, lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>12. Gerakan 12: Menarik nafas panjang kemudian tahan di rongga dada selama 10 detik rasakan tegangan disekitar dada kemudian turunkan ke perut kemudian rilekskan sambil melakukan pernafasan normal, lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>13. Gerakan 13: Menahan perut ke dalam sampai terasa kencang dan keras selama 10 detik kemudian dirilekskan, lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>14. Gerakan 14&amp; 15: Meluruskan kaki hingga terasa tegangan di sekitar otot paha dilanjutkan dengan menahan kedua lutut dengan tangan sehingga tegangan terasa berpindah ke otot betis, lakukan sebanyak 2 kali selama 10 detik</p>
--	---

Fase Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur kembali tingkat kecemasan pasien sekitar 15 menit setelah intervensi diberikan</li> <li>2. Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya</li> <li>3. Ucapkan salam</li> </ol>
Dokumentasi	Catat hasil observasi di catatan perkembangan klien

## 7. Kritisi Jurnal (*Critical Appraisal*)

Penelitian ini menemukan 3 artikel yang sesuai dengan kriteria. Peneliti menggunakan artikel dengan rentang waktu publikasi 5 tahun terakhir (2019-2023). Sampel yang digunakan merupakan artikel yang berhubungan dengan penerapan terapi relaksasi otot progresif dalam mengurangi kecemasan pada pasien CKD. Peneliti menggunakan Google Scholar sebagai sumber pencarian artikel. Kemudian setelah artikel tersebut dianalisis penelitian menemukan beberapa tema bahasan utama yang peneliti jabarkan dalam bentuk bagan dibawah ini menggunakan Analisis PICO

## Analisis Jurnal PICO

Tabel 2. 2 Analisis PICO

Metode analisis jurnal (PICO)	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3
P (Problem/population)	Terapi Relaksasi Otot Progresif Terhadap Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Peneliti Mita Amalia, Nur Husna, Agustin Mega Kartika 2024	Pengaruh Relaksasi Otot Progresif Terhadap Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Peneliti Yopita Anggraini, Neni Triana, Gita Maya Sari 2024	Pengaruh Terapi Relaksasi Otot Progresif Terhadap Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis di Rumah Sakit Dr. Bratanata Kota Jambi Peneliti : Nur Ayu Hijratun Hikmah, Yosi Oktarina, Nur Husna
I (Intervention)	Intervensi yang dilakukan yaitu dilakukan terlebih dulu observasi mengenai tanda dan gejala kecemasan yang dialami klien, kemudian diberikan kuesioner HARS untuk mengukur tingkat kecemasan klien. Setelah itu klien diajarkan cara melakukan teknik relaksasi otot progresif. Teknik relaksasi ini dilakukan satu kali sehari selama 15-20 menit selama 5 hari.	Intervensi yang dilakukan yaitu Pemberian relaksasi otot progresif selama dua kali dalam durasi $\pm$ 20 menit yang diawali dengan pengukuran tingkat kecemasan menggunakan kuesioner HARS.	Dilakukan pengukuran tingkat kecemasan pre dan post dilakukannya intervensi teknik relaksasi otot progresif dengan kuesioner zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS). Intervensi yang dilakukan yaitu teknik relaksasi otot progresif yang dilakukan selama 15-20 menit sekali sehari dalam lima hari.
C (Comparison)	Menurut penelitian Permatasari (2020) terdapat pasien gagal ginjal kronik menetap yang menjalankan terapi hemodialisis dapat terjadi gangguan mental yang berdampak pada perubahan kualitas	Penelitian yang dilakukan oleh Hijratun Nikmah (2022) mengindikasikan bahwa ada perbedaan rata rata tingkat kecemasan setelah diberikan relaksasi otot progresif.	Relaksasi otot progresif selain digunakan untuk menurunkan kecemasan kepada pasien CKD juga dapat digunakan pada ibu yang sedang hamil, penelitian tersebut sama dengan penelitian Mulyati et al. (2021) menunjukkan adanya

	<p>istirahat, dan sehingga perlu intervensi yang sangat dibutuhkan pasien untuk mengatasi masalah (Permatasari., 2020). Penatalaksanaan kecemasan dibagi menjadi dua yaitu, teknik farmakologi dengan menggunakan obat-obat seperti anti kecemasan sesuai anjuran dokter dan teknik nonfarmakologi. Upaya yang dapat dilakukan oleh perawat melakukan teknik nonfarmakologi seperti memberikan teknik relaksasi, salah satunya relaksasi otot progresif (Permatasari., 2020).</p>	<p>Hal ini dibuktikan dengan adanya penurunan skor kecemasan, yaitu sebelum diberikan terapi relaksasi otot progresif jumlah responden yang mengalami tingkat kecemasan kategori sedang sebanyak 17 orang dan dalam kategori berat terdapat 1 orang. Setelah diberikan intervensi terapi relaksasi otot progresif terjadi penurunan yang signifikan yaitu pada tingkat cemas ringan sebanyak 6 orang dan kategori sedang sebanyak 12 orang. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa relaksasi otot progresif dapat menurunkan tingkat kecemasan pada seseorang karena teknik relaksasi otot progresif memberikan efek yang menenangkan dan merilekskan tubuh</p>	<p>perbedaan nilai pre-test yaitu memiliki nilai skor minimum dan maksimum sebanyak 48-63, dimana data post-test sebanyak skor minimum maksimum 35-43, hal tersebut memiliki kesimpulan adanya hasil perlakuan yang berbeda antara sebelum dan sesudah diberikan tindakan relaksasi otot progresif.</p>
O (Outcome)	<p>Hasil penerapan intervensi menunjukkan Terdapat penurunan tingkat kecemasan pada Tn. M setelah dilakukan pemberian teknik relaksasi otot progresif selama 5 hari pada tanggal 31 Mei-04 Juni 2024 yaitu evaluasi yang didapatkan dari hasil penerapan relaksasi otot progresif yang dilakukan menunjukkan bahwa terdapat penurunan kecemasan dari tingkat kecemasan berat menjadi tidak ada kecemasan dilakukannya intervensi. Terapi relaksasi otot progresif yang diberikan sangat efektif terhadap penurunan</p>	<p>Berdasarkan hasil penelitian didapatkan <math>p\text{-value}=0,000&lt;0,05</math> ada pengaruh terapi relaksasi otot progresif terhadap kecemasan pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa.</p>	<p>Terdapat penurunan tingkat kecemasan pada kelompok intervensi berada pada tingkat cemas sedang 12 responden (67%) diikuti cemas ringan 6 responden (33%), sedangkan pada kelompok kontrol mengalami peningkatan kecemasan yaitu pada cemas sedang 16 responden (88%) pada cemas ringan dan cemas berat masing-masing terdapat 1 responden (6%). Terdapat pengaruh tingkat kecemasan yaitu diperoleh <math>p\text{-value}</math> 0,000 yang artinya ada pengaruh yang signifikan antara pemberian terapi</p>

	kecemasan pasien gagal ginjal kronik dimana menunjukkan penurunan yang signifikan pada kecemasan.		relaksasi otot progresif dengan kecemasan pasien hemodialisis. Terdapat
--	---	--	---

## **BAB III**

### **METODE KARYA TULIS AKHIR**

#### **A. Desain Karya Tulis Akhir**

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian studi kasus (*case report*). *Case report* adalah salah satu rancangan pada penelitian deskriptif yang mendokumentasikan gambaran klinis yang mempunyai manifestasi yang tidak biasa atau jarang (Utarini, et al. 2022).

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

Intervensi EBN terapi relaksasi otot progresif dilakukan di ruang interne RSUP Dr M Djamil Padang, Waktu kegiatan penerapan intervensi terapi relaksasi otot progresif dimulai pada tanggal 21 April 2025 sampai tanggal 10 Mei 2025.

#### **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 teknik relaksasi otot progresif, *Chronik Kidney Disease*, kecemasan, hemodialisa.

#### **D. Populasi dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Populasi dalam karya tulis akhir ini yaitu seluruh pasien CKD on HD yang dirawat di ruang interne pria RSUP Dr M Djamil Padang pada bulan April-Mei 2025.

##### **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. Sampel dalam Karya Tulis Akhir ini adalah 2 orang pasien CKD on HD yang mengalami kecemasan di ruang interne pria RSUP DR M Djamil.

###### **a. Kriteria inklusi**

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian 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 kurang dari 1 tahun di ruangan Interne di RSUP Dr M Djamil Padang
- 2) Pasien yang setelah dilakukan pengkajian memiliki masalah keperawatan ansietas
- 3) Pasien dengan tingkat kecemasan ringan, sedang dan berat

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 keterbatasan gerak
- 2) Pasien yang mengalami fraktur (patah tulang)
- 3) Pasien dengan penyakit jantung akut
- 4) Pasien dengan gangguan pernapasan

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 lebih dari satu.dalam periode 21 April 2025 – 10 Mei 2025 di dapatkan 9 orang pasien yang mengalami CKD di ruang Interne Pria Wing A. Setelah mendapat data penulis melakukan pengkajian pada pasien yang mengalami CKD sesuai kriteria inklusi dan eksklusi, didapatkan 2 pasien yang terjaring dalam pemenuhan sampel sebagai partisipan dalam penerapan terapi relaksasi otot progresif dalam menurunkan tingkat kecemasan pasien.

## **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 tanda-tanda vital dan studi dokumentasi.

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

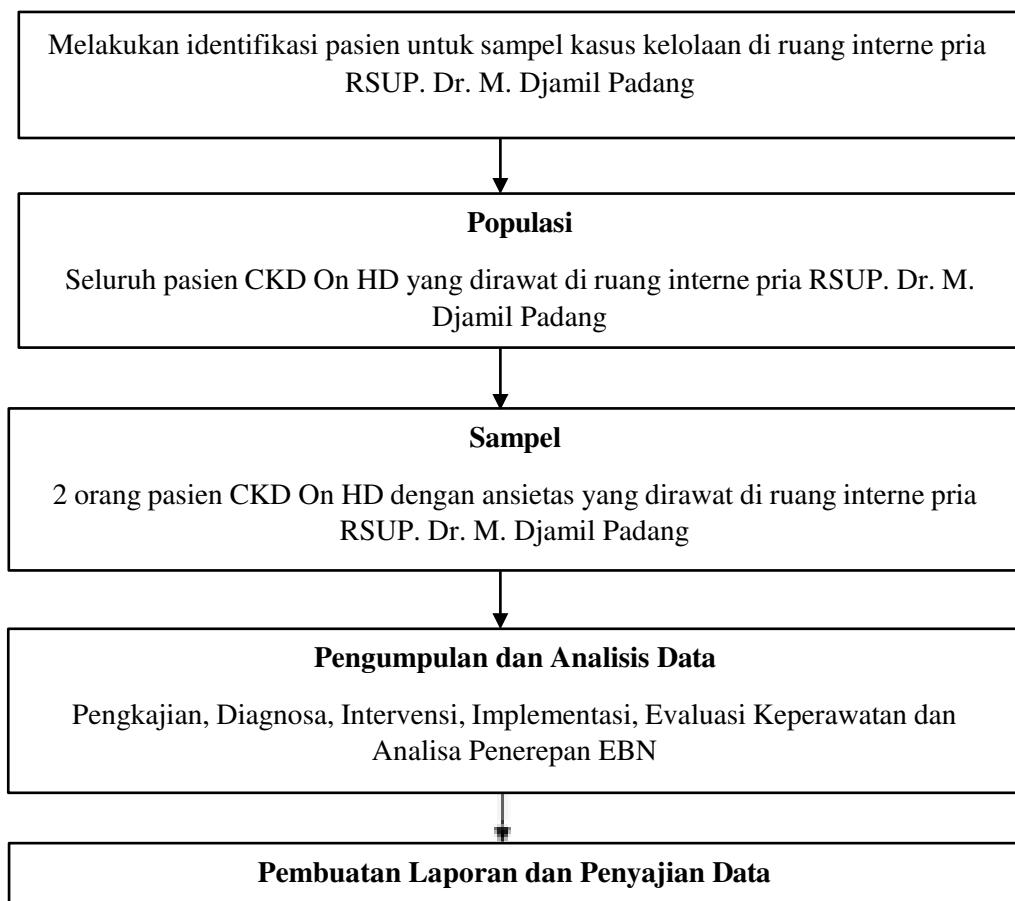
- a. Melakukan identifikasi kasus di ruang interne pria RSUP Dr. M. Djamil Padang
- b. Melakukan pendekatan secara informal kepada pasien yang dipilih sebagai responden kasus kelolaan dengan menjelaskan maksud dan tujuan terapi relaksasi otot progresif, serta memberikan lembar persetujuan (*inform consent*). 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 terapi relaksasi otot progresif akan dilakukan pengkajian keperawatan dengan cara wawancara dan observasi, biodata, keluhan utama, pemeriksaan fisik, pemeriksaan fisik dan pengkajian tingkat kecemasan untuk mengidentifikasi rasa cemas yang dirasakan pasien.

#### **F. 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 tingkat kecemasan dengan menggunakan kuesioner HARS.

## G. Prosedur Karya Tulis Akhir



## H. 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 data meliputi:

- 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.

b. 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.

c. 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 diurutan sesuai proses keperawatan dan terapi inovasi meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi, hasil analisis pemberian terapi ini.

## **BAB IV**

### **GAMBARAN KASUS**

#### **A. Hasil**

Bab ini menjelaskan tentang studi kasus untuk menurunkan tingkat kecemasan pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa dengan terapi relaksasi otot progresif melalui pendekatan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. D dan Tn. A, mulai tanggal 21 April 2024 di ruang Interne RSUP DR. M Djamil Padang. Kesadaran pasien *composmentis* 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

Tabel 4. 1 Hasil Pengkajian Partisipan 1 dan Partisipan 2

	Identitas Tn.D	Identitas Tn. R
Data Demografi	Berdasarkan hasil anamnesa pada tanggal 21 April 2025 didapatkan data seorang pasien berinisial Tn.D berusia 36 tahun 8 bulan, agama islam, status perkawinan sudah menikah, pendidikan terakhir SMA, bahasa yang digunakan bahasa mandailing dan indonesia, pekerjaan petani dan beralamat di Pasaman Barat. Pasien dengan rekam medis 0113xxxx masuk RSUP dr M Djamil padang dengan diagnosa medis CKD on HD	Berdasarkan hasil anamnesa pada tanggal 28 April 2025 didapatkan data seorang laki-laki berinisial Tn.R lahir 4 berusia 61 tahun, agama islam, status perkawinan bsudah menikah, pendidikan terakhir SMA, bahasa yang digunakan bahasa indonesia, pekerjaan Tn. R adalah seorang petani dan beralamat di Jambi. Pasien dengan nomor rekam medis 01.25.xx.xx masuk RSUP Dr M djamil Padang dengan Diagnosa medis CKD stage V

Keluhan utama	Pasien masuk ke IGD RUSP Dr M Djamil pada tanggal 22 April 2025 jam 03.41 WIB. Pasien mengeluh lemah dan sesak nafas sejak 1 hari yang lalu.	Pasien masuk ke IGD RSUP Dr M Djamil pada tanggal 27 April 2025 jam 11.38 WIB. Pasien mengeluh sesak nafas, lemah lelah meningkat sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit dan penurunan nafsu makan
Keluhan Kesehatan sekarang	Hasil pengkajian yang didapat pada tanggal 21 April 2025 di ruang rawat inap interne RSUP Dr M Djamil Padang, pasien mengeluh badan terasa lemah, pasien tampak pucat, konjungtiva anemis dan akral teraba dingin. Pasien mengatakan rutin melakukan hemodialisis di RSUP Dr. M Djamil Padang sejak 3 bulan terakhir pada hari Senin dan Kamis. Pasien mengatakan masih merasa cemas saat akan melakukan Hd. Setelah diukur dengan kuesioner HARS didapatkan tingkat kecemasan pasien yaitu kecemasan sedang dengan skor 26.	Hasil pengkajian yang didapat pada tanggal 28 April 2025 di ruang rawat inap interne RSUP Dr M Djamil Padang, pasien mengeluh badan terasa lelah dan lemah, sesak nafas sudah berkurang, pasien mengatakan pasien mengatakan sudah diberi tahu bahwa Tn.R akan melakukan cuci darah/hemodialisis, pasien mengatakan merasa cemas akan melakukan cuci darah, pasien khawatir penyakitnya akan bertambah parah. Setelah diukur dengan kuesioner HARS didapatkan tingkat kecemasan pasien yaitu kecemasan berat dengan skor 30.
Riwayat kesehatan dahulu	Pasien merupakan pasien CKD on HD di RSUP DR M Djamil sejak setahun yang lalu dengan jadwal senin dan kamis di M Djamil. Pasien mengatakan sempat berhenti cuci darah selama 6 bulan karena ingin mencoba pengobatan alternatif, namun tidak ada kemajuan. Pasien rutin cuci darah di RSUP DR M Djamil sejak 3 bulan yang lalu. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi ataupun diabetes melitus. Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit asam lambung.	Pasien merupakan pasien CKD Stage V rujukan dari daerah. Pasien sebelumnya menderita DM tipe 2 sejak 10 tahun yang lalu serta menderita hipertensi sejak 2 tahun yang lalu. Pasien mengatakan tidak rutin mengkonsumsi obat.

