



**PENERAPAN *PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION* DALAM
ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GAGAL GINJAL
KRONIK PADA TN. F YANG MENJALANI
HEMODIALISA DI RS Dr. ACHMAD
MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Oleh :

**GITA NESIA, S.Kep
NIM: 241000414901003**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS PRIMA NUSANTARA BUKITTINGGI
TAHUN 2025**



**PENERAPAN *PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION* DALAM
ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GAGAL GINJAL
KRONIK PADA TN. F YANG MENJALANI
HEMODIALISA DI RS Dr. ACHMAD
MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**Diajukan Ke Program Studi Pendidikan Sarjana Keperawatan Fakultas
Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat Universitas Prima Nusantara
Bukittinggi Sebagai Pemenuhan Syarat Untuk Mendapatkan Gelar
Profesi Ners**

Oleh :

**GITA NESIA, S.Kep
NIM: 241000414901003**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS PRIMA NUSANTARA BUKITTINGGI
TAHUN 2025**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Judul KIA-N: Penerapan progressive muscle relaxation dalam asuhan keperawatan
dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RS Dr.
Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2025

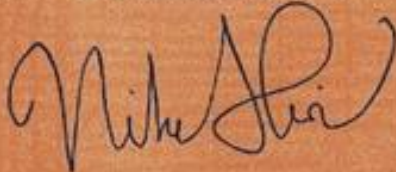
NAMA : GITA NESIA, S.Kep

NIM : 241000414901003

Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah disetujui untuk dipertahankan
dihadapan Dewan Penguji sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk
memperoleh gelar Ners pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Keperawatan
dan Kesehatan Masyarakat Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.

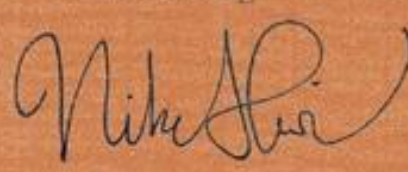
Bukittinggi, Mei 2025

Koordinator KIA-N



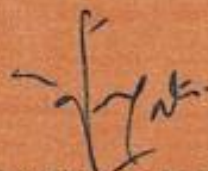
Ns. Nike Puspita Alwi, M.Kep

Menyetujui,
Pembimbing



Ns. Nike Puspita Alwi, M.Kep

Mengetahui:
Ketua Prodi Profesi Keperawatan



Ns. Hidayati, M.Kep

PERNYATAAN PENGESAHAN

Judul KIA-N: Penerapan progressive muscle relaxation dalam asuhan keperawatan dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa Di RS Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2025

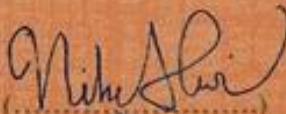
NAMA : GITA NESIA, S.Kep

NIM : 241000414901003

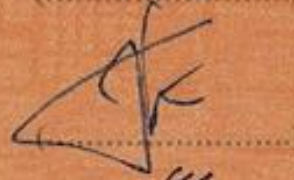
Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada program Studi Profesi Keperawatan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi tahun 2025.

DEWAN PENGUJI

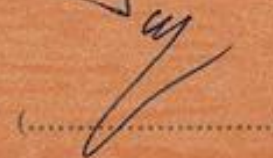
Pembimbing I : Ns. Nike Puspita Alwi, M.Kep


(.....)

Penguji I : Ns. Fauzi Ashra, M.Kep, Ph.D


(.....)

Penguji II : Ns. Elfira Husna, M.Kep


(.....)

Ditetapkan : Bukittinggi

Tanggal : April 2025

Mengetahui:

Dekan Fakultas Keperawatan dan
Kesehatan Masyarakat


Ns. Elfira Husna, M.Kep

RIWAYAT HIDUP



Nama	: Gita Nesia
Tempat/tanggal Lahir	: Balai Tengah, 29 Agustus 1995
Alamat	: Sembayan/Tanjung Bonai Lintau
NIM	: 241000414901003
Status Keluarga	: Menikah
Alamat instansi	: Komplek Filano BCA Blok A No 21 Padang
Email	: gitanesia29@gmail.com
No. Hp	: 085265055656
Nama Orang Tua	:
Ayah	: Refriadi, A.Md
Ibu	: Asmiwati

Riwayat Pendidikan

- | | |
|--|--------------------|
| 1. SD N 35 Pincuran VII | : Lulus Tahun 2007 |
| 2. SMP N 3 Lintau | : Lulus Tahun 2010 |
| 3. SMA N 1 Lintau | : Lulus Tahun 2013 |
| 4. S 1 Keperawatan Prima Nusantara Bukittinggi | 2017 |

Riwayat pekerjaan

1. Bekerja di Indomobil Finance sebagai Admin (2018-2020)
2. Bekerja di PT Satria Siaga Persada Batam sebagai Admin (2020-2021)
3. Bekerja di Yayasan sosialisasi kanker Indonesia sebagai koordinator wilayah dan tim penyuluh (2022-sekarang)

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Prima Nusantara, saya yang bertandatangan dibawah ini:

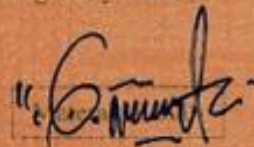
Nama : Gita Nesia
NIM : 241000414901003
Program Studi : Keperawatan
Jenis Karya : KIA-N

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Prima Nusantara Bukittinggi **Hak Bebas Royalti Nonekslusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya saya yang berjudul: "Penerapan progressive muscle relaxation dalam asuhan keperawatan dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa Di RS Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2025". Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Universitas Prima Nusantara berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Bukittinggi

Pada Tanggal :

Yang menyatakan,



(Gita Nesia, S.Kep)

Nama Mahasiswa : Gita Nesia, S.Kep
Nama Pembimbing : Ns. Nike Puspita Alwi, M.Kep
Program Studi : Ners
Judul : Penerapan progressive muscle relaxation dalam asuhan keperawatan pada Tn. F dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa Di RS Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2025

xi + 78 halaman + 4 tabel + 2 bagan + 12 gambar + 11 lampiran

ABSTRAK

Penatalaksanaan CKD dapat dilakukan dengan berbagai cara diantaranya pengaturan diet, masukan kalori suplemen dan vitamin, pembatasan asupan cairan, obat-obatan, terapi penggantian ginjal seperti transplantasi ginjal dan hemodialisis (HD). Hemodialisis dilakukan seumur hidup pada pasien dengan CKD sehingga mempengaruhi aktivitas dan kualitas hidup pasien yang berdampak pada banyaknya keluhan yang dialami terkait dengan Fatigue pada pasien gagal ginjal kronik. Tujuan KIAN untuk mengetahui penerapan progressive muscle relaxation dalam asuhan keperawatan pada Tn. F dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa Di RS Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2025.

Metode KIAN adalah analisis deskriptif dengan pendekatan studi kasus asuhan keperawatan berbasis Evidence Based Nursing. KIAN dilakukan di Ruang Hemodialisa RS Dr. Achmad Mochtar. Waktu KIAN tanggal 5, 8 dan 12 Maret 2025. Subjek KIAN ini adalah Tn. F usia 48 tahun yang menjalani terapi hemodialisa. Pengumpulan data dengan wawancara, pemeriksaan fisik dan pengukuran, analisis data membandingkan kasus dengan teori.

Hasil evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan berbasis EBN dengan *progressive muscle relaxation* didapatkan pengakajian data yang sama yaitu mengeluh sering merasa lemas saat setelah melakukan cuci darah, terkadang merasa tidak nyaman setelah melakukan aktivitas seperti jalan terlalu jauh, berdiri terlalu lama dan mengangkat benda berat, tampak kelelahan, tampak frekuensi jantung dan nadi meningkat, serta hasil laboratorium HGB tergolong rendah. Dengan diagnose Fatigue tindakan intervensi yaitu dengan melakukan *Progressive Muscle Relaxation* (PMR), untuk menurunkan tingkat kelelahan.

Diharapkan Direktur Rumah sakit dapat memberikan pertimbangan kepada perawat pelaksana dalam memberikan intervensi progressive muscle relaxation pada pasien dengan CKD Stage V Post Hemodialisa dengan masalah keperawatan Fatigue.

Kata Kunci : Pasien GJK yang menjalani hemodialisa, *Progressive Muscle Relaxation*

Daftar Pustaka : 23 (2019-2024)

Student name : Gita Nesia, S.Kep
Name of mentor : Ns. Nike Puspita Alwi, M.Kep
Study program : Ners
Judul : *Application of progressive muscle relaxation in nursing care for chronic kidney failure undergoing hemodialysis at Dr. Achmad Mochtar Hospital Bukittinggi in 2025*

xi + 78 halaman + 4 tabel + 2 bagan + 12 gambar + 11 lampiran

KD management can be done in various ways including diet management, supplemental calorie intake and vitamins, limiting fluid intake, medications, renal replacement therapy such as kidney transplantation and hemodialysis (HD). Hemodialysis is carried out for life in patients with CKD so that it affects the activity and quality of life of patients which has an impact on the number of complaints experienced related to Fatigue in patients with chronic kidney failure. The purpose of KIAN is to determine the application of progressive muscle relaxation in nursing care for Mr. F with chronic kidney failure undergoing hemodialysis at Dr. Achmad Mochtar Hospital, Bukittinggi in 2025.

The KIAN method is a descriptive analysis with a case study approach to nursing care based on Evidence Based Nursing. KIAN was carried out in the Hemodialysis Room of Dr. Achmad Mochtar Hospital. KIAN time is March 5, 8 and 12, 2025. The subject of this KIAN is Mr. F, 48 years old who is undergoing hemodialysis therapy. Data collection through interviews, physical examinations and measurements, data analysis comparing cases with theories.

The results of the evaluation of the implementation of EBN-based nursing care with progressive muscle relaxation obtained the same data assessment, namely complaining of often feeling weak after dialysis, sometimes feeling uncomfortable after doing activities such as walking too far, standing too long and lifting heavy objects, looking tired, increased heart rate and pulse, and HGB laboratory results are classified as low. With a diagnosis of Fatigue, the intervention action is to carry out Progressive Muscle Relaxation (PMR), to reduce the level of fatigue.

It is hoped that the Hospital Director can provide consideration to the implementing nurse in providing progressive muscle relaxation interventions to patients with CKD Stage V Post Hemodialysis with Fatigue nursing problems

Keyword : CKD patients undergoing hemodialysis, Progressive Muscle Relaxation

Bibliography : 23 (2019-2024)

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan syukur alhamdulillah peneliti ucapkan, karena berkat rahmat-Nya jualah peneliti dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini yang berjudul **“Penerapan progressive muscle relaxation dalam asuhan keperawatan pada Tn. F dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa Di RS Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2025”**. Karya ilmiah akhir ners ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan pada Profesi Keperawatan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.

Dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini, penulis banyak mendapat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih terutama kepada Yth. Ibu Ns. Nike Puspita Alwi, M.Kep selaku pembimbing yang telah memberi arahan dan masukan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini. Seterusnya penulis ucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Prof.Dr. Hj. Evi Susanti, S.ST, M.Biomed selaku Rektor Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
2. Bapak Ns.Fauzi Ashra,M.Kep,Ph.D selaku Wakil Rektor I Universitas Prima Nusantara Bukittinggi sekaligus penguji II .
3. Bapak Yuhendri Putra, S.Si, M.Biomed selaku Wakil Rektor II Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
4. Ibu Melia Fransiska SKM, M.Kes selaku Wakil Rektor III Universitas

Prima Nusantara Bukittinggi.

5. Ibu Ns. Elfira Husna, M.Kep selaku Dekan Fakultas Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Prima Nusantara Bukittinggi.
6. Ibu Ns. Hidayati, M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Keperawatan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
7. Bapak Ns. Elfira Husna, M.Kep selaku Penguji I
8. Bapak dan Ibu dosen Program Profesi Keperawatan Universitas Kesehatan Prima Nusantara Bukittinggi yang telah banyak memberikan ilmu serta bimbingan yang bermanfaat pada penulis
9. Rekan-rekan mahasiswa Program Profesi Keperawatan yang telah memberikan perhatian.
10. Teristimewa untuk keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan penulis dalam menyusun karya ilmiah akhir ners

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya ilmiah akhir ners ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis mengharapkan kritikan dan saran dari pembaca sehingga kesempurnaan tersebut dapat terpenuhi. Akhir kata penulis mengucapkan terimakasih, semoga karya ilmiah akhir ners ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Bukittinggi, April 2025

Penulis

DAFTAR ISI

JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan KIAN	7
D. Manfaat KIAN	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Konsep Gagal Ginjal Kronis	10
B. Asuhan Keperawatan Pada Gagal Ginjal Kronis	23
C. Konsep Terapi Relaksasi Otot Progresif	39
BAB III TINJAUAN KASUS	49
A. PENGKAJIAN	49
B. DIAGNOSA KEPERAWATAN	61
C. Intervensi Keperawatan	62
D. CATATAN PERKEMBANGAN	67
BAB IV PEMBAHASAN	75
A. Pengkajian	75
B. Diagnosa Keperawatan	76
C. Intervensi Keperawatan	78
D. Implementasi	80
E. Evaluasi Pencegahan Luka Tekan Pada Pasien Tirah Baring	81
BAB V PENUTUP	85
A. Kesimpulan	85
B. Saran	86
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.2	Intervensi Keperawatan.....	30
Tabel 3.1	Analisa Data.....	60
Tabel 3.2	Intervensi Keperawatan.....	61
Tabel 3.3	Implementasi Keperawatan.....	63

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Teknik Relaksasi Otot Progresif

Lampiran 2 Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan penyakit kronis yang tidak dapat ditularkan dari individu satu ke individu yang lain. Prevalensi penyakit tidak menular masih banyak ditemukan di seluruh dunia dan menjadi perhatian khusus untuk diatasi. Penyakit tidak menular meliputi hipertensi, diabetes mellitus, kanker, penyakit pernapasan dan penyakit ginjal (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia., 2021). Penyakit ginjal menjadi masalah pada status kesehatan masyarakat di dunia (Amalia et al., 2024).

Gagal ginjal kronis (GGK) merupakan penyakit yang menjadi perhatian dunia termasuk Indonesia karena jumlah penderita meningkat dari tahun ke tahun. Berdasarkan data WHO tahun 2020 terdapat 850 ribu pasien gagal ginjal setiap tahun, 1/10 penduduk dunia diidentikkan dengan penyakit gagal ginjal kronis, diperkirakan 5-10 juta pasien meninggal setiap tahun dan diperkirakan 1,7 juta pasien meninggal karena kerusakan ginjal akut. Berdasarkan hasil Riskesdas (2021) prevalensi usia >15 tahun yang terdiagnosis mengalami gagal ginjal kronis adalah 0,38%, dan diketahui bahwa laki-laki (0,42) memiliki prevalensi yang lebih tinggi dari pada perempuan (0,35). Kejadian gagal ginjal kronis selalu mengalami peningkatan setiap tahunnya, pada tahun 2007 prevalensi gagal ginjal kronis sebanyak 1.885 kasus, pada 2013 meningkat sebanyak 11.689, dan tahun 2018 menunjukkan peningkatan signifikan sebanyak 713.783, dan mengalami penurunan pada tahun 2021 sebanyak 18.613 kasus gagal ginjal kronis (Amalia et al., 2024). Berdasarkan data

Riskesdas (2018) Indonesia memiliki prevalensi pasien GKG yang aktif menjalani hemodialisa yang berusia >15 tahun adalah 19,33% (Dwipa et al., 2024).

Sumatera Barat memiliki prevalensi gagal ginjal kronik sebesar 0.2% dari seluruh pasien gagal ginjal kronik di Indonesia. Prevalensi daerah dengan PGK tertinggi yaitu 0.4%, yaitu pada Kabupaten Tanah Datar dan Kota Solok, sedangkan pada Kota Padang, prevalensi PGK sebesar 0.3%. Kejadian tertinggi PGK di Provinsi Sumatera Barat jatuh pada kelompok umur 45-54 tahun yaitu sebesar 0.79% penderita (Aisara, 2015). Berdasarkan data rekam medis di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi jumlah kasus gagal ginjal kronis stadium 5 pada tahun 2022 sebanyak 300 pasien. Berdasarkan data di ruangan interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dari bulan Januari sampai September tahun 2024 jumlah kasus gagal ginjal kronis stadium 5 mengalami peningkatan sebanyak 344 pasien. Berdasarkan hasil wawancara tanggal 31 Desember 2024 dengan salah satu perawat diruangan interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi meningkatnya angka kejadian gagal ginjal kronis karena tingginya angka kejadian diabetes mellitus dan hipertensi, dimana diabetes mellitus dan hipertensi merupakan faktor penyebab gagal ginjal kronis.

Menurut PERNEFRI (2018) Indonesia memiliki total pasien baru yang menjalani hemodialisa adalah 66.433 jiwa sejak tahun 2017-2018, serta memiliki 132.142 jiwa pasien yang aktif menjalani terapi hemodialisa. Hasil KIAN menyebutkan bahwa *fatigue* menjadi gejala yang paling umum dirasakan dengan prevalensi antara 60-97% (Dwipa et al., 2024).

