

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep ESRD

2.1.1 Pengertian ESRD

End Stage Renal Disease adalah kerusakan ginjal progresif yang berakibat fatal dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan azotemia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah) (Pasaribu dkk. 2021).

ESRD adalah gangguan fungsi ginjal yang bersifat progresif dan irreversible dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia (Wijaya & Padila 2019).

Dampak lain yang bisa terjadi adalah (1) ginjal kehilangan kemampuan untuk mengkonsentrasikan atau mengencerkan urin setara normal, hal ini terjadi karena adanya penahanan cairan dan natrium sehingga meningkatkan risiko terjadinya edema, gagal jantung kongestif dan penyakit hipertensi, (2) terjadinya anemia, hal ini sebagai akibat dari produksi eritropoetin yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecenderungan untuk terjadi perdarahan akibat status uremik pasien, terutama dari saluran gastrointestinal ((Wijaya & Padila 2019).

2.1.2 Etiologi

Adapun penyebab ESRD adalah sebagai berikut (Almardhiyah 2023)

- a. Kondisi ginjal Infeksi saringan (glomerulus):

Glomerulonefritis, Infeksi bakteri seperti ureteritis, pielonefritis. Nefrolitiasis (batu ginjal), Kista di ginjal: ginjal polisisit khususnya merusak ginjal, kanker ginjal, sumbatan seperti batu, tumor, dan penyempitan.

- b. Penyakit umum yang tidak berhubungan dengan ginjal Penyakit sistemik seperti Lupus sistemik, kolesterol tinggi, hipertensi, diabetes melitus, dan dislipidemia eritematosus, TB paru, sifilis, malaria, hepatitis, pre eklampsia, dan obat-obatan adalah hasil dari infeksi internal.

2.1.3 Klasifikasi

Stadium GKG didasarkan pada laju filtrasi glomerulus (LFG). LFG normal adalah 125 mL/min/1.73 m² (Saragih 2021)

- a. Stadium 1 LFG >90 mL/min/1.73 m², kerusakan ginjal dengan LFG normal atau meningkat.
- b. Stadium 2 LFG = 60 – 89 mL/min/1.73 m², terjadi penurunan ringan pada LFG.
- c. Stadium 3 LFG = 30 – 59 mL/min/1.73 m², terjadi penurunan sedang pada LFG.
- d. Stadium 4 LFG = 15 – 29 mL/min/1.73 m², terjadi penurunan berat pada LFG.
- e. Stadium 5 LFG < 15 mL/min/1.73 m², gagal ginjal tahap akhir terjadi ketika ginjal tidak dapat membuang sisa metabolisme tubuh atau menjalankan fungsi pengaturan dan memerlukan terapi penggantian ginjal untuk mempertahankan hidup.

