

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Medis

1. Gagal Ginjal Kronik

1) Definisi GGk

Gagal ginjal kronik adalah suatu kondisi di mana ginjal mengalami penurunan fungsi secara bertahap. Menurut National Kidney Foundation (2020), GGK didefinisikan sebagai penurunan fungsi ginjal yang berlangsung selama tiga bulan atau lebih, yang dapat diukur melalui glomerular filtration rate (GFR). Penyebab utama dari GGK meliputi diabetes mellitus, hipertensi, dan penyakit ginjal polikistik. Data dari World Health Organization (WHO, 2021) menunjukkan bahwa prevalensi GGK meningkat secara signifikan, dengan estimasi 700 juta orang di seluruh dunia menderita penyakit ini.

Penelitian oleh K/DOQI (2020) menunjukkan bahwa pasien dengan GGK memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan populasi umum, terutama dalam hal kesehatan mental dan emosional. Meskipun terapi hemodialisis bertujuan untuk mendukung kelangsungan hidup pasien GGK, perubahan tersebut sering kali menyulitkan pasien dalam menjalani kehidupan sehari-hari, termasuk rutinitas penggunaan obat-obatan, pembatasan asupan cairan, keterbatasan fisik dan gizi, serta gangguan dalam kehidupan sosial dan keluarga. (Tambunan & Siagian 2023).

Pasien GGK juga mengalami kemerosotan dalam kehidupan seksual, konflik eksistensial dan tekanan spiritual yang memperburuk gejala fisik dan emosional (Lolowang, Lumi, Rattor, 2020). Lebih lanjut membahayakan kesejahteraan fisik, mental, emosional dan memperburuk kualitas hidup (Siwi dan Budiman, 2021) Oleh karena itu, pemahaman yang mendalam tentang konsep medis GGK sangat penting dalam konteks penelitian ini.