Riwayat kesehatan keluarga	Pasien mengatakan ada anggota keluarga dengan kondisi yang sama yaitu orang tua perempuan pasien memiliki riwayat DM dan Hipertensi.	Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang sama.
Kebutuhan oksigenasi	<p>a. Sehat : Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas</p> <p>b. Sakit Saat dirumah sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas</p>	<p>a. Sehat Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas</p> <p>b. Sakit Saat dirumah sakit pasien mengatakan ada keluhan sesak</p>
Kebutuhan nutrisi dan cairan	<p>a. Sehat Sebelum sakit pasien mengatakan makan 3x/hari, makanan yang dihabiskan 1 porsi, nafsu makan baik, frekuensi minum 6-7 gelas dalam sehari.</p> <p>b. Sakit Saat dirumah sakit pasien mengatakan tidak ada masalah dengan nafsu makan, makanan yang dihabiskan 1 porsi, frekuensi minum <math>\pm</math>600 cc/hari. Pasien melakukan pembatasan asupan cairan.</p>	<p>a. Sehat Sebelum sakit pasien mengatakan makan 3x/hari, makanan yang dihabiskan 1 porsi, nafsu makan baik, frekuensi minum 5-6 gelas sehari.</p> <p>b. Sakit Saat dirumah sakit pasien mengatakan kurang nafsu makan, makanan yang dihabiskan <math>\frac{1}{2}</math> prosi dikarenakan setiap makan pasien merasa mual, frekuensi minum <math>\pm</math> 600cc-700cc/hari. Pasien melakukan pembatasan asupan cairan.</p>

Kebutuhan eliminasi	<p>a. Sehat  BAB : pasien mengatakan BAB 2x sehari dipagi dan sore hari dengan konsistensi lembek berwarna kuning  BAK : pasien mengatakan BAK lebih kurang 3-4x sehari dan sedikit. Tidak ada keluhan nyeri saat BAK</p> <p>b. Sakit  BAB : pada saat sakit pasien BAB 1-2x sehari dengan konsistensi lembek dan berwarna kehitaman  BAK : pada saat sakit pasien BAK 2-3x sehari tetapi hanya sedikit dan tidak ada keluhan nyeri</p>	<p>a. Sehat  BAB ; pasien mengatakan BAB 1-2x sehari biasanya pagi atau sore hari dengan konsistensi lembek berwarna kuning khas.  BAK ; pada saat sehat pasien BAK 2-3x sehari dengan konsentrasi sedikit dan tidak ada keluhan nyeri saat BAK</p> <p>b. Sakit  BAB : pada saat dirumah sakit pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek berwarna kuning kecoklatan.  BAK : pada saat sakit pasien BAK 2x sehari sedikit-sedikit dan tidak keluhan nyeri.</p>
Kebutuhan istirahat dan tidur	<p>a. Sehat  Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan sulit tidur, tidak ada keluhan sering terbangun, tidur siang 1 jam dan tidur malam 7-8 jam.</p> <p>b. Sakit  Saat dirumah sakit pasien tidur 4-5 jam dalam sehari. Pasien mengeluh susah tidur di malam hari, pasien mengatakan akan mulai mengantuk pada dini hari sekitar jam3 pagi, pasien juga merasa tidak segar saat bangun tidur.</p>	<p>a. Sehat  Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan sulit tidur pasien tidur 6-7 jam pada malam hari</p> <p>b. Sakit  Pasien mengatakan mengalami gangguan tidur dan gelisah akibat penyakit yang dideritanya. Pasien juga mengatakan hanya tidur 3-4 jam selama di rumah sakit, pasien mengeluh merasa lelah dan tidak segar saat bangun.</p>
Pola presepsi sensori dan kognitif	Pasien mengatakan badan terasa pegal-pegal dan letih	Pasien mengatakan badan terasa pegal-pegal dan letih

Pola presepsi dan konsep diri	<p>Pasien mengatakan merasa cemas dengan penyakitnya, merasa takut tidak bisa sembuh, namun selalu diberi semangat oleh orang terdekatnya terutama istrinya. Pasien merasa sedih tidak bisa menjalankan perannya sebagai ayah dan kepala keluarga untuk bekerja.</p>	<p>Pasien mengatakan bingung apa yang harus dilakukan, merasa takut dan cemas dengan penyakitnya, pasien takut penyakitnya akan lebih parah.</p>
Pemeriksaan fisik	<p>Wawancara dan dokumentasi</p> <p>Keadaan umum pasien lelah dengan kesadaran Composmentis cooperatif. Berat badan : 52 kg, tinggi badan : 159 cm, LILA : 24 cm. Tanda – tanda vital : Tekanan darah: 140/89 mmHg, Nadi : 112 x/i, Suhu: 36,8°C, Pernafasan : 20x/i. Pada pemeriksaan fisik didapatkan pada</p> <p><b>Kepala</b> Tidak terlihat lesi, Tidak teraba massa. <b>Mata</b>, Konjungtiva anemis, refleks cahaya +/+. <b>Rambut</b>, Rambut hitam, rambut teraba kering. <b>Hidung</b>, tampak bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak teraba pembengkakan. <b>Mulut</b>, Gigi terlihat putih , ada gigi yang bolong. <b>Leher</b>, Tampak bersih dan tidak terlihat pembengkakan, Tidak teraba pembengkakan kelenjer tiroid dan getah bening. <b>Dada dan Thorax</b>, Tampak simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi, Fremitus kiri=kanan, Sonor (+/+), Vesikuler. <b>Genitalia</b>, Tidak ada nyeri ketika BAB/BAK. <b>Ekstremitas</b>, Tidak ada Odema pada ekstremitas atas maupun bawah, warna kulit tampak pucat, turgor kulit menurun, CRT &lt; 3 detik, akral teraba dingin, nadi lemah.</p>	<p>Wawancara dan studi dokumentasi:</p> <p>Keadaan umum pasien lelah dengan kesadaran composmentis cooperatif. Berat badan: 68 kg, tinggi badan: 160 cm, LILA : 25 cm. Tanda – tanda vital : Tekanan darah: 147/ 89 mmHg, Nadi: 121 x/i, Suhu: 36,6°C, Pernafasan: 21 x/i. Pada pemeriksaan fisik didapatkan pada</p> <p><b>Kepala</b>, Tidak terlihat lesi, Tidak teraba massa. <b>Mata</b>, Konjungtiva tidak anemis, refleks cahaya +/+. <b>Rambut</b>, Rambut mulai memutih, Rambut teraba kering. <b>Hidung</b>, Tampak bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung, Tidak teraba pembengkakan. <b>Mulut</b>, Gigi terlihat bersih, gigi lengkap. <b>Leher</b>, Tampak bersih dan tidak terlihat pembengkakan, Tidak teraba pembengkakan kelenjer tiroid dan getah bening. <b>Dada dan Thorax</b>, Tampak simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi, Fremitus kiri=kanan, Sonor (+/+), Bronkovesikuler. <b>Genitalia</b>, Tidak ada nyeri ketika BAB/BAK. <b>Ekstremitas</b>, tidak ada Odema ekstremitas , CRT &lt; 3 detik, akral teraba dingin, nadi lemah.</p>

Data penunjang	<p>Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 22 April 2025 :</p> <p>hemoglobin: 5.1 g/dL, Leukosit: 25.13 <math>10^3/\text{mm}^3</math>, Hematokrit: 15 %, Trombosit: 125 <math>10^3/\text{mm}^3</math>, kreatinin darah: 9.5 mg/ dL, ureum 216 mg/dL, <math>\text{HCO}_3^-</math> :12.7 mmol/L, <math>\text{pCO}_2</math>: 23.8</p> <p>Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 23 April 2025 :hemoglobin: 7.5 g/dL, Leukosit: 26.01 <math>10^3/\text{mm}^3</math>, Hematokrit: 23%, Trombosit: 155 <math>10^3/\text{mm}^3</math>, kreatinin darah: 8.9 mg/ dL</p> <p>Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 26 April 2025 :hemoglobin: 9.8 g/dL, Leukosit: 20.01 <math>10^3/\text{mm}^3</math>, Hematokrit: 20%, Trombosit: 150 <math>10^3/\text{mm}^3</math>, kreatinin darah: 4.7 mg/ dL</p>	<p>Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 27 april 2025 :</p> <p>hemoglobin: 12.5 g/dL, Leukosit: 20.38 <math>10^3/\text{mm}^3</math>, Hematokrit: 36 %, Trombosit: 143 <math>10^3/\text{mm}^3</math>, kreatinin darah: 8.8 mg/ dL</p> <p>Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 02 Mei 2025 :hemoglobin: 11.0 g/dL, Leukosit: 11.57 <math>10^3/\text{mm}^3</math>, Hematokrit: 31%, Trombosit: 176 <math>10^3/\text{mm}^3</math>, kreatinin darah: 5.8 mg/ dL</p>
Program pengobatan	<p>Studi dokumentasi :</p> <p>IVFD Renxamin 200 cc/24 jam</p> <p>Inj Ampisilin sulbactam 4x 1,5 gr</p> <p>Inj omeprazole 4x 40 mg</p> <p>Inj transamin 3x 500 mg</p> <p>Inj Vit K 3x 10 mg</p> <p>Sucralfate 3x10 cc</p> <p>Asam folat 1x5 mg</p> <p>Natrium bicarbonate 3x500 mg</p> <p>Paracetamol 3x 500 mg</p> <p>Crossmatch prc 2 unit</p>	<p>Studi dokumentasi :</p> <p>IVFD NaCl 0.9% 500cc/24 jam</p> <p>Inj Ampicilin sulbactam 4x 1.5 gr</p> <p>Paracetamol 4x 500 mg</p> <p>Asam folat 1x5 mg</p> <p>Natrium Bikarbonat 3x 500 mg</p> <p>Amlodipine 1x5 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 1 dan Partisipan 2

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Data subjektif : Klien mengatakan nafas terasa sesak dan memberat jika banyak beraktivitas.Klien mengatakan sering haus Data objektif : Pasien tampak sesak, pasien tampak lemas, asupan cairan dibatasi 600-700 cc/hari,TD : 140/89 mmHg,HR: 112x/menit,RR : 20x/menit,Suhu : 36,6 C, Hb: 5.1mg/dl, Kalium 3,9 mmol/L, Urine 180 cc, Kreatinin darah : 9.5 mg/dL,Ureum darah : 216 mg/dL</p> <p>b. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Data subjektif pasien mengatakan merasa cemas dengan penyakitnya, pasien mengatakan meski bukan yang pertama kali, pasien masih cemas saat akan hd karena belum terbiasa dengan alat alat hd. Pasien mengatakan susah tidur dimalam hari dan sering terbangun. Saat diukur dengan kuesioner HARS, didapatkan tingkat kecemasan pasien yaitu kecemasan sedang dengan skor 26</p>	<p>a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Data subjektif Data subjektif : Klien mengatakan nafas terasa sesak dan memberat jika banyak bergerak,klien mengatakan mudah haus Data objektif : Pasien tampak sesak,pasien tampak lemas,asupan cairan dibatasi 700-800 cc/hari,TD : 147/89 mmHg,HR : 121x/menit,RR : 20x/menit,Suhu : 36,6 C,Kalium 3,4 mmol/L,Urine 220 cc,Kreatinin darah : 3.1 mg/dL,Ureum darah : 90 mg/dL</p> <p>b. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Data subjektif pasien mengatakan bingung apa yang harus dilakukan, merasa cemas dengan penyakitnya. Pasien mengatakan susah tidur dimalam hari dan sering terbangun. Saat diukur dengan kuesioner HARS, didapatkan tingkat kecemasan pasien yaitu kecemasan berat dengan skor 30</p>

3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada kedua partisipan mengacu pada SLKI dan SIKI berdasarkan hasil studi dokumentasi status partisipan 1 dan partisipan 2 adalah seperti yang tertera pada tabel dibawah ini:

Tabel 4. 3 Rencana Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2

Pasrtisipan 1	Partisipan 2
<p>a. Intervensi diagnosa hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi berdasarkan <b>SLKI: Keseimbangan cairan</b> dengan kriteria hasil : asupan cairan meningkat, haluan urine 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. <b>SIKI: Manajemen hypervolemia:</b> periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, jvp/ cvp meningkat, reflek hepatojugular positif, suara nafas tambahan), identifikasi penyebab hypervolemia, monitor status hemodinamik, monitor intake dan output cairan, monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, bun, hematokrit, berat jenis urine), monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat), monitor kecepatan infus secara ketat, monitor efek samping diuretik (mis. hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia), timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama, batasi asupan cairan dan</p>	<p>a. Intervensi diagnosa hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi berdasarkan <b>SLKI: Keseimbangan cairan</b> dengan kriteria hasil : asupan cairan meningkat, haluan urine 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. <b>SIKI: Manajemen hypervolemia:</b> periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, jvp/ cvp meningkat, reflek hepatojugular positif, suara nafas tambahan), identifikasi penyebab hypervolemia, monitor status hemodinamik, monitor intake dan output cairan, monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, bun, hematokrit, berat jenis urine), monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat), monitor kecepatan infus secara ketat, monitor efek samping diuretik (mis. hipotensi ortostatik,</p>

<p>garam, tinggikan kepala tempat tidur 30- 40° , anjurkan melapor jika haluanan urin &lt; 0,s ml/ kg dalam 6 jam, anjurkan melapor jika bb bertambah &gt; 1 kg dalam sehari, ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluanan cairan, ajarkan cara membatasi cairan, kolaborasi pemberian diuretic, kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic</p> <p>b. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional. <b>SLKI: Tingkat ansietas menurun</b> dengan kriteria hasil: verbalisasi khawatir atas kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun,frekuensi nadi menurun, tekanan darah menurun dan pola tidur membaik. <b>SIKI: Reduksi Ansietas</b> : Identifikasi saat tingkat ansietas berubah, Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan non verbal), Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami, Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis, Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, Latih teknik relaksasi, Kolaborasi pemberian obat antiansietas jika perlu</p>	<p>hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia), timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama, batasi asupan cairan dan garam, tinggikan kepala tempat tidur 30- 40° , anjurkan melapor jika haluanan urin &lt; 0,s ml/ kg dalam 6 jam, anjurkan melapor jika bb bertambah &gt; 1 kg dalam sehari, ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluanan cairan, ajarkan cara membatasi cairan, kolaborasi pemberian diuretic, kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic</p> <p>b. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional. <b>SLKI: Tingkat ansietas menurun</b>, dengan kriteria hasil: verbalisasi khawatir atas kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun,frekuensi nadi menurun, tekanan darah menurun dan pola tidur membaik. <b>SIKI: Reduksi Ansietas</b> : Identifikasi saat tingkat ansietas berubah, Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan non verbal), Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami, Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis, Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, Latih teknik relaksasi, Kolaborasi pemberian obat antiansietas jika perlu</p>
---	--

#### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan berdasarkan hasil studi dokumentasi, wawancara, serta observasi partisipan 1 dan partisipan 2 adalah seperti yang tertera pada tabel dibawah ini:

Tabel 4. 4 Implementasi Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 21-26 April untuk diagnosa hypervolemia berhubungan dengan mekanisme regulasi antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memeriksa nadi perifer</li> <li>b. Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi</li> <li>c. Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> <li>d. Melakukan pencegahan infeksi</li> <li>e. Memeriksa turgor kulit dan akral pasien</li> <li>f. Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan</li> <li>g. Melakukan transfusi PRC</li> </ul>	<p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari 28 April- 03 Mei 2025 untuk diagnosa hipervolemia berhubungan dengan mekanisme regulasi antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memonitor status oksigenasi</li> <li>b. Memonitor status cairan</li> <li>c. Memonitor tingkat kesadaran dan respon pupil</li> <li>d. Memeriksa riwayat alergi</li> <li>e. Melakukan skin test untuk mencegah reaksi laergi obat)</li> <li>f. Jelaskan penyebab/ faktor risiko syok</li> <li>g. Jelaskan tanda dan gejala awal syok</li> <li>h. Mengkolaborasi pemberian IV</li> </ul>
<p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 21-26 April 2025 untuk diagnosa Ansietas berhubungan dengan krisis situasional antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memonitor tanda tanda ansietas baik verbal maupun nonverbal</li> <li>b. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>c. Menginformasikan secara faktual tentang diagnosis, pengobatan dan prognosis</li> <li>d. Mengajurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>e. Melatih terapi relaksasi otot progresif</li> </ul>	<p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari 29 April- 03 Mei 2025 untuk diagnosa Ansietas berhubungan dengan krisis situasional antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memonitor tanda tanda ansietas baik verbal maupun nonverbal</li> <li>b. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>c. Menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>d. Melatih terapi relaksasi otot progresif</li> </ul>