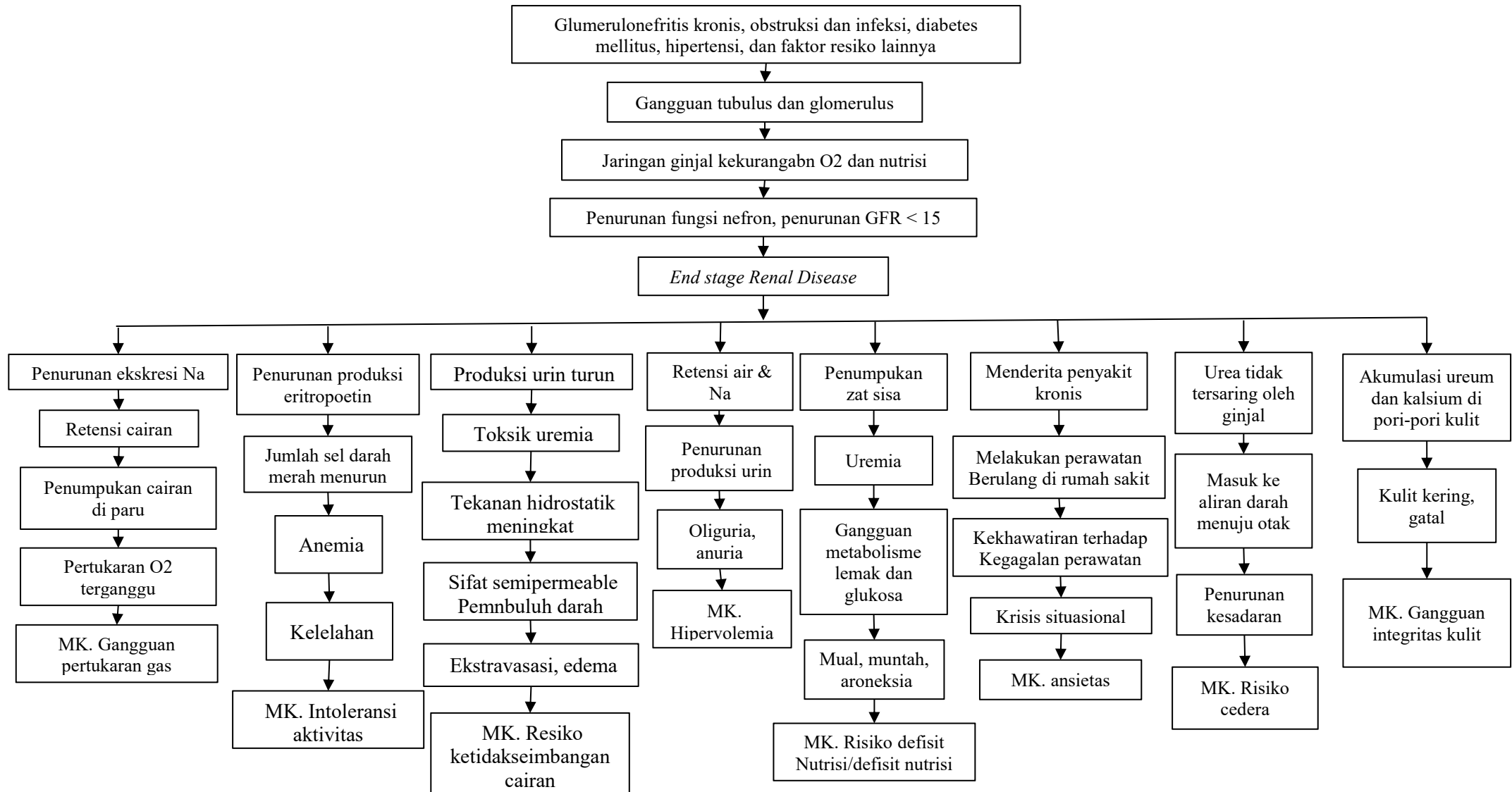
2.1.4 Patofisiologi

ESRD atau gagal ginjal kronik disebabkan oleh berbagai kondisi, seperti gangguan metabolik (DM), infeksi (Pielonefritis), Obstruksi Traktus Urinarius, Gangguan

Imunologis, Hipertensi, Gangguan tubulus primer (nefrotoksin) dan Gangguan kongenital yang menyebabkan GFR menurun. Pada waktu terjadi kegagalan ginjal sebagai nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) diduga utuh sedangkan yang lain rusak (hipotesis nefron utuh). Nefron-nefron yang utuh hipertrofi dan memproduksi volume filtrasi yang meningkat disertai reabsorpsi walaupun dalam keadaan penurunan GFR <15. Metode adaptif ini memungkinkan ginjal untuk berfungsi sampai $\frac{3}{4}$ dari nefron-nefron rusak. Beban bahan yang harus dilarut menjadi lebih besar daripada yang bisa di reabsorpsi berakibat diuresis osmotik disertai poliuri dan haus. Selanjutnya karena jumlah nefron yang rusak bertambah banyak timbul disertai retensi produk sisa. Titik dimana timbulnya gejala seperti terjadinya penurunan natrium yang menyebabkan adanya retensi cairan dapat mengakibatkan penumpukan cairan di paru sehingga terganggunya pertukaran O_2 Sehingga timbul masalah **gangguan pertukaran gas**. gejala-gejala pada pasien menjadi lebih jelas dan muncul gejala yang khas, kegagalan ginjal bisa terjadi karena fungsi ginjal yang hilang sekitar 80%-90%. Pada tingkat ini fungsi renal yang demikian lebih rendah itu sehingga timbul masalah **Intoleransi Aktivitas**. Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah maka gejala akan semakin berat sehingga timbul masalah **resiko ketidakseimbangan cairan**. gagal ginjal stadium akhir akibatnya akan mengalami penurunan retensi air dan Na dimana kondisi tersebut tubuh tidak mampu mempertahankan kadar cairan sehingga terjadi penurunan produksi urin dan

ginjal tidak mampu memproduksi cukup urin sehingga timbul masalah **Hipervolemia**. Penderita gagal ginjal stadium akhir mengalami penyakit kronis hingga menahun, melakukan perawatan berulang dirumah sakit adanya kekhawatiran mengalami kegagalan dan pasien mengalami krisis situasional sehingga timbul masalah **Ansietas**. Urea yang tidak tersaring oleh ginjal dapat masuk aliran darah ke otak sehingga menyebabkan penurunan kesadaran di dapatkan masalah yang muncul **resiko cedera**. akumulasi ureum dan kalsium di pori-pori kulit dapat menyebabkan kulit menjadi kering dan gatal sehingga timbul masalah **Intoleransi Aktivitas** .

2.1.5 Pathway



Sumber : (Guswanti 2019)

2.1.6 Manifestasi Klinis

Pada pasien penderita ESRD akan menunjukkan berbagai tanda dan gejala klinis. Berikut adalah tanda-tanda klinis ESRD (Almardhiyah 2023).

Gejala kardiovaskular, seperti hipertensi akibat retensi garam dan cairan akibat aktivitas sistem renin-angiotensin-aldosteron, Gagal jantung kongestif, perikarditis akibat toksin uremik yang mengiritasi lapisan perikardium, edema paru, edema periorbital, edema ekstremitas, dan gejalatambahan seperti pembesaran vena jugularis yang disebabkan oleh kelebihan cairan.