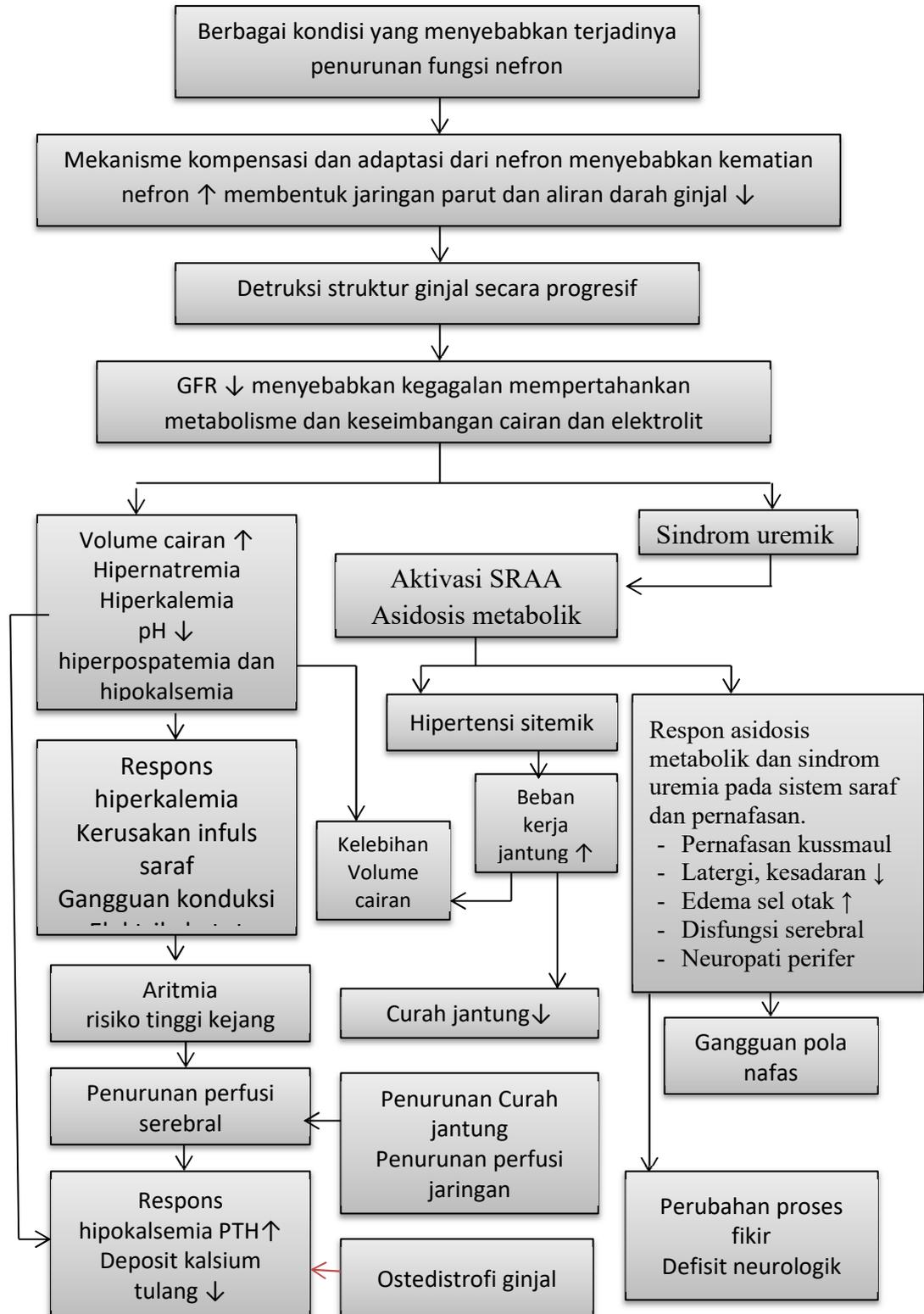
2) Etiologi

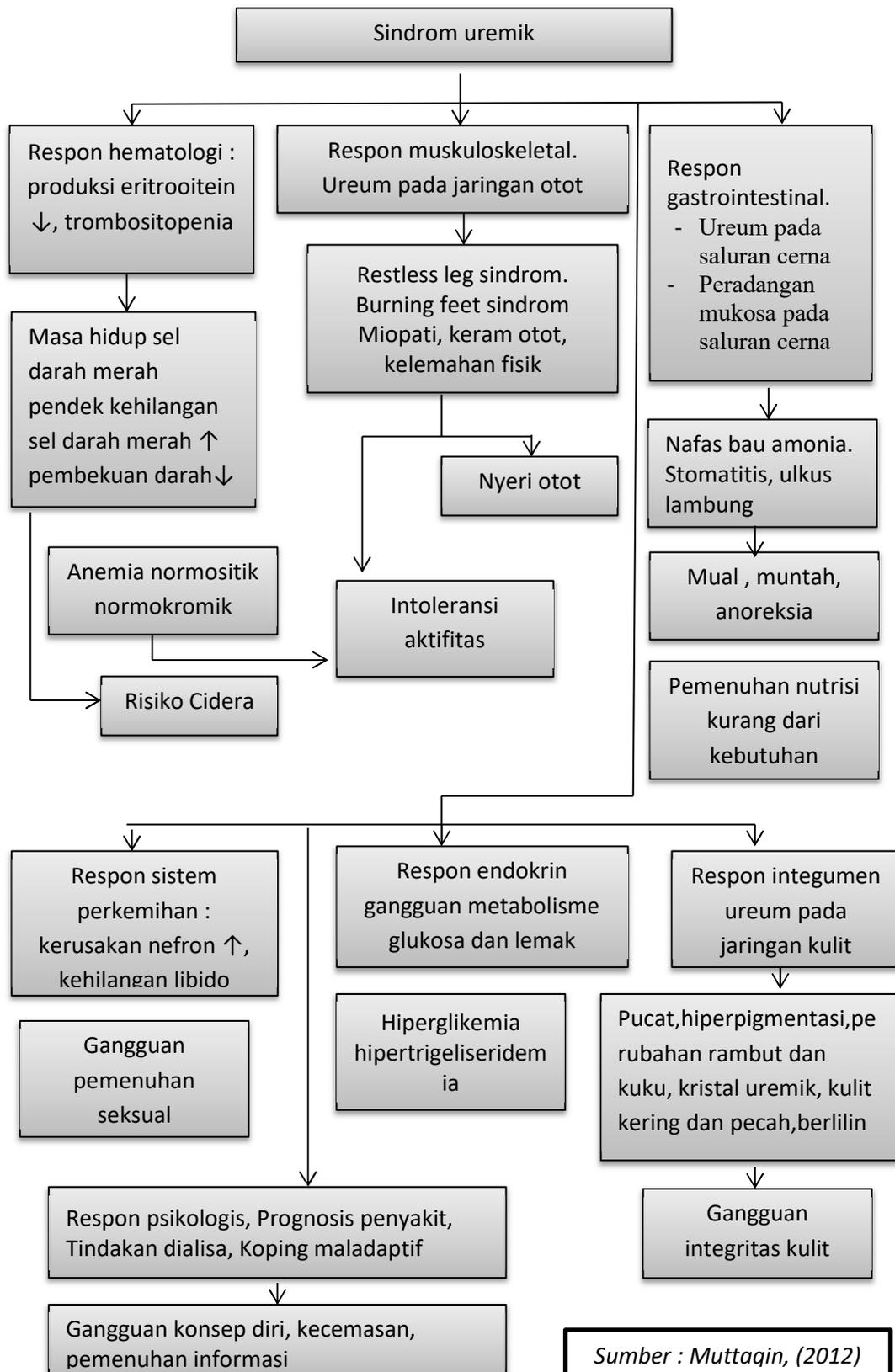
Penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada pasien dengan penyakit ginjal kronik (PGK) yang menjalani hemodialisis (HD). Hipertensi adalah faktor utama yang menyebabkan kejadian kardiovaskuler pada pasien PGK yang menjalani HD. Selain itu, diabetes melitus adalah penyebab kedua yang paling umum pada gagal ginjal kronis. Pada pasien diabetes melitus, kelainan ginjal biasanya dimulai dengan mikroalbuminuria, yang didefinisikan sebagai ekskresi albumin lebih dari 30 mg per hari. Mikroalbuminuria ini dianggap sebagai indikator awal dari nefropati diabetik, yang jika tidak dikelola dengan baik, dapat berkembang menjadi proteinuria secara klinis, diikuti oleh penurunan fungsi laju filtrasi glomerular, dan akhirnya dapat mengarah pada gagal ginjal. (Cahyani, dkk 2022)