## 5. Evaluasi keperawatan

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

Tabel 4. 5 Evaluasi Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>a. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Tn.D pada hari ke 5 dengan diagnosa hipervolemia berhubungan dengan gangguna mekanisme regulasi, didapatkan hasil , Kekuatan nadi meningkat ( 101x/i), turgor kulit membaik, output urine membaik, pasien mengatakan sesak nafas menurun, RR 20x/i , keluhan lemah menurun, tekanan darah membaik 128/90, kadar hb membaik 9.8 g/dL, kadar hematokrit msedang : 27%, dan intake cairan membaik. Dari hasil analisis masalah hipervolemia teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan.</p> <p>b. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada hari ke 5 dengan diagnosa ansietas berhubungan dengan krisis situasional, didapatkan hasil perilaku gelisah menurun, keluhan sulit tidur menurun, frekuensi nafas menurun, tekanan darah membaik, frekuensi nadi menurun,warna kulit pucat menurun, Tekanan darah: 135/ 80 mmHg, Nadi : 95 x/i, CRT &lt; 2 detik, Dari hasil analisis masalah ansietas teratasi teratas.</p>	<p>a. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Ny.S pada hari ke 5 dengan diagnosa hipervolemia berhubungan dengan gangguna mekanisme regulasi, didapatkan hasil , Kekuatan nadi meningkat ( 101x/i), turgor kulit membaik, output urine membaik, pasien mengatakan sesak nafas menurun, RR 20x/i , tekanan darah membaik 128/90, kadar hb membaik 11.3 g/dL, kadar hematokrit msedang : 27%, dan intake cairan membaik. Dari hasil analisis masalah hipervolemia teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan.</p> <p>b. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Tn. A pada hari ke 5 dengan diagnosa dengan diagnosa ansietas berhubungan dengan krisis situasional, didapatkan hasil verbalisasi kebingungan dan khawatir akibat kondisi yang dialami menurun, perilaku gelisah menurun, keluhan sulit tidur masih ada, frekuensi nafas menurun, tekanan darah membaik, frekuensi nadi menurun,warna kulit pucat menurun, Tekanan darah: 141/ 90 mmHg, Nadi : 100 x/i, CRT &lt; 2 detik, Dari hasil analisis masalah ansietas teratasi teratas sebagian.</p>

6. Tingkat kecemasan Sebelum dan Setelah dilakukan penerapan terapi relaksasi otot progresif

Hasil penilaian tingkat kecemasan sebelum dan setelah dilakukan terapi relaksasi otot progresif pada klien I dan klien II

Tabel Hasil Tingkat kecemasan pasien

Klien	Hari 1		Hari 2		Hari 3		Hari 4		Hari 5	
	Pre	post								
Penerapan terapi relaksasi otot progresif										
Klien I	Sedang (26)	Sedang (24)	Sedang (25)	Sedang (23)	Sedang (25)	Ringan (21)	Ringan (20)	Ringan (18)	Ringan (15)	Tidak ada kecemasan (13)
Klien II	Berat (30)	Sedang (28)	Berat (29)	Sedang (28)	Sedang (27)	Sedang (24)	Sedang (24)	Ringan (21)	Sedang (22)	Ringan (19)

## B. Pembahasan

Berdasarkan hasil kasus asuhan keperawatan medikal bedah yang dilakukan pada partisipan I (Tn.D) dan partisipan II (Tn. R) dengan kasus *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruangan interne pria 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 pada partisipan I (Tn.D) dan Partisipan II (Tn.R) 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. Pengakjian

Terdapat perbedaan penyebab terjadinya CKD pada Tn.D dan Tn R. Penyebab CKD yang terjadi pada Tn. R adalah pola hidupnya yang tidak sehat. Tn. D mengatakan sebelum sakit ia sering mengkonsumsi mie instan dan minuman energi sebelum bekerja. Tn.D mengatakan, ia dapat mengkonsumsi mie instan

sebanyak 2 bungkus dan segelas besar minuman berenergi setiap harinya. Tn.D menyadari kebiasaannya tersebut yang menyebabkan ia menderita penyakit CKD. Sedangkan pada Tn. R, penyakit CKD yang dideritanya dipicu oleh penyakit hipertensi dan diabetes melitus yang sudah lama dideritanya. Tn.R juga mengatakan tidak rutin mengkonsumsi obat hipertensi dan diabetes melitus yang diberikan dokter.

Menurut (Biomedika et al., 2020), mengkonsumsi minuman berenergi dan makanan cepat saji dalam jangka panjang dapat memicu kerusakan ginjal. Minuman berenergi dan mie instan dapat menyebabkan kerusakan pada tubulus renal dan instisium yang kemudian memicu terjadinya penurunan fungsi ginjal dan berpotensi menyebabkan terjadinya gagal ginjal. Kebiasaan ini akan memicu penurunan fungsi ginjal.

Menurut (Suara & Retnaningsih, 2024), faktor risiko terjadinya CKD adalah hipertensi dan diabetes melitus. Kadar glukosa darah yang tinggi dan perubahan yang terjadi dalam pembuluh darah ginjal sebagai akibat dari diabetes. Kondisi ini dikenal sebagai nefropati diabetik. Glukosa darah yang terlalu tinggi akan merusak pembuluh darah kecil pada ginjal, yang kemudian dapat mengganggu ginjal untuk menyaring limbah dan cairan dari darah dengan efisien. Seiring waktu, kerusakan ini dapat menyebabkan gagal ginjal kronik, di mana ginjal kehilangan kemampuannya untuk bekerja secara efektif dalam jangka panjang.

Selain diabetes melitus, faktor risiko lain yang dapat menyebabkan terjadinya CKD adalah hipertensi. Peningkatan Renin-Angiotensin-Aldosteron System (RAAS) adalah salah satu jalur utama yang terlibat dalam regulasi tekanan darah dan homeostasis cairan tubuh. Pada kondisi penyakit ginjal kronis, aktivasi berlebihan dari sistem ini dapat terjadi, terutama sebagai respons terhadap penurunan aliran darah ke ginjal atau kerusakan ginjal. Penyebabnya adalah peningkatan produksi angiotensin II, yang memiliki efek vasokonstriktor dan menyebabkan retensi garam dan air. Akumulasi garam dan

air ini meningkatkan volume cairan dalam sirkulasi, yang pada gilirannya terjadi peningkatan tekanan darah (Hasanah et al., 2023).

Selain itu, angiotensin II juga menyebabkan vasokonstriksi arteriol eferen ginjal, yang dapat meningkatkan tekanan dalam glomerulus dan menyebabkan kerusakan progresif pada ginjal. Selain mekanisme RAAS, aktivitas simpatis yang berlebihan juga dapat terjadi pada pasien dengan penyakit ginjal kronis. Hal ini dapat mengakibatkan vasokonstriksi sistemik yang lebih lanjut, meningkatkan tekanan darah, dan berkontribusi pada kerusakan ginjal lebih lanjut (Suara & Retnaningsih, 2024).

Pada tanggal 21 April 2025 pada jam 10.00 WIB pada pasien Tn.D mengatakan merasa cemas untuk melaksanakan HD, karena sebelumnya Tn. D gagal melaksanakan HD disebabkan oleh kadar hemoglobin yang rendah. Tn. D sudah melakukan HD rutin sejak 3 bulan yang lalu, namun ia mengatakan masih merasa cemas dan takut saat akan melakukan HD, ia juga mengatakan susah tidur dan sering terbangun dimalam hari. Saat melakukan pengkajian, pasien tampak gelisah dan tegang. Pada saat dilakukan pengukuran tingkat kecemasan dengan kuesioner HARS, didapatkan tingkat kecemasan Tn. D yaitu kecemasan sedang dengan skor 26.

Sedangkan pada Tn. R pada tanggal 28 April 2025 pada jam 11.08 WIB dilakukan pengkajian dan diketahui bahwa Tn.R akan melakukan hemodialisis pertamanya. Sebelumnya Tn.R sudah diberitahu dokter memiliki penyakit CKD stage V dan harus menjalani hemodialisis dan akan dilakukan insersi CDL, Tn.R dan keluarganya menyetujui untuk dilakukan tindakan tersebut. Namun, Tn.R mengatakan bingung apa yang harus dilakukan, ia mengatakan sangat cemas akan melakukan hemodialisis, hingga pasien mengalami susah tidur dan berdasarkan observasi peneliti, pasien tampak tegang dan gelisah. Setelah dilakukan pengukuran tingkat kecemasan menggunakan kuesioner HARS didapatkan tingkat kecemasan Tn.R yaitu kecemasan berat dengan skor 30.

Pada saat pengkajian, hasil pemeriksaan labor pasien Tn.D pada tanggal 22 April 2025 : hemoglobin: 5.1 g/dL, Leukosit: 25.13  $10^3/\text{mm}^3$ , Hematokrit: 15 %, Trombosit: 125  $10^3/\text{mm}^3$ , kreatinin darah: 9.5 mg/ dL, ureum 216 mg/dL, klien tampak pucat, konjungtiva anemis dan CRT > 3 detik dan hasil pemeriksaan labor pada pasien Tn.R pada tanggal 27 April 2025 : hemoglobin: 12.5 g/dL, Leukosit: 20.38  $10^3/\text{mm}^3$ , Hematokrit: 36 %, Trombosit: 140  $10^3/\text{mm}^3$ , kreatinin darah: 8.8 mg/ dL, ureum 214 mg/dL.

Pada pasien CKD sering diikuti dengan penyakit anemia. Anemia pada pasien CKD jika didapatkan hemoglobin <12 gr/dl untuk wanita, sedangkan <13 gr/dl pada pria. Anemia terutama disebabkan oleh defisiensi *Erythropoietic Stimulating Factors* (ESF). Ginjal merupakan organ yang memproduksi eritropoietin yang berfungsi sebagai pengatur produksi eritrosit yang ada di sumsum tulang. Pasien CKD akan mengalami defisiensi eritropoietin karena fungsi ginjal tidak mampu untuk memproduksi eritropoietin dengan seimbang, sebagai hasilnya, terdapat kecenderungan hubungan linear antara kadar hemoglobin dan laju filtrasi glomerulus pada pasien CKD (Yuniarti, W 2021).

Pada pasien CKD juga terjadi peningkatan ureum dan kreatinin, hal ini disebabkan oleh penurunan fungsi ginjal yang tidak mampu menyaring zat toksik didalam tubuh. Menurut (Gliselda, 2021), nilai kreatinin plasma kira-kira akan berlipat ganda dengan penurunan LFG 50%. Misalnya, peningkatan kreatinin plasma dari nilai dasar 0,6 mg / dL menjadi 1,2 mg / dL pada pasien, meskipun masih dalam rentang referensi orang dewasa, sebenarnya menunjukkan hilangnya 50% massa nefron yang berfungsi.

## 2. Diagnosa

Berdasarkan SDKI diagnosa keperawatan, didapatkan data sesuai dengan keluhan pasien, maka muncul beberapa diagnosa keperawatan yang dapat diangkat yaitu 1) hipervolemia berhubungan dengan gangguan regulasi

mekanisme 2)ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Diagnosa prioritas utama yang diangkat adalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Dalam standar diagnosis keperawatan (SDKI), 2017 hipervolemia adalah peningkatan volume cairan intravaskuler, intertisial dan intraseluler. Dari hasil pengkajian didapatkan data yang mendukung untuk hipervolemia yaitu dimana pasien Tn. D dan Tn. R mengeluhkan sesak napas, output pasien tidak seimbang, kadar hb dan ht menurun, terdapat edema di ekstremitas pasien. Kedua klien mengeluh pipis yang keluar sedikit, mukosa kering disertai keluhan rasa haus akibat kondisi klinis dan pembatasan asupan cairan yang dilakukan.

Sesuai dengan SDKI (2017) dalam menegakkan diagnosa hipervolemia memiliki beberapa tanda dan gejala seperti dyspnea, ortopnea, edema, kadar Hb turun dan intake lebih banyak daripada output (balance cairan positif). Hipervolemia dapat diartikan sebagai kondisi kelebihan cairan, pada CKD kondisi hipervolemia adalah suatu ketidakseimbangan yang mempengaruhi cairan ekstraseluler. Kondisi ini akan memicu perpindahan cairan ke ruang interstisial sehingga meningkatkan volume darah dan terjadi edema. Akibat adanya peranan dari gravitasi, maka cairan akan lebih mudah menumpuk pada bagian perifer, sehingga edema perifer termasuk pada gejala yang lebih cepat terjadi pada pasien CKD dengan masalah hipervolemia. (Sari et al., 2023).

Diagnosa yang dibahas sesuai dengan EBN yang diterapkan adalah ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Dalam standar diagnosis keperawatan (SDKI), 2017 ansietas merupakan **diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman**. Dari hasil pengkajian didapatkan data yang mendukung untuk ansietas dimana pasien Tn.D dan Tn. R mengatakan merasa cemas dengan kondisi yang dihadapinya, merasa cemas akan melakukan HD, selain itu kedua partisipan juga mengeluh mengalami gangguan tidur. Selama pengkajian berlangsung pasien tampak gelisah dan tegang.

Sesuai dengan SDKI (2017) dalam menegakkan diagnosa ansietas memiliki beberapa tanda dan gejala seperti merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur, frekuensi nafas meningkat, frekuensi nadi meningkat, dan tekanan darah meningkat. Diagnosa keperawatan yang ditetapkan pada kasus kelolaan adalah ansietas telah sesuai dengan teori dalam penetapan diagnosa keperawatan menurut standar diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI) yang terdiri dari 80-100% memuat tanda gejala mayor dan didukung oleh tanda gejala minor yang muncul saat pengkajian.

Menurut (Rosyanti et al., 2023), gangguan psikologis yang juga di alami pasien HD adalah kecemasan. Kecemasan terkait dengan rasa takut dan bermanifestasi sebagai keadaan suasana hati yang terdiri dari sistem respons kognitif, afektif, fisiologis, dan perilaku yang kompleks terkait dengan peristiwa atau keadaan yang dianggap mengancam. Gangguan kecemasan disebabkan oleh interaksi faktor biopsikososial. Kerentanan genetik berinteraksi dengan situasi yang membuat stres atau traumatis yang signifikan secara klinis.

Mekanisme dasar yang mendasari gangguan kecemasan pada HD adalah toksin uremik, stres oksidatif, kerusakan serebrovaskular, aktivasi sistem renin-angiotensin-aldosteron, stres yang terkait dengan gagal ginjal (obat, diet dan/atau pembatasan cairan) dan terapi dialisis (beban waktu dan keuangan. Kecemasan, adalah gangguan psikologis yang sangat mempengaruhi kondisi kesehatan dan kualitas hidup pasien HD yang berhubungan dengan hasil klinis yang lebih buruk (Rosyanti et al., 2023).

Pada teori yang menjelaskan tentang gagal ginjal kronik ada beberapa diagnose yang muncul namun dipengkajian ini tidak muncul misalnya, hipervolemi, nyeri akut, dan intoleransi aktivitas. Diagnosa tersebut tidak dapat diangkat karena tidak ada data-data penunjang pada kasus kelolaan ini.

### 3. Intervensi

Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa hipervolemia berdasarkan SLKI yaitu keluaran urine dapat meningkat, edema dapat menurun, tekanan darah dapat membaik, membrane mukosa dapat membaik, dan turgor kulit dapat membaik (SLKI,2018). Tindakan keperawatan menurut SIKI adalah manajemen hipervolemia. Intervensi yang diberikan pada kedua pasien untuk mencapai keseimbangan cairan yang baik yaitu memonitor status hemodinamik (frekuensi jantung dan tekanan darah), memonitor intake dan output cairan pasien, dan memonitor kecepatan infus pasien. Selain itu, membatasi asupan garam dan cairan yang masuk, juga mengukur asupan dan haluanan urin pasien (SIKI, 2018).

Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa ansietas berdasarkan SLKI yaitu verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, frekuensi pernapasan menurun, frekuensi nadi menurun, tekanan darah menurun, dan pola tidur membaik (SLKI,2018). Tindakan keperawatan utama menurut SIKI adalah reduksi ansietas. Sedangkan untuk intervensi tambahan terdapat terapi relaksasi untuk menurunkan kecemasan. Salah satu terapi relaksasi yang dapat dilakukan yaitu terapi relaksasi otot progresif.

Menurut (Rahmawati & Istiqomah, 2022), terapi relaksasi otot progresif adalah suatu terapi yang bertujuan untuk mempertahankan keseimbangan emosional dan ketenangan pikiran dengan cara memfokuskan pikiran pada kontraksi otot-otot yang dilakukan dan merileksasikannya sehingga menghasilkan efek rileksasi. Hal tersebut disebabkan karena gerakan kontraksi dan relaksasi dari otot-otot akan mengurangi input dan output dari saraf motorik. Pada pre-synaps nya akan mengurangi kontrol refleks proprioceptive dan pada post-synaps nya akan mengurangi dari kontrol exteroceptive. Berkurangnya proprioceptive dan exteroceptive akan membuat motor evoked potential (MEP) berkurang yang nantinya akan mengurangi dari aktivitas sistem motorik skeletal, saraf

autonom, dan cortical pathways.

Terapi relaksasi otot progresif berkerja dengan mempertahankan aktivitas saraf parasimpatik dan mengurangi aktivitas saraf simpatik dimana gelombang otak mulai melambat yang akhirnya akan membuat seseorang dapat beristirahat dengan tenang, hal ini terjadi ketika individu mulai merebahkan diri dan mengikuti instruksi relaksasi, yaitu pada tahap pengendoran otot dari bagian kepala hingga bagian kaki, selanjutnya dalam keadaan rileks mulai untuk memejamkan mata, saat itu frekuensi gelombang otak yang muncul mulai melambat dan menjadi lebih teratur sehingga pada tahap ini individu mulai merasakan rileks dan mengikuti secara pasif keadaan tersebut sehingga menekan perasaan tegang yang ada di dalam tubuh (Hijratun Nikmah, 2022).