- a. Pulmonar, yang menunjukkan pernapasan dangkal, pernapasan Kussmaul, sputum kental dan berwarna seperti tanah liat, dan ronki.
- b. Gejala Dermatologi seperti rasa gatal yang hebat (pruritis) yang diakibatkan oleh penumpukan ureum dibawah kulit. Warna kulit menjadi mengkilat, kering bersisik, ekimosis, serta rambut menjadi tipis dan rapuh.
- c. Gejala gastrointestinal seperti anoreksia, mual, muntah, cegukan, penurunan produksi air liur, gangguan pengecap dan penciuman, pendarahan saluran GI, konstipasi, dan diare.
- d. Gejala neurologis dapat berupa keletihan otot, kejang, perubahan tingkat kesadaran, kelemahan, dan kelelahan.

- e. Gejala Muskulokeletal meliputi kram otot, kehilangan massa otot, patah tulang, dan foot drop.
- f. Gejala Reproduksi meliputi Amenore dan atrofi testikuler.

2.1.7 Komplikasi

Penyakit ESRD dapat menyebabkan tubuh menahan terlalu banyak cairan, sehingga mengakibatkan kelainan abnormalitas seperti tekanan darah tinggi, gagal jantung, edema paru atau kondisi yang ditandai dengan gejala kesulitan bernapas, kondisi dermatologis yang ditandai dengan rasa gatal pada kulit, dan gejala gastrointestinal seperti anoreksia, mual, muntah, dan cegukan. serta kondisi neuromuskular termasuk perubahan tingkat kesadaran, dan berkurangnya fokus (Almardhiyah 2023)

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan atau hasil pemeriksaan diagnostic yang mendukung diagnosis adalah (Saragih 2021)

- a. Sinar-X Abdomen: Melihat gambaran batu radio atau nefrokalsinosis.
- b. Pielogram intravena: Jarang dilakukan karena potensi toksin, sering digunakan untuk diagnosis batu ginjal.
- c. Ultrasonografi ginjal: Untuk melihat ginjal polikistik dan hidronefrosis, yang tidak terlihat pada awal obstruksi, Ukuran ginjal biasanya normal pada nefropati diabetik.
- d. CT Scan: Untuk melihat massa dan batu ginjal yang dapat

menjadi penyebab gagal ginjal.

- e. MRI: Untuk diagnosis thrombosis vena ginjal. Angiografi untuk diagnosis stenosis arteri ginjal, meskipun arteriografi ginjal masih menjadi pemeriksaan standart.
- f. Voiding cystourethrogram (VCUG): Pemeriksaan standart untuk diagnosis refluk vesikoureteral.

2.1.9 Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan adalah menjaga keseimbangan cairan elektrolit dan mencegah komplikasi, yaitu sebagai berikut (Guswanti 2019).

1. Dialisis

Dialisis dapat dilakukan dengan mencegah komplikasi gagal ginjal yang serius, seperti hiperkalemia, pericarditis, dan kejang. Dialisis memperbaiki abnormalitas biokimia, menyebabkan cairan, protein dan natrium dapat dikonsumsi secara bebas, menghilangkan kecenderungan perdarahan dan membantu penyembuhan luka. Dialisis atau dikenal dengan nama cucidarah adalah suatu metode terpi yang bertujuan untuk menggantikan fungsi/kerja ginjal yaitu membuang zat-zat sisa dan kelebihan cairan dari tubuh. Terapi ini dilakukan apabila fungsi kerja ginjal sudah sangat menurun (lebih dari 90%) sehingga tidak lagi mampu untuk menjaga kelangsungan hidup individu, maka perlu dilakukan terapi.

Selama ini dikenal ada 2 jenis dialisis : (1) Hemodialisis (cuci darah dengan mesin dialiser), (2) Dialisis peritoneal (cuci darah melalui perut) Terapi kedua adalah dialisis peritoneal untuk metode cuci darah dengan bantuan membrane peritoneum (selaput rongga perut). Jadi, darah tidak perlu dikeluarkan dari tubuh untuk dibersihkan dan disaring oleh mesin dialisis.

a. Koreksi hiperkalemia

Mengendalikan kalium darah sangat penting karena hiperkalemia dapat menimbulkan kematian mendadak. Hal pertama yang harus diingat adalah jangan menimbulkan hiperkalemia. Selain dengan pemeriksaan darah, hiperkalemia juga dapat didiagnosis dengan EEG dan EKG. Bila terjadi hiperkalemia, maka pengobatannya adalah dengan mengurangi intake kalium, pemberian Na Bikarbonat, dan pemberian infus glukosa.

b. Koreksi anemia

Usaha pertama harus ditujukan untuk mengatasi factor defisiensi, kemudian mencari apakah ada perdarahan yang mungkin dapat diatasi. Pengendalian gagal ginjal pada keseluruhan akan dapat meninggikan Hb. Tranfusi darah hanya dapat diberikan bila ada indikasi yang kuat, misalnya ada infus koroner.