3) Manifestasi Klinis

Gejala yang muncul pada pasien dengan GGK sering kali tidak terlihat pada tahap awal, sehingga banyak pasien yang tidak menyadari kondisinya. Ketika penyakit ini semakin berkembang, gejala seperti kelelahan, pembengkakan, dan kesulitan bernapas mulai muncul. Dampak dari GGK terhadap kualitas hidup pasien sangat signifikan, termasuk penurunan kemampuan fisik, gangguan psikologis, dan ketidakmampuan untuk menjalani aktivitas sehari-hari. Penelitian oleh K/DOQI (2022) menunjukkan bahwa pasien dengan GGK memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan populasi umum, terutama dalam hal kesehatan mental dan emosional.

4) Pathway





5) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan gagal ginjal kronik dapat dilakukan secara konservatif dengan pengaturan diet dan terapi pengganti ginjal dengan menggunakan hemodialisis, CAPD, dan transplantasi ginjal.

2.2 Konsep dasar Masalah Keperawatan

1. Pengertian

1) Definisi Ansietas

Ansietas merupakan salah satu gangguan mental yang umum terjadi di masyarakat. Menurut American Psychiatric Association (APA, 2013), ansietas didefinisikan sebagai perasaan cemas yang berlebihan terhadap situasi tertentu, yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari. Dalam konteks keperawatan, pemahaman tentang ansietas sangat penting untuk memberikan intervensi yang tepat. Misalnya, dalam penelitian yang dilakukan oleh Barlow et al. (2017), ditemukan bahwa sekitar 18% populasi dewasa di Amerika Serikat mengalami gangguan ansietas, yang menunjukkan bahwa masalah ini cukup signifikan dan perlu perhatian khusus dari tenaga kesehatan.

Ansietas dalam konteks spiritual Islam juga menarik untuk diperhatikan. Dalam Islam, ansietas dapat diartikan sebagai ketidaktenangan jiwa yang sering kali disebabkan oleh kurangnya keimanan dan ketergantungan kepada Allah SWT. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Ali et al. (2019), yang menunjukkan bahwa individu yang memiliki tingkat spiritualitas yang tinggi cenderung

memiliki tingkat ansietas yang lebih rendah. Pendekatan mindfulness spiritual Islam dapat menjadi solusi yang efektif dalam mengelola ansietas, dengan mengedepankan aspek keimanan dan ketenangan jiwa.

2) Gejala dan tanda Mayor Atau Minor Ansietas

Gejala ansietas dapat bervariasi dari yang ringan hingga berat.

(1) Gejala dan tanda Mayor

Subjektif: Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang di hadapi, sulit berkonsentrasi.

Objektif: Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.

(2) Gejala dan tanda Minor

Subjektif: Mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya.

Objektif: Frekuensi nafas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

(3) Faktor Penyebab

(1) Krisis situasional

(2) Kebutuhan tidak terpenuhi

(3) Krisis maturasional

(4) Ancaman terhadap konsep diri

(5) Ancaman terhadap kematian

- (6) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- (7) Disfungsi sistem keluarga
- (8) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- (9) Faktor keturunan
- (10) Penyalahgunaan zat
- (11) Terpapar bahaya lingkungan
- (12) Kurang terpapar informasi

3) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan ansietas pada pasien hemodialisa dapat dilakukan melalui berbagai pendekatan, termasuk intervensi non-farmakologi seperti teknik mindfulness spiritual Islam. Sebuah penelitian oleh Rahman et al. (2023) menunjukkan bahwa penerapan teknik mindfulness dapat membantu mengurangi tingkat ansietas dan meningkatkan kesejahteraan emosional pasien. Teknik ini melibatkan latihan pernapasan, meditasi, dan refleksi yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran diri dan mengurangi Ansietas. Selain itu, inovasi keperawatan lainnya seperti dukungan psikososial dan pendidikan kesehatan juga terbukti efektif dalam mengelola ansietas pada pasien hemodialisa. Dengan pendekatan yang tepat, diharapkan pasien dapat lebih mampu menghadapi tantangan yang dihadapi selama menjalani hemodialisa.