Penatalaksanaan CKD dapat dilakukan dengan berbagai cara diantaranya pengaturan diet, masukan kalori suplemen dan vitamin, pembatasan asupan cairan, obat-obatan, terapi penggantian ginjal seperti transplantasi ginjal dan hemodialisis (HD). Hemodialisis sendiri adalah proses pembersihan darah dengan menggunakan ginjal buatan yaitu dialyzer dengan tujuan untuk menjaga fungsi nefron yang baik, menurunkan morbiditas, mengurangi perikarditis uremia, ensefalopati uremia, kelebihan cairan, gangguan nutrisi, dan infeksi, oleh karena itu kualitas kesehatan dan kualitas hidup pasien meningkat. Proses hemodialisis yang memakan waktu 4-5 jam umumnya akan menimbulkan efek samping seperti stres fisik, kelelahan, sakit kepala, kram, dan keringat dingin akibat penurunan tekanan darah dan kadar gula. Hemodialisis dilakukan seumur hidup pada pasien dengan CKD sehingga mempengaruhi aktivitas dan kualitas hidup pasien yang berdampak pada banyaknya keluhan yang dialami terkait dengan Fatigue pada pasien gagal ginjal kronik (Nuriman et al., 2024)

Fatigue merupakan keadaan dimana energi fisiologis atau psikologis tidak mencukupi untuk digunakan bertahan dalam melakukan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang dibutuhkan atau diinginkan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Fatigue umumnya terjadi pada pasien dengan tingkat ketergantungan yang tinggi, kondisi yang mengharuskan istirahat, kondisi kelemahan, misalnya penyakit auto imun, penyakit jantung, dan chronic kidney disease hingga pasien yang menjalani terapi menahun. Salah satu keadaan Fatigue yang dapat terjadi adalah fatigue. Fatigue atau kelelahan merupakan perasaan menyiksa yang ditandai dengan penurunan kekuatan atau

kerja fisik dan mental yang terus-menerus. Menurut Djamaludin et al, (2020) fatigue dapat disebabkan ketika menjalani hemodialisa, semakin lama seseorang menjalani hemodialisa maka akan semakin banyak efek samping yang ditimbulkan, seperti lelah, anemia. Fatigue dipengaruhi oleh beberapa faktor yang bervariasi, diantaranya kekurangan nutrisi, fisiologis yang tidak normal, dan kurang tidur. Orang dewasa yang menerima hemodialisis khususnya yang mengalami fatigue meskipun pada posisi terlentang maupun duduk menunjukkan energi yang lemah, perubahan cairan dan kadar kimia darah. Kelelahan dapat menyebabkan perubahan kondisi kesehatan, rendahnya perawatan diri, ketidakmampuan dalam beraktivitas, gangguan tidur, gangguan psikologis dan status gizi yang buruk (Nuriman et al., 2024).

Aktivitas fisik yang adekuat adalah cara yang tepat untuk mengatasi atau mengurangi keadaan Fatigue pada pasien, aktivitas fisik juga memiliki peran serta dalam mempertahankan kualitas hidup dan mengembalikan fungsi mandiri tubuh pada pasien Hemodialisis yang mengalami fatigue atau kelelahan. Oleh sebab itu dibutuhkan manajemen kelelahan yang tepat untuk dapat mengatasi atau mengembalikan fungsi mandiri pasien terutama dalam meningkatkan aktivitas fisik melalui latihan fisik yang dapat dipadukan dengan latihan relaksasi yang teratur dan berkelanjutan khususnya pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis (Dwipa et al., 2024).

Pasien yang mengalami CKD akan melakukan hemodialisis paling sedikit dua kali dalam seminggu hal ini menjadikan terapi aktivitas sangat diperlukan guna untuk mengatasi kelelahan pasien. Salah satu terapi yang dapat dilakukan untuk mengatasi Fatigue khususnya kelelahan yaitu

Progressive Muscle Relaxation atau terapi relaksasi otot progresif. Terapi relaksasi otot progresif merupakan suatu prosedur untuk mendapatkan relaksasi pada otot melalui dua langkah yaitu dengan memberikan tegangan pada suatu kelompok otot dan menghentikan tegangan tersebut kemudian memusatkan perhatian pada bagaimana otot tersebut menjadi rileks, merasakan sensasi rileks dan kelelahan berkurang (Sulistyowati et al., 2019). Relaksasi merupakan salah satu bentuk *main-body therapy*, dimana terapi ini mampu memberikan respon pada saraf simpatis dan parasimpatis sehingga diterapkan pada pengelolaan diri. Terdapat beberapa macam relaksasi yaitu progressive muscle relaxation, relaxation breathing exercise, attentionfocusing exercise, dan behavioral relaxation training Terapi relaksasi otot (*progressive muscle relaxation*) ini dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien dan dapat dilakukan pasca hemodialisis (Pambudiarto et al., 2024).

Teknik pelatihan otot progresif memungkinkan pasien mengontrol respons tubuh terhadap ketegangan. Pada latihan resistensi progresif banyak hal yang dapat dirasakan oleh tubuh seperti menurunnya tekanan darah, detak jantung teratur, aritmia, dan kebutuhan oksigen. Lebih dari itu, teknik ini dapat mengurangi ketegangan pada otot, memperlambat laju metabolisme, serta meningkatkan gelombang alfa pada otak (yang terjadi ketika klien dalam keadaan waspada, kurang konsentrasi, dan rileks), juga dapat meningkatkan konsentrasi dan kebugaran serta kemampuan untuk mengatasi stresor. Latihan kekuatan progresif membantu Anda rileks ketika merasa stress (Nuriman et al., 2024)

Peelitian yang dilakukan oleh Pardjer (2020) diketahui bahwa untuk mengurangi *fatigue* pada pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisa adalah menggunakan metode PMR (Progressive Muscle Relaxation) atau relaksasi otot progresif. Menurut Penelitian yang dilakukan oleh Pardjer (2020) menunjukkan adanya pengaruh relaksasi otot progresif terhadap penurunan tingkat kelelahan pada pasien yang menjalani terapi hemodialisa dengan nilai P value 0,000

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Fari, Sofian, & Warongan (2019), yang berjudul Efektifitas Progressive Muscle Relaxation(PMR) dan Relaxation Breathing Exercise(RBE) Terhadap tingkat Fatigue dan Selfcare Pasien GJK. Menurut Penelitian yang telah dilakukan oleh Hasbi & Sutanta (2020) menyatakan bahwa relaksasi otot progresif merupakan salah satu alternatif terapi non farmakologi yang efektif digunakan untuk mengurangi gangguan tidur pada pasien yang menjalani hemodialisis, dengan uji statistik Chi Square pada 100 responden diperoleh P value = 0,001 yang menunjukkan adanya pengaruh Progressive Muscle Relaxation (PMR) terhadap kualitas tidur pasien. Hal tersebut dikarenakan gerakan pada terapi Progressive Muscle Relaxation (PMR) mengkontraksikan dan merileksasikan otot sehingga tubuh akan memproduksi endogen yang membuat suasana tubuh menjadi rileks. Perasaan rileks tersebut akan diteruskan ke hipotalamus untuk menghasilkan Corticotropin Releasing Factor (CRF) yang akan merangsang kelenjar pituitari untuk meningkatkan produksi beta-endorphin, enkefalin dan serotonin sehingga dapat meningkatkan kenyamanan saat tidur (Pambudiarto et al., 2024)

Survei awal peneliti lakukan pada tanggal 1 Maret 2025 terhadap Tn.F dengan keluhan fatigue setelah hemodialisis, dimana dari permasalahan keperawatan ditemukan Tn.F membutuhkan Teknik relaksasi otot progresif. Berdasarkan latar belakang dan data diatas, penulis berpendapat bahwa gagal ginjal kronis masih memerlukan berbagai penanganan, maka penulis tertarik menerapkan “Penerapan progressive muscle relaxation dalam asuhan keperawatan pada Tn. F dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa Di RS Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2025”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan data dan penjelasan latar belakang masalah tersebut maka rumusan masalah dalam karya tulis ilmiah Ners ini “Bagaimana penerapan progressive muscle relaxation dalam asuhan keperawatan pada Tn. F dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa Di RS Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2025?”

C. Tujuan KIAN

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan umum dalam pembuatan proposal Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah untuk memberikan dan melakukan Penerapan progressive muscle relaxation dalam asuhan keperawatan pada Tn. F dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RS Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2025.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendiskripsikan hasil pengkajian keperawatan dengan intervensi *progressive muscle relaxation* untuk mengatasi *fatigue* gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RS Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2025.
- b. Menetapkan rumusan diagnosa keperawatan dengan intervensi *progressive muscle relaxation* untuk mengatasi *fatigue* gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RS Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2025.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan dengan intervensi *progressive muscle relaxation* untuk mengatasi *fatigue* gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RS Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2025.
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan dengan intervensi *progressive muscle relaxation* untuk mengatasi *fatigue* gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RS Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2025.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan dengan intervensi *progressive muscle relaxation* untuk mengatasi *fatigue* gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RS Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2025.

D. Manfaat KIAN

1. Bagi ilmu pengetahuan

Hasil KIAN dapat menambah wawasan dan meningkatkan pengetahuan tentang masalah kesehatan khususnya dalam penerapan intervensi

progressive muscle relaxation untuk mengatasi *fatigue* gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2025

2. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan dapat dijadikan pedoman dan data dasar maupun perbandingan dalam penerapan intervensi *progressive muscle relaxation* untuk mengatasi *fatigue* gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.

3. Bagi perawat

Bagi tenaga kesehatan khususnya dibidang keperawatan dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam penerapan intervensi *progressive muscle relaxation* untuk mengatasi *fatigue* gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.

4. Bagi RS Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi

Diharapkan dapat dijadikan pedoman dan dapat menjadi salah satu bahan masukan dengan membuat suatu pembuatan kebijakan standar asuhan keperawatan dalam penerapan intervensi *progressive muscle relaxation* untuk mengatasi *fatigue* gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa

BAB II

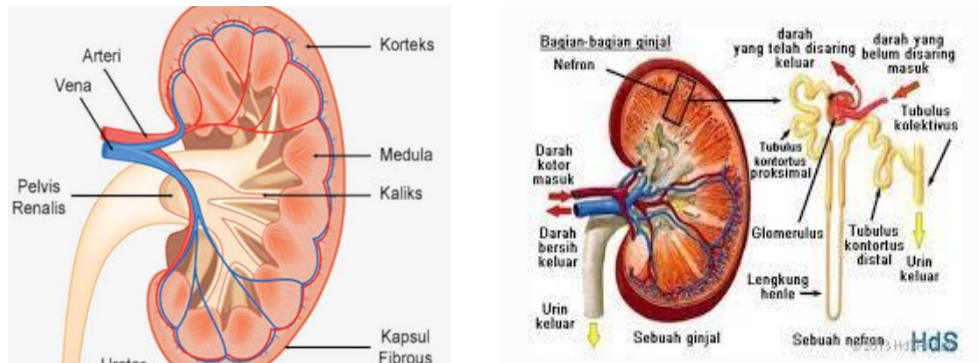
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Gagal Ginjal Kronis

1. Anatomi Fisiologi Ginjal

Ginjal merupakan organ saluran kemih yang terletak di retroperiotoneal bagian atas. Bentuknya menyerupai kacang dengan sisi cekungnya menghadap kemedial. Cekungan ini disebut sebagai hilus renalis, yang didalamnya terdapat apeks pelvis renalis dan struktur lain yang merawat ginjal yakni pembuluh darah, sistem limfatik, dan sistem saraf. Berat dan besar ginjal sangat bervariasi tergantung pada jenis kelamin, umur, serta ada tidaknya pada sisi yang lain (R. , & D. B. A. Haryono, 2019).

Pada orang dewasa panjang ginjal kira-kira 11 cm, lebar 5 - 7.5 cm, tebal 2.5 cm dan beratnya sekitar 150 gram. Organ ginjal berbentuk kurva yang terletak diarea retroperitoneal, pada bagian dinding abdomen disamping depan vertebra, setinggi torakal 12 sampai lumbal ke 3. Ginjal disokong oleh jaringan adipose dan jaringan penyokong yang disebut fasia gerota serta dibungkus oleh kapsul ginjal, yang berguna untuk mempertahankan ginjal, pembuluh darah dan kelenjar adrenal terhadap adanya trauma (Ariska, 2020).



Gambar 2.1 Anatomi Ginjal

Sumber: (Siregar, 2020)

Menurut Widayati, (2017) , Ginjal terdiri atas 3 area yaitu korteks, medulla dan pelvis

- a. Kulit Ginjal (Korteks), pada kulit ginjal terdapat bagian yang bertugas melaksanakan penyaringan darah yang disebut nefron. Pada tempat penyaringan darah ini banyak mengandung kapiler darah yang tersusun bergumpal-gumpal disebut glomerulus. Tiap glomerulus dikelilingi oleh simpai bowman, dan gabungan antara glomerulus dengan simpai bowman disebut badan malphigi.
- b. Sumsum Ginjal (Medulla), sumsum ginjal terdiri dari beberapa badan berbentuk kerucut yang disebut piramid renal. Satu piramid dengan jaringan korteks di dalamnya disebut lobus ginjal. Piramid antara 8 hingga 18 buah tampak bergaris-garis karena terdiri atas berkas saluran paralel (tubuli dan duktus kolangentes).
- c. Rongga Ginjal (Pelvis Renalis), merupakan ujung ureter yang berpangkal di ginjal berbentuk corong lebar. Sebelum berbatasan dengan jaringan ginjal, pelvis renalis bercabang dua atau tiga disebut kaliks mayor, yang masing-masing bercabang membentuk kaliks

minor yang langsung menutupi papila renis dari piramid. Kaliks minor ini menampung urin yang terus keluar dari papila. Dari kaliks minor, urin masuk ke kaliks mayor, ke pelvis renis ke ureter, hingga ditampung dalam kandung kemih.

Menurut (Ariska, 2020), ginjal berfungsi sebagai pengaturan volume dan komposisi darah, pengaturan jumlah dan konsentrasi elektrolit pada cairan ekstrasel seperti natrium, klorida, bikarbonat, kalsium, magnesium, fosfat dan hydrogen, ginjal juga berfungsi sebagai membantu mempertahankan keseimbangan asam basa (pH) darah, pengaturan tekanan darah, pengeluaran dan pembersihan hasil metabolisme tubuh, serta pengeluaran komponen-komponen asing seperti pengeluaran obat, peptisida dan zat-zat berbahaya lainnya. Ginjal menerima darah 20-25% dari kardiak output pada kondisi istirahat, atau rata-rata lebih dari satu liter permenit dari arteri renalis kanan dan kiri, yang merupakan cabang dari aorta abdomen pada setingkat vertebra lumbal kedua. Arteri renalis bercabang menjadi arteri segmental selanjutnya berturut-turut masuk ke arteri interlobaris, arteri arkuatus, arteri interlobular, arteriole aferen masuk ke glomerulus, arteriole eferen, kapiler peritubuler kemudian masuk dalam venula, vena interlobular, vena arkuata, vena interlobaris menjadi vena renalis.

Ginjal memiliki sekitar satu juta nefron pada masing-masing ginjal. Nefron berfungsi untuk menyaring darah, menyerap nutrisi, dan membuang limbah sisa metabolisme. Nefron merupakan unit fungsional pada ginjal yang berada pada sepanjang korteks sampai dengan medula.

Glomerulus merupakan kapiler-kapiler yang bertugas untuk menyaring zat-zat yang masih diperlukan tubuh dan membuang cairan serta elektrolit yang berlebihan pada tubuh. Tahap ini disebut dengan tahap filtrasi atau penyaringan darah. Terdapat beberapa zat yang dapat melewati saringan glomerulus yaitu zat-zat yang bermolekul kecil seperti air, garam, amonia, urea, ion organik, dan juga glukosa. Hasil dari filtrasi ini disebut dengan filtrat glomerulus. Pada waktu terjadi kegagalan ginjal, sebagian nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) diduga utuh sedangkan yang lain rusak yaitu hipotesa nefron utuh (Riska Wani Eka Putri Perangin-angin, 2023).

2. Definisi Gagal Ginjal Kronis

Gagal ginjal kronik biasanya merupakan akibat akhir kehilangan fungsi ginjal lanjut secara bertahap. Gagal ginjal kronis atau penyakit renal tahap akhir (ESRD) merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversible dimana kemampuan tubuh gagal mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia terjadinya retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah (R. , & D. B. A. Haryono, 2019)

Gagal ginjal kronis didefinisikan sebagai penurunan laju filtrasi glomerulus selama lebih dari 3 bulan atau adanya bukti kerusakan ginjal. Gagal ginjal kronis adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolik di dalam darah (Muttaqin, 2019).

Gagal ginjal kronis (*chronic renal failure*) adalah kerusakan ginjal progresif yang berakibat fatal dan ditandai dengan uremia seperti urea dan limbah nitrogen yang beredar dalam darah serta komplikasinya jika tidak dilakukan dialisis atau transplantasi ginjal (Nursalam, 2019b)

3. Etiologi Gagal Ginjal Kronis

Pada umumnya tubuh dapat mentoleransi berkurangnya fungsi ginjal, bahkan dalam skala besar. Situasi ini membuat pengidap penyakit gagal ginjal tidak merasa mengalami gejala apapun. Jika salah satu dari sepasang ginjal mengalami kerusakan, fungsi ginjal tetap dapat terpenuhi hanya dengan satu ginjal (Muttaqin, 2019)

Banyak kondisi klinis yang menyebabkan terjadinya gagal ginjal kronis. Akan tetapi, apapun penyebabnya respons yang terjadi adalah penurunan fungsi ginjal secara progresif. Kondisi klinis yang memungkinkan dapat mengakibatkan gagal ginjal kronis (GGK) bisa disebabkan dari ginjal sendiri maupun dari luar ginjal.

a. Penyakit dari ginjal

- 1) Penyakit pada saringan (glomerulus) glomerulonephritis
- 2) Infeksi kuman, pielonefritis, urethritis
- 3) Batu ginjal (*nephrolithiasis*)
- 4) Kista ginjal (*polycystic kidney*)
- 5) Trauma langsung pada ginjal
- 6) Keganasan pada ginjal
- 7) Sumbatan: batu, tumor, penyempitan/striktur

b. Penyakit umum diluar ginjal

- 1) Penyakit sistematik: diabetes mellitus, hipertensi, kolesterol tinggi
- 2) Dyslipidemia
- 3) SLE
- 4) Infeksi di badan: TBC paru, sifilis, malaria, hepatitis
- 5) Pre-eklamsia
- 6) Obat-obatan
- 7) Kehilangan banyak cairan pada luka bakar (Muttaqin, 2019).

4. Klasifikasi Gagal Ginjal Kronis

Penyakit ginjal kronis dibedakan berdasarkan jumlah nefron yang masih berfungsi dalam melakukan filtrasi glomerulus. GFR <60 ml/min >3 bulan diklasifikasikan sebagai penyakit ginjal kronis tanpa memperhatikan ada atau tidaknya kerusakan ginjal. Menurut (Siregar, 2020), penyakit ginjal kronis dibagi kedalam 5 derajat yaitu:

- a. Derajat 1 suatu keadaan dimana terjadi kerusakan struktur ginjal tetapi ginjal masih memiliki fungsi secara normal (GFR >90 ml/min).
- b. Derajat 2 suatu keadaan dimana terjadi kerusakan ginjal dengan diikuti penurunan fungsi ginjal yang ringan (GFR 60-89 ml/min).
- c. Derajat 3 suatu keadaan dimana terjadinya kerusakan ginjal dan diikuti dengan penurunan fungsi ginjal yang sedang (GFR 30-59 ml/min).
- d. Derajat 4 suatu keadaan dimana terjadinya kerusakan ginjal diikuti dengan penurunan fungsi ginjal yang berat (GFR 15-29 ml/min)
- e. Derajat 5 suatu kondisi ginjal yang disebut penyakit ginjal kronis (GFR <15 ml/min).