c. Koreksi asidosis

Pemberian asam melalui makanan dan obat-obatan harus dihindari. Natrium Bikarbonat dapat diberikan peroral atau parenteral. Pada permulaan 100 mEq natrium bikarbonat diberi intravena perlahan-lahan, jika diperlukan dapat diulang. Hemodialisis dan dialisis peritoneal dapat juga mengatasi asidosis.

d. Pengendalian hipertensi

Pemberian obat beta bloker, alpa metildopa dan vasodilatator dilakukan. Mengurangi intakei garam dalam mengendalikan hipertensi harus hati-hati karena tidak semua gagal ginjal disertai retensi natrium.

e. Transplantasi ginjal

Dengan pencangkokan ginjal yang sehat keipasien gagal ginjal kronik, maka seluruh faal ginjal diganti oleh ginjal yang baru

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan pada tahap pertama yaitu pengkajian. Dalam pengkajian perlu dikaji biodata pasien dan data-data untuk menunjang diagnosa. Data tersebut harus seakurat akuratnya, agar dapat digunakan dalam tahap

berikutnya. Berikut pengkajian yang mungkin ditemukan pada pasien ESRD (Saragih 2021)

- a) Identitas: nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku, alamat, status, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnose medis. Laki-laki sering memiliki resiko lebih tinggi terkait dengan pekerjaan dan pola hidup sehat.
- b) Keluhan utama: Keluhan sangat bervariasi, terlebih jika terdapat penyakit sekunder yang menyertai. Keluhan bisa berupa urin output yang menurun dari oliguria-anuria, penurunan kesadaran karena komplikasi pada sistem sirkulasi, ventilasi, anoreksia, mual dan muntah, diaforesis, fatigue, napas berbau urea, dan pruritus.
- c) Riwayat kesehatan sekarang: pasien datang dengan keluhan anoreksia, mual, kenaikan berat badan, atau edema, penurunan output urin, perubahan pola napas, perubahan fisiologis kulit dan bau urea pada napas.
- d) Riwayat kesehatan dahulu: Kaji riwayat penyakit terdahulu seperti penyakit ISK, payah jantung, penggunaan obat-obat berlebihan, diabetes melitus, hipertensi atau batuan saluran kemih.
- e) Riwayat kesehatan keluarga: ESRD bukan penyakit

menular dan menurun, sehingga silsilah keluarga tidak terlalu berdampak pada penyakit ini. Namun penceetus sekunder seperti DM dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronis, karena penyakit tersebut bersifat hereditari.

f) Riwayat Psikososial

Kondisi ini tidak selalu ada gangguan jika klien memiliki coping adaptif yang baik. Pada klien gagal ginjal kronis stadium akhir, biasanya perubahan psikososial terjadi pada waktu klien mengalami perubahan struktur fungsi tubuh dan menjalani proses dialisa.

g) Kondisi umum dan tanda-tanda vital

Kondisi klien gagal ginjal kronis biasanya lemah (fatigue), tingkat kesadaran bergantung pada tingkat toksisitas. Pada pemeriksaan TTV sering didapatkan RR meningkat (Takipneu), hipertensi/hipotensi sesuai dengan kondisi

1. Sistem Pernafasan

Adanya bau urea pada bau napas. Jika terjadi komplikasi asidosis/alkalosis respiratorik maka kondisi pernapasan akan mengalami patalogis gangguan. Pola napas akan semakin cepat dan dalam sebagai bentuk

kompensasi tubuh mempertahankan ventilasi (Kussmaul).

2. Sistem hematologi

Ditemukan adanya friction rub pada kondisi uremia berat. Selain itu biasanya terjadi TD meningkat, akral dingin, CRT >3 detik, palpitasi, jantung, chest pain, dyspnea, gangguan irama jantung dan gangguan sirkulasi lainnya. Kondisi ini akan semakin parah jika zat sisa metabolisme semakin tinggi dalam tubuh karena tidak efektif dalam eksresinya. Selain itu pada fisiologi darah sendiri sering ada gangguan anemia karena penurunan eritropoetin

3. Sistem Neuromuskuler

Penurunan kesadaran terjadi jika telah mengalami hiperkarbia dan sirkulasi serebral terganggu. Oleh karena itu penurunan kognitif dan terjadinya disorientasi akan dialami klien gagal ginjal kronis

4. Sistem Kardiovaskuler

Penyakit yang berhubungan langsung dengan kejadian gagal ginjal kronis salah satunya adalah hipertensi. Tekanan darah yang tinggi di atas ambang kewajaran akan mempengaruhi volume vaskuler. Stagnansi ini akan memicu retensi natrium dan air sehingga akan meningkatkan beban jantung.

5. Sistem Endokrin

Berhubungan dengan pola seksualitas, klien dengan gagal ginjal kronis akan mengalami disfungsi seksualitas karena penurunan hormon reproduksi. Selain itu jika kondisi gagal ginjal kronis berhubungan dengan penyakit diabetes melitus, maka akan ada gangguan dalam sekresi insulin yang berdampak pada proses metabolisme.