2. Mindfulness Spiritual Islam

1) Definisi

Mindfulness spiritual Islam didefinisikan sebagai suatu latihan yang melibatkan Allah sebagai Tuhan yang Maha Kuasa dalam setiap proses (mengingat Allah) dengan tujuan membantu individu untuk secara sadar memahami kondisi atau pengalaman yang dihadapi bukan sebagai kebetulan tetapi peristiwa dibuat oleh Allah (Dwidiyanti dkk., 2018).

Menurut Al-Imam Ibnu Qoyyim al-Jauziyah, terapi spiritual dalam Islam adalah upaya untuk mengembangkan semangat atau dorongan batin yang disebut *dawafi*. Dorongan ini merupakan anugerah dari Allah SWT yang tertanam dalam hati manusia, yang mendorong mereka untuk melakukan perbuatan baik dan memberikan manfaat, baik untuk diri sendiri maupun orang lain. Perbuatan tersebut membawa seseorang pada ketenangan jiwa, yang dikenal sebagai *nafs al-muthmainnah* atau jiwa yang tenang. (Ibnu Qayyim Al-Jauziyah, 2004).

2) Aplikasi Mindfulness Spiritual Islam

Penulis Menerapkan Konsep terapi Mindfulness Spiritual Islam Menurut Badrul munif, Adapun Tahapannya sebagai berikut :

1. Niat dan Muraqabah dengan mindfulness

Niat dan muraqabah dengan mindfulness adalah memunculkan keinginan atau dorongan hati dengan sadar penuh tanpa ada

paksaan atau intervensi dari orang lain untuk tujuan yang diinginkan oleh dirinya yang di panjatkan kepada Allah SWT dengan disertai keyakinan Muraqobah tullah (keyakinan senantiasa merasa diawasi oleh Allah SWT).

2. Muhasabah atau introspeksi diri

Introspeksi diri dengan prinsip bahwa musibah yang menimpa adalah akibat perbuatan diri sendiri, sebagaimana firman Allah: “Dan apa saja musibah yang menimpa kamu maka adalah disebabkan oleh perbuatan tanganmu sendiri, dan Allah memaafkan sebagian besar (dari kesalahan-kesalahanmu)” (QS. Asy-Syura: 42:30) dan “Apa saja bencana yang menimpamu, maka dari (kesalahan) dirimu sendiri” (QS. An-Nisa: 4:79) serta hadis Rasulullah SAW: “Tidaklah seorang mukmin tertimpa suatu musibah berupa rasa sakit yang tidak kunjung sembuh, rasa capek, rasa sedih, dan kekhawatiran melainkan dosa-dosanya akan diampuni” (HR. Al-Bukhari no. 2573)

3. Taubat dengan minefulness

Kembali kepada Allah dari jalan yang salah dengan penuh kesadaran atas kesalahan yang dilakukan dan optimisme terhadap janji keberuntungan Allah SWT, sebagaimana firman-Nya: “Dan barangsiapa mengerjakan kejahatan dan menganiaya dirinya sendiri, kemudian ia memohon ampun kepada Allah, niscaya ia mendapati Allah Maha Pengampun lagi Maha Penyayang” (QS.

An-Nisa: 4:110) dan “Dan bertaubatlah kamu sekalian kepada Allah, wahai orang-orang yang beriman supaya kamu beruntung” (QS. An-Nuur: 24:31)

4. Rasakan respon qolbiyah atau hati nurani

Mendengarkan suara hati dengan memahami bahwa kebaikan menenangkan jiwa dan dosa menggelisahkan qolbu, sebagaimana sabda Rasulullah SAW: “Mintalah fatwa pada jiwamu dan mintalah fatwa pada qolbumu. Kebaikan adalah sesuatu yang menenangkan jiwa dan menentramkan qolbu. Sedangkan dosa selalu menggelisahkan jiwa” (HR. Ad Darimi 2/320 dan Ahmad 4/228)

5. Doa

Memanjatkan doa kepada Allah SWT dengan keyakinan bahwa setiap masalah disertai pertolongan-Nya, sebagaimana firman Allah: “Berdoalah kepadaku, niscaya Ku kabulkan” (QS. Al-Mukminun: 23:60) dan “Jika hamba-Ku bertanya tentang Aku, sesungguhnya Aku dekat, dan Aku mengabulkan doa orang yang berdoa kepada-Ku” (QS. Al-Baqarah: 186)

6. Tawakal

Berserah diri dengan sepenuh hati kepada Allah SWT untuk mendapatkan kebaikan dan mencegah keburukan, sebagaimana firman Allah: “Dan barang siapa bertawakal kepada Allah, niscaya Allah akan mencukupkan kebutuhannya” (QS. At-Talaq: 65:3)

7. Relaksasi dengan batuk

Menggunakan batuk psikogenik sebagai bentuk melepaskan tekanan psikologis yang dianggap memiliki dasar psikiatri atau psikologis.