#### 4. Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada dasarnya sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat pada diagnosa keperawatan dan secara garis besar pelaksanaannya sudah dengan wewenang dan tanggung jawab. Dalam pelaksanaan implementasi pada diagnosa keperawatan hipervolemia dilakukan pada kedua partisipan yaitu memonitor tanda hemokonsentrasi (misalnya: kadar natrium, **BUN** dan hematokrit).

Pada asuhan keperawatan ini pasien diberikan implementasi pembatasan cairan serta pemantauan intake dan ouput cairan secara persisten selama 5 hari. Intake cairan pada pasien dalam penelitian ini dihitung meliputi keseluruhan cairan masuk yang mencakup air minum, cairan infus, air metabolisme, dan terapi injeksi obat-obatan. Adapun untuk cairan keluar dihitung berdasarkan akumulasi insensible water loss (IWL) dan haluanan urine. Dalam penelitian ini intake cairan minum pasien dibatasi berkisar 600 ml per hari. Berdasarkan implementasi yang telah dilakukan ditemukan adanya balans antara cairan masuk dan keluar pada pasien. Pembatasan cairan pada pasien CKD dilakukan untuk menyesuaikan asupan yang cairan yang masuk dengan toleransi kemampuan ginjal dalam meregulasi atau menjaga keseimbangan cairan dan

elektrolit didalam tubuh.

Dalam pelaksanaan implementasi pada diagnosa keperawatan ansietas dilakukan pada kedua partisipan yaitu melakukan terapi relaksasi otot progresif selama 15 menit sekali sehari selama 5 hari. Hal ini sesuai dengan penelitian (Amalia & Kartika, n.d.), setelah dilakukan penerapan relaksasi otot progresif selama 5 hari, terjadi penurunan tingkat kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik yang di ukur melalui kuesioner.

- a. Perlakuan pada hari pertama, mengidentifikasi penyebab terjadinya ansietas, kemudian memeriksa tanda dan gejala ansietas. Sebelum dilakukan terapi, terlebih dahulu dilakukan pengukuran tingkat kecemasan menggunakan kuesioner HARS, didapatkan tingkat kecemasan Tn. D kecemasan sedang skor 26 dan Tn. R kecemasan berat skor 30. Setelah itu dilakukan terapi relaksasi otot progresif dan Pendidikan kesehatan tentang penyakit CKD. Kemudian selang 10 – 15 menit tingkat kecemasan pasien diukur kembali menggunakan kuesioner yang sama, didapatkan tingkat kecemasan Tn. D kecemasan sedang skor 24 dan Tn. R kecemasan berat skor 28.
- b. Perlakuan pada hari pertama, memeriksa tanda dan gejala ansietas. Sebelum dilakukan terapi, terlebih dahulu dilakukan pengukuran tingkat kecemasan menggunakan kuesioner HARS, didapatkan tingkat kecemasan Tn. D kecemasan sedang skor 25 dan Tn. R kecemasan berat skor 29. Pada hari kedua tidak dilakukan Pendidikan kesehatan karena pasien sudah memahami penjelasan yang diberikan peneliti dibuktikan dengan pasien mampu menjawab pertanyaan yang diberikan peneliti. Setelah itu dilakukan terapi relaksasi otot progresif. Kemudian selang 10 – 15 menit tingkat kecemasan pasien diukur kembali menggunakan kuesioner yang sama, didapatkan tingkat kecemasan Tn. D kecemasan sedang skor 23 dan Tn. R kecemasan berat skor 28.
- c. Perlakuan pada hari ketiga, memeriksa tanda dan gejala ansietas. Sebelum dilakukan terapi, terlebih dahulu dilakukan pengukuran tingkat kecemasan menggunakan kuesioner HARS, didapatkan tingkat

kecemasan Tn. D kecemasan sedang skor 25 dan Tn. R kecemasan sedang skor 27. Setelah itu menganjurkan pasien untuk melakukan terapi relaksasi otot progresif secara mandiri namun masih dengan instruksi perawat. Kemudian selang 10 – 15 menit tingkat kecemasan pasien diukur kembali menggunakan kuesioner yang sama, didapatkan tingkat kecemasan Tn. D kecemasan sedang skor 21 dan Tn. R kecemasan sedang skor 24.

- d. Perlakuan pada hari keempat, memeriksa tanda dan gejala ansietas. Sebelum dilakukan terapi, terlebih dahulu dilakukan pengukuran tingkat kecemasan menggunakan kuesioner HARS, didapatkan tingkat kecemasan Tn. D kecemasan ringan skor 20 dan Tn. R kecemasan sedang skor 24. Setelah itu pasien melakukan terapi relaksasi otot progresif secara mandiri tanpa instruksi dari peneliti. Kemudian selang 10 – 15 menit tingkat kecemasan pasien diukur kembali menggunakan kuesioner yang sama, didapatkan tingkat kecemasan Tn. D kecemasan ringan skor 18 dan Tn. R kecemasan sedang skor 21.
- e. Perlakuan pada hari kelima, memeriksa tanda dan gejala ansietas. Sebelum dilakukan terapi, terlebih dahulu dilakukan pengukuran tingkat kecemasan menggunakan kuesioner HARS, didapatkan tingkat kecemasan Tn. D kecemasan ringan skor 15 dan Tn. R kecemasan sedang skor 22. Setelah itu dilakukan terapi relaksasi otot progresif. Kemudian selang 10 – 15 menit tingkat kecemasan pasien diukur kembali menggunakan kuesioner yang sama, tidak ada kecemasan pada Tn. D dengan skor 13 dan Tn. R kecemasan sedang ringan skor 19.

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan tidak semua tindakan dilaksanakan oleh penulis, karena peneliti tidak merawat pasien selama 24 jam, namun solusi peneliti mendelagasikan rencana tindakan rencana tersebut kepada perawat ruangan dan mahasiswa praktek magang yang berdinas di ruangan tersebut. Untuk melihat tindakan yang dilakukan perawat ruangan peneliti melihat dan membaca buku laporan serta rekap medis elektronik yang ditulis oleh perawat yang sedang berdinas. Secara **umum** rencana masig-masing masalah keperawatan dapat dilakukan, namun tidak semua masalah teratasi sesuai

dengan kriteria yang telah diharapkan.

##### 5. Evaluasi

Hasil evaluasi dari diagnosa keperawatan hipervolemia setelah dilakukan pada Tn.D yaitu manajemen hipervolemia salah satunya dengan memonitor kadar natrium, BUN, dan hematokrit, didapatkan hasil pada Tn.D yaitu kadar natrium: 137 mmol/L, ureum darah: 169 mg/dL, dan hematokrit: 15%. Sedangkan pada Tn. A juga dilakukan manajemen hipervolemia dimana didapatkan hasil kadar natrium: 139 mmol/L, ureum darah: 128 mg/dL, dan hematokrit: 31%. Dapat disimpulkan masalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi pada kedua pasien belum teratasi.

Indikasi gagal ginjal berat adalah terjadinya peningkatan kadar ureum dalam darah. Ureum disintesis di dalam hati dari CO<sub>2</sub> dan amonia yang dihasilkan dari proses deaminasi oleh asam amino pada siklus ureum. Ureum merupakan hasil ekskresi terbesar dari metabolisme protein. Setelah disintesis di dalam hati, ureum dibawa ke dalam darah menuju ginjal dan difiltrasi oleh glomerulus, ureum direabsorbsi di tubulus proksimal. Konsentrasi kadar ureum ditentukan oleh sintesis di hati dan ekskresi di urin. Penurunan fungsi ginjal dapat menyebabkan peningkatan kadar ureum karena ekskresi ureum dalam urin menurun. Hal tersebut dapat terjadi pada gagal ginjal akut atau kronik, glomerulonefritis, nekrosis tubuler, dan penyakit gagal ginjal lainnya (Arismawati et al., 2022)

Pada karya tulis akhir ini peneliti melakukan evaluasi tindakan dari tanggal 21 April sampai 03 Mei 2025. Hasil evaluasi setelah dilakukan intervensi reduksi ansietas dan terapi relaksasi otot progresif terhadap ansietas pada kedua pasien yaitu pada partisipan 1, pasien yang awalnya dengan tingkat kecemasan sedang dengan skor 26 mengalami penurunan menjadi tingkat kecemasan ringan dengan skor 13, sedangkan pada partisipan 2, pasien yang awalnya tingkat kecemasan berat dengan skor 30 sudah turun menjadi tingkat kecemasan ringan dengan skor 19.

Penurunan tingkat kecemasan ini dibuktikan dengan, verbalisasi bingung dan khawatir pasien tentang kondisi yang dialami menurun, perilaku gelisah dan tegang menurun, keluhan sulit tidur menurun, frekuensi pernafasan membaik, frekuensi nadi membaik, dan tekanan darah membaik. Maka dari itu, terapi relaksasi otot progresif bisa dijadikan sebagai salah satu alternatif untuk mengatasi kecemasan pada pasien CKD.

Terdapat perbedaan penurunan tingkat kecemasan antara Tn.D dan Tn.R, menurut peneliti hal ini dipengaruhi oleh usia dan pengalaman pasien menjalani hemodialisis. Tn. D berusia 36 tahun yang merupakan kelompok usia dewasa dan Tn. R berusia 61 tahun yang merupakan kelompok usia lanjut usia. Tn. D menjalani hemodialisis yang ke 24 kali, sedangkan Tn. R baru akan menjalani hemodialisis pertama.

Menurut (Marisi Dame et al., 2022), semakin tua umur seseorang akan terjadi proses penurunan kemampuan fungsi organ tubuh (regeneratif) akan mempengaruhi dalam mengambil keputusan terutama dalam menangani penyakit ginjal kronis dengan terapi hemodialisis sehingga klien dihadapkan pada masalah yang sangat kompleks. Usia dewasa lebih mampu mengontrol stres dibanding dengan usia anak-anak dan usia lanjut. Dimana usia dewasa awal masih bisa melakukan berbagai aktivitas dan pekerjaan, masih bisa menikmati dengan melakukan perjalanan wisata, bertukar pikiran mencari berbagai alternatif dengan teman seusia, untuk mengatasi cemas yang ditimbulkan dari diri sendiri maupun dampak yang ditimbulkannya.

Perbedaan lama menjalani hemodialisis menurut peneliti dapat membuat perbedaan tingkat kecemasan pasien, pasien yang bukan pertama kali menjalani hemodialisa tingkat kecemasannya lebih rendah dibandingkan pasien yang pertama kali menjalani hemodialisis, hal ini dikarenakan Tn. D sebelumnya sudah menjalani hemodialisis berarti sudah mulai beradaptasi dengan ruangan dan alat -alat yang digunakan, namun Tn.R belum pernah

melihat bagaimana ruangan dan alat-alat hemodialisis.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Ibrahim et al., 2024), bahwa pasien yang sudah beberapa kali melaksanakan hemodialisis sudah terbiasa terpapar dengan suasana ruang hemodialisis dan sudah mengerti tentang prosedur yang sering dilakukan pada saat pemasangan alat, sehingga mereka tidak terlalu merasa cemas karena sudah terbiasa. Sedangkan pada pasien yang baru pertama kali menjalani hemodialisis, cenderung lebih merasa cemas dan tegang karena belum pernah dan belum terbiasa dengan suasana ruangan dan alat yang digunakan pada saat hemodialisis.

Setelah dilakukan penerapan terapi relaksasi otot progresif, menurut Tn. D tubuhnya terasa lebih rileks dan tenang ketika melakukan gerakan ke-12 yaitu gerakan menarik nafas dalam kemudian ditahan dirongga dada lalu dihembuskan perlahan. Tn. D mengatakan tubuhnya terasa lebih segar ketika mengulangi gerakan tersebut. Sedangkan menurut Tn. R selain gerakan ke-12 ia juga merasakan tubuhnya lebih rileks ketika melakukan gerakan ke-4 yaitu ketika menaikkan bahu, ia merasakan ketegangan yang kemudian membuat tubuhnya merasa lebih segar di bagian bahu.

Hasil tersebut sejalan dengan penelitian (Anggita Arfiana et al., 2023), dimana pasien mengatakan lebih rileks saat melakukan gerakan tarik nafas dalam. Hal tersebut dapat terjadi karena pada gerakan ke-12 terjadi mekanisme pernafasan dalam, dimana akan terjadi pengaktifan sistem saraf parasimpatis yang menyebabkan penurunan denyut jantung, penurunan tekanan darah, dan mengurangi ketegangan otot. Kemudian, pernafasan dalam akan meningkatkan asupan oksigenasi ke otak yang membantu meningkatkan konsentrasi dan ketenangan. Pada saat melakukan pernafasan dalam, tepatnya pada saat menahan nafas sejenak terjadi peningkatan tekanan intratorakal yang memberi stimulasi pada sistem saraf pusat untuk merilekskan tubuh.

Pada penelitian (Rahmawati & Istiqomah, 2022), juga didapatkan bahwa pasien merasa tubuh lebih tenang dan rileks saat melakukan gerakan mengangkat dan menurunkan bahu. Pada gerakan ini terjadi fase menegangkan tubuh kemudian dirilekskan. Pada saat menaikkan bahu terjadi peningkatan ketegangan di otot trapezius dan deltoid, ketika bahu diturunkan otot akan mengalami pelepasan yang memberi sensasi lega dan segar karena otot kembali pada kondisi rileks. Selain itu, aktivasi otot dapat menstimulasi pelepasan endorphin yaitu hormone yang berfungsi sebagai Pereda nyeri alami dan pemberi rasa nyaman.

## 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 terapi relaksasi otot progresif pada asuhan keperawatan pasien CKD yang menjalani hemodialisis dengan ansietas, dimana hasil dari beberapa penelitian yang mendukung sebagai berikut :

Menurut penelitian (Amalia & Kartika, n.d.), didapatkan bahwa, terjadi penurunan tingkat kecemasan setelah dilakukan terapi relaksasi otot progresif selama 5 hari. Pada hari pertama saat tingkat kecemasan pasien diukur dengan kuesioner HARS, didapatkan tingkat kecemasan yaitu kecemasan berat dengan skor 31, setelah dilakukan intervensi teknik relaksasi otot progresif selama 5 hari, didapatkan tingkat kecemasan pasien yaitu kecemasan ringan dengan skor 16.

Penelitian (Rahmawati & Istiqomah, 2022), juga menyebutkan bahwa terjadi penurunan tingkat kecemasan setelah dilakukan teknik relaksasi otot progresif

pada pasien CKD. Pada pengukuran pertama didapatkan pasien dengan tingkat kecemasan berat dengan skor 30, menjadi tingkat kecemasan sedang dengan skor 24 setelah dilakukan intervensi.

b. Keterbatasan

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan. Desain penelitian yang tidak menggunakan kelompok kontrol juga menyulitkan untuk memastikan bahwa penurunan kecemasan sepenuhnya disebabkan oleh intervensi terapi relaksasi otot progresif. Selain itu, durasi intervensi yang singkat serta penggunaan instrumen pengukuran yang bersifat subjektif dapat memengaruhi validitas hasil. Faktor-faktor lain yang mungkin berpengaruh terhadap kecemasan, seperti dukungan sosial atau kondisi psikologis sebelumnya, tidak dikendalikan secara khusus dalam penelitian ini.

c. Rencana Tindak Lanjut

Adapun rencana tindak lanjut dari asuhan keperawatan ini menganjurkan keluarga dan pasien untuk melakukan terapi relaksasi otot progresif secara mandiri, apabila pasien sudah berada dirumah.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien CKD on HD dengan intervensi terapi relaksasi otot progresif untuk menurunkan tingkat kecemasan pada Tn. D dan Tn.R maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada partisipan 1 dengan CKD on HD pada 21 April 2025 ditemukan bahwa pasien hari rawatan ke-2 dengan ansietas dengan tingkat kecemasan sedang skor 26. Sedangkan pada partisipan 2 dengan CKD on HD pada tanggal 28 April 2025 ditemukan bahwa pasien hari rawatan ke-2 dengan ansietas dengan tingkat kecemasan berat, skor 28.
2. Diagnosa keperawatan yang diangkat pada Tn. D dan Tn. R yaitu hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan yaitu manajemen hypervolemia, reduksi ansietas dan penerapan EBN relaksasi otot progresif.
4. Implementasi dengan terapi relaksasi otot progresif untuk menurunkan tingkat kecemasan pada kedua partisipan selama 15-20 menit selama 5 hari.
5. Hasil evaluasi pasien didapatkan penurunan tingkat kecemasan pada kedua partisipan, dimana pada Tn. D terjadi penurunan tingkat kecemasan dari kecemasan sedang skor 28 menjadi tidak ada kecemasan dengan skor 13, sedangkan pada Tn.R terjadi penurunan tingkat kecemasan dari kecemasan berat skor 30 menjadi kecemasan ringan skor 18.
6. Setelah melakukan terapi relaksasi otot progresif dilakukan evaluasi kepada kedua partisipan, dimana mereka mengatakan merasa lebih rileks dan tenang saat mereka melakukan gerakan ke-14 terapi relaksasi otot progresif, dimana pada gerakan ini dilakukan teknik relaksasi nafas dalam yang membuat partisipan lebih rileks. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terapi relaksasi otot progresif dapat dijadikan salah satu alternatif untuk menurunkan tingkat kecemasan.