5. Manifestasi Klinis Gagal Ginjal Kronis

Menurut (Nursalam, 2019a), manifestasi klinis gagal ginjal kronis sebagai berikut:

- a. Gastrointestinal: ulserasi saluran pencernaan dan perdarahan.
- b. Kardiovaskular: hipervolemia, hipertensi, perubahan elektrokardiografi (EKG), perikarditis, efusi perikardium, dan tamponade perikardium.
- c. Respirasi: edema paru, efusi pleura dan pleuritis.
- d. Neuromuskular: lemah, gangguan tidur, sakit kepala, letargi, gangguan muscular.
- e. Metabolik/endokrin: intoleransi glukosa, hiperlipidemia, gangguan hormon seks menyebabkan penurunan libido, impoten, dan amenorrhoe (wanita).
- f. Cairan elektrolit: gangguan asam basa menyebabkan kehilangan sodium sehingga terjadi dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipermagnesemia, dan hipokalsemia.
- g. Dermatologi: pucat, hiperpigmentasi, pruritis, eksimosis, dan uremia frost.
- h. Abnormal skeletal: osteodistrofi ginjal menyebabkan osteomalasia.
- i. Hematologi: anemia, defek kualitas sel darah merah dan perdarahan meningkat.
- j. Fungsi psikososial: perubahan kepribadian dan perilaku serta gangguan proses kognitif.

6. Patofisiologi Gagal Ginjal Kronis

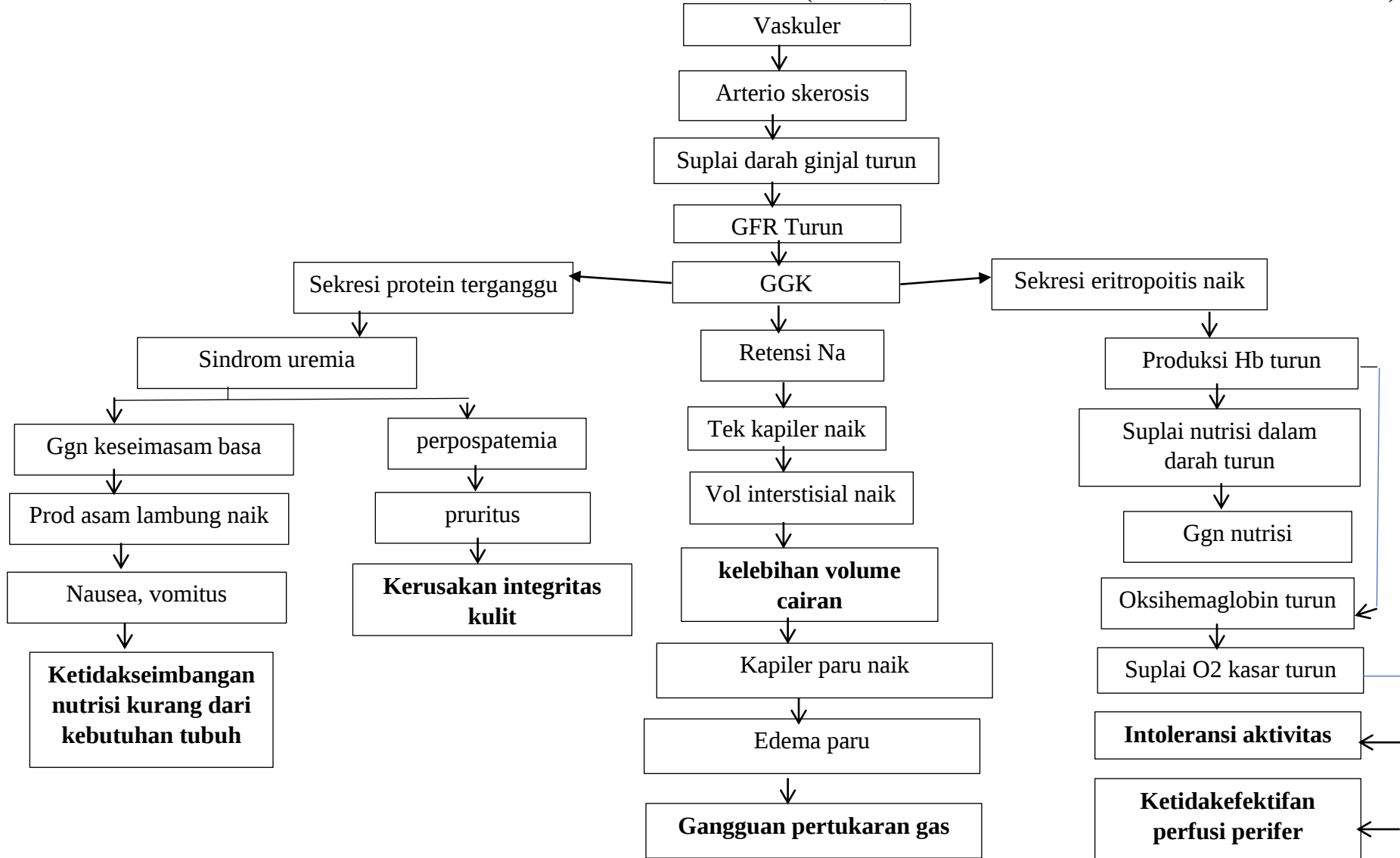
Pada waktu terjadi kegagalan ginjal, sebagian nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) diduga utuh sedangkan yang lain rusak (hipotesa nefron utuh). Nefron-nefron yang utuh hipertropi dan memproduksi volume filtrasi yang meningkat disertai reabsorpsi walaupun dalam keadaan penurunan GFR/daya saring. 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 direabsorpsi berakibat diuresis osmotik disertai poliuri dan haus. Oleh karena jumlah nefron yang rusak bertambah banyak, oliguri timbul disertai retensi produk sisa. Titik dimana timbulnya gejala-gejala pada pasien menjadi lebih jelas dan muncul gejala-gejala khas kegagalan ginjal bila kira-kira fungsi ginjal telah hilang 80%-90%. Pada tingkat ini, fungsi renal yang demikian, nilai kreatinin clearance turun sampai 15ml/menit atau lebih rendah. Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan memengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah maka gejala akan semakin berat. Banyak gejala uremia membaik setelah dialisis (R. Haryono, 2018).

7. Pathway Gagal Ginjal Kronis

Sumber:

(Nurarif,

2015)



8. Pemeriksaan Penunjang Gagal Ginjal Kronis

Menurut (Arif Muttaqin, 2020), pemeriksaan penunjang untuk gagal ginjal kronis antara lain:

a. Gambaran klinis

- 1) Sesuai dengan penyakit yang mendasari seperti DM, infeksi traktus urinarius, batu traktus urinarius, hipertensi, hiperurikemia, SLE, dll.
- 2) Sindrom uremia yang terdiri dari lemah, letargi, anoreksia, mual, muntah, nokturia, kelebihan volume cairan, neuropati perifer, pruritus, uremic frost, pericarditis, kejang-kejang sampai koma.
- 3) Gejala komplikasi, antara lain hipertensi, anemia, osteodistrof irenal, payah jantung, asidosis metabolik, gangguan keseimbangan elektrolit (sodium, kalium, klorida).

b. Gambaran Laboratoris

- 1) Penurunan fungsi ginjal berupa peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum, dan penurunan LFG yang dihitung dengan mempergunakan rumus Kockcroft-Gault. Kadar kreatinin serum saja tidak bisa dipergunakan untuk mempergunakan fungsi ginjal.
- 2) Kelainan biokimiawi darah meliputi penurunan kadar Hb, peningkatan kadar asam urat, hiperkalemia atau hypokalemia, hiponatremia, hiperklomeria atau hipokloremia, hiperfosfatemia, hipokalsemia, asidosis metabolik.
- 3) Kelainan urinalisis, meliputi proteinuria, leukosuria, cast, isostenuria.

c. Gambaran Radiologi

Pemeriksaan radiologi penyakit ginjal kronis antara lain:

- 1) Foto polos abdomen, bisa tampak batu radio-opak.
- 2) Pielografi antegrad atau retrograd dilakukan sesuai indikasi
- 3) Ultrasonografi ginjal bisa memperlihatkan ukuran ginjal yang mengecil, korteks yang menipis, adanya hidronefrosis atau batu ginjal, kista, massa, klasifikasi.
- 4) Pemeriksaan pemindaian ginjal atau renografi, dikerjakan bila ada indikasi.

d. Biopsi dan pemeriksaan histopatologi ginjal

Dilakukan pada pasien dengan ukuran ginjal yang masih mendekati normal, karena diagnosis secara non invasid tidak bisa ditegakkan. Pemeriksaan histopatologi ini bertujuan untuk mengetahui etiologi, menetapkan terpai, prognosis dan mengevaluasi hasil terapi yang telah diberikan. Biopsy ginjal tidak dilakukan pada ginjal yang sudah mengecil (*contracted kidney*), ginjal polistik, hipertensi yang tidak terkontrol, infeksi perinefrik, gangguan pembekuan darah, gagal nafas dan obesitas.

9. Komplikasi Gagal Ginjal Kronis

Komplikasi dari gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut:

- 1) Hiperkalemia, akibat penurunan ekskresi asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diet berlebihan.
- 2) Perikarditis, efusi pericardial dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.

- 3) Hipertensi, akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem renin, angiotensin, aldosteron.
- 4) Anemia, akibat penurunan eripoetin, penurunan rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi.
- 5) Penyakit tulang, akibat retensi fosfat, kadar kalium serum yang rendah metabolisme vitamin D, abnormal dan peningkatan kadar aluminium

10. Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronis

Penatalaksanaan pada pasien gagal ginjal kronis sebagai berikut:

a. Obat-obatan

Antihipertensi, suplemen besi, agen pengikat fosfat, suplemen kalsium, furosemide (membantu berkemih), transfusi darah.

b. Intake cairan dan makanan

1) Minum yang cukup

2) Pengaturan diet rendah protein (0,4-0,8 gram/kg BB) bisa memperlambat perkembangan gagal ginjal kronis

3) Asupan garam biasanya tidak dibatasi kecuali jika terjadi edema (penimbunan cairan didalam jaringan) atau hipertensi

4) Tambahan vitamin B dan C diberikan jika penderita menjalani diet ketat atau menjalani dialisa.

5) Pada penderita gagal ginjal kronis biasanya kadar trigliserida dalam darah tinggi. Hal ini akan meningkatkan resiko terjadinya komplikasi, seperti stroke dan serangan jantung. Untuk menurunkan kadar trigliserida, diberikan gemfibrozil.

- 6) Kadang asupan cairan dibatasi untuk mencegah terlalu rendahnya kadar garam (natrium) dalam darah.
- 7) Makanan kaya kalium harus dihindari. Hiperkalemia (tingginya kadar kalium dalam darah) sangat berbahaya karena meningkatkan resiko terjadinya gangguan irama jantung dan kardiac arrest.
- 8) Jika kadar kalium terlalu tinggi maka diberikan natrium polisteren sulfonat untuk mengikat kalium sehingga kalium dapat dibuang bersama tinja.
- 9) Kadar fosfat dalam darah dikendalikan dengan membatasi asupan makanan kaya fosfat (misalnya produk olahan susu, hati, polong, kacang-kacangan dan minuman ringan).

c. Hemodialisis

Hemodialisis adalah suatu teknologi tinggi sebagai terapi pengganti fungsi ginjal untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hydrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membran semi permeable sebagai pemisah darah dan cairan dialisat pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultrafiltrasi. Dialisis bisa digunakan sebagai pengobatan jangka panjang untuk GJK atau sebagai pengobatan sementara sebelum penderita menjalani pencangkokkan ginjal. Adapun pada GGA, dialisis dilakukan hanya selama beberapa hari atau beberapa minggu, sampai fungsi ginjal kembali normal.

B. Asuhan Keperawatan Pada Gagal Ginjal Kronis

1. Pengkajian

a. Identitas pasien

Usia: gagal ginjal menyerang semua golongan usia, tidak ada spesifikasi khusus pada usia penderita gagal ginjal kronis. Jenis kelamin: laki-laki sering memiliki risiko lebih tinggi terkait dengan pekerjaan dengan pola hidup sehat (Harmilah, 2021) .

b. Keluhan utama

Keluhan sangat bervariasi, terlebih jika terdapat penyakit sekunder yang menyertai. Keluhan bisa berupa urine output yang menurun (oliguria) sampai pada anuria, penurunan kesadaran karena komplikasi pada sistem sirkulasi ventilasi, anoreksia, mual dan muntah, diaforesis, fatigue napas berbau urea, dan pruritus. Kondisi ini dipicu oleh penumpukkan (akumulasi) zat sisa metabolisme/toksin dalam tubuh karena ginjal mengalami kegagalan filtrasi (Harmilah, 2021).

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat penyakit dahulu

Gagal ginjal kronis dimulai dengan periode gagal ginjal akut dengan berbagai macam penyakit (multikausa). Oleh karena itu, informasi penyakit terdahulu akan menegaskan untuk menegaskan masalah. Kaji riwayat infeksi saluran kemih, payah jantung, penggunaan obat berlebihan khususnya obat bersifat nefrotoksik dan lain sebagainya yang mampu mempengaruhi kerja ginjal. Selain itu, ada beberapa penyakit yang langsung mempengaruhi/menyebabkan

gagal ginjal yaitu diabetes melitus, hipertensi, batu saluran kemih (Harmilah, 2021)

2) Riwayat penyakit sekarang

Pada pasien dengan gagal ginjal kronis biasanya terjadi penurunan urine output, penurunan kesadaran, perubahan pola napas karena komplikasi dari gangguan sistem ventilasi, fatigue, perubahan fisiologis kulit, bau urea pada napas. Selain itu, karena berdampak pada proses metabolisme (sekunder karena intoksikasi), akan terjadi anoreksia, nausea dan vomitus sehingga berisiko untuk terjadinya gangguan nutrisi (Harmilah, 2021).

3) Riwayat kesehatan keluarga

Gagal ginjal kronis bukan penyakit menular dan menurun, sehingga silsilah keluarga tidak terlalu berdampak pada penyakit gagal ginjal kronis. Namun, pencetus sekunder seperti DM dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronis, karena penyakit tersebut hereditas. Pola kesehatan keluarga yang diterapkan jika anggota keluarga yang sakit, misalnya minum jamu saat sakit (Harmilah, 2021).

4) Riwayat psikososial

Kondisi ini tidak selalu ada gangguan jika pasien memiliki coping adaptif yang baik. 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 (Harmilah, 2021).

d. Pola aktifitas sehari-hari

1) Aktifitas/istirahat

Biasanya pasien mengalami kelelahan ekstim, kelemahan, malaise, gangguan tidur, penurunan rentang gerak (R. , & D. B. A. Haryono, 2019).

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Biasanya pasien mual, muntah, anoreksia, intake cairan inadekuat, peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan (malnutrisi), nyeri ulu hati, rasa tidak sedap pada mulut atau disebut pernafasan ammonia.

3) Pola eliminasi

Biasanya pada pasien terjadi penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria (gagal tahap lanjut) abdomen kembung, diare konstipasi, perubahan warna urin

4) Persepsi diri dan konsep diri

Perasaan tidak berdaya, tidak ada harapan, tidak ada kekuatan, menolak, ansietas, takut, marah, perubahan kepribadian, kesulitan menentukan kondisi contoh tidak mampu bekerja, mempertahankan fungsi peran.

5) Pola reproduksi dan seksual

Penurunan libido, amenorea, infertilitas (R. , & D. B. A. Haryono, 2019).

e. Pemeriksaan fisik

1. Sistem tubuh

a) Sistem pernapasan

(1) Inspeksi: pernapasan cepat dan dalam (kussmaul), sputum kental

(2) Palpasi: tidak ada nyeri tekan, massa, peradangan dan ekspansi dada simetris

(3) Perkusi: sonor

(4) Auskultasi: jika terjadi penumpukan cairan dalam paru maka terdengar bunyi kekel (Harmilah, 2021) .

b) Sistem kardiovaskuler

(1) Inspeksi: pembesaran vena jugularis

(2) Palpasai: iktus cordis teraba di ics 4 atau 5

(3) Perkusi: redup

(4) Auskultasi: jika terjadi penumpukan cairan dalam pleura, terdengar friction rub perikardial (Harmilah, 2021).

c) Sistem neurologi

Kesadaran composmentis, terjadi konfusi dan disorientasi apabila terjadi penumpukan zat-zat toksik, rasa panas pada telapak kaki (Harmilah, 2021).

d) Sistem perkemihan

Penurunan urine output <400 ml/hari bahkan sampai pada anuria (tidak adanya urine output).

e) Sistem pencernaan

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

f) Sistem muskuloskeletal

Didapatkan adanya nyeri panggul, sakit kepala, kram otot, nyeri kaki. Didapatkan adanya kelemahan fisik secara umum dari anemia

f. Pemeriksaan penunjang

1) Biokimiawi

Pemeriksaan utama dari analisa fungsi ginjal adalah ureum dan kreatinin plasma. Untuk hasil yang lebih akurat untuk mengetahui fungsi ginjal adalah dengan analisa creatinine clearance. Pemeriksaan kadar elektrolit juga harus dilakukan untuk mengetahui status keseimbangan elektrolit dalam tubuh sebagai bentuk kinerja ginjal.

2) Urinalisis

Urinalisis dilakukan untuk menepis ada atau tidaknya infeksi pada ginjal atau ada/tidaknya pendarahan aktif akibat inflamsai pada jaringan parenkim ginjal

3) Ultrasonografi ginjal

Gambaran dari ultrasonografi ginjal akan memberikan informasi yang mendukung untuk menegakkan diagnosis gagal ginjal. Biasanya ada obstruksi atau jaringan parut pada ginjal. Selain itu, ukuran dari ginjal pun akan terlihat (Ns. Hamka et al., 2024).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial.