2.3 Asuhan Keperawatan berdasarkan teori

1. Pengkajian

a. Identitas

Identitas pada klien yang harus diketahui diantaranya: nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, jenis kelamin, status perkawinan, dan penanggung biaya.

b. Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Keluhan utama yang didapat biasanya bervariasi, mulai dari urine output sedikit sampai tidak dapat BAK, gelisah sampai penurunan kesadaran, tidak selera makan (anoreksi), mual, muntah, mulut terasa kering, rasa lelah, napas berbau (ureum), dan gatal pada kulit (Muttaqin, 2012).

b) Riwayat Penyakit Sekarang

Kaji onset penurunan urine output, penurunan kesadaran, perubahan pola napas, kelemahan fisik, adanya perubahan kulit, adanya napas berbau amonia, dan perubahan pemenuhan nutrisi. Kaji sudah ke mana saja klien meminta pertolongan untuk mengatasi masalahnya dan mendapat pengobatan apa (Muttaqin, 2012).

c) Riwayat Penyakit Terdahulu

Kaji adanya riwayat penyakit gagal ginjal akut, infeksi saluran kemih, payah jantung, penggunaan obat-obat nefrotoksik, Benign Prostatic Hyperplasia, dan prostatektomi. Kaji adanya riwayat penyakit batu saluran kemih, infeksi sistem perkemihan yang berulang, penyakit diabetes melitus, dan penyakit hipertensi pada masa sebelumnya yang menjadi predisposisi penyebab. Penting untuk dikaji mengenai riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat kemudian dokumentasikan (Muttaqin, 2012).

d) Riwayat Penyakit Keluarga

Kaji apakah ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit Ginjal.

c. Primary Survei

a) Airway

Observasi apakah ada sekret, benda asing/perdarahan pada rongga mulut dan lidah jatuh kebelakang.

b) Breathing

Observasi apakah pasien terlihat sesak nafas dan cepat kelelahan, nafas berbau amoniak.

c) Circulation

Dilihat tekanan darah pasien apakah meningkat atau tidak, nadi yang teraba kuat, adanya peningkatan JVP, disritmia dan terdapat edema

pada ekstremita satau bahkan edemasarka, $CRT \geq 3$ detik, akral pasien dingindan adanya perdarahan terutama pada lambung.

d. Secondary Survei

a) B1 (*Breathing*)

Klien bernapas dengan bau urine (fetor uremik) sering didapatkan pada fase ini. Respons uremia didapatkan adanya pernapasan Kussmaul. Pola napas cepat dan dalam merupakan upaya untuk melakukan pembuangan karbon dioksida yang menumpuk di sirkulasi (Muttaqin, 2012).

b) B2 (*Blood*)

Pada kondisi uremia berat, tindakan auskultasi perawat akan menemukan adanya friction rub yang merupakan tanda khas efusi perikardial. Didapatkan tanda dan gejala gagal jantung kongestif, TD meningkat, akral dingin, $CRT > 3$ detik, palpitasi, nyeri dada atau angina dan sesak napas, gangguan irama jantung, edema penurunan perfusi perifer sekunder dari penurunan curah jantung akibat hiperkalemi, dan gangguan konduksi elektrik otot ventrikel. Pada sistem hematologi sering didapatkan adanya anemia. Anemia sebagai akibat dari penurunan produksi eritropoetin, lesi gastrointestinal uremik, penurunan usia sel darah merah, dan kehilangan darah, biasanya dari saluran GI, kecenderungan mengalami perdarahan sekunder dari trombositopenia (Muttaqin, 2012).

c) B3 (*Brain*)

Didapatkan penurunan tingkat kesadaran, disfungsi serebral, seperti perubahan proses pikir dan disorientasi. Klien sering didapatkan adanya kejang, adanya neuropati perifer, burning feet syndrome, restless leg syndrome, kram otot, dan nyeri otot (Muttaqin, 2012).

d) B4 (*Bladder*)

Penurunan urine output <400ml/hari sampai anuri, terjadi penurunan libido berat (Muttaqin, 2012).

e) B5 (*Bowel*)

Didapatkan adanya mual dan muntah, anoreksia dan diare sekunder dari bau mulut amonia, peradangan mukosa mulut, dan ulkus saluran cerna sehingga sering didapatkan penurunan intake nutrisi dari kebutuhan (Muttaqin, 2012).

f) B6 (*Bone*)

Didapatkan adanya nyeri panggul, sakit kepala, kram otot, nyeri kaki (memburuk saat malam hari), kulit gatal, ada/berulangnya infeksi, pruritus, demam (sepsis, dehidrasi), petekie, area ekimosis pada kulit, fraktur tulang, defosit fosfat kalsium, pada kulit, jaringan lunak, dan sendi keterbatasan gerak sendi. Didapatkan adanya kelemahan fisik secara umum sekunder dari anemia dan penurunan perfusi perifer dari hipertensi (Muttaqin, 2012).