**B. Saran**

## a. Bagi 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. Disarankan kepada perawat agar mengikuti pelatihan singkat mengenai terapi relaksasi otot progresif, dan memfokuskan pada teknik pernapasan dalam secara perlahan, sehingga dapat diterapkan secara efektif dalam asuhan keperawatan sebagai salah satu alternatif untuk menurunkan kecemasan pada pasien CKD yang menjalani hemodialisis.

## b. Bagi Poltekkes Kemenkes RI Padang

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

## c. Bagi Peneliti

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat menambah wawasan, kemampuan berfikir, menganalisa, dan pengetahuan peneliti khususnya dalam bidang penelitian terkait pengaruh terapi relaksasi otot progresif terhadap kecemasan pada pasien CKD yang menjalani hemodialisis.

## d. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat menjadi data dasar dalam asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien CKD yang menjalani hemodialisis yang mengalami kecemasan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, M., & Kartika, A. M. (n.d.). *Terapi Relaksasi Otot Progresif Terhadap Penurunan Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Progressive Muscle Relaxation Therapy Towards Reducing Anxiety in Kidney Failure Patients*. 8(2).
- Anggraini, Y., Triana, N., & Sari, G. M. (2024). *Pengaruh relaksasi otot progresif terhadap kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa*. 5, 10715–10722.
- Biomedika, ; A, Rachmawati, A., & Marfianti, E. (2020). Karakteristik Faktor Risiko Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Yang Menjalani Hemodialisa Di RS X Madiun. *Biomedika*, 12(1), 36–43. <https://doi.org/10.23917/biomedika.v12i1.9597>
- Gliselda, V. K. (2021). Diagnosis dan Manajemen Penyakit Ginjal Kronis (PGK). *Jurnal Medika Hutama*, 2(04 Juli), 1135–1141.
- Hasanah, U., Dewi, N. R., Ludiana, L., Pakarti, A. T., & Inayati, A. (2023). Analisis Faktor-Faktor Risiko Terjadinya Penyakit Ginjal Kronik Pada Pasien Hemodialisis. *Jurnal Wacana Kesehatan*, 8(2), 96. <https://doi.org/10.52822/jwk.v8i2.531>
- HIJRATUN NIKMAH, N. A., & HIJRATUN NIKMAH, N. A. (2022). PENGARUH TERAPI RELAKSASI OTOT PROGRESIF TERHADAP KECEMASAN PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISIS DI RUMAH SAKIT Dr. BRATANATA KOTA JAMBI. *Journal of Borneo Holistic Health*, 5(1), 79–88. <https://doi.org/10.35334/borticalth.v5i1.2683>
- Ibrahim, Y., Biahimo, N. U. I., Abas, J., & Gorontalo, U. M. (2024). *Pengaruh Terapi Distraksi Murotal Al-Quran Terhadap Penurunan Tingkat Ansietas pada Pasien CKD yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Toto Kabila Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan / Program Studi Profesi Ners / seseorang , dan merupakan pengalaman yang s*. 1(4).
- Kesehatan, K. P. K. U. (2020). Survei Kesehatan Indonesia (SKI). In *BADAN KEBIJAKAN PEMBANGUNAN KESEHATAN*.
- Marisi Dame, A., Rayasari, F., Irawati, D., & Noviati Kurniasih, D. (2022). Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis. *Keperawatan*, 14(S3), 831–844. <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>
- Rahayu, D. A., & Mariyati. (2023). Penerapan Terapi Spiritual Emotional Freedom Technique untuk Menurunkan Kecemasan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisa. *Prosiding Seminar Nasional Hasil-Hasil Penelitian Dan*

*Pengabdian Masyarakat, 5(1), 56–67.*

- Rahmanti, A., & Haksara, E. (2023). PENERAPAN AROMATHERAPY LAVENDER UNTUK MENGURANGI KECEMASAN PADA PASIEN YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RUMKIKT TK II dr. SOEDJONO MAGELANG. *Jurnal Fisioterapi Dan Ilmu Kesehatan Sisthana, 5(1), 34–44.* <https://doi.org/10.55606/jufdikes.v5i1.203>
- Rahmawati, N., & Istiqomah. (2022). *Upaya menurunkan kecemasan dengan terapi relaksasi otot progresif pada pasien gagal ginjal kronik.* 48(June), 651–659.
- Relica, C., & Mariyati. (2024). Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal. *Peran Mikronutrisi Sebagai Upaya Pencegahan Covid-19,* 14(3), 75–82. <https://journal2.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM/article/view/1979/1260>
- Riskesdas. (2018). *Riset Kesehatan Dasar 2018.* Kementerian Kesehatan RI.
- Rosyanti, L., Hadi, I., & Antari, I. (2023). Faktor Penyebab Gangguan Psikologis pada Penderita Penyakit Ginjal Kronis yang menjalani Hemodialisis : Literatur Reviu Naratif Factors Causing Psychological Disorders in Patients with Chronic Kidney Disease undergoing Hemodialysis : Narrative Review Lite. *Jurnal Penelitian, 15.* file:///C:/Users/hp/Downloads/8+1102-VOR-5044210008.pdf
- Suara, E., & Retnaningsih, D. (2024). Karakteristik Faktor Risiko Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan, 8(2), 59–63.* <https://doi.org/10.33655/mak.v8i2.194>
- Teknik Relaksasi Bensos Untuk, P., Anggita Arfiana, L., & Karunianingtyas Wirawati, M. (2023). Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Ckd (Chronic Kidey Disease) Di Ruang Hemodialisa Application of Benson'S Relaxation Technique To Reduce the Level of Anxiety in Ckd (Chronic Kidey Disease) Patients in the He. *Prosiding Seminar Nasional Hasil-Hasil Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat, 5(1), 81–89.*
- WHO. (2020). *The Top 10 Causes of Death.* World Health Organization.
- Amalia, M., & Kartika, A. M. (n.d.). *Terapi Relaksasi Otot Progresif Terhadap Penurunan Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Progressive Muscle Relaxation Therapy Towards Reducing Anxiety in Kidney Failure Patients.* 8(2).
- Anggraini, Y., Triana, N., & Sari, G. M. (2024). *Pengarauh relaksasi otot progresif terhadap kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.* 5, 10715–10722.
- Biomedika, ; A, Rachmawati, A., & Marfanti, E. (2020). Karakteristik Faktor Risiko Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Yang Menjalani Hemodialisa Di RS X

- Madiun. *Biomedika*, 12(1), 36–43.  
<https://doi.org/10.23917/biomedika.v12i1.9597>
- Gliselda, V. K. (2021). Diagnosis dan Manajemen Penyakit Ginjal Kronis (PGK). *Jurnal Medika Hutama*, 2(04 Juli), 1135–1141.
- Hasanah, U., Dewi, N. R., Ludiana, L., Pakarti, A. T., & Inayati, A. (2023). Analisis Faktor-Faktor Risiko Terjadinya Penyakit Ginjal Kronik Pada Pasien Hemodialisis. *Jurnal Wacana Kesehatan*, 8(2), 96.  
<https://doi.org/10.52822/jwk.v8i2.531>
- HIJRATUN NIKMAH, N. A., & HIJRATUN NIKMAH, N. A. (2022). PENGARUH TERAPI RELAKSASI OTOT PROGRESIF TERHADAP KECEMASAN PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISIS DI RUMAH SAKIT Dr. BRATANATA KOTA JAMBI. *Journal of Borneo Holistic Health*, 5(1), 79–88.  
<https://doi.org/10.35334/borticalth.v5i1.2683>
- Ibrahim, Y., Biahimo, N. U. I., Abas, J., & Gorontalo, U. M. (2024). *Pengaruh Terapi Distraksi Murotal Al-Quran Terhadap Penurunan Tingkat Ansietas pada Pasien CKD yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Toto Kabila Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan / Program Studi Profesi Ners / seseorang , dan merupakan pengalaman yang s. 1(4).*
- Kesehatan, K. P. K. U. (2020). Survei Kesehatan Indonesia (SKI). In *BADAN KEBIJAKAN PEMBANGUNAN KESEHATAN*.
- Marisi Dame, A., Rayasari, F., Irawati, D., & Noviati Kurniasih, D. (2022). Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis. *Keperawatan*, 14(S3), 831–844.  
<http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>
- Rahayu, D. A., & Mariyati. (2023). Penerapan Terapi Spiritual Emotional Freedom Technique untuk Menurunkan Kecemasan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisa. *Prosiding Seminar Nasional Hasil-Hasil Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat*, 5(1), 56–67.
- Rahmanti, A., & Haksara, E. (2023). PENERAPAN AROMATHERAPY LAVENDER UNTUK MENGURANGI KECEMASAN PADA PASIEN YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RUMKIKT TK II dr. SOEDJONO MAGELANG. *Jurnal Fisioterapi Dan Ilmu Kesehatan Sisthana*, 5(1), 34–44.  
<https://doi.org/10.55606/jufdikes.v5i1.203>
- Rahmawati, N., & Istiqomah. (2022). *Upaya menurunkan kecemasan dengan terapi relaksasi otot progresif pada pasien gagal ginjal kronik*. 48(June), 651–659.
- Relica, C., & Mariyati. (2024). *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal. Peran Mikronutrisi Sebagai Upaya Pencegahan Covid-19*, 14(3), 75–82.

- <https://journal2.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM/article/view/1979/1260>
- Riskesdas. (2018). *Riset Kesehatan Dasar 2018*. Kementerian Kesehatan RI.
- Rosyanti, L., Hadi, I., & Antari, I. (2023). Faktor Penyebab Gangguan Psikologis pada Penderita Penyakit Ginjal Kronis yang menjalani Hemodialisis : Literatur Reviu Naratif Factors Causing Psychological Disorders in Patients with Chronic Kidney Disease undergoing Hemodialysis : Narrative Review Lite. *Jurnal Penelitian*, 15. file:///C:/Users/hp/Downloads/8+1102-VOR-5044210008.pdf
- Suara, E., & Retnaningsih, D. (2024). Karakteristik Faktor Risiko Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan*, 8(2), 59–63. <https://doi.org/10.33655/mak.v8i2.194>
- Teknik Relaksasi Bensos Untuk, P., Anggita Arfiana, L., & Karunianingtyas Wirawati, M. (2023). Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Ckd (Chronic Kidey Disease) Di Ruang Hemodialisa Application of Benson'S Relaxation Technique To Reduce the Level of Anxiety in Ckd (Chronic Kidey Disease) Patients in the He. *Prosiding Seminar Nasional Hasil-Hasil Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat*, 5(1), 81–89.
- WHO. (2020). *The Top 10 Causes of Death*. World Health Organization.

# **LAMPIRAN**

## Lampiran 1

## Lampiran 2

### DAFTAR RIWAYAT HIDUP



#### A. Identitas Diri

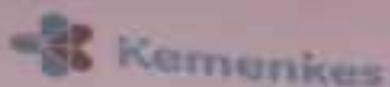
Nama : Mulyana Dwi Firza  
Tempat/tanggal lahir : Pasaman Baru/ 26 Juli 2002  
Alamat : Jl. Prof.Hamka No.139, Batang Tian,  
Pasaman Baru Utara,Simpang  
Empat,Pasaman Barat  
No.Telp/Hp 082286931154  
Email : [mulyanadwifirza016@gmail.com](mailto:mulyanadwifirza016@gmail.com)

#### B. Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun Lulus
1	SD N 09 PASAMAN	2014
2	MTsN SIMPANG EMPAT	2017
3	SMA N 1 PASAMAN	2020
4	Prodi Sarjana Terapan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang	2024
5	Prodi Pendidikan Profesi Ners Kemenkes Poltekkes Padang	2025

### Lampiran 3

Bantuan ke	Baris/Tanggal	Ciri-ciri Malaria Berjangka		Tanda Tangan Penulis
		1	2	
I	Januari 2019 Minggu ketiga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suhu tubuh meningkat</li> <li>• Keringat berlebihan</li> <li>• Kepala sakit</li> <li>• Pada pagi hari merasa lelah</li> <li>• Pada siang hari merasa lelah</li> </ul>		
II	Januari 2019 Minggu ketiga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suhu tubuh meningkat</li> <li>• Keringat berlebihan</li> <li>• Kepala sakit</li> <li>• Pada pagi hari merasa lelah</li> <li>• Pada siang hari merasa lelah</li> </ul>		
III	Januari 2019 Minggu ketiga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suhu tubuh meningkat</li> <li>• Keringat berlebihan</li> <li>• Kepala sakit</li> <li>• Pada pagi hari merasa lelah</li> <li>• Pada siang hari merasa lelah</li> </ul>		
IV	Januari 2019 Minggu ketiga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suhu tubuh meningkat</li> <li>• Keringat berlebihan</li> <li>• Kepala sakit</li> <li>• Pada pagi hari merasa lelah</li> <li>• Pada siang hari merasa lelah</li> </ul>		
V	Januari 2019 Minggu ketiga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suhu tubuh meningkat</li> <li>• Keringat berlebihan</li> <li>• Kepala sakit</li> <li>• Pada pagi hari merasa lelah</li> <li>• Pada siang hari merasa lelah</li> </ul>		
VI	Januari 2019 Minggu ketiga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suhu tubuh meningkat</li> <li>• Keringat berlebihan</li> <li>• Kepala sakit</li> <li>• Pada pagi hari merasa lelah</li> <li>• Pada siang hari merasa lelah</li> </ul>		



Kementerian Kesehatan  
Republik Indonesia  
■ Kesehatan Umum, Pendidikan Kesehatan, dan Kesejahteraan Sosial  
■ Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Reproduktif  
■ Kesehatan Lingkungan  
■ Kesehatan Masyarakat  
■ Kesehatan Makanan dan Minuman

VII	<p>Salur/ Aku 2011</p>	<p>* buat indikasi * Am. yg</p>	<p>✓</p>
VIII			
IX			
X			

Mengabdi,  
Kemudian Pendidikan Profesi Kesehatan

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Eliza Muliati" or a similar name.

St. Eliza Muliati, M.Kes, S.Kep, M.Pd  
Telp. 0896423963122001

## Lampiran 4

### SOP

<b>Standar Operasional Pelaksanaan Terapi Relaksasi Otot Progresif</b>	
Pengertian	Terapi Relaksasi Otot Progresif adalah Teknik relaksasi otot progresif merupakan Teknik yang dilakukan dengan cara menegangkan dan melemaskan otot secara berurutan dan memfokuskan perhatian pada perbedaan perasaan yang dialami antara saat otot rileks dan saat otot tersebut tegang
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Menimbulkan relaksasi</li><li>2. Memperbaiki sirkulasi darah pada otot sehingga mengurangi nyeri dan inflamasi</li><li>3. Memperbaiki secara langsung maupun tidak langsung fungsi setiap organ internal</li><li>4. Membantu memperbaiki mobilitas</li><li>5. Membantu menurunkan kelelahan</li></ol>
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien yang menjalani hemodialisa kurang dari satu tahun</li><li>2. Klien yang mengalami kecemasan</li><li>3. Klien dengan tingkat kecemasan ringan, sedang dan berat saat diukur menggunakan kuesioner</li></ol>
Kontraindikasi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien yang mengalami penurunan kesadaran</li><li>2. Klien dengan keterbatasan gerak</li><li>3. Klien dengan fraktur</li><li>4. Pasien dengan penyakit jantung akut</li><li>5. Pasien dengan gangguan pernafasan</li></ol>
Alat dan bahan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kuesioner Hars</li><li>2. Jam tangan</li></ol>
Waktu	15-20 menit
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Memberikan posisi yang nyaman untuk klien</li><li>2. Tanya perasaan klien</li><li>3. Menjaga privasi klien</li></ol>
Persiapan perawat	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Menyiapkan lingkungan yang nyaman</li><li>2. Memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan</li><li>3. Mengukur tingkat kecemasan klien sebelum melakukan terapi relaksasi otot progresif</li></ol>
Fase Kerja	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Gerakan 1 : Mengepalkan kedua tangan sampai terasa tegangan kemudian mengangkatnya didepan dada selama 10 detik kemudian rilekskan</li><li>2. Gerakan 2: Meluruskan kedua tangan ke depan, kemudian telapak tangan menghadap keatas hingga terasa tegangan di pergelangan tangan selama 10 detik kemudian rilekskan, lakukan sebanyak 2 kali</li><li>3. Gerakan 3:</li></ol>

	<p>Mengepalkan kedua tangan, lalu diangkat ke atas bahu hingga terasa tegangan selama 10 detik kemudian rilekskan,</p> <p>4. Gerakan 4:</p> <p>Mengangkat kedua bahu setinggi tingginya hingga menyentuh telinga , rasakan tegangan di leher, bahu dan punggung atas selama 10 detik kemudian rilekskan, lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>5. Gerakan 5:</p> <p>Mengerutkan dahi dan alis hingga terasa kerutan disekitarnya selama 10 detik kemudian rilekskan, lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>6. Gerakan 6:</p> <p>Menutup mata sekencang kencangnya sampai terasa tegangan di sekitar otot mata selama 10 detik, buka mata kemudian rilekskan, lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>7. Gerakan 7:</p> <p>Mengatupkan kedua rahang diikuti gerakan menggigit gigi hingga terasa tegangan di sekitar otot rahang selama 10 detik kemudian rilekskan, lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>8. Gerakan 8:</p> <p>Mencucukan mulut hingga terasa tegangan di sekitar mulut selama 10 detik kemudian rilekskan, lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>9. Gerakan 9:</p> <p>Menengadahkan kepala hingga terasa tegangan di bagian belakang leher dan punggung atas selama 10 detik, kemudian rilekskan, lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>10. Gerakan 10:</p> <p>Menundukkan kepala hingga dagu menyentuh dada hingga terasa tegangan di bagian depan leher selama 10 detik kemudian rilekskan, lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>11. Gerakan 11:</p> <p>Melengkungkan punggung diikuti dengan membusungkan dada hingga terasa tegangan selama 10 detik, kemudian rilekskan,lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>12. Gerakan 12:</p> <p>Menarik nafas panjang kemudian tahan di rongga dada selama 10 detik rasakan tegangan disekitar dada kemudian turunkan ke perut kemudian rilekskan sambil melakukan pernafasan normal, lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>13. Gerakan 13:</p> <p>Menahan perut ke dalam sampai terasa kencang dan keras selama 10 detik kemudian dirilekskan, lakukan sebanyak 2 kali</p> <p>14. Gerakan 14&amp; 15:</p> <p>Meluruskan kaki hingga terasa tegangan di sekitar otot</p>
--	---

	paha dilanjutkan dengan menahan kedua lutut dengan tangan sehingga tegangan terasa berpindah ke otot betis, lakukan sebanyak 2 kali selama 10 detik
Fase terminasi	<p>4. Mengukur kembali tingkat kecemasan pasien sekitar 15 menit setelah intervensi diberikan</p> <p>5. Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya</p> <p>6. Ucapkan salam</p>
Dokumentasi	Catat hasil observasi di catatan perkembangan klien

**Lampiran 5**

**media**

## Lampiran 6

### **PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....

Umur : .....