Dalam SDKI, (2017), Diagnosis Keperawatan klien dengan gagal ginjal kronis sebagai berikut:

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan ortopnea, dispnea, edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat (D.0002).
- b. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun, nadi perifer menurun atau tidak teraba, turgor kulit menurun, edema (D.0009)
- c. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan ditandai dengan kerusakan jaringan, nyeri, perdarahan (D.0129)
- d. Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveolus-kapiler ditandai dengan dispnea, PCO₂ meningkat/menurun, PO₂ menurun, takikardia, Ph arteri

meningkat/menurun, bunyi napas tambahan, pusing. (D.0003)

- e. Defisit Nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal, cepat kenyang setelah makan, nafsu makan menurun (D.0019).
- f. Fatigue berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan mengeluh lelah, frekuensi meningkat >20% dari kondisi istirahat, dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah (D.0058)

3. Intervensi keperawatan

Intervensi atau tindakan keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan ini dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.

Intervensi utama dalam masalah keperawatan hipervolemia (Manajemen Hipervolemia dan Pemantauan Cairan), Perfusi Perifer Tidak Efektif (Perawatan Sirkulasi dan Manajemen Sensasi Perifer), Gangguan Integritas Kulit (Perawatan Integritas Kulit dan Perawatan Kulit), Gangguan Pertukaran Gas (Pemantauan Respirasi dan Terapi Oksigen), Defisit Nutrisi (Manajemen Nutrisi, dan Promosi Berat Badan), Fatigue (Manajemen Energi dan Terapi Aktivitas).

Menurut (Tim pokja SIKI PPNI, 2017) dapat diuraikan intervensi keperawatan adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Hipervolemia (D.0022) Definisi: Peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraselular Penyebab: 1. Gangguan mekanisme regulasi 2. Kelebihan asupan cairan 3. Kelebihan asupan natrium 4. Gangguan aliran balik vena 5. Efek agen farmakologis (mis.kortikosteroid, chlorpropamide, tolbutamide, vincristine, tryptilinescarbamazepine) Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: 1. Ortopnea 2. Dispnea 3. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) Objektif: 1. Edema anasarka dan/atau edema perifer 2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 3. Jugular venous pressure (JVP) dan/atau central venous pressure (CVP) meningkat 4. Refleks hepatojugular positif Gejala dan Tanda Minor Subjektif: tidak tersedia Objektif: 1. Ditensi vena jugularis 2. Terdengar suara nafas tambahan 3. Hepatomegali 4. Kadar Hb atau Ht turun	Keseimbangan Cairan (L.03020) Espektasi: meningkat Kriteria Hasil: 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluaran urin meningkat 3. Kelembapan mukosa meningkat 4. Asupan makan meningkat 5. Edema menurun 6. Dehidrasi menurun 7. Asites menurun 8. Konfusi menurun 9. Tekanan darah membaik 10. Denyut nadi radial membaik 11. Tekanan arteri rata-rata membaik 12. Membran mukosa membaik 13. Mata cekung membaik 14. Turgor kulit membaik 15. Berat badan membaik	Pemantauan Cairan (I.03121) Definisi: Mengumpulkan dan menganalisis data terkait pengaturan keseimbangan cairan Tindakan Observasi: 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi nafas 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor berat badan 5. Monitor elastisitas atau turgor kulit 6. Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine 7. Monitor kadar albumin dan protein total 8. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. Osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN) 9. Monitor intake dan output cairan 10. Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. Dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat) 11. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis. Prosedur pembedahan mayor, trauma atau pendarahan, luka bakar, aferesis, obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)

	5. Oliguria 6. Intake lebih banyak dari output (balance cairan positif) 7. Kongesti paru Kondisi Klinis Terkait: 1. Penyakit ginjal: gagal ginjal akut/kronis, sindrom nefrotik 2. Hipoalbuminemia 3. Gagal jantung kongestif 4. Kelainan hormone 5. Penyakit hati (mis. sirosis, asites, kanker hati) 6. Penyakit vena perifer (mis. varises vena, thrombus vena, phlebitis) 7. Imobilitas		Terapeutik: 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
2.	Gangguan Pertukaran Gas (D.0003) Definisi: Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler Penyebab: 1. Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi 2. Perubahan membran alveolus-kapiler Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: 1. Dispnea Objektif: 1. PCO₂ meningkat / menurun 2. PO₂ menurun 3. Takikardia 4. pH arteri meningkat/menurun 5. bunyi napas tambahan Gejala dan Tanda Minor Subjektif: 1. Pusing 2. Penglihatan kabur Objektif: 1. Sianosis	Pertukaran Gas (L.01003) Ekspektasi: Meningkat Kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran membaik 2. Dispnea menurun 3. Bunyi napas tambahan menurun 4. Pusing menurun 5. Penglihatan kabur menurun 6. Diaforesis menurun 7. Gelisah menurun 8. Pernapasan cuping hidung menurun 9. PCO₂ membaik 10. PO₂ membaik 11. Takikardia membaik	Terapi Oksigen (I.01026) Definisi: Memberikan tambahan oksigen untuk mencegah dan mengatasi kondisi kekurangan oksigen jaringan Tindakan 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 5. Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan 6. Monitor tanda-tanda hipoventilasi 7. Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelectasis 8. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen 9. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan

	2. Diaforesis 3. Gelisah 4. Napas cuping hidung 5. Pola napas abnormal (cepat/lambat, regular/iregular, dalam/dangkal) 6. Warna kulit abnormal (mis. Pucat, kebiruan) 7. Kesadaran menurun Kondisi Klinis Terkait: 1. Cedera kepala 2. Coronary artery bypass graft (CABG) 3. Gagal napas 4. Cardiac arrest 5. Transplantasi jantung 6. Displasia bronkopulmonal	12. pH arteri membaik 13. Sianosis membaik 14. Pola napas membaik 15. Warna kulit membaik	oksigen Terapeutik: 1. Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu 2. Pertahankan kepatenan jalan napas 3. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen 4. Berikan oksigen tambahan, jika perlu 5. Tetap berikan oksigen saat pasien di transportasi 6. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien Edukasi: 1. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah Kolaborasi: 1. Kolaborasi penentuan dosis oksigen 2. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur
3.	Defisit Nutrisi (D.0019) Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme Penyebab: 1. Ketidakmampuan menelan makanan 2. Ketidakmampuan mencerna makanan 3. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi 4. Peningkatan kebutuhan metabolisme 5. Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi) 6. Faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan) Gejala dan Tanda Mayor	Status Nutrisi (L.03030) Ekspektasi: membaik Kriteria hasil: 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Serum albumin meningkat 3. Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan 4. Perasaan cepat kenyang menurun 5. Nyeri abdomen menurun	Manajemen Nutrisi (I.03119) Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola nutrisi yang seimbang Tindakan Observasi: 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

	Subjektif: - Objektif: 1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal Gejala dan Tanda Minor Subjektif: 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram atau nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun Objektif: 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare Kondisi Klinis Terkait: 1. Stroke 2. Parkinson 3. <i>Mobius syndrome</i> 4. <i>Cerebral palsy</i> 5. <i>Cleft lip</i> 6. <i>Cleft palate</i> 7. <i>Amyotropic lateral sclerosis</i> 8. Kerusakan neuromuskular 9. Luka bakar 10. Kanker 11. Infeksi 12. AIDS 13. Penyakit Crohn's	6. Sariawan menurun 7. Diare menurun 8. Berat badan membaik 9. Indeks masa tubuh (IMT) membaik 10. Frekuensi makan membaik 11. Nafsu makan membaik 12. Bising usus membaik	Terapeutik: 1. Lakukan oral hygien sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitas menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu 7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi: 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Anjurkan diet yang di programkan Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
4.	Gangguan Integritas Kulit (D.0129) Defenisi: Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen) Penyebab: 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi	Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) Ekspektasi: Meningkat Kriteria hasil: 1. Elastisitas meningkat 2. Hidrasi meningkat 3. Perfusi jaringan	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Definisi: Mengidentifikasi dan merawat kulit untuk menjaga keutuhan, kelembapan, dan mencegah perkembangan mikroorganisme Tindakan Observasi: 1. Identifikasi penyebab gangguanintegritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi,

	(kelebihan/kekurangan) 3. Kekurangan/kelebihan volume cairan 4. Penurunan mobilitas 5. Bahan kimia iritatif 6. Suhu lingkungan yang ekstrem 7. Faktor mekanis (mis. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektroditermi, energi listrik bertegangan tinggi) 8. Efek samping terapi radiasi 9. Kelembaban 10. Proses penuaan 11. Neuropati perifer 12. Perubahan pigmentasi 13. Perubahan hormonal 14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: - Objektif: 1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit Gejala dan Tanda Minor Subjektif: - Objektif: 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. hematoma Kondisi Klinis Terkait: 1. Imobilisasi 2. Gagal jantung kongestif 3. Gagal ginjal 4. Diabetes melitus 5. Imunodefisiensi (mis. AIDS)	meningkat 4. Kerusakan jaringan menurun 5. Kerusakan lapisan kulit menurun 6. Nyeri menurun 7. Perdarahan menurun 8. Kemerahan menurun 9. Hematoma menurun 10. Pigmentasi abnormal menurun 11. Jaringan parut menurun 12. Nekrosis menurun 13. Abrasi kornea menurun 14. Suhu kulit membaik 15. Sensasi membaik 16. Tekstur membaik 17. Pertumbuhan rambut membaik	perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) Terapeutik: 1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi: 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem 6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 7. Anjurkan mandi menggunakan sabun secukupnya
5.	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009) Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat	Perfusi Perifer (L.02011) Ekspektasi: Meningkat	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Definisi: Mengidentifikasi dan merawat area luka dengan keterbatasan

mengganggu metabolisme tubuh Penyebab: 1. hiperglikemia 2. Penurunan konsentrasi hemoglobin 3. Peningkatan tekanan darah 4. Kekurangan volume cairan 5. Penurunan aliran arteri dan/atau vena 6. Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas) 7. Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. diabetes melitus, hiperlipidemia) 8. Kurang aktifitas fisik Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: tidak tersedia Objektif: 1. Pengisian kapiler 3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun Gejala dan Tanda Minor Subjektif: 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) Objektif: 1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks ankle-brachial < 0,90 4. Bruit femoral Kondisi Klinis Terkait: 1. Tromboflebitis 2. Diabetes mellitus 3. Anemia	Kriteria Hasil: 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Sensasi meningkat 4. Warna kulit pucat menurun 5. Edema perifer menurun 6. Nyeri ekstremitas menurun 7. Parastesia menurun 8. Kelemahan otot menurun 9. Kram otot menurun 10. Bruit femoralis menurun 11. Nekrosis menurun 12. Pengisian kapiler membaik 13. Akral membaik 14. Turgor kulit membaik 15. Tekanan darah sistolik membaik 16. Tekanan darah diastolik membaik 17. Tekanan arteri rata-rata membaik 18. Indeks ankle-brachia membaik	sirkulasi perifer Tindakan Observasi: 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial indeks) 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik: 1. Hindari pemasangan infus atau pengembalian darah di daerah keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas lengan dengan keterbatasan perfusi 3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera 4. Lakukan pencegahan infeksi 5. Lakukan perawatan kaki dan kuku 6. Lakukan hidrasi Edukasi: 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Anjurkan olahraga rutin 3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolesterol, jika perlu 6. Anjurkan minum obat
--	---	--

	4. Gagal jantung kongestif 5. Kelainan jantung kongenital 6. Trombosis arteri 7. Varises 8. Trombosis vena dalam 9. Sindrom kompartemen		penurun tekanan darah secara teratur 7. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 8. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 9. Anjurkan program rehabilitasi vaskular 10. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omg3) 11. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)
6.	Intoleransi Aktivitas (D.0058) Definisi: Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari Penyebab: 1. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 2. Tirah baring 3. Kelemahan 4. Imobilitas 5. Gaya hidup menoton Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: 1. Mengeluh lelah Objektif: 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi sehat Gejala dan Tanda Minor Subjektif: 1. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman	Toleransi Aktifitas (L.050447) Definisi: Respon fisiologis terhadap aktifitas yang membutuhkan tenaga Ekspektasi: Meningkat Kriteria Hasil: 1. frekuensi nadi meningkat 2. saturasi oksigen meningkat 3. kemudahan dalam melakukan aktifitas sehari-hari meningkat 4. kecepatan berjalan meningkat 5. jarak berjalan	Manajemen Energi (I.05178) Definis: Mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan Tindakan Observasi: 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas Terapeutik: 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif 3. Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan

	setelah beraktivitas 3. Merasa lemah Objektif: 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4. Sianosis Kondisi Klinis Terkait: 1. Anemia 2. Gagal jantung kongestif 3. Penyakit jantung koroner 4. Penyakit katup jantung 5. Aritmia 6. Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) 7. Gangguan metabolik 8. Gangguan muskuloskeletal	meningkat 6. kekuatan tubuh bagian atas meningkat 7. kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 8. toleransi dalam menaiki tangga meningkat 9. keluhan lelah menurun 10. dispnea saat aktifitas menurun 11. dispnea setelah aktifitas menurun 12. perasaan lemah menurun 13. aritmia saat aktifitas menurun 14. aritmia setelah aktifitas menurun 15. sianosis menurun 16. warna kulit membaik 17. tekanan darah membaik 18. frekuensi napas membaik 19. EKG iskemia membaik	4. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi: 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi: 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
7	Fatigue / lejetihan (D.0057) Definisi: Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat. Penyebab: 1. Gangguan tidur 2. Gaya hidup monoton 3. Kondisi Fisiologis	(L.05046) Tingkat Kelelahan Setelah Intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam, maka tingkat kelelahan membaik dengan kriteria hasil : Kriteria	(I.05817) Terapi Relaksasi Otot Progresif a. Observasi Identifikasi tempat yang tenang dan nyaman b. Monitor secara berkala untuk memastikan otot rileks c. Monitor adanya indikator tidak rileks (mis.adanya

	(mis.penyakit kronis,penyakit termial,anemia, malnutrisi, kehamilan) 4. Program perawatan/pengobatan jangka panjang 5. Peristiwa hidup negatif 6. Stres berlebihan	Hasil : 1.Verbalisasi kepulihan energi meningkat 2.Tenaga meningkat 3.Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat 4.Motivasi meningkat 5. Verbalisasi lelah menurun 6. Lesu menurun	gerakan, pernapasan yang berat) Terapeutik d. Atur lingkungan agar tidak ada gangguan saat terapi e. Berikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman f. Hentikan sesi relakssi secara bertahap g. Beri waktu mengungkapkan perasaan tentang terapi Edukasi a. Anjurkan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit b. Anjurkan melakukan relaksasi otot rahang. c. Anjurkan menengangkan otot selama 5 sampai 10 dretik, kemudian anjurkan untuk merilekskan otot 20-30 detik, masing-masing 8 sampai 16 kali d. Anjurkan menengangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram e. Anjurkan fokus pada sensasi otot yang relaks f. Anjurkan bernapas dalam dan perlahan
--	---	---	---

4. Implementasi Keperawatan

Fase implementasi dari proses keperawatan mengikuti rumusan dari rencana keperawatan. Implementasi mencakup dari pelaksanaan intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mengatasi diagnosa keperawatan dan masalah-masalah kolaboratif pasien serta memenuhi kebutuhan pasien (Muttaqin, 2019)

5. Evaluasi Keperawatan

Perawat mengevaluasi perkembangan kesehatan klien terhadap Tindakan dalam pencapaian tujuan sesuai rencana yang telah ditetapkan

dan merevisi data dasar dan perencanaan. Evaluasi keperawatan berakhir dengan kriteria hasil yang merupakan indikator karena dapat menggambarkan perubahan-perubahan yang ingin dicapai setelah pemberian intervensi keperawatan. Kriteria hasil ditetapkan dalam bentuk skor dengan skala 1 s.d5.

Berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) pada masalah keperawatan Hipervolemia dengan luaran keseimbangan cairan ekspektasi meningkat, gangguan pertukaran gas dengan luaran pertukaran gas ekspektasi meningkat, defisit nutrisi dengan luaran status nutrisi ekspektasi membaik, gangguan integritas kulit dengan luaran integritas kulit dan jaringan ekspektasi meningkat, perfusi perifer tidak efektif dengan luaran perfusi perifer ekspektasi meningkat, intoleransi aktifitas dengan luaran toleransi aktifitas ekspektasi meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

C. Konsep Terapi Relaksasi Otot Progresif

1. Pengertian

Teknik relaksasi otot progresif adalah teknik relaksasi otot dalam yang tidak memerlukan imajinasi, ketekunan, atau sugesti. Terapi relaksasi otot progresif yaitu terapi dengan cara peregangan otot kemudian dilakukan relaksasi otot . Relaksasi progresif adalah cara yang efektif untuk relaksasi dan mengurangi kecemasan (Tjokroprawiro, 2019).

Progressive muscle relaxation, juga dikenal sebagai relaksasi otot progresif, merupakan metode mengajarkan orang untuk merelaksasi otot-

otot tertentu secara berurutan dan kemudian merilekskannya secara bergantian. Relaksasi otot progresif merupakan suatu teknik latihan dimana seseorang diminta untuk menegangkan setiap kelompok otot pada tubuhnya kemudian mengendurkan atau mengendurkannya dengan cepat, seolah-olah menghilangkan seluruh ketegangan pada tubuh (Permana, 2021). Berdasarkan beberapa definisi di atas, relaksasi otot progresif merupakan salah satu jenis terapi relaksasi non farmakologis yang dapat diberikan kepada pasien untuk membantunya menjadi lebih rileks dan meredakan ketegangan pada tubuhnya dengan melakukan beberapa gerakan yang membuat otot-otot yang tegang menjadi lebih rileks

2. Tujuan Terapi Relaksasi Otot Progresif

Menurut (Setyowati, 2018) bahwa tujuan dari teknik ini adalah:

- a. Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, laju metabolik.
- b. Mengurangi distritmia jantung, kebutuhan oksigen.
- c. Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan tidak memfokus perhatian seperti relaks.
- d. Meningkatkan rasa kebugaran, konsentrasi.
- e. Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stres.
- f. Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, fobia ringan, gagap ringan, dan
- g. Membangun emosi positif dari emosi negatif.