e. Pengkajian Fisik

a) Keluhan Utama

Keluhan umum yang sering pasien rasakan selama menjalankan hemodialisis seperti lemas, nyeri pinggang, mual muntah, kram otot serta haus.

b) Tingkat Kesadaran

c) Antropometri

d) Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital pasien yang tidak stabil seperti tekanan darah meningkat, suhu meningkat, nadi lemah, disritmia, pernapasan kusmaul, tidak teratur.

f. Head to Toe

Pemeriksaan yang didapatkan pada pasien yang menderita penyakit ginjal seperti berikut :

a) Mata: konjungtiva anemis, mata merah, berair, penglihatan kabur, edema periorbital.

b) Rambut : rambut mudah rontok, tipis dan kasar

c) Hidung : pernapasan cuping hidung

d) Mulut : ulserasi dan perdarahan, nafas berbau amoniak, mual, muntah serta cegukan.

e) Leher : pembesaran vena leher

- f) Dada : penggunaan otot bantu pernafasan, pernafasan dangkal dan kusmaul serta krekels, nafas dangkal, pneumonitis, edema pulmoner, friction rubpericardial.
- g) Abdomen:nyeriareapinggang,asites
- h) Genital : atropitestikuler, amenore
- i) Ekstremitas : capirally refilltime ≥ 3 detik, kuku rapuh dan kusam serta tipis, kelemahan pada tungkai, rasa panas pada telapak kaki, foot drop, kekuatan otot.
- j) Kulit : ecimosis, kulit kering, bersisik, warna kulit abu- abu, mengkilat atau hiperpigmentasi, gatal (pruritas), kuku tipis dan rapuh, memar (purpura), edema.

g. Pemeriksaan Diagnostik

a) Laboraturium Urine

Warna, pH, volume, glukosa, protein, keton dalam menetapkan gagal ginjal yang paling lazim di uji adalah Laju Filtrasi Glomerulus (LFG).

b) Pemeriksaan EKG

Melihat kemungkinan hipertrofi ventrikel kiri, tanda-tanda pericarditis (misalnya voltase rendah), aritmia dan gangguan elektrolit (hiperkalemia, hipokalsemia).

c) Pemeriksaan USG

Menilai besar dan bentuk ginjal, tebal korteks ginjal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi sistem pelviokalis, ureterproksimal,

kandung kemih serta prostat. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mencari adanya faktor yang reversible seperti obstruksi oleh karena batu atau massa tumor, juga untuk menilai apakah proses sudah lanjut.

d) Foto Polos Abdomen

Sebaiknya tanpa puasa karena dehidrasi akan memperburuk fungsi ginjal. Untuk menilai bentuk dan besar ginjal, apakah ada batu atau obstruksi lain.

e) Pielografi Intravena (PIV)

Pada pasien dengan penyakit ginjal yang berlanjut tidak bermanfaat lagi oleh karena ginjal tidak dapat mengeluarkan kontras dan pada pasien dengan penyakit ginjal ringan memiliki resiko penurunan faal ginjal lebih berat, terutama pada usia lanjut, diabetes mellitus dan nefropatiasamurat.

f) Pemeriksaan Pielografiretrograd

Bila dicurigai adanya obstruksi yang reversibel

g) Pemeriksan Rotgen Dada

Dapat terlihat tanda-tanda bendungan paru akibat kelebihan air (fluidoverload), efusi pleura, kardiomegali dan efusi perikardial. Tidak jarang ditemukan juga infeksi spesifik oleh karena imunitas tubuh yang menurun.

h) Pemeriksaan Radiologi Tulang

Mencari osteodistrofi (terutama falang/ jari) dan klasifikasi metastatik.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis yang dilakukan untuk memahami respons pasien terhadap masalah kesehatan atau kondisi kehidupan yang sedang dialaminya, baik yang sudah terjadi maupun yang mungkin terjadi di masa depan. Diagnosis ini terbagi menjadi dua kategori, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif.

Diagnosa keperawatan ditegakkan atas dasar data pasien. Kemungkinan diagnosa keperawatan dari orang dengan kegagalan ginjal kronis adalah sebagai berikut (Brunner & Sudart, 2013 dan SDKI, 2016):

- 1) Nyeri Akut
- 2) Hipervolemia
- 3) Nausea
- 4) Defisi tnutrisi
- 5) Kerusakan integritas kulit/jaringan
- 6) Intoleransi aktivitas
- 7) Resiko penurunan curah jantung
- 8) Ansietas
- 9) Perfusi perifer tidak efektif
- 10) Gangguan Pola Tidur
- 11) Gangguan pertukaran gas

3. Intervensi Keperawatan

Tahap perencanaan memungkinkan perawat, pasien, keluarga, dan orang terdekat pasien untuk menyusun rencana tindakan keperawatan dalam mengatasi masalah yang dihadapi pasien. Tahap ini memiliki beberapa tujuan penting, antara lain sebagai sarana komunikasi antara perawat dan tim kesehatan lainnya, memastikan kesinambungan perawatan pasien, serta mencatat proses dan hasil yang diharapkan dari tindakan keperawatan. Elemen kunci dalam perencanaan ini meliputi menentukan prioritas diagnosis keperawatan, merumuskan tujuan, menetapkan kriteria evaluasi, dan menyusun intervensi keperawatan yang sesuai. Perencanaan ini juga berlaku untuk penanganan pasien dengan Gagal Ginjal Kronik (Sumber: SIKI, 2018).