6. Sistem genitourinaria

Gangguan/ kegagalan fungsi ginjal secara kompleks (filtrasi, sekresi, reabsorpsi dan ekskresi), maka manifestasi yang paling menonjol adalah penurunan urine output < 400 ml/hr bahkan sampai pada anuria.

7. Sistem Pencernaan

Gangguan sistem pencernaan lebih dikarenakan efek dari penyakit (stress effect). Sering ditemukan anoreksia, mual, muntah dan diare.

8. Sistem Muskuloskeletal

Dengan penurunan/ kegagalan fungsi sekresi pada ginjal maka berdampak pada proses demineralisasi tulang, sehingga terjadinya osteoporosis tinggi.

2.2.2 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala perawatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja PPNI 2018)

Tabel 2 1 Tabel Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi	
		Tujuan	Tindakan
1.	Hipervolemia b.d.Kelebihan Asupan Cairan penyakit ESRD ditandai dengan Mayor DS : klien mengatakan Ortopnea, Dispenea,paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) DO : Ederma anasarka dan/atau ederma perifer,Berat badan meningkatdalam waktu singkat, Jugular Venous Pressure (JVP) dan/atau Cental Venous Pressure (CVP) meningkat, Refleks hepatojugular positif. Minor	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Status Cairan membaik (L.03020) Kriteria Hasil: 1).Kekuatan nadi meningkat 2).Output urin meningkat 3).Membran mukosalembab meningkat 4).Ortopnea menurun 5).Dispnea menurun 6).Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun 7).Edema anasarka menurun	Manajemen Hipervolemia (1.03114) Observasi: 1) Periksa tanda dangejala hypervolemia (mis: ortopnea,dispnea, edema,JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2) Identifikasi penyebab Hipervolemia 3) Monitor status hemodinamik (mis: frekuensi jantung, tekanandarah, MAP, CVP, PAP,PCWP, CO, CI) jika tersedia 4) Monitor intakedan output cairan

DS : -	8).Edema perifer menurun	5) Monitor tanda hemokonsentrasi
DO : Ditensi vena jugularis, Terdengar suara nafas tambahan, Hepatomegali, Kadar Hb/Ht turun, Oliguria, Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif), Kongesti paru Kondisi Klinis Terkait :Penyakit Ginjal : Gagal ginjal Kronis	9).Frekuensi nadi membaik	(mis:kadarnatrium, BUN,hematokrit, beratjenis urine)
	10).Tekanan darah membaik	6) Monitor tandapeningkatan tekanan onkotikplasma (mis.kadar protein dan albumin meningkat)
	11)Turgor kulit membaik	7) Monitor kecepatan infus secara cepat
	12).Jugular venouspressure membaik	8) Monitor efeksamping diuretic(mis. Hipotensiortostatik, hypovolemia, hypokalemia, hiponatremia).
	13).Hemoglobin membaik	Terapeutik:
	14).Hematokrit membaik	9) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
		10) Batasi asupan cairan dan garam
		11) Tinggikan kepalatempat tidur 30-40 °
		Edukasi:
		12) Anjurkan melapor jikahaluaran urin <0,5 ml/kg dalam 6 jam
		13) Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1

			kg dalam sehari 14) Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan. 15) Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi: 16) Kolaborasi pemberian diuretic Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic 17) Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu
2	Defisit Nutrisi b.d. Ketidakmampuan menelan makanan (D.0019) ditandai dengan : Mayor DS : - DO : berat badan menurun hingga 10%. Minor DS : klien mengatakan Cepat Kenyang setelah makan, Kram atau nyeri abdomen, nafsu makan	Setelah dilakukan Tindakan Keperawatan diharapkan Status Nutrisi membaik (L.03030) Kriteria Hasil : 1) BB membaik (5) 2) Nafsu makan membaik (5) 3) Membran Mukosa membaik (5) 4). Sariawan menurun (5) 5). Rambu Rontok menurun (5)	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi: 1) Observasi status nutrisi 2) Identifikasi dan intoleransi makanan 3) Identifikasi makanan yang disukai 4) identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5) identifikasi perlunya penggunaan selang

menurun.	6).Diare menurun (5)	nasogastrik
DO : Bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.		6) Monitor asupan makanan 7) Monitor beratbadan Monitor hasil 8) Pemeriksaan laboratorium Terapeutik: 9) Lakukan oral hygiene sebelummakan , jikap perlu 10) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramidamakanan) 11) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai Beri makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 12) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 13) Berikan suplemen makanan, jika perlu 14) Hentikan pemberian makanan melalui selangnasogastric jika asupan oral dapat di toleransi. Edukasi:

			15) Anjurkan posisiduduk, jikamampu. 16) Anjurkan diet yang diprogramkan Kolaborasi: 17) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan(mis. Peredanyeri, antiemetik), jika perlu Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu.
3	Ansietas b.d. Kekhawatiran mengalami kegagalan (D.0080) Mayor DS : klien mengatakan Merasa Bingung,Merasa Khawatir dengan akibatdari kondisi yang di hadapi DO : Tampak gelisah,Tampak tegang, sulit tidur. Minor DS : klien mengeluh pusing, Anoreksia,	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Tingkatansietas menurun (L.09093) Kriteria Hasil : 1) Verbalisasi kebingungan menuru (5) 2) Verbalisasi khawatir akibatkondisi yang dihadapi menurun (5) 3) Perilaku gelisahmenurun (5) 4) Frekuensi nadimenurun (5) 5) Frekuensi pernafasan menurun (5) 6) Keluhan pusingmenurun (5)	Terapi relaksasi (I.09314) Observasi: 1) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan Kognitif 2) Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3) Identifikasi kesediaan, kemampuan, danpenggunaan Teknik sebelumnya

Palpitasi, merasa tidakberdaya	7) Anoreksia menurun (5)	4) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan
DO : Frekuensi nafas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, Diaforesis,	8) Palpitasi menurun (5)	5) Monitor respon terhadap terapi relaksasi
Tremor, muka tampak pucat, suara bergetar,	9) Merasa tidakberdaya membaik (5)	Terapeutik:
kontak mata buruk, sering berkemih,	10) Pucat menurun (5)	6) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan
berorientasi pada masa lalu.	11) Kontak mata membaik (5)	7) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
	12) Merasa tidakberdaya membaik (5)	8) Gunakan pakaian longgar
		9) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama
		10) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai
		Edukasi:
		11) Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik,

			meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 12) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 13) Anjurkan mengambil posisi nyaman 14) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 15) Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih 16) Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
4	Intoleransi aktivitas b.d.kelemahan di tandai dengan Mayor DS : Mengeluh lelah DO : Frekuensi jantung meningkat > 20% dari kondisi istirahat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Toleransi Aktivitas meningkat (L.05047) Kriteria Hasil : 1) Keluhan Lelah menurun (5) 2) Dispnea saat aktivitas menurun 3) Dispnea setelah aktivitas menurun (5)	Manajemen Energi (I.05178) Observasi: 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional 3) Monitor pola dan jam tidur

Minor DS : Klien mengatakan Dispnea saat/setelah beraktivitas, merasa lemah. DO : Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukan aritma saat/setelah aktivitas, Gambar EKG menunjukan iskemia, sianosis.	4) Sianosis menurun (5) 5) EKG Iskemia membaik (5).	4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. Terapeutik: 5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus(mis: cahaya, suara, kunjungan) 6) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi: 9) Anjurkan tirah baring 10) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 12) Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi:
---	---	--

			Kolaborasi :
			13) dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
5	Risiko ketidak seimbangan cairan Di tandai dengan dengan penyakit ginjal (D.0036)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Keseimbangan Cairan meningkat(L.03020) Kriteria Hasil : 1) Haluaran urin meningkat (5) 2) Edema menurun(5) 3) Dehidrasi menurun (5) 4) Asites Menurun (5) 5). Tekanan darah membaik (5) 6). Membrane mukosa membaik(5) 7). Turgor kulit membaik (5) 8). Berat badan membaik (5)	Manajemen Cairan(I.03098) Observasi : 1) Monitor statushidrasi (mis: frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2) Monitor beratbadan harian 3) Monitor berat badan sebelumdan sesudah dialisis 4) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis: hematokrit,Na, K, Cl, berat jenis urin, BUN) 5) Monitor statushemodinamik (mis: MAP, CVP, PAP, PCWP, jika tersedia) Terapeutik: 6) Catat intake- output dan hitungbalans

	cairan 24 jam 7) Berikan asupancairan, sesuai kebutuhan 8) Berikan cairanintravena, jikaperlu Kolaborasi: 9) Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu.
Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Status nutrisi membaik (L.03030) Kriteria Hasil : 1) BB membaik (5) 2) Nafsu makan membaik (5) 3) Membran mukosa membaik (5)	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi: 1) Identifikasi kebutuhan kaloridan jenis nutrien Monitor asupan Makanan 2) Monitor berat badan Terapeutik: 3) Fasilitasi menentukan pedoman diet(mis: piramida makanan) Edukasi: 4) Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi: 5) Kolaborasi dengan ahli giziuntuk menentukan jumlah kalori danjenis nutrienyang dibutuhkan,jika perlu

6	Risiko defisit nutrisi Ditandai dengan Ketidakmampuan menelan makanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Status Nutrisi membaik (L.03030) Kriteria Hasil : 4) BB membaik (5) 5) Nafsu makan membaik (5) 6) Membran mukosa membaik (5) 4).Sariawan menurun (5) 5).Rambut Rontok menurun (5) 6).Diare menurun (5)	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi: 1) observasi status nutrisi 2) Identifikasi dan intoleransi makanan 3) Identifikasi makanan yang di sukai 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5) Identifikasi oerlunya penggunaan selang nasogastrik 6) Monitor asupan makanan 7) Monitor berat badan 8) Monitor hasil Pemeriksaan laboratorium Terapeutik: 9) Lakukan oral hygiene sebelum makan , jika perlu 10) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) 11) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
---	---	---	---