3. Indikasi Terapi Relaksasi Otot Progresif

Menurut (Setyowati, 2018) bahwa indikasi dari terapi relaksasi otot progresif, yaitu:

- a. Klien yang mengalami insomnia.
- b. Klien sering stres.
- c. Klien yang mengalami kecemasan.
- d. Klien yang mengalami depresi.
- e. Teknik Terapi Relaksasi Otot Progresif

Menurut (Setyowati, 2018) persiapan untuk melakukan teknik ini yaitu:

- a. Persiapan

Persiapan alat dan lingkungan : kursi, bantal, serta lingkungan yang tenang dan sunyi.

- b. Pahami tujuan, manfaat, prosedur.

Posisikan tubuh secara nyaman yaitu berbaring dengan mata tertutup menggunakan bantal di bawah kepala dan lutut atau duduk di kursi dengan kepala ditopang, hindari posisi berdiri.

- c. Lepaskan asesoris yang digunakan seperti kacamata, jam, dan sepatu.
- d. Longgarkan ikatan dasi, ikat pinggang atau hal lain sifatnya mengikat.
- e. Prosedur (terdiri dari 15 gerakan):

- 1) Gerakan 1 : Ditunjukkan untuk melatih otot tangan.

- a) Genggam tangan kiri sambil membuat suatu kepalan.

- b) Buat kepala semakin kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi.
- c) Pada saat kepala dilepaskan, rasakan relaksasi selama 10 detik.
- d) Gerakan pada tangan kiri ini dilakukan dua kali sehingga dapat membedakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan relaks yang dialami.
- e) Lakukan gerakan yang sama pada tangan kanan.



Gambar 2.1

Gerakan 1

- 2) Gerakan 2 : Ditunjukkan untuk melatih otot tangan bagian belakang.

- a) Tekuk kedua lengan ke belakang pada pergelangan tangan sehingga otot di tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang.
- b) Jari-jari menghadap ke langit-langit.



Gambar 2.1

Gerakan 2

- 3) Gerakan 3 : Ditunjukkan untuk melatih otot biceps (otot besar pada bagian atas pangkal lengan).
- Genggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan.
 - Kemudian membawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot biceps akan menjadi tegang.



Gambar 2.3

Gerakan 3

- 4) Gerakan 4 : Ditunjukkan untuk melatih otot bahu supaya mengendur.
- Angkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan-akan hingga menyentuh kedua telinga.
 - Fokuskan perhatian gerakan pada kontrak ketegangan yang terjadi di bahu punggung atas, dan leher.



Gambar 2.4

- 5) Gerakan 5 dan 6: ditunjukkan untuk melemaskan otot-otot wajah (seperti dahi, mata, rahang dan mulut).
- a) Gerakan otot dahi dengan cara mengerutkan dahi dan alis sampai otot terasa kulitnya keriput.
 - b) Tutup keras-keras mata sehingga dapat dirasakan ketegangan di sekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata.

**Gambar 2.5**

Gerakan 5 dan 6

- 6) Gerakan 7 : Ditujukan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang. Katupkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi sehingga terjadi ketegangan di sekitar otot rahang.

**Gambar 2.6**

Gerakan 7

- 7) Gerakan 8 : Ditujukan untuk mengendurkan otot-otot di sekitar mulut. Bibir dimoncongkan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan di sekitar mulut,



Gambar 2.7

Gerakan 8

- 8) Gerakan 9 : Ditujukan untuk merilekskan otot leher bagian depan maupun belakang.
- a) Gerakan diawali dengan otot leher bagian belakang baru kemudian otot leher bagian depan.
 - b) Letakkan kepala sehingga dapat beristirahat.
 - c) Tekan kepala pada permukaan bantalan kursi sedemikian rupa sehingga dapat merasakan ketegangan di bagian belakang leher dan punggung atas.



Gambar 2.8

Gerakan 9

- 9) Gerakan 10 : Ditujukan untuk melatih otot leher bagian depan.
- a) Gerakan membawa kepala ke muka.
 - b) Benamkan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka.



Gambar 2.9
Gerakan 10

- 10) Gerakan 11 : Ditujukan untuk melatih otot punggung
- a) Angkat tubuh dari sandaran kursi.
 - b) Punggung dilengkungkan
 - c) Busungkan dada, tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian relaks.
 - d) Saat relaks, letakkan tubuh kembali ke kursi sambil membiarkan otot menjadi lurus.



Gambar 2.10
Gerakan 11

- 11) Gerakan 12 : Ditujukan untuk melemaskan otot dada.

- a) Tarik napas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak-banyaknya.
- b) Ditahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan di bagian dada sampai turun ke perut, kemudian dilepas.
- c) Saat tegangan dilepas, lakukan napas normal dengan lega.
- d) Ulangi sekali lagi sehingga dapat dirasakan perbedaan antara kondisi tegang dan relaks



Gambar 2.11
Gerakan 10

12) Gerakan 13 : Ditujukan untuk melatih otot perut

- a) Tarik dengan kuat perut ke dalam.
- b) Tahan sampai menjadi kencang dan keras selama 10 detik, lalu dilepaskan bebas.
- c) Ulangi kembali seperti gerakan awal untuk perut.



Gambar 2.12

Gerakan 13

13) Gerakan 14-15 : Ditujukan untuk melatih otot-otot kaki (seperti paha dan betis).

- a) Luruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang.
- b) Lanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian rupa sehingga ketegangan pindah ke otot betis.
- c) Tahan posisi tegang selama 10 detik, lalu dilepas.
- d) Ulangi setiap gerakan masing-masing dua kali.

**Gambar 2.13**

Gerakan 14 dan Gerakan 15

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. PENGKAJIAN

DATA KLINIS

Nama Pasien	: Tn. F	Nadi	: 80 x/menit
No MR	: 521107	Pernafasan	: 20 x/menit
Ruangan	: Hemodialisa	Tekanan darah	: 100/60 mmHg
Jenis kelamin	: Laki-Laki	Tanggal kedatangan	: 05-03-2025
Usia	: 48 th	Jam kedatangan	: 08.00 WIB
Tinggi badan	: 150 cm	Tanggal pengkajian	: 07-03-2025
Berat badan	: 69 kg	Yang bisa dihubungi	: Anak
Suhu	: 36,5 °C	Telepon	: 08126645687

KELUHAN UTAMA PASIEN SAAT INI

Pasien dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik (GGK) yang baru menjalani terapi hemodialisis ketiga kalinya dengan keluhan lemas saat setelah melakukan cuci darah. Pasien mengeluh kakinya terasa berat.

ALASAN DIRAWAT DIRUMAH SAKIT SAAT INI

Pasien mengatakan dia merupakan pasien rawat jalan yang melakukan cuci darah rutin setiap 2 kali dalam seminggu. Pasien mengatakan sudah dua kali melakukan cuci darah (hemodialisa) pada minggu yang lalu pasien mengatakan merasa lemas setelah melakukan terapi. Keadaan umum pasien lemah, pusing, pucat . TD 100/60 mmHg, nadi 80x/menit, RR 20 x/menit dan suhu 36,5 °C.

PERAWATAN DI RUMAH SAKIT TERAKHIR

Tanggal : sekitar 2 tahun yang lalu
alasan : Hipertensi

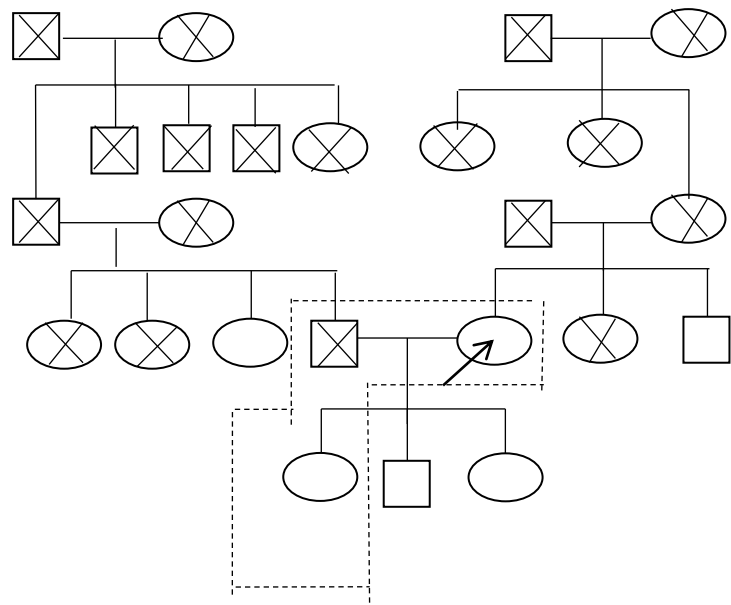
RIWAYAT MEDIS YANG LALU

Keluarga pasien mengatakan 2 tahun yang lalu pernah dirawat di RS karena darah tinggi.

Masalah Keperawatan: Penurunan curah jantung

RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Genogram dan penyakit yang dialami oleh anggota keluarga lain : pasien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang memiliki penyakit yang sama dengan pasien



- Keterangan :
- : laki-laki
 - : perempuan
 - ✕ : meninggal
 - ↗ : Pasien
 - | : anak
 - : menikah
 - - - - : tinggal serumah

POLA PERSEPSI DAN PENANGANAN KESEHATAN

Persepsi terhadap penyakit : Pasien mengatakan takut kalau penyakitnya tidak bisa disembuh kan.

PENGUNAAN

- Tembakau : Tidak ada
- Berhenti (tanggal) : Tidak ada
- Jumlah penggunaan : Tidak ada
- Alcohol : Tidak ada
- Obat lain : Tidak ada

Alergi (obat-obatan,makanan, plaster, zat warna) : Pasien tidak memiliki riwayat alergi

Reaksi alergi : Tidak ada reaksi alergi

Pola Nutrisi / Metabolisme

No	Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1.	Selera makan	Biasa 3-4 x / hari	Menurun 1-2 x/hari
2.	Diet khusus	Tidak ada	Diet rendah garam Diet rendah cairan Diet tinggi protein
3.	Jenis makanan dan minuman	Bervariasi : • Nasi • Ikan • Telur • Daging • Sayur, dll	Bervariasi : • Nasi • Telur • Daging • Ikan • Sayur
		• Air putih • Susu • The	• Air putih
4.	Frekuensi makanan dan minuman	Makan : • 3-4 x/hari • 1-2 porsi sekali makan	Makan : • 1-2 x/hari • ½ porsi sekali makan
		Minum : • 8-12 gelas/hari • Setiap sehabis makan dan ketika haus	Minum : • 1 gelas/hari • Setiap sehabis makan dan ketika haus
5.	Cara pemenuhan	Oral	Oral

Balance cairan :

Pasien mengatakan mengalami gangguan saat kencing karena jumlah kencing yang keluar sedikit yaitu ±1 aqua gelas per hari (± 100 ml), pasien mengatakan kemarin minum air putih sebanyak 1 1/2 gelas (± 250 ml)

Cairan masuk (CM):

- a. Air (makan + minum+ Obat) : 450 cc
- b. AM (air metabolisme) = 5cc x BB : 5 x 69 : 345 cc

Total cairam masuk : 795 cc.

Cairan Keluar (CK) :

- a. Urine : 50 cc

b. IWL (10 x BB) : 10 x 69 : 690 cc

Total cairan keluar : 740 cc.

Balance cairan (24 jam) : CM – CK : 795 cc – 740 cc = 55cc. Berdasarkan hasil perhitungan balance cairan di atas, dapat disimpulkan Tn.F mengalami kelebihan cairan sebanyak 55 cc.

- Penurunan sensari kecap : Tidak ada
- Jumlah muntah : Tidak ada
- Frekuensi muntah : Tidak ada
- Penurunan BB 6 bulan terakhir : Tidak ada
- Kesulitan menelan : Tidak ada
- Gambaran diet pasien dalam sehari : Konsusmsi cairan maksimal 250 ml/24 jam
- Pantangan / alergi : Batasi garam, susu dan daging olahan

POLA ELIMINASI

No	Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1.	Frekuensi defekasi dan eliminasi urin		
	a. Defekasi	Frekuensi : 1x1 hari Konsistensi : lunak berbentuk Bau : khas Warna : kuning	Frekuensi : 1x1 hari Konsistensi : lunak berbentuk Bau : khas Warna : kuning
	b. Eliminasi urin	Frekuensi : 4x sehari Pancaran : kuat Jumlah : 500 cc / 8 jam Warna : kuning	Frekuensi : 3x sehari Pancaran : lemah Jumlah : 50 cc / 24 jam Warna : kuning
2.	Konsistensi feses	Lunak berbentuk	Lunak berbentuk
3.	Kesulitan defekasi dan eliminasi urin		
	a. Defekasi	Tidak ada kesulitan defekasi	Tidak ada kesulitan defekasi
	b. Eliminasi urin	Tidak ada kesulitan eliminasi urin	Tidak Ada kesulitan eliminasi urin

Lain-lain : Tidak ada

POLA AKTIVITAS DAN OLAHRAGA

Kemampuan perawatan diri :

- 0 : mandiri
- 2 : bantuan orang lain
- 1 : dengan alat bantu
- 3 : bantuan peralatan dan orang lain
- 4 : tergantung / tidak mampu

Aktivitas	0	1	2	3	4
Makan / minum	V				
Mandi			V		
Berpakaian / berdandan	V				
Toileting			V		
Mobilisasi di tempat tidur	V				
Berpindah	V				
Berjalan			V		

Kemampuan pergerakan sendi : Normal

Alat bantu : Tidak ada

Keluhan saat beraktifitas : Tidak ada

POLA ISTIRAHAT TIDUR

- Kebiasaan : 6-8 jam
- Merasa segar setelah tidur : Iya
- Masalah tidur : Tidak ada
- Lain-lain : Tidak ada

PSIKOLOGIS

Konsep diri

- Gambaran diri : Klien mengatakan baru mengetahui penyakit gagal ginjal kronik yang dideritanya harus melakukan hemodialisis, dan klien sangat cemas dan khawatir setiap melakukan cuci darah
- Ideal diri : Pasien merasa tidak berguna bagi keluarga
- Citra diri : Pasien memiliki persepsi negatif terhadap tubuhnya sendiri, pasien seringkali tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi pada dirinya seperti nafas berbau gas atau bau pesing, kulit kering dan menghitam, kulit yang terasa gatal, serta perut, mata, tangan dan kaki yang bengkak (oedema). Pasien juga merasa malu didepan keluarga dan masyarakat akibat perubahan fisik yang dialaminya
- Harga diri : Pasien merasa harga diri rendah
- Peran : Pasien kurang melaksanakan peran selama sakit
- Identitas Diri : Indentitas diri pasien tidak ada masalah

Stressor yang dirasakan dalam 6 bulan terakhir: Penyakit CKG yang dialami
Kemampuan koping terhadap stressor : Dukungan istri dan keluarga
Keinginan untuk mengakhiri kehidupan/ riwayat bunuh diri : tidak ada

POLA KOGNITIF PERSEPSI

Status Mental : cemas dengan penyakitnya
Bicara : Normal
Bahasa Sehari-Hari : Bahasa Daerah Minang
Kemampuan Memahami : Tepat
Keterampilan Interaksi : Tepat
Tingkat Ansietas : Sedang
Vertigo : Tidak Ada
Nyeri : Tidak Ada
Penatalaksanaan Nyeri : Tidak Ada

POLA PERAN DAN HUBUNGAN

Status Pekerjaan : Tdak ada
Jenis Pekerjaan : Tidak ada
System Pendukung : Anak dan Keluarga
Masalah keluarga berkenaan dengan masalah di rumah sakit : Tidak ada masalah
Lain-lain : Tidak ada

POLA SEKSUALITAS / REPRODUKSI

Masalah menstruasi : Tidak ada masalah
Masalah seksualitas b/d penyakit : Tidak ada masalah
Lain-lain : Tidak ada

POLA KEYAKINAN-NILAI

Agama : Islam
Pantangan Keagamaan : Tidak ada
Pengaruh agama dalam kehidupan : Pasien mengatakan agama sangat berpengaruh dalam hidupnya
Permintaan kunjungan rohaniawan pada saat ini : Tidak

PEMERIKSAAN FISIK

Keadaan umum : Sedang
Tanda-tanda vital : 100/60 mmHg HR : 80 x/i RR: 20 x/i T : 36,5 °C
GCS : 15 (E:4 V:5 M:6)

1. Rambut Wajah

Bentuk Kepala	: Normal
Keadaan Rambut	: Baik
Distribusi Rambut	: Merata
Kulit Kepala	: Bersih
Lain-Lain	: Tidak ada

2. System Sensori Persepsi

Mata

Posisi Mata	: Simetris
Konjungtiva	: Ananemis
Sclera	: Anikterik
Kornea	: Normal
Pupil	: Isokor
Fungsi Penglihatan	: Normal
Lain-Lain	: Tidak ada

Hidung

Secret Hidung	: Tidak ada
Perdarahan Hidung	: Tidak ada
Polip Hidung	: Tidak ada
Peradangan Mukosa Hidung	: Tidak ada
Lain-Lain	: Tidak ada

Telinga

Kondisi Telinga	: Normal
Cairan Dari Telinga	: Tidak ada
Rasa Penuh Ditelinga	: Tidak ada
Fungsi Pendengaran	: Normal
Fungsi Keseimbangan	: Normal

Lain-Lain : Tidak ada

3. System Pernafasan

Jalan Nafas : Bersih

Pernafasan : vesikuler

Irama Nafas : Teratur

Kedalam Nafas : Dalam

Pergerakan Dinding Dada : Simetris

Penggunaan Otot Bantu Nafas : Tidak ada

Pernafasan Cupping Hidung : Tidak ada

Batuk : Tidak ada

Sputum : Tidak ada

Palpasi Paru : Tidak terdapat adanya nyeri tekan

Perkusi Paru : Sonor

Suara Nafas : Normal

Alat Bantu Nafas : Tidak ada

Saturasi O2 : 96-99 %

Lain-Lain : Tidak ada

4. Sistim Kardiovaskuler

Sirkulasi Perifer

Nadi : 80 x/menit

Denyut Nadi : Kuat

Akral : Hangat

Pengisian Kapiler (CRT) : < 2 Detik

Sirkulasi Jantung

Inspeksi : Ictus cordis terlihat, tidak ada perubahan warna,
tidak ada pembengkakan