NO	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria (SLKI)	Intervensi SIKI)
1	Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tautan nyeri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 2. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat 3. Kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologis meningkat 4. Keluhannya nyeri penggunaan	Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi factor pencetus dan pereda nyeri 2. Monitor kualitas nyeri 3. Monitor lokasi dan penyebaran nyeri 4. Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 5. Monitor durasi dan frekuensi nyeri Teraupetik 6. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi

		<p>analgesik menurun</p> <p>5. Meringis menurun</p> <p>6. Frekuensi nadi membaik</p> <p>7. Polanafas membaik</p> <p>8. Tekanan darah membaik</p>	<p>8. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>9. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>Kolaborasi</p> <p>10. Kolaborasi pemberian obat Analgetik</p>
2	Hipervolemia	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama makahipervolemia meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Asupan cairan meningkat</p> <p>2. Haluaran urin meningkat</p> <p>3. Edema menurun</p> <p>4. Tekanan darah membaik</p> <p>Turgor kulit membaik</p>	<p>Manajemen Hipervolemia</p> <p>Observasi:</p> <p>1. Periksatanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara napas tambahan)</p> <p>2. Monitor intake dan output cairan</p> <p>3. Monitor jumlah dan warnaurin</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Batasiasupan cairan dan garam</p> <p>5. Tinggikan kepala tempat tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Jelaskan tujuandan prosedur pemantauan cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7. Kolaborasi pemberian diuretik</p> <p>8. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat deuretik</p> <p>Kolaborasi pemberian <i>continuous renalreplecement therapy (CRRT)</i>, jika perlu</p>
3	Nausea	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama maka nausea membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Nafsu makan membaik</p> <p>2. Keluhanmualmenurun</p> <p>3. Pucatmembaik</p> <p>Takikardia membaik(60-100 kali/menit)</p>	<p>Manajemen Mual</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi pengalaman mual</p> <p>2. Monitormual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkatkeparahan)</p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Kendalikan faktorlingkungan penyebab (mis. Bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yangtidak menyenangkan)</p> <p>4. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan)</p> <p>Edukasi</p> <p>5. Anjurkan istirahat dan tidur cukup</p>

			<p>6. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</p> <p>7. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis. Relaksasi, terapi musik, akupresur)</p> <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu</p>
4	Defisit Nutrisi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pemenuhan kebutuhan nutrisipasien tercukupidengan kriteria hasil:</p> <p>1. Intake nutrisi tercukupi</p> <p>Asupan makanan dan cairan tercukupi</p>	<p>Manajemen Nutrisi</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi status nutrisi</p> <p>2. Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>3. Monitor asupan makanan</p> <p>4. Monitor berat badan</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Lakukan oralhygien esebelum makan, jika perlu</p> <p>6. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yangsesuai</p> <p>7. Berikan makanan tinggi serat Untuk mencegah konstipasi</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>9. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori</p>
5	Kerusakan Integritas Kulit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dapat terjaga dengan kriteriahasil:</p> <p>1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan</p> <p>2. Perfusi jaringan baik</p> <p>3. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit</p>	<p>Perawatanintegritas kulit</p> <p>Obsevasi</p> <p>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan statusnutrisi)</p> <p>Terapeutik</p> <p>2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>3. Lakukan pemijataan pada area tulang, jika perlu</p> <p>4. Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering</p> <p>5. Bersihkan perineal dengan air hangat</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Anjurkan menggunakan</p>

			pelembab (mis. Lotion atau serum)
6	Intoleransi Aktifitas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lelah menurun 2. Saturasi oksigen dalam rentang normal (95%- 100%) 3. Frekuensi nadi dalam rentang normal (60-100 kali/ menit) 4. Dispnea saat beraktifitas dan setelah beraktifitas menurun (16-20 kali/menit) 	<p>Manajemen Energi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kelelahan fisik 2. Monitor pola dan jam tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif 4. Libatkan keluarga dalam melakukan aktifitas, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 6. Anjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi dengan ahli gizi
7	Resiko Penurunan Curah Jantung	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama diharapkan penurunan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Tekanan darah membaik 100-130/60-90mmHg 3. Lelah menurun 4. Dispnea menurun dengan frekuensi 16-24 x/menit 	<p>Perawatan Jantung</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (mis. Dispnea, kelelahan) 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor saturasi oksigen <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Posisikan semi-fowler atau fowler 5. Berikan terapi oksigen <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam 7. Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu

8	Ansietas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing 6. Anoreksia menurun 7. Palpitasi menurun 8. Frekuensi pemapasan menurun 9. Frekuensi nadi menurun 10. Tekanan darah menurun 11. Diaforesis menurun 12. Tremor menurun 13. Pucat menurun 14. Konsentrasi membaik 15. Pola tidur membaik 16. Perasaan keberdayaan membaik 17. Kontak mata membaik 18. Pola berkemih membaik 19. Orientasi membaik 	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, Ansietasor) - Identifikasi kemampuan mengambil keputusan - Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan - Pahami situasi yang membuat ansietas - Dengarkan dengan penuh perhatian - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan - Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan - Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang - Latih teknik mindfulness spiritual islam <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami - Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis - Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu - Anjurkan melakukan
---	----------	---	---

			<p>kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan - Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat - Latih Teknik relaksasi
9	Perfusi perifer tidak efektif	<p>Setelah dilakukan tindakan perawatan maka perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Kelemahan otot menurun 4. Pengisian kapiler membaik 5. Akral membaik 6. Turgor kulit membaik 	<p>Perawatan sirkulasi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Monitor perubahan kulit 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak 4. Identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 6. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 7. Lakukan pencegahan infeksi 8. Lakukan perawatan kakid dan kuku <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Anjurkan berhenti merokok 10. Anjurkan berolahraga rutin 11. Anjurkan mengecek rmandi untun menghindari kulit terbakar 12. Anjurkan meminum obat pengontrol tekanan darah secara teratur <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika perlu

10	Gangguan Pola tidur	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup mnurun 6. Kemampuan beraktivitas meningkat 	<p>Dukungan Tidur (I.09265)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur - Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur - Mengidentifikasi makan dan minum yang mengganggu tidur - Mengidentifikasi obat tidur yang di konsumsi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi waktu tidur siang - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan pentingnya tidur selama sakit - Mengajarkan menepati kebiasaan waktu tidur - Mengajarkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur - Mengajarkan faktor-faktor berkontribusi terhadap gangguan pola tidur
11	Gangguan pertukaran gas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas membaik dengan kriteria hasil :</p>	<p>Pemantauan Respirasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas 3. Monitor saturasi oksigen 4. Auskultasi bunyi napas

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda-tanda vital dalam rentang normal 2. Tidak terdapat kebutuhan bantuan napas 3. Memelihara kebersihan paru dan bebas dari tanda-tanda distress pernapasan 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 6. Bersihkan secret pada mulut dan hidung, jika perlu 7. Berikan oksigen tambahan, jika perlu 8. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 10. Informasikan hasil pemantauan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Kolaborasi penentuan dosis oksigen
--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan sesuai kriteria hasil yang ditetapkan (Suwignjo et al., 2022).

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari kondisi kesehatan yang buruk menuju kondisi kesehatan yang optimal, sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus fokus pada kebutuhan klien, mempertimbangkan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, menerapkan strategi keperawatan yang sesuai, serta melibatkan kegiatan komunikasi (Leniwita & Anggraini, 2019).

Implementasi merujuk pada pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun pada fase perencanaan. Ini melibatkan aktivitas perawat dalam mendukung pasien untuk mengatasi masalah kesehatan mereka dan mencapai hasil yang diharapkan. Proses implementasi keperawatan harus berfokus pada kebutuhan pasien, komunikasi terapeutik, dan faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan perawatan (Pangkey et al., 2021).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan, di mana dokumentasi ini secara sistematis dan terencana membandingkan kondisi kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, serta kenyataan yang dialami pasien. Proses ini melibatkan partisipasi dari pasien dan tenaga kesehatan lainnya (Pangkey et al., 2021)

Evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen yaitu tanggal dan waktu dilakukannya evaluasi keperawatan, diagnosa keperawatan, evaluasi keperawatan yang dilakukan dalam bentuk pendekatan SOAP (Putri, 2019)

2.4 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini akan berfokus pada hubungan antara intervensi non-farmakologi, khususnya teknik mindfulness spiritual Islam, dengan tingkat Ansietas pada pasien hemodialisa. Teori yang mendasari penelitian ini adalah teori Ansietas Lazarus dan Folkman yang menyatakan bahwa Ansietas dapat dikendalikan melalui pengelolaan emosi dan

penyesuaian diri. Penelitian oleh Arifin (2021) menunjukkan bahwa pasien yang menerapkan teknik mindfulness memiliki tingkat Ansietas yang lebih rendah dibandingkan dengan mereka yang tidak melakukannya. Hal ini menunjukkan pentingnya pengembangan program intervensi yang dapat membantu pasien dalam mengelola Ansietas mereka secara efektif.

Variabel Independent

Variabel Dependent