No. Hp : .....

Menyatakan bahwa saya bersedia untuk turut berpartisipasi menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh Mulyana Dwi Firza(243410022) mahasiswi Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Padang dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Chronic Kidney Disease Yang Menjalani Hemodialisa Dengan Penerapan Terapi Relaksasi Otot Progresif Untuk Menurunkan Kecemasan Di Ruang Interne Pria RSUP Dr. M. Djamil. Padang”**. Tanda tangan menunjukkan bahwa saya sudah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Padang, 2025

Responden

## **Lampiran 7**

## **Lampiran 8**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE***

#### **A. Kasus 1**

##### **1. Pengkajian Keperawatan**

###### **a. Identitas Pasien**

Nama pasien : Tn.D  
No. RM : 01.13.XX.XX  
Umur : 36 tahun 8 bulan  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Alamat : Jl. Jawa Jorong Brastagi Ujung Gading  
Tanggal masuk RS : 21 April 2025  
Ruang rawatan : Interne Pria Wing A  
Tanggal pengkajian : 21 April 2025  
Diagnosa medis : CKD stage V on HD + Melena

###### **b. Identitas Penanggung Jawab**

Nama : Ny.Y  
Umur : 34 tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Jl.Jawa Jorong Brastagi Ujung Gading  
Pendidikan : SMA  
Hubungan : Istri

###### **c. Riwayat Kesehatan**

###### **1) Keluhan Utama**

Pasien masuk ke IGD RUSP Dr M Djamil pada tanggal 21 April 2025 jam 03.41 WIB. Pasien mengeluh lemah dan sesak nafas sejak 1 hari yang lalu.

###### **2) Riwayat Kesehatan Sekarang**

Hasil pengkajian yang didapat pada tanggal 21 April 2025 di ruang rawat inap interne RSUP Dr M Djamil Padang, pasien mengeluh badan terasa lemah, pasien tampak pucat, konjungtiva anemis dan akral teraba dingin. Pasien mengatakan rutin melakukan hemodialisa di RSUP Dr. M Djamil Padang sejak 3 bulan terakhir pada hari Senin dan Kamis. Pasien

mengatakan masih merasa cemas saat akan melakukan Hd. Setelah diukur dengan kuesioner HARS didapatkan tingkat kecemasan pasien yaitu kecemasan sedang dengan skor 28.

### **3) Riwayat Penyakit Dahulu**

Pasien merupakan pasien CKD on Hemodialisa di RSUP DR M Djamil sejak setahun yang lalu dengan jadwal senin dan kamis di M Djamil. Pasien mengatakan sempat berhenti cuci darah selama 6 bulan karena ingin mencoba pengobatan alternatif, namun tidak ada kemajuan. Pasien rutin cuci darah di RSUP DR M Djamil sejak 3 bulan yang lalu. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi ataupun diabetes melitus. Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit asam lambung.

### **4) Riwayat Kesehatan Keluarga**

Pasien mengatakan ada anggota keluarga dengan kondisi yang sama yaitu orang tua perempuan pasien memiliki riwayat DM dan Hipertensi.

### **5) Riwayat Psikososial**

Pasien mengatakan mendapatkan dukungan dari keluarga terutama istrinya untuk menjalani pengobatan selama sakit. Pasien juga mengatakan apabila ada hal yang perlu didiskusikan keputusan berada padahasil diskusi dengan istri dan keluarganya.

## **d. Pengkajian Fungsional Gordon**

### **1) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan**

Pasien menyadari bahwa penyakit yang diderita saat ini dikarenakan pola hidup pasien. Pasien mengatakan dulu sebelum sakit, pasien sering mengkonsumsi mie instan dan minuman berpengawet seperti kuku bima dan ekstrajos, pasien juga mengatakan dulu merupakan seorang perokok berat yang bisa menghabiskan 2 bungkus rokok setiap harinya.

### **2) Pola Nutrisi dan Metabolik**

#### **a) Sehat**

Pasien mengatakan makan 3 kali sehari, pasien makan dengan nasi, lauk dan terkadang menggunakan sayur. Pasien tidak memiliki alergi makanan. Pasien minum air putih kurang lebih 800ml dalam sehari. Pasien mengatakan berat badan sebelum di rawat 56 kg dan saat sakit 52 kg.

b) Sakit

Saat dirumah sakit pasien mengeluh nafsu makan menurun, makanan selama di rumah sakit kadang habis kadang hanya seperempat porsi. Klien melakukan pembatasan asupan cairan. ± 600cc/ hari.

**3) Pola Eliminasi**

a) Sehat

Saat sehat pasien mengatakan BAB 2x sehari dipagi dan sore hari dengan konsistensi lembek berwarna kuning dan pasien mengatakan BAK lebih kurang 3-4x sehari dan sedikit. Tidak ada keluhan nyeri saat BAK

b) Sakit

Pada saat sakit pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek dan berwarna hitam,namun sudah mulai menguning dan pada saat sakit pasien BAK 2-3x sehari tetapi hanya sedikit (100-150cc) dan tidak ada keluhan nyeri

**4) Pola Aktivitas dan Latihan**

a) Sehat

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan kelemahan otot, tidak ada keterbatasan gerak aktivitas dilakukan secara mandiri.

b) Sakit

Saat dirumah sakit klien mengatakan merasa badan lemas. Aktivitas masih bisa dilakukan sendiri namun didampingi keluarga

**5) Pola Istirahat dan Tidur**

a) Sehat

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan sulit tidur, tidak ada keluhan sering terbangun, tidur siang 1 jam dan tidur malam 7-8 jam.

b) Sakit

Saat dirumah sakit pasien tidur 4-5 jam dalam sehari. Pasien mengeluh susah tidur di malam hari, pasien mengatakan akan mulai mengantuk pada dini hari sekitar jam3 pagi, pasien juga merasa tidak segar saat bangun tidur.

**6) Pola Persepsi Sensori dan Kognitif**

Pasien mengatakan badan terasa pegal-pegal dan letih

**7) Pola Persepsi dan Konsep Diri**

Pasien mengatakan merasa cemas dengan penyakitnya, merasa takut tidak bisa sembuh, namun selalu diberi semangat oleh orang terdekatnya terutama istrinya. Pasien merasa sedih tidak bisa menjalankan perannya sebagai ayah dan kepala keluarga untuk bekerja.

**8) Pola Peran dan Hubungan**

Pasien mengatakan tidak mampu menjalankan peran dalam menjadi kepala keluarga, pasien mengatakan akan lebih memperhatikan obatnya dan patuh pada diitnya.

**9) Pola Reproduksi dan Seksual**

Pasien mengatakan ia sudah memiliki istri dan dua orang anak.

**10) Pola Koping dan Toleransi Stress**

Pasien mengatakan apabila strees ia akan beroda

**11) Pola Nilai dan Keyakinan**

Pasien menganut agama islam da mengatakan ikhlas akan kondisinya sekarang, dan selalu berdoa kepada Allah.

**e. Pemeriksaan Fisik**

**1) Pengukuran antropometri**

Berat badan : 52 kg

Tinggi badan : 159 cm

Lila : 24 cm

**2) Tanda tanda vital**

Keadaan umum : baik

Kesadaran : compositis cooperatif

Tekanan darah : 140/89 mmhg

Nadi : 112 x/menit

Suhu : 36,8 c

Pernafasan : 20 x/menit

**3) Kepala**

Inspeksi : tidak ada benjolan dan tidak ada lesi warna rambut hitam .

**4) Mata**

Inspeksi : mata kiri dan kanan simetris kantung mata terlihat, penglihatan

tidak ada masalah, sklera tidak ikterik, pupil isokor kiri dan kana, konjungtiva anemis.

5) Hidung

Inspeksi : hidung bersih, tidak tampak lesi, terpasang nasal canule 3 liter, tampak ada pernafasan cuping hidung.

6) Telinga

Inspeksi : simetris kiri dan kanan, pendengaran masih jelas

7) Mulut

Inspeksi : mulut mukosa bibir kering, tampak sedikit pucat, gigi lengkap

8) Leher

Inspeksi : leher tidak ada pembengkakan kelenjer tiroid dan tidak ada pembesaran vena jugularis

9) Dada dan Thorax

Inspeksi : terdapat cdl pada sebelah kanan, tidak terdapat luka , simetris kiri kanan

Palpasi : fremitus kiri dan kanan sama

Perkusi : sonor

Auskultasi : bronkovesikuler, rh ( - /- )

10) Abdomen

Inspeksi : distensi abdomen (-), tidak ada luka

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : timpani

Auskultasi : bising usus (+)

11) Ekstremitas

Atas :

Kiri : infus terpasang renxamin, akral dingin, CRT < 2 detik, tidak ada oedema, turgor kulit menurun.

Kanan : akral dingin, CRT < 2 detik, **udem** tidak ada, turgor kulit menurun.

Bawah :

Kanan : akral teraba dingin, tidak ada oedema.

Kiri : akral teraba dingin, tidak ada oedema..

**f. Pemeriksaan Penunjang**

**1) Pemeriksaan laboratorium**

Tanggal pemeriksaan : 22 April 2024

Nama pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
Hemoglobin	5.1	g/dl	12.0 – 14.0
Leukosit	25.13	10*3/mm*3	5.0 – 10.0
Hematokrit	15	%	37.0 – 43.0
Trombosit	125	10*3/mm*3	150 – 400
MCV	87	fL	82.0 – 92.0
MCH	29	pg	27.0 – 31.0
MCHC	33	%	32.0 -36.0
RDW-CV	17.5	%	11.5 – 14.5
Natrium	137	mmol/L	136 – 145
Kalium	3.9	mmol/L	3.5 – 5.1
Klorida	109	mmol/L	97 - 111
Kreatinin darah	9.5		
Ureum darah	216	mg/dl	10 – 50

Tanggal pemeriksaan: 23 April 2025

Nama pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
Hemoglobin	7.5	g/dl	12.0 – 14.0
Leukosit	26.01	10*3/mm*3	5.0 – 10.0
Hematokrit	23	%	37.0 – 43.0
Trombosit	125	10*3/mm*3	150 – 400
MCV	90	fL	82.0 – 92.0
MCH	29	pg	27.0 – 31.0
MCHC	33	%	32.0 -36.0
RDW-CV	17.5	%	11.5 – 14.5
Natrium	137	mmol/L	136 – 145
Kalium	3.9	mmol/L	3.5 – 5.1

Klorida	109	mmol/L	97 - 111
Kreatinin darah	8.9	mg/dl	0.6 – 1.2
Ureum darah	210	mg/dl	10 – 50

Tanggal pemeriksaan : 26 April 2025

Nama pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
Hemoglobin	9.8	g/dl	12.0 – 14.0
Leukosit	20.01	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	5.0 – 10.0
Hematokrit	15	%	37.0 – 43.0
Trombosit	150	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 – 400
MCV	87	fL	82.0 – 92.0
MCH	29	pg	27.0 – 31.0
MCHC	33	%	32.0 -36.0
RDW-CV	17.5	%	11.5 – 14.5
Natrium	137	mmol/L	136 – 145
Kalium	3.9	mmol/L	3.5 – 5.1
Klorida	109	mmol/L	97 - 111
Kreatinin darah	4.7	mg/dl	0.6 – 1.2
Ureum darah	169	mg/dl	10 – 50

#### g. Program Pengobatan

1) Obat injeksi :

- IVFD Renxamin 200 cc/24 jam
- Inj Ampisilin sulbactam 4x 1,5 gr
- Inj omeprazole 4x 40 mg
- Inj transamin 3x 500 mg
- Inj Vit K 3x 10 mg

2) Obat oral :

- Sucralfate 3x10 cc
- Asam folat 1x5 mg
- Natrium bicarbonate 3x500 mg
- Paracetamol 3x 500 mg

## 2. Analisis Data

No	Data	Problem	Etiologi
1	<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nafas terasa sesak dan memberat jika banyak beraktivitas</li> <li>• Klien mengatakan sering haus</li> </ul> <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sesak</li> <li>• Pasien tampak lemas</li> <li>• Asupan cairan dibatasi 600-700 cc/hari</li> <li>• TD : 140/89 mmHg</li> <li>• HR : 112x/menit</li> <li>• RR : 20x/menit</li> <li>• Suhu : 36,6 C</li> <li>• Hb: 5.1mg/dl</li> <li>• Kalsium 3,9 mmol/L</li> <li>• Urine 180 cc</li> <li>• Kreatinin darah : 9.5 mg/dL</li> <li>• Ureum darah : 216 mg/dL</li> </ul>	Hipervolemia	Gangguan mekanisme regulasi
2	<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasien mengatakan bingung apa yang harus dilakukan</li> <li>• Pasien mengatakan merasa cemas dengan penyakitnya.</li> <li>• Pasien mengatakan susah tidur dimalam hari dan sering terbangun</li> </ul> <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak gelisah</li> <li>• Klien tampak tegang</li> <li>• TD: 140/89 mmHg</li> <li>• Nadi:112x/menit</li> <li>• Pernafasan:20 x/menit</li> </ul>	Ansietas	Krisis Situasional

## 3. Diagnosa Keperawatan

- a. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi
- b. Ansietas b.d krisis situasional

#### 4. Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi Keperawatan
1.	<b>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi</b>	<p><b>Keseimbangan cairan (L.03020)</b></p> <p>Ekspektasi : meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haluan urin meningkat</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> <li>• Denyut nadi radial membaik</li> <li>• Kelembaban membran meningkat</li> <li>• Edema menurun</li> </ul>	<p><b>Manajemen Hipervolemia (I. 03114):</b></p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa tanda dan gejala hipervolemia ( mis : ortopnea, dispnea, edema, suara nafas tambahan )</li> <li>• Identifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>• Monitor status hemodinamik ( mis frekuensi jantung, tekanan darah, map, cvp, pap) jika tersedia</li> <li>• Monitor intake dan output cairan</li> <li>• Monitor tanda hemakonsentrasi</li> <li>• Monitor tanda peningkatan osmotik plasma ( mis kadar protein dan albumin )</li> <li>• Monitor efek samping diuretik</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Timbang berta badan pada setiap hari dan waktu yang sama</li> <li>• Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>• Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan melapor jika haluan urine &lt; 0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam</li> <li>• Ajarkan cara membatasi cairan</li> </ul> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian diuretik</li> <li>• Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik</li> </ul> <p>.</p>

2.	<b>Ansietas b.d</b> <b>krisis situasional</b>	<b>Tingkat ansietas (L.09093)</b> <b>tingkat ansietas menurun</b> <b>dengan kriteria hasil :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>• Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>• Perilaku gelisah menurun</li> <li>• Perilaku tegang menurun</li> </ul>	<b>Reduksi Ansietas (I.09314)</b> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)</li> <li>• Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>• Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>• Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>• Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>• Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>• Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>• Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang</li> <li>• Menerapkan EBN terapi relaksasi otot progresif</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>• Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>• Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu</li> <li>• Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>• Latih penggunaan</li> </ul>
----	--	--	--

			<p>mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</li> </ul>
--	--	--	---