Palpasi jantung : Iktus kordis ICS V linea axilaris anterior, thrill (-)

Perkusi jantung : Batas jantung atas pada ICS II linea parasternalis

sinistra, batas jantung kanan pada ICS V linea parasternalis dextra, batas jantung kiri pada ICS VI linea axilarisanterior. Bunyi redup saat diperkusi

Auskultasi Jantung : Bunyi jantung SI SII regular, irama jantung teratur

Kelainan Bunyi : Tidak Ada Kelainan

Nyeri Dada : Tidak Ada

Lain-Lain : Tidak Ada

5. System pencernaan

Mulut

Kebersihan Mulut : Bersih

Bau Mulut : Tidak Ada

Stomatitis : Tidak Ada

Mukosa Mulut : Lembab

Karang Gigi : Ada

Karies Gigi : Tidak Ada

Jumlah Dan Nama Gigi Yang Karies : Tidak Ada

Gigi Tanggal : Ada

Jumlah Dan Nama Gigi Yang Tanggal : 4 buah gigi graham

Gingivitis : Tidak ada

Keadaan Lidah : Bersih

Tepi Lidah : Pink

Peradangan Tonsil : Tidak ada

Peradangan Faring : Tidak ada

Tenggorokan : Tidak Sakit Saat Menelan

Abdomen

Inspeksi : Perut Pasien Tampak Simetris

Auskultasi : Terdengar Bising Usus

Bising Usus : 20 x/menit

Perkusi : Saat di Perkusi Abdomen Pekak

Palpasi : Tidak Terdapat Nyeri Tekan Pada Abdomen

Nyeri Tekan : Tidak ada

Nyeri Lepas : Tidak ada

Hepar : Teraba

Linen/Spleen : Teraba

Warna Feses : Kuning

Konsistensi Feses : Setengah Padat

Penggunaan Alat : Tidak ada

Periksa daerah pinggang (*musculus erector spinae*) terdapat nyeri di area pinggang kiri dan kana dengan skala nyeri 6

6. System Urogenital

Kebersihan : Bersih

Pola BAK : Tidak teratur

Jumlah Urin : 50 CC / 24 Jam

Warna Urin : Kuning

Distensi : Tidak ada

Nyeri Tekan : Tidak ada

Nyeri Lepas : Tidak ada

Penggunaan Kateter : Tidak ada

Lain-Lain : Tidak ada

7. System Muskuloskletal

Kemampuan Melakukan ROM : Lemah

Nyeri Sendi : Tidak ada

Kekuatan Otot :

5 5 5 5	5 5 5 5
5 5 5 5	5 5 5 5

8. System Integument

Warna Kulit : Putih

Kondisi Kulit : Baik/Utuh

Turgor Kulit : Baik

Edema : Ada

Lokasi Edema : Ekstremitas bawah

Lain-Lain : Pasien mengatakan agak berat pada kaki karena edema dengan tipe derajat II, kedalaman pitting edema 3 mm dengan waktu kembali 5 detik dan tidak ada kelainan pada kaki.

9. Pemeriksaan penunjang

1) Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hemoglobin	10.0	g/dl.	13.0-16.0
Leukosit	6.7	mm ³	5.0-10.0
Eritrosit	3.46	Juta	4.50-5.50
Trombosit	236	mm ³	150-400
Hemotokrit	31	%	40.0-48.0
Gula darah sewaktu		mg/dl	
Ureum	83	mg/dl	10-50
Kreatinin	14.6	mg/dl	0.8-1.3

10. Terapi yang diberikan

Pemberian obat pada saat pasien kontrol

Therapy Yang Diberikan	Dosis	Manfaat
Amlodipine	1 x 10 mg	Menurunkan tekanan darah pada gagal ginjal kronik dan mengobati angina
Candesartan	1 x 16 mg	Mengatasi gagal ginjal kronik dan gagal jantung

Asam folat	1 x 5 mg	Mencegah penurunan asam folat akibat penggunaan obat diuretik
Bicnat	3 x 500 mg	menaikkan pH darah dan atau urine pada keadaan asidosis metabolik.
CaCo3	1 x 500 mg	Mengatasi kekurangan kalsium atau kelebihan asam lambung

11. ANALISA DATA

No	Symptom	Etiologi	Problem
1	Data Subjektif : ○ Pasien mengeluh sering merasa lemas saat setelah melakukan cuci darah ○ Pasien mengatakan terkadang merasa tidak nyaman setelah melakukan aktivitas seperti jalan terlalu jauh, berdiri terlalu lama dan mengangkat benda berat Data Objektif : ○ pasien tampak lesu dan kelelahan ○ Tekanan darah: 100/60 MmHg ○ Nadi: 80x/ Menit ○ Pernafasan:20x/ Menit ○ Ureum 83 ml/dl ○ Suhu : 36,5°C ○ HB = 10 g/dl	Kerusakan fungsi ginjal ↓ Kerusakan pada glomerulus dan tubulus ↓ Filtrasi, reabsorbsi dan sekresi tidak adekuat ↓ Sekresi eritropoitin turun, ureum dan kreatinin tertahan dalam tubuh ↓ Produksi hemoglobin turun ↓ Oksihemoglobin turun ↓ Suplai Oksigen ke jaringan turun ↓ Metabolisme basal terganggu ↓ ↓ ATP untuk beraktivitas ↓ Kelelahan / Fatigue	Fatigue
2.	Data Subjektif : • Pasien mengeluh kakinya terasa berat • Pasien mengatakan banyak minum • Pasien mengatakan ada riwayat gagal ginjal kronik.	Gangguan pada ginjal ↓ Tidak dapat berfungsi sebagai pengatur hemodinamik ↓ Aliran darah keginjal	Hypervolemia

	Data Objektif : • Edema pada kedua kaki • kelebihan cairan sebanyak 55 cc • Tekanan darah: 100/60 MmHg • Nadi: 80x/ Menit • Pernafasan:20x/ Menit • Ureum 83 ml/dl • Suhu : 36,5°C • HB = 10 g/dl	menurun ↓ GFR Menurun ↓ Pelepasan renin-angiotensin ↓ Vasokonstriksi, retensi Na & H2O ↓ Peningkatan TD ↓ GFR Menurun ↓ Peningkatan tekanan hidrostatik kapiler ↓ Edema ↓ Kelebihan volume cairan	
3	Data Subjektif: • Klien mengatakan kedua tangan dan kaki bengkak disertai gatal-gatal • Klien mengeluh sering terjaga malam hari dan sulit untuk tidur karena gatal Data Objektif • Tampak kedua tangan dan kaki bengkak derajat II disertai kulit tampak kering bersisik menghitam,	Perubahan sirkulasi	Gangguan integritas kulit

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Fatigue berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen serta kelemahan ditandai dengan pasien mengeluh sering merasa lemas saat setelah melakukan cuci
2. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai

dengan ortopnea, dispnea, edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat

3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi

C. Intervensi Keperawatan

Nama Pasiem : Tn. F

Nomor Register : 521107

Umur : 48 Tahun

Diagnosa Medis : (CKD)

Ruang / Kamar : Hemodialisa

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1	Fatigue (D.0057) Definisi : Suatu kondisi di mana seseorang merasa kurang energi, kurang semangat, dan kesulitan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Penyebab : Penyebab (etiologi) untuk masalah kelelahan adalah: 1. Gangguan tidur 2. Gaya hidup monoton 3. Kondisi fisiologis (mis: penyakit kronis, penyakit terminal, anemia, malnutrisi, kehamilan) 4. Program perawatan/pengobatan jangka Panjang 5. Peristiwa hidup negatif 6. Stres berlebihan 7. Depresi Kondisi Klinis Terkait 1. Anemia 2. Gagal jantung kongestif 3. Penyakit jantung coroner 4. Penyakit katup	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 5 jam maka diharapkan tingkat kelelahan menurun, dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kepulihan energi meningkat 2. Tenaga meningkat 3. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat 4. Verbalisasi Lelah menurun 5. Lesu menurun	Edukasi Aktivitas dan Istirahat (I.12362) Observasi • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik • Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat • Jadwalkan pemberian Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan • Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya Edukasi • Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga

	jantung 5. Aritmia 6. Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) 7. Gangguan metabolik 8. Gangguan muskuloskeletal		secara rutin • Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya • Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat • Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis: kelelahan, sesak napas saat aktivitas) • Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan Terapi Relaksasi Otot Progresif Observasi: a. Identifikasi tempat yang tenang dan nyaman b. Monitor secara berkala untuk memastikan otot rileks c. Monitor adanya indikator tidak rileks (misal: adanya gerakan, pernapasan yang berat) Terapeutik: a. Atur lingkungan agar tidak ada
--	---	--	--

			gangguan saat terapi b. Berikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman c. Hentikan sesi relaksasi secara bertahap d. Beri waktu mengungkapkan perasaan tentang terapi Edukasi: a. Anjurkan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit b. Anjurkan melakukan relaksasi otot rahang c. Anjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram d. Anjurkan fokus pada sensasi otot yang menegang e. Anjurkan fokus pada sensasi otot yang rileks f. Anjurkan bernapas dalam dan perlahan g. Anjurkan berlatih di antara sesi reguler dengan perawat
2	Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x hemodialisa, maka masalah hipovolemia dapat teratasi dengan	Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi : a. Periksa tanda

		kriteria hasil: Luaran : Keseimbangan cairan (L.3020) 1) Keseimbangan cairan meningkat 2) Haluaran Urin meningkat 3) Edema menurun 4) Asites menurun 5) Konfusi menurun 6) Denyut nadi radial membaik 7) Tekanan darah membaik 8) Tekanan arteri rata-rata membaik 9) Turgor kulit dan berat badan membaik	dan gejala hypervolemia b. Identikasi penyebab hypervolemia Terapeutik : Batasi asupan cairan dan garam Edukasi : Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi : Kolaborasi pemberian diurutik
3	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 8 jam maka diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: a. Perfusi jaringan meningkat b. hidrasi meningkat c. Kerusakan lapisan kulit menurun d. Keruskan jaringan meurun e. Suhu kulit menurun	Perawatan integritas kulit Observasi: 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) Terapeutik 1.Gunakan produk berbahan pettrolium atau minyak pada kulit kering 2. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 3. Hindari produk berbhan dasar alcohol pada kulit kering Edukasi 1. Anjurkan menggunakan pelembap (mis.

			Lotion, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
--	--	--	---

D. CATATAN PERKEMBANGAN

No	Hari/tanggal	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Rabu 05 Maret 2025	Fatigue berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Jam 10.20 WIB	Terapi Relaksasi Otot Progresif Observasi: f. Mengidentifikasi tempat yang tenang dan nyaman g. Memonitor secara berkala untuk memastikan otot rileks h. Memonitor adanya indikator tidak rileks (misal: adanya gerakan, pernapasan yang berat) Terapeutik: a. Mengatur lingkungan agar tidak ada gangguan saat terapi b. Memberikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman c. Menghentikan sesi relaksasi secara bertahap d. Memberi waktu mengungkapkan perasaan tentang terapi Edukasi: a. Menganjurkan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit b. Menganjurkan melakukan relaksasi otot rahang	S : a. Pasien mengatakan masih merasa lemas saat setelah melakukan cuci darah b. Pasien mengatakan terkadang masih merasa tidak nyaman setelah melakukan aktivitas seperti jalan terlalu jauh, berdiri terlalu lama dan mengangkat benda berat O : a. Pasien masih tampak lesu dan kelelahan b. Tekanan darah: 100/65 MmHg 5. Nadi: 70 x/ Menit 6. Pernafasan: 19 x/ Menit 7. Suhu : 36,0°C 8. HB = 10 g/dl A. Masalah belum teratasi	Gita

				c. Menganjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram d. Menganjurkan fokus pada sensasi otot yang menegang e. Menganjurkan fokus pada sensasi otot yang rileks f. menganjurkan bernapas dalam dan perlahan g. Menganjurkan berlatih di antara sesi reguler dengan perawat	P: Intervensi Dilanjutkan	
2	Rabu 05 Maret 2025	Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi	Jam 12.00	1. Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia Hasil : Terdapat udem pada kaki pasien 2. Mengidentifikasi penyebab hypervolemia Hasil : Pasien merupakan pasien rutin cuci darah karena dengan Gagal GinJal Kronis yang menyebabkan kaki nya bengkak 3. Mengajarkan cara membatasi cairan Hasil : Perawat menganjurkan pasien untuk minum 1 gelas 1 hari sesuai anjuran dokter 4. Melakukan kolaborasi pemberian diuretic Hasil : Bicnat, CaCo3, asam folat	S: Pasien mengatakan dia tidak terlalu banyak minum, dia minum sedikit- sedikit ketika haus dan ketika makan O : Setelah dilakukan tindakan hemodialisa bengkak di kaki pasien sudah berkurang A: Masalah teratasi P : Intervensi dilanjutkan pasien dirumah Membatasi asupan cairan perhari hanya minum 1 gelas	

3	Rabu 05 Maret 2025	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi	Jam 12.30 Wib	1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) 2. Menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 3. Menggunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 4. Menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering 5. Menganjurkan menggunakan pelembap (mis. Lotion, serum) 6. Menganjurkan minum air yang cukup 7. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi 8. Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 9. Menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem	S: 1. Klien mengatakan kedua tangan dan kaki masih bengkak disertai gatal-gatal 2. Klien mengeluh sering terjaga malam hari dan sulit untuk tidur karena gatal O: 1. Tampak kedua tangan dan kaki bengkak derajat II disertai kulit tampak kering bersisik menghitam, A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
---	--------------------------	--	------------------	--	--	--

No	Hari/tanggal	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
2	Sabtu 08 Maret 2025	Fatigue berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	10.30 Wib	Terapi Relaksasi Otot Progresif Observasi: b. Mengidentifikasi tempat yang tenang dan nyaman c. Memonitor secara berkala untuk memastikan otot rileks	S : a. Pasien mengatakan rasa lemas mulai berkurang b. Pasien mengatakan terkadang masih merasa tidak nyaman setelah melakukan aktivitas seperti jalan	Gita

				d. Memonitor adanya indikator tidak rileks (misal: adanya gerakan, pernapasan yang berat) Terapeutik: a. Mengatur lingkungan agar tidak ada gangguan saat terapi b. Memberikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman c. Menghentikan sesi relaksasi secara bertahap d. Memberi waktu mengungkapkan perasaan tentang terapi Edukasi: e. Menganjurkan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit f. Menganjurkan melakukan relaksasi otot rahang g. Menganjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram h. Menganjurkan fokus pada sensasi otot yang menegang i. Menganjurkan fokus pada sensasi otot yang rileks j. menganjurkan bernapas dalam dan perlahan k. Menganjurkan berlatih di antara sesi reguler dengan perawat	terlalu jauh, berdiri terlalu lama dan mengangkat benda berat O : a. Pasien masih lemah b. Tekanan darah: 105/70 MmHg 9. Nadi: 72 x/ Menit 10. Pernafasan: 18 x/ Menit 11. Suhu : 36,0°C 12. HB = 10,5 g/dl A. Masalah belum teratasi P: Intervensi Dilanjutkan	
--	--	--	--	--	--	--

	Sabtu 08 Maret 2025	Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi	Jam 12.00	a. Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia Hasil : Terdapat udem pada kaki pasien b. Mengidentifikasi penyebab hypervolemia Hasil : Pasien merupakan pasien rutin cuci darah karena dengan Gagal GinJal Kronis yang menyebabkan kaki nya bengkak c. Mengajarkan cara membatasi cairan Hasil : Perawat menganjurkan pasien untuk minum 1 gelas 1 hari sesuai anjuran dokter d. Melakukan kolaborasi pemberian diuretic Hasil : Bicnat, CaCo3, asam folat	S: Pasien mengatakan dia tidak terlalu banyak minum, dia minum sedikit- sedikit ketika haus dan ketika makan O : Setelah dilakukan tindakan hemodialisa bengkak di kaki pasien sudah berkurang Tekanan darah: 105/70 MmHg A: Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan pasien dirumah Membatasi asupan cairan perhari hanya minum 1 gelas	
	Sabtu 08 Maret 2025	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi	Jam 12.30 Wib	1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) 2. Menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 3. Menggunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 4. Menghindari produk berbahan dasar alcohol pada	S: 1. Klien mengatakan kedua tangan dan kaki tidak bengkak 2. Klien sudah dapat tidur nyenyak O: 1. Tampak kedua tangan dan kaki tidak bengkak, kulit	

				kulit kering 5. Menganjurkan menggunakan pelembap (mis. Lotion, serum) 6. Menganjurkan minum air yang cukup 7. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi 8. Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 9. Menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem	tampak tidak kering A: Masalah teratasi P: Intervensi dipertahankan	
--	--	--	--	---	---	--

No	Hari/tanggal	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
3	Rabu 12 Maret 2025	Fatigue berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	10.15 Wib	Terapi Relaksasi Otot Progresif Observasi: a. Mengidentifikasi tempat yang tenang dan nyaman b. Memonitor secara berkala untuk memastikan otot rileks c. Memonitor adanya indikator tidak rileks (misal: adanya gerakan, pernapasan yang berat) Terapeutik: a. Mengatur lingkungan agar tidak ada gangguan saat terapi b. Memberikan posisi bersandar pada kursi atau	S : a. Pasien mengatakan rasa lemas kadang – kadang terasa b. Pasien mengatakan terkadang masih merasa tidak nyaman setelah melakukan aktivitas seperti jalan terlalu jauh, berdiri terlalu lama dan mengangkat benda berat O : a. Pasien mulai kelihatan segar	Gita

				posisi lainnya yang nyaman c. Menghentikan sesi relaksasi secara bertahap d. Memberi waktu mengungkapkan perasaan tentang terapi Edukasi: - Menganjurkan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit - Menganjurkan melakukan relaksasi otot rahang - Menganjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram - Menganjurkan fokus pada sensasi otot yang menegang - Menganjurkan fokus pada sensasi otot yang rileks - Menganjurkan bernapas dalam dan perlahan - Menganjurkan berlatih di antara sesi reguler dengan perawat	b. Tekanan darah: 110/70 MmHg 13. Nadi: 68 x/ Menit 14. Pernafasan: 18 x/ Menit 15. Suhu : 36,0°C 16. HB = 11 g/dl A. Masalah teratasi sebagian P: Intervensi Dipertahan	
	Rabu 12 Maret 2025	Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi	Jam 12.00	- Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia Hasil : Terdapat udem pada kaki pasien - Mengidentifikasi penyebab hypervolemia Hasil : Pasien merupakan pasien rutin cuci	S: Pasien mengatakan dia tidak terlalu banyak minum, dia minum sedikit- sedikit ketika haus dan ketika makan	

				darah karena dengan Gagal GinJal Kronis yang menyebabkan kaki nya bengkak 3. Mengajarkan cara membatasi cairan Hasil : Perawat menganjurkan pasien untuk minum 1 gelas 1 hari sesuai anjuran dokter 4. Melakukan kolaborasi pemberian diuretic Hasil : Bicnat, CaCo3, asam folat	O : Setelah dilakukan tindakan hemodialisa bengkak di kaki pasien sudah berkurang Tekanan darah: 110/70 MmHg A: Masalah teratasi P : Intervensi dilanjutkan pasien dirumah Membatasi asupan cairan perhari hanya minum 1 gelas	
--	--	--	--	---	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis membahas tentang konsep teori dan proses penerapan *progressive muscle relaxation* dalam asuhan keperawatan dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2025. Penerapan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan untuk klien merupakan salah satu wujud tanggung gugat perawat yang terdiri dari tahap pengkajian keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Potter, 2015).