			12) Beri makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14) Berikan suplemen makanan, jika perlu 15) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi. Edukasi: 16) Anjurkan posisiduduk, jika mampu. 17) Anjarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi: 18) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu. 19) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu
7	Risiko Cidera Ditandai dengan Hipotensi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Pencegahan Cidera (I.14537)

(D.0136)	diharapkan Tingkat cedera teratasi dengan kriteria hasil : 1. Toleransi aktivitas nafsu makan menurun (1) 2. Toleransi makanmenurun (1) 3. kejadian cidera luka/lecet menurun(5) 4. Gangguan mobilitas fisikmenurun (5)	Observasi 1) Identifikasi area lingkungan yang berpotensi 2) menyebabkancedera Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera 3) Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah. Terapeutik 4) Sediakan pencahayaan yang memadai 5) Gunakan lamputidur selama jam tidur 6) Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (mis: penggunaan telepon,tempat tidur, penerangan ruangan,dan lokasi kamar mandi) 7) Gunakan alas kaki jika berisiko mengalami cedera Seri u s 8) Sediakan alaskaki antislip 9) Sediakan pispotdan urinal untuk eliminasi di tempattidur, jika perlu
----------	---	--

-
- 10) Pastikan bel panggilan atau telepon mudah terjangkau
 - 11) Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau
 - 12) Pertahankan posisi tempat tidur diposisi terendah saat digunakan
 - 13) Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci
 - 14) Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan Kesehatan
 - 15) Pertimbangkan penggunaan alarm elektronik pribadi atau alarm sensor pada tempat tidur atau kursi
 - 16) Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang Diperlukan
 - 17) Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai (mis: tongkat atau alat bantu jalan)
-

			18) Diskusikan Bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien 19) Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan Edukasi 20) Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga 21) Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa
8	Gangguan pertukaran Gas B. Ketidakseimbangan Ventilasi-perfusi Mayor DS: Klien mengatakan Dispnea DO : PCO ₂ meningkat/menurun Minor DS : Pusing, Penglihatan Kabur DO : Sianosis, Diaforesis, gelisah, nafas cuping hidung, pola nafas abnormal (cepat/abnormal), regular dan ireguler, dalam/dangkal).	Setelah dilakukan Tindakan Keperawatan Diharapkan Pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Dispnea menurun (5) 2. Bunyi napas tambahan menurun (5) 3. Takikardia membaik (5) 4. PCO ₂ membaik (5) 5. PO ₂ membaik (5) 6. pH arteri membaik (5)	Terapi Oksigen l. 01026 Observasi : 1) Monitor kecepatan aliran Oksigen 2) Monitor posisi alat terapi oksigen 3) Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup. 4) Monitor efektifitas terapi oksigen (mis. Oksimetri, Analisa gas darah), jika perlu 5) Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan

			6) Monitor tanda- tanda hipoventilasi 7) Monitor monitortanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektasis 8) Monitor tingkatkecemasan akibat terapi oksigen 9) Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen
9	Integritas Kulit B.d kekurangan atau kelebihan volume cairan (D.0129) Ditandai dengan Mayor DS : - DO : Kerusakan jaringan/lapisan kulit Minor DS : - DO : Nyeri, perdarahan,kemerahan, hematoma	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit/jaringan meningkat dengan kriteria hasil : 1.kerusakan jaringan menurun (5) 2.kerusakan lapisan kulit menurun. (5)	Perawatan Integritas kulit (1.11353) Observasi : 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis:perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Teurapeutik 2) Ubah posisi setiap 2 jam jikatirah baring 3) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 4) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare

-
- 5) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak
 - 6) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive
 - 7) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering
-

2.2.3 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap ini dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada Nursing Orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu, rencana intervensi yang spesifikasi dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tujuan pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Sari, W.R 2020).

2.2.4 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasi keperawatan. Evaluasi adalah langkah akhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dan rencana keperawatan tercapai. Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu

- a. Evaluasi Proses, yaitu evaluasi yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses perawatan berlangsung atau menilai dari respon pasien.
- b. Evaluasi Hasil, merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan (Sari, W.R 2020)

2.3 Konsep Ansietas

2.3.1 Pengertian

Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. (Tim Pokja PPNI 2018) Ansietas merupakan kondisi emosi dengan adanya pengalaman yang samar-samar, rasa tidak nyaman dan tidak berdaya serta tidak menentu pada diri seseorang yang penyebabnya belum jelas. Ansietas yaitu masalah psikososial yang bisa dialami oleh setiap orang, termasuk pasien yang berada di rumah sakit (Sukandar and Mustikasari 2021).