## 5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari / tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
<b>Selasa / 22-04-2025</b>	<b>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia ( mis : ortopnea, dispnea, edema, suara nafas tambahan)</li> <li>• Memonitor hemodinamik pasien</li> <li>• Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>• Memonitor intake dan output cairan</li> <li>• Membatasi asupan cairan dan garam</li> <li>• Meninggikan kepala tempat tidur 30–40°</li> <li>• Mengajarkan cara membatasi cairan</li> <li>• Mengkolaborasikan pemberian diuretik</li> </ul>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nafas terasa sesak, bertambah sesak jika terlentang dan banyak bergerak</li> <li>• Pasien mengatakan minum dalam sehari 2-3 gelas</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sesak</li> <li>• Pasien tampak lemas</li> <li>• Pasien tampak sedikit sesak</li> <li>• Asupan cairan dibatasi 700-800 cc/hari</li> <li>• TD : 147/103 mmHg</li> <li>• HR : 88x/menit</li> <li>• RR : 20x/menit</li> <li>• Suhu : 36,6 C</li> <li>• Kalsium 3,4 mmol/L</li> <li>• Urine 220 cc</li> <li>• Kreatinin darah : 3.1 mg/dL</li> <li>• Ureum darah : 90 mg/dL</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> intervensi dilanjutkan</p>
	<b>Ansietas b.d krisis situasional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor tanda-tanda ansietas baik verbal maupun nonverbal</li> <li>• Menciptakan suasana terapeutik untuk</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan merasa cemas akan penyakitnya dan menjalani hemodialisa</li> </ul> <p><b>O :</b></p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>menumbuhkan kepercayaan</li> <li>Menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>Menginformasikan secara faktual tentang diagnosis, pengobatan dan prognosis</li> <li>Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>Mengukur tingkat kecemasan menggunakan kuesioner HARS</li> <li>Melatih terapi relaksasi otot progresif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak gelisah</li> <li>Pasien tampak tegang</li> <li>frekuensi nadi membaik N : 102 x/i.,</li> <li>tekanan darah membaik 135/86 mmHg</li> <li>Tingkat kecemasan= sedang (24)</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan</p>
<b>Rabu / 23-04- 2025</b>	<b>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia ( mis : orthopnea, dispnea, edema, suara nafas tambahan)</li> <li>Memonitor hemodinamik pasien</li> <li>Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>Memonitor intake dan output cairan</li> <li>Membatasi asupan cairan dan garam</li> <li>Meninggikan kepala tempat tidur 30–40°</li> <li>Mengajarkan cara membatasi cairan</li> <li>Mengkolaborasikan pemberian diuretik</li> </ul>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan nafas terasa sesak, bertambah sesak jika terlentang dan banyak bergerak</li> <li>Pasien mengatakan minum dalam sehari 2-3 gelas</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak sesak</li> <li>Pasien tampak lemas</li> <li>Pasien tampak sedikit sesak</li> <li>Asupan cairan dibatasi 700-800 cc/hari</li> <li>TD : 147/103 mmHg</li> <li>HR : 88x/menit</li> <li>RR : 20x/menit</li> <li>Suhu : 36,6 C</li> <li>Kalium 3,4 mmol/L</li> <li>Urine 220 cc</li> <li>Kreatinin darah : 3.1 mg/dL</li> <li>Ureum darah : 90 mg/dL</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah hipervolemia teratasi sebagian <b>P :</b> intervensi dilanjutkan</p>
	<b>Ansietas b.d krisis situasional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memonitor tanda ansietas baik verbal maupun nonverbal</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan merasa cemas akan penyakitnya dan</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menginformasikan secara faktual tentang diagnosis, pengobatan dan prognosis</li> <li>• Mengajurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>• Mengukur tingkat kecemasan menggunakan kuesioner HARS</li> <li>• Melatih terapi relaksasi otot progresif</li> </ul>	menjalani hemodialisa O : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak gelisah</li> <li>• Pasien tampak tegang</li> <li>• frekuensi nadi membaik N : 99 x/i.,</li> <li>• tekanan darah membaik 130/75 mmHg</li> <li>• Tingkat kecemasan= sedang (23)</li> </ul> A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan
--	--	--	---

Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
<b>Kamis/ 24-04- 2025</b>	<b>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia ( mis : ortopnea, dispnea, edema, suara nafas tambahan)</li> <li>• Memonitor hemodinamik pasien</li> <li>• Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>• Memonitor intake dan output cairan</li> <li>• Membatasi asupan cairan dan garam</li> <li>• Meninggikan kepala tempat tidur 30–40°</li> <li>• Mengajarkan cara membatasi cairan</li> </ul>	<b>S:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nafas terasa sesak, bertambah sesak jika terlentang dan banyak bergerak</li> <li>• Pasien mengatakan minum dalam sehari 2-3 gelas</li> </ul> <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sesak</li> <li>• Pasien tampak lemas</li> <li>• Pasien tampak sedikit sesak</li> <li>• Asupan cairan dibatasi 700-800 cc/hari</li> <li>• TD : 147/103 mmHg</li> <li>• HR : 88x/menit</li> <li>• RR : 20x/menit</li> <li>• Suhu : 36,6 C</li> <li>• Kalium 3,4 mmol/L</li> <li>• Urine 220 cc</li> <li>• Kreatinin darah : 3.1 mg/dL</li> <li>• Ureum darah : 90 mg/dL</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkolaborasikan pemberian diuretic</li> </ul>	<p><b>A</b> : Masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p><b>P</b> : intervensi dilanjutkan</p>
	<b>Ansietas b.d krisis situasional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor tanda tanda ansietas baik verbal maupun nonverbal</li> <li>• Menginformasikan secara faktual tentang diagnosis, pengobatan dan prognosis</li> <li>• Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>• Mengukur tingkat kecemasan menggunakan kuesioner HARS</li> <li>• Melatih terapi relaksasi otot progresif</li> </ul>	<p><b>S</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan merasa cemas akan penyakitnya dan menjalani hemodialisa</li> </ul> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak gelisah</li> <li>• Pasien tampak tegang</li> <li>• frekuensi nadi membaik N : 94 x/i.,</li> <li>• tekanan darah membaik 131/80 mmHg</li> <li>• Tingkat kecemasan: Ringan (21)</li> </ul> <p><b>A</b> : masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P</b> : intervensi dilanjutkan</p>

Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
<b>Jumat/ 25-04-2025</b>	<b>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia ( mis : ortopnea, dispnea, edema, suara nafas tambahan)</li> <li>• Memonitor hemodinamik pasien</li> <li>• Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>• Memonitor intake dan output cairan</li> <li>• Membatasi asupan cairan</li> </ul>	<p><b>S</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nafas terasa sesak, bertambah sesak jika terlentang dan banyak bergerak</li> <li>• Pasien mengatakan minum dalam sehari 2-3 gelas</li> </ul> <p><b>O</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sesak</li> <li>• Pasien tampak lemas</li> <li>• Pasien tampak sedikit sesak</li> <li>• Asupan cairan dibatasi 700-800 cc/hari</li> </ul>

		<p>dan garam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meninggikan kepala tempat tidur 30–40°</li> <li>• Mengajarkan cara membatasi cairan</li> <li>• Mengkolaborasikan pemberian diuretic</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 147/103 mmHg</li> <li>• HR : 88x/menit</li> <li>• RR : 20x/menit</li> <li>• Suhu : 36,6 C</li> <li>• Kalium 3,4 mmol/L</li> <li>• Urine 220 cc</li> <li>• Kreatinin darah : 3.1 mg/dL</li> <li>• Ureum darah : 90 mg/dL</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> intervensi dilanjutkan</p>
	<b>Ansietas b.d krisis situasional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor tanda tanda ansietas baik verbal maupun nonverbal</li> <li>• Mengajurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>• Mengukur tingkat kecemasan menggunakan kuesioner HARS</li> <li>• Melatih terapi relaksasi otot progresif</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan merasa cemas akan penyakitnya dan menjalani hemodialisa</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak gelisah</li> <li>• Pasien tampak tegang</li> <li>• frekuensi nadi membaik N : 90 x/i.,</li> <li>• tekanan darah membaik 132/70 mmHg</li> <li>• Tingkat kecemasan: Ringan (18)</li> </ul> <p><b>A :</b> masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> intervensi dilanjutkan</p>

Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
<b>Sabtu/ 26-04-2025</b>	<b>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia ( mis : ortopnea, dispnea, edema, suara nafas</li> </ul>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nafas terasa sesak, bertambah sesak jika terlentang dan</li> </ul>

		<p>tambahan)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor hemodinamik pasien</li> <li>• Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>• Memonitor intake dan output cairan</li> <li>• Membatasi asupan cairan dan garam</li> <li>• Meninggikan kepala tempat tidur 30–40°</li> <li>• Mengajarkan cara membatasi cairan</li> <li>• Mengkolaborasikan pemberian diuretic</li> </ul>	<p>banyak bergerak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan minum dalam sehari 2-3 gelas</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sesak</li> <li>• Pasien tampak lemas</li> <li>• Pasien tampak sedikit sesak</li> <li>• Asupan cairan dibatasi 700-800 cc/hari</li> <li>• TD : 147/103 mmHg</li> <li>• HR : 88x/menit</li> <li>• RR : 20x/menit</li> <li>• Suhu : 36,6 C</li> <li>• Kalium 3,4 mmol/L</li> <li>• Urine 220 cc</li> <li>• Kreatinin darah : 3.1 mg/dL</li> <li>• Ureum darah : 90 mg/dL</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> intervensi dilanjutkan</p>
	<b>Ansietas b.d krisis situasional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor tanda tanda ansietas baik verbal maupun nonverbal</li> <li>• Mengajurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>• Mengukur tingkat kecemasan menggunakan kuesioner HARS</li> <li>• Melatih terapi relaksasi otot progresif</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan sudah tidak merasa cemas</li> <li>• Pasien mengatakan sudah tidak sulit tidur</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• frekuensi nadi membaik N : 95 x/i.,</li> <li>• tekanan darah membaik 127/80 mmHg</li> <li>• Tingkat kecemasan: Tidak ada kecemasan (13)</li> </ul> <p><b>A :</b> masalah teratasi</p> <p><b>P :</b> intervensi dihentikan</p>

## **B. Kasus 2**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

#### **a. Identitas Pasien**

Nama pasien : Tn.R  
No. RM : 01.25.XX.XX  
Umur : 61 tahun 9 bulan  
Jenis Kelamin : Laki-Laki  
Alamat : Jambi  
Tanggal masuk RS : 27 April 2025  
Ruang rawatan : Interne Pria A  
Tanggal pengkajian : 28 April 2025  
Diagnosa medis : CKD stage V on HD + Hipertensi + DM Tipe II

#### **b. Identitas Penanggung Jawab**

Nama : Ny. N  
Umur : 35 tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Jambi  
Pendidikan : SMA  
Hubungan : Anak kandung

#### **c. Riwayat Kesehatan**

##### **1) Keluhan Utama**

Pasien masuk kie IGD RSUP Dr M Djamil pada tanggal 27 April 2025 jam 11.38 WIB. Pasien mengeluh sesak nafas, lemah letih meningkat sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit dan penurunan nafsu makan

##### **2) Riwayat Kesehatan Sekarang**

Hasil pengkajian yang didapat pada tanggal 28 April 2025 di ruang rawat inap interne RSUP Dr M Djamil Padang, pasien mengeluh badan terasa lelah dan lemah, sesak nafas sudah berkurang, pasien mengatakan pasien mengatakan sudah diberi tahu bahwa Tn.R akan melakukan cuci darah/ hemodialisa, pasien mengatakan merasa cemas akan melakukan cuci darah, pasien khawatir penyakitnya akan bertambah parah. Setelah diukur dengan kuesioner HARS didapatkan tingkat kecemasan pasien yaitu kecemasan berat

dengan skor 30.

### **3) Riwayat Penyakit Dahulu**

Pasien merupakan pasien CKD Stage V rujukan dari daerah. Pasien sebelumnya menderita DM tipe 2 sejak 10 tahun yang lalu serta menderita hipertensi sejak 2 tahun yang lalu. Pasien mengatakan tidak rutin mengkonsumsi obat.

### **4) Riwayat Kesehatan Keluarga**

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga dengan riwayat penyakit yang sama.

### **5) Riwayat Psikososial**

Pasien mengatakan mendapatkan dukungan dari keluarga terutama anaknya untuk menjalani pengobatan selama sakit.

## **d. Pengkajian Fungsional Gordon**

### **1) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan**

Pasien mengatakan bingung apa yang harus dilakukan, merasa takut dan cemas dengan penyakitnya, pasien takut penyakitnya akan lebih parah. Pasien mengatakan jarang meminum obat rutin yang diberikan untuk penyakit Hipertensi dan DM yang dideritanya.

### **2) Pola Nutrisi dan Metabolik**

#### **a) Sehat**

Sebelum sakit pasien mengatakan makan 3x/hari, makanan yang dihabiskan 1 porsi, nafsu makan baik, frekuensi minum 5-6 gelas sehari. Sebelum sakit BB pasien adalah 70 kg, saat sakit berat badan pasien 68 kg.

#### **b) Sakit**

Saat dirumah sakit pasien mengatakan kurang nafsu makan, makanan yang dihabiskan  $\frac{1}{2}$  prosi dikarenakan setiap makan pasien merasa mual, frekunesi minum  $\pm$  600cc-700cc/hari.

### **3) Pola Eliminasi**

a) Sehat

Pada saat sehat pasien mengatakan BAB 1-2x sehari biasanya pagi atau sore hari dengan konsistensi lembek berwarna kuning khas.BAK ; pada saat sehat pasien BAK 2-3x sehari dengan konsentrasi sedikit dan tidak ada keluhan nyeri saat BAK

b) Sakit

Pada saat sakit pasien BAB : 1x sehari dengan konsistensi lembek berwarna kuning kecoklatan.BAK : pada saat sakit pasien BAK 2x sehari sedikit-sedikit dan tidak keluhan nyeri.

**4) Pola Aktivitas dan Latihan**

a) Sehat

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan kelemahan otot, tidak ada keterbatasan gerak aktivitas dilakukan secara mandiri. Klien dapat melakukan aktivitas harian secara mandiri.

b) Sakit

Saat dirumah sakit klien mengatakan merasa letih dan lemah jika beraktifitas terlalu banyak dan badan lemas. Aktivitas dapat dilakukan mandiri namun lebih banyak dibantu keluarga.

**5) Pola Istirahat dan Tidur**

a) Sehat

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan sulit tidur pasien tidur 6-7 jam pada malam hari.

b) Sakit

Pasien mengatakan mengalami gangguan tidur dan gelisah akibat penyakit yang dideritanya. Pasien juga mengatakan hanya tidur 3-4 jam selama di rumah sakit, pasien mengeluh merasa lelah dan tidak segar saat bangun.

**6) Pola Persepsi Sensori dan Kognitif**

Pasien tidak mengalami gangguan pendengaran maupun penglihatan.

**7) Pola Persepsi dan Konsep Diri**

Pasien mengatakan bingung apa yang harus dilakukan, merasa takut dan cemas dengan penyakitnya, pasien takut penyakitnya akan lebih parah.

**8) Pola Peran dan Hubungan**

Pasien mengatakan tidak mampu menjalankan peran sebagai kakek sehingga jarang bermain dengan cucunya, pasien mengatakan akan lebih memperhatikan obatnya dan patuh terhadap perawatan

**9) Pola Reproduksi dan Seksual**

Pasien sudah menikah dan memiliki anak

**10) Pola Nilai dan Keyakinan**

Pasien menganut agama islam dan mengatakan ikhlas akan kondisinya sekarang, dan selalu berdoa kepada Allah.

**e. Pemeriksaan Fisik****1) Pengukuran antropometri**

Berat badan : 68 kg

Tinggi badan : 160 cm

Lila : 25 cm

**2) Tanda tanda vital**

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis cooperatif

Tekanan darah : 147/89 mmhg

Nadi : 121 x/menit

Suhu : 38,6 c

Pernafasan : 21 x/menit

**3) Kepala**

Inspeksi : tidak ada benjolan dan tidak ada lesi, warna rambut hitam

**4) Mata**

Inspeksi : mata kiri dan kanan simetris kantung mata terlihat, penglihatan tidak ada masalah, sklera tidak ikterik, pupil isokor kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis.

**5) Hidung**

Inspeksi : hidung bersih, tidak tampak lesi, tidak ada pernafasan cuping hidung.

**6) Telinga**

Inspeksi : simetris kiri dan kanan, pendengaran masih jelas

**7) Mulut**

Inspeksi : mulut mukosa bibir kering, tampak sedikit pucat, gigi lengkap

8) Leher

Inspeksi : leher tidak ada pembengkakan kelenjer tiroid dan tidak ada pembesaran vena jugularis, terpasang CDL di kanan

9) Dada dan Thorax

Inspeksi : terdapat cdl pada sebelah kanan, tidak terdapat luka , simetris kiri kanan

Palpasi : fremitus kiri dan kanan sama

Perkusi : sonor

Auskultasi : bronkovesikuler, rh ( - /-)

10) Abdomen

Inspeksi : distensi abdomen (-), tidak ada luka

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : timpani

Auskultasi : bising uisuis (+)

11) Ekstremitas

Atas :

Kiri : kulit menggelap, akral dingin, CRT < 3 detik, turgor kulit menurun.

Kanan : kulit menggelap, akral akral dingin, CRT < 3 detik, turgor kulit menurun.

Bawah :

Kanan : akral teraba dingin, tidak ada udem

Kiri : akral teraba dingin, tidak ada udem.