A. Pengkajian

Hasil KIAN yang didapatkan yaitu pengkajian pada pasien Tn. F pada tanggal 5 Maret 2025 dan didapatkan data yaitu mengeluh sering merasa lemas saat setelah melakukan cuci darah, terkadang merasa tidak nyaman setelah melakukan aktivitas seperti jalan terlalu jauh, berdiri terlalu lama dan mengangkat benda berat, tampak kelelahan, tampak frekuensi jantung dan nadi meningkat, serta hasil laboratorium HGB tergolong rendah.

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang merupakan proses pengumpulan data yang sistematis dan berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2019b).

Pada KIAN ini menunjukkan proses hemodialisis yang memakan waktu 4-5 jam umumnya akan menimbulkan efek samping seperti stres fisik, kelelahan, sakit kepala, kram, dan keringat dingin akibat penurunan tekanan

darah dan kadar gula. Hemodialisis dilakukan seumur hidup pada pasien dengan CKD sehingga mempengaruhi aktivitas dan kualitas hidup pasien yang berdampak pada banyaknya keluhan yang dialami terkait dengan Fatigue pada pasien gagal ginjal kronik (Pattikawa et al, 2020). Fatigue merupakan keadaan dimana energi fisiologis atau psikologis tidak mencukupi untuk digunakan bertahan dalam melakukan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang dibutuhkan atau diinginkan. Fatigue umumnya terjadi pada pasien dengan tingkat ketergantungan yang tinggi, kondisi yang mengharuskan istirahat, kondisi kelemahan, misalnya penyakit auto imun, penyakit jantung, dan chronic kidney disease hingga pasien yang menjalani terapi menahun. Salah satu keadaan Fatigue yang dapat terjadi adalah fatigue.

Menurut asumsi mahasiswa peran perawat dalam mengatasi kelelahan pada pasien perlu diperhatikan dari awal pengkajian hingga mengevaluasi mengenai kondisi dan keluhan pasien. Kondisi pasien yang dikaji dapat mengenai tingkat kelelahan yang dirasakan pada setiap pasien dan jumlah aktivitas yang dilakukan.

B. Diagnosa Keperawatan

Hasil KIAN yang didapatkan diagnosa keperawatan kasus ini adalah fatigue b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen serta kelemahan ditandai dengan pasien mengeluh sering merasa lemas saat setelah melakukan cuci dan Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan ortopnea, dispnea, edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat dan

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi.

Diagnosis keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis dan pemberian pelayanan kesehatan yang lain. Komponen-komponen dalam pernyataan diagnosis keperawatan meliputi masalah (*problem*), penyebab (etiologi), tanda dan gejala (*sign and symptom*) (Asmadi, 2018).

Berdasarkan hasil pengkajian ditemukan mengeluh sering merasa lemas saat setelah melakukan cuci darah, terkadang merasa tidak nyaman setelah melakukan aktivitas seperti jalan terlalu jauh, berdiri terlalu lama dan mengangkat benda berat, tampak kelelahan, tampak frekuensi jantung dan nadi meningkat, serta hasil laboratorium HGB tergolong rendah. Sehingga pada KIAN ini tidak ada kesenjangan antara laporan kasus dan teori.

Menurut teori, Fatigue pada penderita gagal ginjal kronis dapat terjadi karena peningkatan kadar ureum yang dapat mengganggu produksi hormon eritropoietin sehingga terjadi penurunan jumlah sel darah merah yang mengangkut oksigen dan nutrisi ke seluruh tubuh. Selain itu, penurunan nafsu makan juga dapat menyebabkan penderita gagal ginjal kronis mengalami kelemahan fisik (Hasanah et al, 2020). Menurut SDKI (2017), Fatigue merupakan ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari ditandai dengan mengeluh lelah, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas dan merasa lemah.

Mahasiswa memprioritaskan diagnose Fatigue merupakan keadaan dimana energi fisiologis atau psikologis tidak mencukupi untuk digunakan bertahan dalam melakukan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang

dibutuhkan atau diinginkan (PPNI, 2016). Salah satu keadaan Fatigue yang dapat terjadi adalah fatigue. Fatigue atau kelelahan merupakan perasaan menyiksa yang ditandai dengan penurunan kekuatan atau kerja fisik dan mental yang terus-menerus.

C. Intervensi Keperawatan

Hasil KIAN pada tahap Intervensi berbasis EBN yang dilakukan adalah progressive muscle relaxation dengan frekuensi 1 x sehari setelah klien melakukan hemodialisa. Gambaran perencanaan Fatigue pada pasien GJK yang menjalani terapi hemodialisa . Latihan fisik yang dilakukan pada pasien dengan *Chronic kidney disease* yang menjalani Hemodialisis adalah untuk meningkatkan sirkulasi pada otot, memfasilitasi distribusi nutrisi sampai ke tingkat sel serta meningkatkan perpindahan urea dan toksin ke dalam vaskuler dengan cara melebarkan luas permukaan kapiler. Dengan demikian akan terjadi penambahan massa otot dan jumlah otot yang berefek pada peningkatan kekuatan otot. Berdasarkan tahap perencanaan penulis mengacu pada perencanaan yang terdapat di landasan teoritis dimana perencanaan dibagi menjadi 3 tahap yaitu menentukan prioritas masalah, menentukan tujuan, menentukan kriteria hasil dan merencanakan tindakan keperawatan. Dalam pembuatan rencana penulis bekerja sama dengan perawat ruangan sehingga ada kesempatan dalam memecahkan masalah yang dialami klien sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dan Standar Intervensi Keperawatan

Indonesia (SIKI) prinsip secara umum rencana keperawatan yang penulis lakukan pada Tn. F.

Untuk diagnosa hipervolemia peneliti rencana periksa tanda dan gejala hypervolemia, identifikasi penyebab hypervolemia, ajarkan cara membatasi cairan dan lakukan kolaborasi pemberian diuretic. Diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi peneliti merencanakan identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas), gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive, hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering, anjurkan menggunakan pelembap (mis. Lotion, serum), anjurkan minum air yang cukup, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur, anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem.

Pada kasus Tn. F penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Penulis berencana mengatasi masalah fatigue pada pasien GGK yang menjalani hemodialisa. Salah satu terapi yang dapat dilakukan untuk mengatasi Fatigue khususnya kelelahan yaitu Progressive Muscle Relaxation atau terapi relaksasi otot progresif. Terapi relaksasi otot progresif merupakan suatu prosedur untuk mendapatkan relaksasi pada otot melalui dua langkah yaitu dengan memberikan tegangan pada suatu kelompok otot dan menghentikan tegangan tersebut kemudian memusatkan perhatian pada bagaimana otot tersebut menjadi rileks, merasakan sensasi rileks dan

kelelahan berkurang (Sulistyowati et al., 2019). Terapi relaksasi otot ini dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien dan dapat dilakukan pasca hemodialisis.

KIAN yang dilakukan oleh Djamaludin et al, (2020), membuktikan bahwa pasien dengan hemodialisis sangat memerlukan aktivitas ringan untuk mengatasi fatigue yang dirasakan ketika hemodialisis. Teknik relaksasi otot progresif terbukti mampu menurunkan kelelahan yang dirasakan responden pasca menjalani hemodialisis dengan mean skor fatigue pada responden sebesar 19,12 yang artinya responden tidak mengalami kelelahan, dengan standar deviasi 3,080. Lazuardi, (2021) juga melakukan KIAN mengenai terapi otot progresif yang ternyata memiliki efek positif untuk menurunkan tingkat kelelahan pasien dialisis. Pengukuran awal yang dilakukan pada hari pertama sebelum intervensi adalah kelelahan sedang dan pengukuran kedua setelah 5 kali diberikan intervensi diturunkan menjadi kelelahan ringan.

D. Implementasi

Hasil KIAN pada tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah. Implementasi yang dilakukan penulis berlangsung selama 3 hari sesuai jadwal hemodialisa pada Tn. F yang dimulai dari tanggal 5 Maret, 8 Maret dan 12 Maret 2025. Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah Fatigue yaitu

dengan menggunakan terapi relaksasi otot progresif. Relaksasi otot progresif memungkinkan pengurangan efek stress kronik pada tubuh dan membantu dalam menarik perhatian individu pada otot rangka. Pelaksanaan relaksasi otot progresif sudah terbukti efektif dapat mengurangi stres fisik dan psikologis. 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.

KIAN lain oleh Pratiwi G. A tahun 2019 dengan judul studi kasus : relaksasi otot progresif pada pasien gagal ginjal kronik dengan masalah keperawatan kelelahan di ruang hemodialisa RSUD salatiga. Hasil menunjukkan adanya perubahan nilai skor FAS, tetapi tidak terjadi penurunan skala fatigue yang signifikan dari pengaruh intervensi relaksasi otot progresif.

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil KIAN yang didapatkan yaitu pengkajian menunjukkan klien mengeluh sering merasa lemas, tidak nyaman saat beraktivitas, diagnosa keperawatan kasus ini adalah fatigue b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen serta kelemahan ditandai dengan pasien mengeluh

sering merasa lemas saat setelah melakukan cuci. Intervensi berbasis EBN yang dilakukan adalah progressive muscle relaxation dengan frekuensi 1 x perhari setelah klien melakukan hemodialisa.

Evaluasi yang digunakan berbentuk S (*subjektif*), O (*objektif*), A (*analisa*), P (*perencanaan terhadap analisis*). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali setelah diberikan intervensi pada jam akhir dinas (Potter PA, 2019).

Evaluasi keperawatan pada pasien GJK yang menjalani terapi hemodialisa ditandai dengan mengeluh sering merasa lemas saat setelah melakukan cuci darah, terkadang merasa tidak nyaman setelah melakukan aktivitas seperti jalan terlalu jauh, berdiri terlalu lama dan mengangkat benda berat, tampak kelelahan, tampak frekuensi jantung dan nadi meningkat, serta hasil laboratorium HGB tergolong rendah, pada hari ketiga pada pasien Tn. F setelah diberikan intervensi keperawatan dengan SIKI : Latihan relaksasi otot progresif terjadi perubahan gejala oleh pasien.

Peneliti memeriksa tanda dan gejala hypervolemia, mengidentifikasi penyebab hypervolemia, mengajarkan cara membatasi cairan dan melakukan kolaborasi pemberian diuretic

Latihan relaksasi otot progresif merupakan intervensi mandiri yang dapat dilakukan perawat. Latihan relaksasi otot progresif ini tidak memerlukan peralatan dan dapat dilakukan dimanapun. Teknik ini juga mudah dipelajari sendiri, available, dapat dilakukan pasien sendiri, tanpa efek samping dan dapat dilakukan dimanapun. Jacobson (1938) dalam (Dwipa et al.,

2024) menyatakan bahwa relaksasi otot progresif merupakan terapi non farmakologis yang murah, tidak memerlukan imajinasi, tidak ada efek samping, dan mudah untuk dilakukan. Latihan relaksasi otot progresif yang termasuk latihan fisik yang dapat membantu menjaga atau meningkatkan kapasitas aktivitas fisik dan toleransi aktivitas sehingga mengurangi rasa lelah selama melakukan aktivitas sehari-hari. Latihan fisik juga mempengaruhi respon emosional sehingga meningkatkan energi untuk melakukan interaksi sosial

Latihan relaksasi otot dapat mengurangi kelelahan akibat adanya relaksasi dan peregangan semua kelompok otot mulai dari kepala sampai kaki sehingga dapat memungkinkan pengurangan efek stress kronis pada tubuh dan membantu dalam menarik perhatian individu pada otot rangka mereka. Relaksasi dapat menurunkan aktivasi sistem saraf simpatis dan dapat meningkatkan sistem saraf parasimpatis sehingga terjadi penurunan denyut nadi, tekanan darah, kecepatan pernapasan, menyebabkan dilatasi perifer, dan peningkatan kehangatan perifer serta darah akan mengalir ke otot-otot yang besar. Hal ini menyebabkan berkurangnya kekakuan otot, stres, kelelahan dan nyeri serta meningkatkan kenyamanan tidur

Pada kasus dengan risiko luka tekan pada Tn. F menunjukkan perbaikan gejala yang diamati antara lain : Pasien mulai kelihatan segar, Tekanan darah: 110/70 MmHg, Nadi: 68 x/ Menit, Pernafasan: 18 x/ Menit, Suhu : 36,0°C dan HB = 11 g/dl. Dapat dibuktikan ada pengaruh relaksasi otot dapat mengurangi kelelahan pada pasien GIK yang menjalani hemodialisa. Diharapkan pasien dapat melaksanakan terapi relaksasi otot progresif secara

mandiri di rumah.

Setelah dilakukan teknik *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) selama 3 hari evaluasi yang didapatkan pada Tn.F didapatkan verbalisasi kepulihan energi meningkat, tenaga meningkat, kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat, motivasi meningkat, verbalisasi lelah menurun, lesu menurun sesuai dengan standar luaran (SLKI) pada pasien dengan tingkat keletihan ini adalah letihan dengan kode (L.05046). sehingga peneliti menyimpulkan bahwa indikator luaran sudah tercapai ditunjukkan berdasarkan kondisi pada Tn.F yang menunjukkan perubahan skor keletihan dan rasa

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan asuhan keperawatan Fatigue yang telah dilakukan pada pasien yaitu Tn. F, sehingga dapat disimpulkan bahwa :

1. Pengkajian pada didapatkan data yang sama yaitu mengeluh sering merasa lemas saat setelah melakukan cuci darah, terkadang merasa tidak nyaman setelah melakukan aktivitas seperti jalan terlalu jauh, berdiri terlalu lama dan mengangkat benda berat, tampak kelelahan, tampak frekuensi jantung dan nadi meningkat, serta hasil laboratorium HGB tergolong rendah.
2. Diagnosa keperawatan Fatigue berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen serta kelemahan ditandai dengan sering merasa lemas saat setelah melakukan cuci darah, terkadang merasa tidak nyaman setelah melakukan aktivitas seperti jalan terlalu jauh, berdiri terlalu lama dan mengangkat benda berat, tampak kelelahan, frekuensi jantung dan nadi meningkat, serta penurunan kadar HB. Dan diagnosa Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan ortopnea, dispnea, edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat
3. Intervensi yang dirumuskan untuk mengatasi masalah keperawatan

Fatigue yang dialami kedua kasus kelolaan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Salah satu teknik nonfarmakologis sebagai intervensi inovasi yaitu dengan melakukan *Progressive Muscle Relaxation* (PMR), untuk menurunkan tingkat kelelahan.

4. Implementasi yang dilaksanakan pada kedua kasus kelolaan sesuai dengan rencana keperawatan melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, anjurkan tirah baring, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan dan pelaksanaan intervensi inovasi yaitu dengan melakukan *Progressive Muscle Relaxation* (PMR), untuk menurunkan tingkat kelelahan.
5. Hasil evaluasi dari intervensi didapatkan pasien mengatakan lebih tenang dan kelelahannya berkurang jika beraktivitas tampak nyaman dan lebih tenang serta kadar HB meningkat.

B. Saran

Berdasarkan hasil KIAN, disampaikan saran kepada :

- a. Perawat HD di Ruang Hemodialisa

Diharapkan Direktur Rumah sakit dapat memberikan pertimbangan kepada perawat pelaksana dalam memberikan intervensi progressive muscle relaxation pada pasien dengan CKD Stage V Post Hemodialisa dengan masalah keperawatan Fatigue.

- b. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Perawat dapat meningkatkan pelayanan keperawatan pada pasien dengan melakukan tindakan mandiri dengan intervensi latihan relaksasi otot dapat mengurangi kelelahan akibat adanya relaksasi dan peregangan semua kelompok otot mulai dari kepala sampai kaki sehingga dapat memungkinkan pengurangan efek stress kronis pada tubuh dan membantu dalam menarik perhatian individu pada otot rangka mereka

c. Pasien dan Keluarga.