2.3.2 Pengertian Relaksasi Benson

Relaksasi benson merupakan pengembangan metode respon relaksasi pernapasan dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan yang lebih tinggi. Dan relaksasi benson ini memiliki banyak manfaat seperti menghilangkan kelelahan (Fatigue), mengatasi kecemasan, meredakan stress, dan membantu tidur nyenyak. (Sukandar and Mustikasari 2021)

2.3.3 Standar Operasional Teknik Relaksasi Benson

1. Pengertian

Teknik Relaksasi benson adalah teknik pernapasan dalam yang melibatkan keyakinan seseorang dengan kata-kata/frase religi yang diyakini dapat menurunkan beban

yang dirasakan atau dapat meningkatkan kesehatan.

2. Tujuan

Untuk menurunkan dan mengurangi kecemasan.

3. Waktu

Selama 10 – 15 menit, 1-2 x sehari, sebaiknya sebelum makan.

4. Persiapan klien dan lingkungan

- a). Identifikasi tingkat nyeri klien
- b). Kaji kesiapan klien dan perasaan klien
- c). Berikan penjelasan tentang terapi Benson

5. Peralatan

- a). Pengukur waktu
- b). Catatan observasi klien
- c). Pena dan buku Catatan Kecil

6. Tahap Orientasi

- a). Memberikan salam dan memperkenalkan diri
- b). Menjelaskan tujuan dan prosedur

7. Prosedur

- a) Anjurkan klien mengambil posisi yang dirasakan paling nyaman, bisa berbaring atau duduk.
- b) Pejamkan mata dengan pelan tidak perlu dipaksakan sehingga tidak ada ketegangan otot sekitar mata.
- c) Kendorkan otot-otot serileks mungkin, mulai dari kaki,

betis, paha, perut, dan lanjutkan ke semua otot tubuh. Tangan dan lengan diulurkan kemudian lemaskan dan biarkan terkulai wajar. Usahakan agar tetap rileks.

d) Mulai dengan bernapas yang lambat dan wajar, serta mengucapkan dalam hati kata-kata yang sudah dipilih pada saat menarik napas dan diulang saat mengeluarkan napas. Lemaskan seluruh tubuh disertai dengan sikap pasrah.

e) Ulang terus point 4 selama 10-15 menit

8. Terminasi

Observasi skala nyeri setelah intervensi

9. Ucapkan salam

10. Dokumentasi

Catat hasil observasi di dalam catatan perkembangan klien

2.3.4 Etiologi Ansietas

Berdasarkan SDKI (2018), etiologi ansietas antara lain:

- a. Krisis Situasional
- b. Kebutuhan tidak terpenuhi
- c. Krisis maturasional
- d. Ancaman terhadap konsep diri
- e. Ancaman terhadap kematian
- f. Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g. Disfungsi sistem keluarga
- h. Hubungan orang tua
- i. Faktor Keturunan (Temperamen mudah teragitasi sejak lahir

- j. Penyalahgunaan zat
- k. Terpapar bahaya lingkungan (mis. Toksin, polutan, dan lain-lain)
- l. Kurang terpapar informasi

2.3.5 Tanda dan Gejala Ansietas

Berdasarkan SDKI (2018), tanda dan gejala ansietas antara lain

Tabel 2.2 Tanda dan Gejala Ansietas

Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif	Objektif
1. Merasa bingung	1. Tampak gelisah
2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi	2. Tampak tegang
3. Sulit berkonsentrasi	3. Sulit tidur
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif	Objektif
1. Mengeluh pusing	1. Frekuensi napas meningkat
2. Anoreksia	2. Frekuensi nadi meningkat
3. Palpitasi	3. Tekanan darah meningkat
4. Merasa tidak berdaya	4. Diaphoresis
	5. Tremor
	6. Muka tampak pucat
	7. Suara bergetar
	8. Kontak Mata Buruk
	9. Berorientasi pada masa lalu

2.3.6 Penatalaksanaan Ansietas

Berdasarkan SIKI (2018), Perawat dapat melaksanakan intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah ansietas yang dialami oleh pasien-pasien dengan cara sebagai berikut (Tim Pokja PPNI 2018)

Intervensi Utama :

1. Reduksi Ansietas
2. Terapi Relaksasi Intervensi Pendukung :
 1. Bantuan Kontrol Marah
 2. Biblioterapi
 3. Dukungan Emosi
 4. Dukungan Hipnosis Diri
 5. Dukungan Kelompok
 6. Dukungan Keyakinan
 7. Dukungan Meaafkan
 8. Dukungan Pelaksanaan Ibadah
 9. Dukungan Pengungkapan Kebutuhan
 10. Dukungan Proses Berduka
 11. Intervensi Krisis
 12. Persiapan Pembeidahan
 13. Teknik Distraksi
 14. Terapi Hipnosis
 15. Teknik Imajinasi Terbimbin
 16. Teknik Menenangkan
 17. Terapi Biofeedback
 18. Terapi Diversional
 19. Terapi Musik
 20. Terapi Penyalahgunaan Zat
 21. Terapi Relaksasi Otot Progresif

- 22. Terapi Reminiscens
- 23. Terapi Seni
- 24. Terapi Validasi
- 25. Konseling
- 26. Manajemen Demensia