**f. Pemeriksaan Penunjang**

**1) Pemeriksaan laboratorium**

**Tanggal pemeriksaan : 27 April 2025**

Nama pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
Hemoglobin	12.5	g/dl	12.0 – 14.0
Leukosit	20.38	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	5.0 – 10.0
Hematokrit	36	%	37.0 – 43.0
Trombosit	143	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 – 400
MCV	89	fL	82.0 – 92.0

<b>MCH</b>	<b>28</b>	<b>pg</b>	<b>27.0 – 31.0</b>
<b>MCHC</b>	<b>33</b>	<b>%</b>	<b>32.0 -36.0</b>
<b>RDW-CV</b>	<b>17.3</b>	<b>%</b>	<b>11.5 – 14.5</b>
<b>Natrium</b>	<b>137</b>	<b>mmol/L</b>	<b>136 – 145</b>
<b>Kalium</b>	<b>3.2</b>	<b>mmol/L</b>	<b>3.5 – 5.1</b>
<b>Klorida</b>	<b>103</b>	<b>mmol/L</b>	<b>97 - 111</b>
<b>Kreatinin darah</b>	<b>8.8</b>	<b>mg/dl</b>	<b>0.6 – 1.2</b>
<b>Ureum darah</b>	<b>150</b>	<b>mg/dl</b>	<b>10 – 50</b>

**Tanggal pemeriksaan : 02 Mei 2025**

<b>Nama pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Satuan</b>	<b>Rujukan</b>
<b>Hemoglobin</b>	<b>11.0</b>	<b>g/dl</b>	<b>12.0 – 14.0</b>
<b>Leukosit</b>	<b>11.57</b>	<b>10*3/mm*3</b>	<b>5.0 – 10.0</b>
<b>Hematokrit</b>	<b>31</b>	<b>%</b>	<b>37.0 – 43.0</b>
<b>Trombosit</b>	<b>176</b>	<b>10*3/mm*3</b>	<b>150 – 400</b>
<b>MCV</b>	<b>90</b>	<b>fL</b>	<b>82.0 – 92.0</b>
<b>MCH</b>	<b>27</b>	<b>pg</b>	<b>27.0 – 31.0</b>
<b>MCHC</b>	<b>33</b>	<b>%</b>	<b>32.0 -36.0</b>
<b>RDW-CV</b>	<b>17.0</b>	<b>%</b>	<b>11.5 – 14.5</b>
<b>Natrium</b>	<b>139</b>	<b>mmol/L</b>	<b>136 – 145</b>
<b>Kalium</b>	<b>3.2</b>	<b>mmol/L</b>	<b>3.5 – 5.1</b>
<b>Klorida</b>	<b>103</b>	<b>mmol/L</b>	<b>97 - 111</b>
<b>Kreatinin darah</b>	<b>5.7</b>	<b>mg/dl</b>	<b>0.6 – 1.2</b>
<b>Ureum darah</b>	<b>128</b>	<b>mg/dl</b>	<b>10 – 50</b>

#### **f. Program Pengobatan**

- 1) Obat injeksi :
  - IVFD Renxamin
  - Inj ampicillin subbactam
- 2) Obat oral :
  - Paracetamol 4x 500 mg

- N acetil sistein 3x200mg
- Asam folat 1x5 mg
- Natrium Bikarbonat 3x 500 mg

## 2. Analisis Data

No	Data	Problem	Etiologi
1	<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nafas terasa sesak dan memberat jika banyak bergerak</li> <li>• Klien mengatakan mudah haus</li> </ul> <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sesak</li> <li>• Pasien tampak lemas</li> <li>• Asupan cairan dibatasi 700-800 cc/hari</li> <li>• TD : 147/89 mmHg</li> <li>• HR : 121x/menit</li> <li>• RR : 20x/menit</li> <li>• Suhu : 36,6 C</li> <li>• Kalium 3,4 mmol/L</li> <li>• Urine 220 cc</li> <li>• Kreatinin darah : 3.1 mg/dL</li> <li>• Ureum darah : 90 mg/dL</li> </ul>	Hipervolemia	Gangguan mekanisme regulasi
2	<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasien mengatakan bingung apa yang harus dilakukan</li> <li>• Pasien mengatakan merasa cemas dengan penyakitnya.</li> <li>• Pasien mengatakan susah tidur dimalam hari dan sering terbangun</li> </ul> <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak gelisah</li> <li>• Klien tampak tegang</li> <li>• TD: 147/89 mmHg</li> <li>• Nadi:121x/menit</li> <li>• Pernafasan:21 x/menit</li> </ul>	Ansietas	Krisis situasional

## 3. Diagnosa Keperawatan

- a. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi
- b. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

## 4. Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi Keperawatan

1.	<b>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi</b>	<b>Keseimbangan cairan (L.03020)</b> Ekspektasi : meningkat Kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haluan urin meningkat</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> <li>• Denyut nadi radial membaik</li> <li>• Kelembaban membran meningkat</li> <li>• Edema menurun</li> </ul>	<b>Manajemen Hipervolemia (I.03114):</b> Observasi : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa tanda dan gejala hipervolemia ( mis : ortopnea, dispnea, edema, suara nafas tambahan )</li> <li>• Identifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>• Monitor status hemodinamik ( mis frekuensi jantung, tekanan darah, map, cvp, pap) jika tersedia</li> <li>• Monitor intake dan output cairan</li> <li>• Monitor tanda hemakonsentrasi</li> <li>• Monitor tanda peningkatan osmotik plasma ( mis kadar protein dan albumin )</li> <li>• Monitor efek samping diuretik</li> </ul> Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Timbang berta badan pada setiap hari dan waktu yang sama</li> <li>• Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>• Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40</li> </ul> Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan melapor jika haluan urine &lt; 0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam</li> <li>• Ajarkan cara membatasi cairan</li> </ul> Kolaborasi : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian diuretik</li> <li>• Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik</li> </ul>
2	<b>Ansietas b.d krisis situasional</b>	<b>Tingkat ansietas (L.09093)</b> <b>tingkat ansietas menurun</b> dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalisasi kebingungan</li> </ul>	<b>Reduksi Ansietas (I.09314)</b> Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)</li> </ul>

		<p>menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>• Perilaku gelisah menurun</li> <li>• Perilaku tegang menurun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>• Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>• Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>• Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>• Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>• Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>• Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>• Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>• Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu</li> <li>• Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>• Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> <li>• Latih Teknik relaksasi otot progresif</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</li> </ul>
--	--	---	---

--	--	--	--

## 5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari / tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Senin/ 28-4- 2025	<b>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia ( mis : ortopnea, dispnea, edema, suara nafas tambahan)</li> <li>Memonitor hemodinamik pasien</li> <li>Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>Memonitor intake dan output cairan</li> <li>Membatasi asupan cairan dan garam</li> <li>Meninggikan kepala tempat tidur 30–40°</li> <li>Mengajarkan cara membatasi cairan</li> </ul> <p>Mengkolaborasikan pemberian diuretic</p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan nafas terasa sesak, bertambah sesak jika terlentang dan banyak bergerak</li> <li>Pasien mengatakan minum dalam sehari 2-3 gelas</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak sesak</li> <li>Pasien tampak lemas</li> <li>Pasien tampak sedikit sesak</li> <li>Asupan cairan dibatasi 700-800 cc/hari</li> <li>TD : 138/77 mmHg</li> <li>HR : 110x/menit</li> <li>RR : 20x/menit</li> <li>Suhu : 36,6 C</li> <li>Kalium 3,4 mmol/L</li> <li>Urine 220 cc</li> <li>Kreatinin darah : 8,8mg/dL</li> <li>Ureum darah : 90 mg/dL</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> intervensi dilanjutkan</p>
	<b>Ansietas b.d krisis situasional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memonitor tanda-tanda ansietas baik verbal maupun nonverbal</li> <li>Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>Menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan merasa cemas akan penyakitnya dan menjalani hemodialisa</li> </ul> <p><b>O :</b></p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• mungkin dialami</li> <li>• Menginformasikan secara faktual tentang diagnosis, pengobatan dan prognosis</li> <li>• Mengajurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>• Mengukur tingkat kecemasan menggunakan kuesioner HARS</li> <li>• Melatih terapi relaksasi otot progresif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak gelisah</li> <li>• Pasien tampak tegang</li> <li>• frekuensi nadi membaik N : 110 x/i.,</li> <li>• tekanan darah membaik 138/77 mmHg</li> <li>• Tingkat kecemasan= sedang (28)</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan</p>
<b>Selasa/ 29-04- 2025</b>	<b>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia ( mis : orthopnea, dispnea, edema, suara nafas tambahan)</li> <li>• Memonitor hemodinamik pasien</li> <li>• Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>• Memonitor intake dan output cairan</li> <li>• Membatasi asupan cairan dan garam</li> <li>• Meninggikan kepala tempat tidur 30–40°</li> <li>• Mengajarkan cara membatasi cairan</li> </ul> <p>Mengkolaborasikan pemberian diuretic</p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nafas terasa sesak, bertambah sesak jika terlentang dan banyak bergerak</li> <li>• Pasien mengatakan minum dalam sehari 2-3 gelas</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sesak</li> <li>• Pasien tampak lemas</li> <li>• Pasien tampak sedikit sesak</li> <li>• Asupan cairan dibatasi 700-800 cc/hari</li> <li>• TD : 135/86 mmHg</li> <li>• HR : 102x/menit</li> <li>• RR : 20x/menit</li> <li>• Suhu : 36,6 C</li> <li>• Kalium 3,4 mmol/L</li> <li>• Urine 220 cc</li> <li>• Kreatinin darah : 8,8mg/dL</li> <li>• Ureum darah : 90 mg/dL</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah hipervolemia teratasi sebagian <b>P :</b> intervensi dilanjutkan</p>

	<b>Ansietas krisis situasional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor tanda-tanda ansietas baik verbal maupun nonverbal</li> <li>• Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>• Menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>• Menginformasikan secara faktual tentang diagnosis, pengobatan dan prognosis</li> <li>• Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>• Mengukur tingkat kecemasan menggunakan kuesioner HARS</li> <li>• Melatih terapi relaksasi otot progresif</li> <li>• </li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan merasa cemas akan penyakitnya dan menjalani hemodialisa</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak gelisah</li> <li>• Pasien tampak tegang</li> <li>• frekuensi nadi membaik N : 102 x/i.,</li> <li>• tekanan darah membaik 135/86 mmHg</li> <li>• Tingkat kecemasan = sedang (28)</li> </ul> <p><b>A :</b> masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> intervensi dilanjutkan</p>
<b>Rabu/ 30-04-2025</b>	<b>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, suara nafas tambahan)</li> <li>• Memonitor hemodinamik pasien</li> <li>• Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>• Memonitor intake dan output cairan</li> <li>• Membatasi asupan cairan dan garam</li> <li>• Meninggikan kepala tempat tidur 30–40°</li> <li>• Mengajarkan cara membatasi cairan</li> </ul> <p>Mengkolaborasikan pemberian diuretic</p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nafas terasa sesak, bertambah sesak jika terlentang dan banyak bergerak</li> <li>• Pasien mengatakan minum dalam sehari 2-3 gelas</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sesak</li> <li>• Pasien tampak lemas</li> <li>• Pasien tampak sedikit sesak</li> <li>• Asupan cairan dibatasi 700-800 cc/hari</li> <li>• TD : 140/75 mmHg</li> <li>• HR : 100x/menit</li> <li>• RR : 20x/menit</li> <li>• Suhu : 36,6 C</li> <li>• Kalium 3,4 mmol/L</li> <li>• Urine 220 cc</li> <li>• Kreatinin darah : 3.1 mg/dL</li> <li>• Ureum darah : 90 mg/dL</li> </ul>

			<p><b>A</b> : Masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p><b>P</b> : intervensi dilanjutkan</p>
	<b>Ansietas b.d krisis situasional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor tanda-tanda ansietas baik verbal maupun nonverbal</li> <li>• Menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>• Menginformasikan secara faktual tentang diagnosis, pengobatan dan prognosis</li> <li>• Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>• Mengukur tingkat kecemasan menggunakan kuesioner HARS</li> <li>• Melatih terapi relaksasi otot progresif</li> </ul>	<p><b>S</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan merasa cemas akan penyakitnya dan menjalani hemodialisa</li> </ul> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak gelisah</li> <li>• Pasien tampak tegang</li> <li>• frekuensi nadi membaik N : 100 x/i.,</li> <li>• tekanan darah membaik 140/75 mmHg</li> <li>• Tingkat kecemasan = sedang (24)</li> </ul> <p><b>A</b> : masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P</b> : intervensi dilanjutkan</p>
<b>Kamis/ 01-05-2025</b>	<b>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: orthopnea, dispnea, edema, suara nafas tambahan)</li> <li>• Memonitor hemodinamik pasien</li> <li>• Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>• Memonitor intake dan output cairan</li> <li>• Membatasi asupan cairan dan garam</li> <li>• Meninggikan kepala tempat</li> </ul>	<p><b>S</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nafas terasa sesak, bertambah sesak jika terlentang dan banyak bergerak</li> <li>• Pasien mengatakan minum dalam sehari 2-3 gelas</li> </ul> <p><b>O</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sesak</li> <li>• Pasien tampak lemas</li> <li>• Pasien tampak sedikit sesak</li> <li>• Asupan cairan dibatasi 700-800 cc/hari</li> <li>• TD : 138/79 mmHg</li> </ul>

		<p>tidur 30–40°</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengajarkan cara membatasi cairan Mengkolaborasikan pemberian diuretic</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HR : 97x/menit</li> <li>• RR : 20x/menit</li> <li>• Suhu : 36,6 C</li> <li>• Kalium 3,4 mmol/L</li> <li>• Urine 220 cc</li> <li>• Kreatinin darah : 8,8mg/dL</li> <li>• Ureum darah : 90 mg/dL</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> intervensi dilanjutkan</p>
	<b>Ansietas b.d krisis situasional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor tanda-tanda ansietas baik verbal maupun nonverbal</li> <li>• Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>• Menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>• Menginformasikan secara faktual tentang diagnosis, pengobatan dan prognosis</li> <li>• Mengajurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>• Mengukur tingkat kecemasan menggunakan kuesioner HARS</li> <li>• Melatih terapi relaksasi otot progresif</li> <li>•</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan merasa cemas akan penyakitnya dan menjalani hemodialisa</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak gelisah</li> <li>• Pasien tampak tegang</li> <li>• frekuensi nadi membaik N : 97 x/i.,</li> <li>• tekanan darah membaik 138/79 mmHg</li> <li>• Tingkat kecemasan= ringan (21)</li> </ul> <p><b>A :</b> masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> intervensi dilanjutkan</p>
<b>Jumat/ 02-05- 2025</b>	<b>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, suara nafas tambahan)</li> <li>• Memonitor hemodinamik pasien</li> <li>• Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</li> </ul>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nafas terasa sesak, bertambah sesak jika terlentang dan banyak bergerak</li> <li>• Pasien mengatakan minum dalam sehari 2-3 gelas</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor intake dan output cairan</li> <li>• Membatasi asupan cairan dan garam</li> <li>• Meninggikan kepala tempat tidur 30–40°</li> <li>• Mengajarkan cara membatasi cairan</li> </ul> <p>Mengkolaborasikan pemberian diuretic</p>	<p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sesak</li> <li>• Pasien tampak lemas</li> <li>• Pasien tampak sedikit sesak</li> <li>• Asupan cairan dibatasi 700-800 cc/hari</li> <li>• TD : 133/86 mmHg</li> <li>• HR : 92x/menit</li> <li>• RR : 20x/menit</li> <li>• Suhu : 36,6 C</li> <li>• Kalium 3,4 mmol/L</li> <li>• Urine 220 cc</li> <li>• Kreatinin darah : 5,7mg/dL</li> <li>• Ureum darah : 90 mg/dL</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> intervensi dilanjutkan</p>
	<p><b>Ansietas b.d</b></p> <p><b>krisis</b></p> <p><b>situasional</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor tanda-tanda ansietas baik verbal maupun nonverbal</li> <li>• Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>• Menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>• Menginformasikan secara faktual tentang diagnosis, pengobatan dan prognosis</li> <li>• Mengajurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>• Mengukur tingkat kecemasan menggunakan kuesioner HARS</li> <li>• Melatih terapi relaksasi otot progresif</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan merasa cemas akan penyakitnya dan menjalani hemodialisa</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak gelisah</li> <li>• Pasien tampak tegang</li> <li>• frekuensi nadi membaik N : 92 x/i.,</li> <li>• tekanan darah membaik 133/86 mmHg</li> <li>• Tingkat kecemasan= ringan (19)</li> </ul> <p><b>A :</b> masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> intervensi dilanjutkan</p>

**Lampiran 9**

**Dokumentasi**



# New KTA TURNITIN.docx

## ORIGINALITY REPORT

<b>18</b> SIMILARITY INDEX	<b>18%</b> INTERNET SOURCES	<b>9%</b> PUBLICATIONS	<b>9%</b> STUDENT PAPERS
-------------------------------	--------------------------------	---------------------------	-----------------------------

## PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang Student Paper	2%
2	repository.mercubaktijaya.ac.id Internet Source	2%
3	jurnal.stikeskesdam4dip.ac.id Internet Source	1%
4	repository.poltekkeskupang.ac.id Internet Source	1%
5	myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id Internet Source	1%
6	prosiding.d3per.uwhs.ac.id Internet Source	1%
7	jurnal.borneo.ac.id Internet Source	1%
8	123dok.com Internet Source	1%
9	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	1%
10	pdfcoffee.com Internet Source	1%
11	scholar.unand.ac.id Internet Source	1%
12	illisulistiwati.blogspot.com Internet Source	1%