Pasien dan keluarga dapat melakukan latihan relaksasi otot dapat mengurangi kelelahan akibat efek hemodialisa di rumah secara mandiri

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, M., Nurhusna, N., & Kartika, A. M. (2024). Terapi Relaksasi Otot Progresif Terhadap Penurunan Kecemasan Pasien Gagal Ginjal. *JIK JURNAL ILMU KESEHATAN*, 8(2), 351. <https://doi.org/10.33757/jik.v8i2.1128>
- Arif Muttaqin, K. S. (2020). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*.
- Ariska, Y. N. , H. P. A. , & H. E. (2020). *Faktor yang Berhubungan dengan Beban Caregiver dalam Merawat Keluarga yang Mengalami GGK. Holistic Nursing and Health Science*. 52–63.
- Asmadi. (2018). *Teknik prosedur keperawatan konsep dan aplikasi kebutuhan dasar klien*. Salemba Medika.
- Dwipa, H. N., Amirudin, I., & Hardono, H. (2024). Asuhan Keperawatan dengan Intervensi Progressive Muscle Relaxation untuk Mengatasi Fatigue pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Kesmas Asclepius*, 6(1), 12–17. <https://doi.org/10.31539/jka.v6i1.8521>
- Haryono, R. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Perkemihan*. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Haryono, R. , & D. B. A. (2019). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN*. .
- Muttaqin, A. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Salemba Medika.
- Ns. Hamka, M. K., Joice Mermy Laoh, S. P. S. K. N. M. K., Djaafar Skep Ns Mkes N.S., Sp., Eko Sari Wahyuni, S. K. N. M. K., Ns. Joula Timisela, S. K. M. K., Ns. Maulida Sari, S. K. M. K., Ns. Nur Afni Wulandari A, S. K. M. K., Johana Tuegeh, S. P. S. S. T. M. K., Jeane Irene Levy Ratulangi, S. K. M. K., & Intim Cahyono, S. K. N. M. K. (2024). *BUNGA RAMPAI KONSEP DAN TEORI KEPERAWATAN*. Media Pustaka indo. <https://books.google.co.id/books?id=-QX7EAAAQBAJ>
- Nurarif, A. H. , & K. H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda Nic-Noc (Hardi (ed.))*. .
- Nuriman, A., Keperawatan Bunda Delima, A., & Lampung, B. (2024). Pengaruh Latihan Otot Progresif Untuk Mengatasi Masalah Kecemasan Pada Pasien Hemodialisa The Effect Of Progressive Muscle Training For Overcoming Anxiety Problems In Hemodialisa Patients Diploma III. *Jurnal Keperawatan Bunda Delima*, 6(1), 829–131. <https://doi.org/10.59030/jkxbd.v6i1>
- Nursalam. (2019a). *Konsep Dan Penerapan Metodologi KIAN Ilmu Keperaw*
- Nursalam. (2019b). *Manajemen Keperawatan*.
- Pambudiarto, A. A., Azizah, A. N., Amalia, L., Niswatin, T. K., Hudiyawati, D., & Susanti, E. (2024). Evidence Based Nursing: Penerapan Intervensi Progressive Muscle Relaxation untuk Meningkatkan Kualitas Tidur pada Pasien Hemodialisa di RSUD Ir. Soekarno Sukoharjo. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 7(5), 2276–2287. <https://doi.org/10.33024/jkpm.v7i5.14588>

- Potter, P. A. & P. A. G. (2015). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik*. 2.
- Potter PA, P. A. (2019). *Fundamental Keperawatan Buku 1*. Salemba Medika.
- Riska Wani Eka Putri Perangin-angin, S. K. N. M. K. M. A. M. S. K. N. M. M. N. P. S. S. T. M. B. S. M. L. F. S. E. S. K. M. M. N. S. K. N. M. B. P. A. (2023). *KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH*. Penerbit Adab. <https://books.google.co.id/books?id=59eyEAAAQBAJ>
- Setyowati, Heni. (2018). *Akupresur Untuk Kesehatan Wanita Berbasis Hasil KIAN*. .
- Siregar, C. T. (2020). *Buku ajar manajemen komplikasi pasien hemodialisa*. CV Budi utama.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (1st ed.)*. . Dewan Pengurus Pusat.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar luaran keperawatan Indonesia*. Dewan pengurus pusat.
- Tjokroprawiro, A. (2019). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Rumah Sakit Pendidikan Dr. Soetomo Surabaya (D. Susanto, Ed.; 2nd ed.)*. .

Lampiran SOP Teknik Relaksasi Otot Progresif

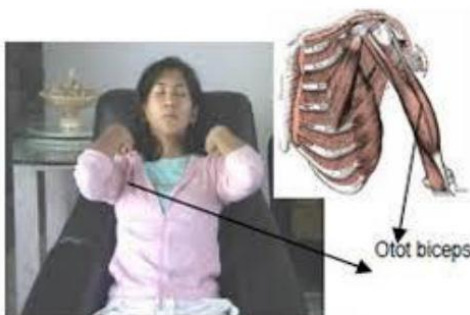
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TEKNIK RELAKSASI OTOT PROGRESIF
Definisi Terapi relaksasi otot progresif merupakan suatu terapi yang mengkombinasikan latihan nafas dalam dan serangkaian seri kontraksi dan relaksasi otot tertentu.
Tujuan Meningkatkan kebugaran, mengatasi insomnia, meningkatkan konsentrasi, mengatasi kelelahan, menurunkan spasme otot, melancarkan peredaran darah, mengurangi rasa nyeri, serta membangun emosi energy positif dari emosi energy negative
Indikasi 1. Mengalami gangguan tidur (Insomnia) 2. Penderita Hipertensi 3. Memiliki masalah ketegangan otot dan masalah stres 4. Mengalami kecemasan (Anxietas) 5. Mengalami gangguan sistem muskuloskeletal yaitu nyeri sendi
Kontraindikasi 1. Mengalami keterbatasan gerak, misalnya tidak bisa menggerakkan badan 2. Lansia yang mengalami perawatan tirah baring (<i>bed rest</i>) 3. Penyakit jantung berat/akut 4. Gangguan pernafasan, seperti Asma dan Dispnea
Prosedur Kerja i. Alat dan Bahan 1. Kursi atau Kasur 2. Bantal 3. Jam dinding 4. Lingkungan yang tenang dan sunyi nyaman Tahap Pra-Interaksi ii. Tahap Pra-Interaksi 1. Melakukan verifikasi kebutuhan keluarga/klien untuk latihan relaksasi otot progresif 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan peralatan latihan relaksasi otot progresif dengan sistematis dan rapi iii. Tahap Orientasi 1. Melakukan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan, kontrak waktu dan prosedur tindakan pada klien / keluarga 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien sebelum prosedur dilakukan iv. Tahap Kerja 1. Mencuci tangan 2. Posisikan tubuh pasien secara nyaman yaitu dengan berbaring lalu mata tertutup menggunakan bantal di bawah kepala dan lutut atau duduk di kursi dengan kepala ditopang, hindari dengan posisi berdiri 3. Lepaskan semua aksesoris yang digunakan seperti kacamata, sepatu, sabuk dan jam tangan 4. Melonggarkan ikat pinggang, longgarkan dasi atau hal lain yang sifatnya mengikat ketat.
Gerakan 1 : Ditujukan untuk melatih otot tangan a. Lakukan pernafasan perut, kemudian hembuskan perlahan. Saat menghembuskan nafas bayangkan bahwa ketegangan yang berada dalam tubuh mulai rileks mengalir pergi. b. Genggam tangan kiri sambil membuat kepalan

- c. Buat kepalan semakin kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi.
- d. Ketika kepalan tangan dilepaskan, pasien dipandu untuk merasakan rileks dalam 10 detik
- e. Lakukan gerakan pada tangan kiri dengan dilakukan dua kali sehingga pasien dapat membedakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan relaks yang dialami.
- f. Prosedur serupa juga lakukan pada tangan sebelah kanan.



- Gerakan 2 : Ditujukan untuk melatih otot tangan bagian belakang yaitu dengan meluruskan lengan kemudian tumpukan pergelangan tangan kemudian tarik telapak tangan hingga menghadap ke depan.
- d. Lakukan sebanyak 2 kali dalam hitungan 10 detik.
 - e. Saat tangan di relaksakan bayangkan bahwa ketegangan dan nyeri yang berada dalam tubuh mulai rileks mengalir pergi.

- Gerakan 3 : Ditujukan untuk melatih otot biseps dan trispes (otot besar pada bagian atas pangkal lengan).
- a. Genggan kedua tangan sehingga menjadi kepalan
 - b. Kemudian membawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot biseps akan menjadi tegang.
 - c. Kencangkan otot trisep dengan memperpanjang lengan dan mengunci siku . Tahan dan kemudian rilekskan. Lakukan gerakan serupa sebanyak 2 kali dalam hitungan 10 detik. Saat otot dirilekskan rasakan sensasi rileks dan bayangkan bahwa nyeri mengalir pergi.



- Gerakan 4: Ditujukan untuk melatih otot bahu supaya mengendur rileks
- a. Mengangkat kedua bahu setinggi-setingginya seakan-akan bahu dibawa menyentuh kedua telinga.
 - b. Fokus perhatian gerakan ini adalah kontras ketegangan yang terjadi di bahu, leher dan punggung atas. Lakukan gerakan sebanyak 2 kali

dalam hitungan 10 detik. Saat bahu kembali ke keadaan semula bayangkan nyeri dan ketegangan mengalir pergi dan rasakan rileks pada area bahu, leher dan punggung atas.



Gerakan 5 : Ditujukan untuk melemaskan otot dahi

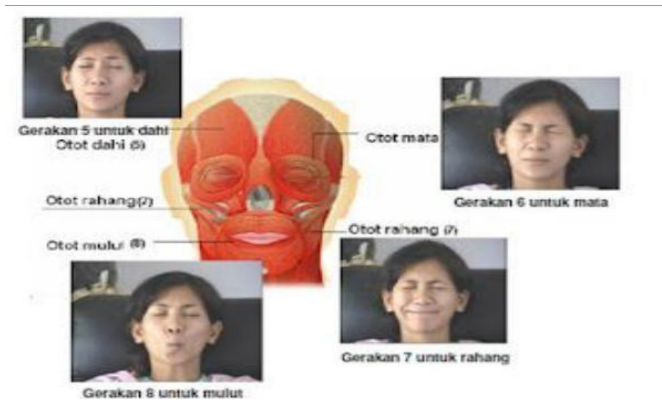
- a. Mengerutkan dahi dan alis sampai otot-ototnya terasa dan kulitnya keriput.
- b. Lakukan gerakan sebanyak 2 kali dalam hitungan 10 detik. Saat dahi dan alis kembali ke keadaan semula bayangkan otot-otot dahi dan alis merasakan rileks dan ketegangan serta nyeri mengalir pergi.

Gerakan 6 : Bertujuan melemaskan otot mata

- a. Tutup rapat dan keras mata sehingga dapat dirasakan ketegangan disekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata.
- b. Lakukan gerakan sebanyak 2 kali dalam hitungan 10 detik. Saat mata di buka bayangkan otot-otot mata merasakan rileks dan ketegangan serta nyeri mengalir pergi.

Gerakan 7 : Ditujukan melemaskan otot rahang

- a. Dianjurkan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang, dengan cara katupkan rahang, di ikuti dengan menggigit gigi sehingga terjadi ketegangan di sekitar otot rahang.
- b. Lakukan gerakan sebanyak 2 kali dalam hitungan 10 detik. Saat gigi kembali ke keadaan semula bayangkan ketegangan pada rahang merasakan rileks dan nyeri mengalir pergi.



Gerakan 8 : Bertujuan mengendurkan otot otot sekitar mulut

- a. Bibir dicucukan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan disekitar mulut.
- b. Saat bibir kembali ke keadaan semula rasakan rileksnya dari ketegangan dan bayangkan ketegangan serta nyeri mengalir pergi. Lakukan gerakan sebanyak 2 kali dalam hitungan 10 detik.

Gerakan 9 : Bertujuan untuk merilekskan otot-otot leher bagian belakang

- Gerakan diawali dengan otot leher bagian belakang lalu kemudian otot leher bagian depan
- Letakkan kepala hingga dapat beristirahat
- Tekan kepala perlahan pada permukaan bantalan kursi sedemikian rupa sehingga dapat merasakan ketegangan di bagian belakang leher dan punggung bagian atas.
- Saat kepala akan kembali ke keadaan semula rasakan ketegangan pada otot leher bagian belakang menjadi lebih rileks dan bayangkan nyeri mengalir pergi dan tubuh akan menjadi semakin rileks. Lakukan gerakan sebanyak 2 kali dalam hitungan 10 detik.

Gerakan 10 : Ditujukan untuk melatih otot leher bagian depan

- Membawa atau menundukan kepala ke muka
- Kemudian pasien diminta untuk membenamkan dagu ke dadanya, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka
- Saat kepala akan kembali ke keadaan semula rasakan ketegangan pada otot leher bagian depan menjadi lebih rileks dan bayangkan nyeri mengalir pergi dan tubuh akan menjadi semakin rileks.
- Lakukan gerakan sebanyak 2 kali dalam hitungan 10 detik.

Gerakan 11 : Ditujukan untuk melatih otot punggung

- Angkat tubuh dari sandaran kursi
- Punggung dilengkungkan
- Busungkan dada, tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian rileks.
- Saat rileks, letakkan anggota tubuh kembali ke kursi sambil membiarkan otot menjadi lemas.
- Saat tubuh akan kembali ke keadaan semula rasakan ketegangan pada otot punggung menjadi lebih rileks dan bayangkan nyeri mengalir pergi dan tubuh akan menjadi semakin rileks.
- Lakukan gerakan sebanyak 2 kali dalam hitungan 10 detik.



Gerakan 12 : Ditujukan untuk melemaskan otot dada

- Tarik nafas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara bersih sebanyak banyaknya
- Posisi ini ditahan selama 10 detik sambil merasakan ketegangan yang di bagian dada kemudian turunkan ke perut
- Saat ketegangan dilepas, lakukan nafas normal dengan lega
- langi sekali lagi , sehingga dapat dirasakan perbedaan antara

kondisi tegang dan rileks.

- e. Saat menghembuskan nafas bayangkan ketegangan serta nyeri di tubuh mengalir pergi.

Gerakan 13 : Ditujukan untuk melatih otot otot perut

- a. Tarik nafas kuat perut ke dalam
- b. Tahan sampai perut menjadi kencang dan keras. Setelah 10 detik dilepaskan bebas, kemudian diulang kembali seperti gerakan awal untuk perut ini.
- c. Saat menghembuskan nafas bayangkan ketegangan serta nyeri di tubuh mengalir pergi.

Gerakan 14 -15 : Yang bertujuan untuk melatih otot otot kaki seperti paha dan betis

- a. Luruskan kedua belah telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang
- b. Dilanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian sehingga ketegangann otot paha pindah ke otot-otot betis
- c. Tahan posisi tegang selama 10 detik lalu dilepas lakukan sebanyak 2 kali.
- d. Ulangi setiap gerakan masing masing dua kali
- e. Saat kaki hendak kembali kekeadaan semula bayangkan ketegangan serta nyeri pada kaki dan sendi mengalir pergi dan bayangkan tubuh menjadi semakin rileks.



- 5. Bereskan alat
- 6. Cuci tangan

- v. Tahap Terminasi
 - 1. Mengevaluasi hasil tindakan dan respon klien
 - 2. Menjelaskan bahwa tindakan sudah selesai dilakukan pada klien/keluarga dan pamit
 - 3. Mendokumentasikan

Menurut Rosdiana & Cahyati, (2021), prosedur pemberian terapi relaksasi otot progresif sebagai berikut:

- 1. Bina hubungan saling percaya, jelaskan prosedur, tujuan terapi pada pasien.
- 2. Persiapan alat dan lingkungan: kursi, bantal, serta lingkungan yang tenang dan sunyi.

3. Posisikan pasien berbaring atau duduk di kursi dengan kepala ditopang.
4. Persiapan klien :
 - a. Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur dan pengisian lembar persetujuan terapi kepada klien.
 - b. Posisikan tubuh klien secara nyaman yaitu berbaring dengan mata tertutup menggunakan bantal dibawah kepala dan lutut atau duduk di kursi dengan kepala ditopang,
 - c. Lepaskan aksesoris digunakan seperti kacamata, jam dan sepatu.
 - d. Longgarkan ikatan dasi, ikat pinggang atau hal lain yang sifatnya mengikat ketat.
5. Prosedur Pelaksanaan *progressive muscle relaxation*
 - a. Pastikan pasien rileks dan mintalah pasien untuk memposisikan dan fokus pada tangan, lengan bawah, dan otot bisep, kepala, muka, tenggorokan, dan bahu termasuk pemusatan pada dahi, pipi, hidung, mata, rahang, bibir, lidah, dan leher. Sedapat mungkin perhatian diarahkan pada kepala karena secara emosional, otot yang paling penting ada di sekitar area ini.
 - b. Anjurkan klien untuk mencari posisi yang nyaman dan ciptakan lingkungan yang nyaman.
 - c. Bimbingan klien untuk melakukan teknik relaksasi (prosedur di ulang paling tidak satu kali). Jika area tetap, dapat diulang lima kali dengan melihat respon klien
 - d. Anjurkan pasien untuk posisi berbaring atau duduk bersandar. (sandaran pada kaki dan bahu).
 - e. Bimbing pasien untuk melakukan latihan nafas dalam dan menarik nafas melalui hidung dan menghembuska dari mulut seperti bersiul.
 - f. Kepalkan kedua telapak tangan, lalu kencangkan bisep dan lengan bawah selama lima sampai tujuh detik. Bimbing klien ke daerah otot yang tegang, anjurkan klien untuk merasakan, dan tegangkan otot sepenuhnya kemudian relaksasi 12-30 detik.
 - g. Kerutkan dahi ke atas pada saat yang sama, tekan kepala mungkin ke belakang, putar searah jarum jam dan kebalikannya, kemudian anjurkan klien untuk mengerutkan otot seperti kenari, yaitu cemburut, mata di kedip – kedipkan, monyongkan kedepan, lidah di tekan kelangit - langit dan bahu dibungkukan selama lima sampai tujuh detik. Bimbing klien ke daerah otot yang tegang, anjurkan klien untuk memikirkan rasanya, dan tegangkan otot sepenuhnya kemudian relaks

selama 12-30 detik.

- h. Lengkungkan punggung kebelakang sambil menarik nafas napas dalam, dan keluar lambung, tahan, lalu relaks. Tarik nafas dalam, tekan keluar perut, tahan, relaks.
- i. Tarik kaki dan ibu jari ke belakang mengarah ke muka, tahan, relaks. Lipat ibu jari secara serentak, kencangkan betis paha dan bokong selama lima sampai tujuh detik, bimbing klien ke daerah yang tegang, lalu anjurkan klien 10 merasakannya dan tegangkan otot sepenuhnya, kemudian relaks selama 12-30 detik.
- j. Selama melakukan teknik relaksasi, catat respons nonverbal klien. Jika klien menjadi tidak nyaman, hentikan latihan, dan jika klien terlihat kesulitan, relaksasi hanya pada bagian tubuh. Lambatkan kecepatan latihan latihan dan berkonsentrasi pada bagian tubuh yang tegang.
- k. Dokumentasikan dalam catatan perawat, respon klien terhadap teknik relaksasi, dan perubahan tingkat nyeri pada pasien.

DOKTASI