

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Chronic Kidney Diseases (CKD)

1. Definisi

Gagal ginjal kronik adalah kondisi saat fungsi ginjal menurun secara bertahap karena kerusakan ginjal (Marlinda et al., 2024). Gagal ginjal kronik (GGK) atau Chronic Kidney Diseases (CKD) adalah adanya kerusakan ginjal progresif pada tubuh manusia ditandai dengan uremia (urea dalam limbah lain yang beredar didalam darah serta komplikasinya (Okfi Maya Sinta dkk, 2023). Secara klinis, CKD didefinisikan sebagai fungsi ginjal yang terus-menerus tidak normal (>3 bulan), diukur atau diperkirakan dengan laju filtrasi glomerulus (GFR) yang secara konsisten di bawah 60 mL/menit/1,73 m². (Nopita et al., 2024).

1. Tanda dan gejala

Menurut Nuari & Widayati (2017) dari gagal ginjal kronis adalah :

a) Gangguan Kardiovaskuler

Hipertensi, nyeri dada, dan sesak nafas akibat perikarditis, efusi perikardiac dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema.

b) Gangguan pulmoner

Nafas dangkal, kussmaul, batuk dengan sputum kental dan riak, suara krekels.

c) Gangguan gastrointestinal

Anoreksia, mual, dan vomitus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan pada saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan mulut, nafas bau ammonia.

d) Gangguan muskulosletal

Resiles leg sindrom yaitu pegal pada kaki sehingga selalu di gerakan, rasa kesemutan dan terbakar terutama di telapak kaki, tremor, kelemahan dan hipertropi otot-otot ekstremitas.

e) Gangguan integumen

Kulit bewarna pucat akibat anemia dan kekuningan akibat penimbunan urokrom, gatal-gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh.

f) Gangguan endokrin

Adanya gangguan menstruasi, gangguan metabolik glukosa dan gangguan metabolic lemak.

Gangguan cairan dan elektrolit dan Keseimbangan asam basa biasanya retensi garam dan air terapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipomagesemia, hipokalsemia.

g) Gangguan sistem hematologi

Anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritopoetin, sehingga rangsangan eritrosis pada sumsum tulang berkurang.

2. Pemeriksaan penunjang

a) Tes diangnostik

Untuk mengetahui diagnosis penyakit gagal ginjal kronis menurut (Mailani, 2022) adalah sebagai berikut :

1) Radiologi

Ditunjukkan untuk menilai keadaan ginjal dan derajat komplikasi ginjal :

Biopsi ginjal dilakukan secara endoskopik untuk menentukan sel jaringan untuk diagnosis histologis

2) Endoskopi ginjal dilakukan untuk menentukan pelvis ginjal

3) Foto polos abdomen

untuk menilai besar dan bentuk ginjal, serta adakah batu atau sumbatan lain

4) Pielografi intravena

Menilai sistem pelviokalis dan ureter, beresiko terjadi penurunan faal ginjal pada usia lanjut, diabetes melitus dan nefropati asam urat

5) USG

Menilai besar dan bentuk ginjal, tebal parenkim ginjal, anatomi sistem pelviokalis, dan ureter proksimal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi sistem pelviokalis dan ureter proksimal, kandung kemih dan prostat.

6) Renogram

Menilai fungsi ginjal kanan dan kiri, lokasi gangguan (vaskuler, parenkim) serta sisa fungsi ginjal

7) Pemeriksaan radiologi jantung

Mencari adanya kardiomegali dan efusi pericarditis

8) EKG

Untuk melihat kemungkinan adanya hipertrofi ventrikel kiri, tanda-tanda perikarditis, aritmia karena gangguan elektrolit (hiperkalemia)

b) Pemeriksaan laboratorium

1) Darah

BUN/Kreatin : meningkat, biasanya meningkat dalam proporsi kadar kreatinin 16 mg/dl di duga tahap akhir stadium 5, cara menghitung laju filiasi glomerulus melalui kadar kreatinin adalah sebagai berikut ini : Rumus Cockcroft-Gault :

Laki-Laki :

$$\text{GFR} = \frac{(140 - \text{usia}) \times \text{BB} \times 1,73}{72 \times \text{Pcr}}$$

Wanita :

$$\text{GFR} = \frac{(140 - \text{usia}) \times \text{BB} \times 0,85}{72 \times \text{Pcr}}$$

Keterangan :

Pcr : kadar kreatinin dalam darah (mg/dL)

- 2) Hitung darah lengkap : Hematokrit menurun pada anemia hemoglobin kurang dari 7 g/dL
- 3) Albumin, kadar serum menurun dapat menunjukkan kehilangan protein melalui urine, perpindahan cairan, penurunan pemasukan, atau penurunan sintesis karena kurang asam amino esensial.
- 4) Urine

Volume biasanya berkurang dari 400 ml/jam (oliguria) atau tidak ada urine sama sekali (anuria), terdapat perubahan warna yang mungkin disebabkan oleh pus/nanah, bakteri, lemak, partikel koloid, fosfat, sedimen kotor, warna kecoklatan menunjukkan adanya darah, miglobin dan porfirin.

3. Pengobatan CKD (Chronic Kidney Disease)

Penatalaksanaan penyakit ginjal kronis dapat dibedakan menjadi 2 bagian yaitu :

a) Penatalaksanaan medis

1) Terapi farmakologis

Terapi pada pasien dengan gagal ginjal kronis bertujuan untuk mengurangi hipertensi intraGlomerulus dengan pemberian obat antihipertensi. Penggunaan obat antihipertensi bermanfaat untuk memperkecil risiko kardiovaskular dan juga memperlambat kerusakan nefron. Beberapa obat antihipertensi, seperti ACEI (*Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor*) benazepril, melalui berbagai penelitian terbukti dapat memperlambat proses perburukan fungsi ginjal. Menurut *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO), terapi farmakologi dengan ACEI atau ARB (*Angiotensin Receptor Blocker*) diberikan pada pasien penyakit ginjal kronis dengan diabetes yang menunjukkan hasil pemeriksaan ekskresi albumin urin 30–300 mg/24 jam atau pada pasien tanpa diabetes dengan ekskresi albumin urin > 300 mg/24 jam. Tekanan darah yang direkomendasikan pada pasien penyakit ginjal kronis adalah 120–139/<90 mmHg. Sementara tekanan darah yang direkomendasikan pada pasien penyakit ginjal kronis dengan diabetes adalah 120–129/<80 mmHg. Apabila pasien penyakit ginjal kronis memiliki ACR ≥ 70 mg/mmol maka tekanan darah yang direkomendasikan adalah 120–129/<80 mmHg (Adriano Luiz Ammirati, 2020).

b) Pembatasan asupan protein

Tujuan dari terapi konservatif pada pasien penyakit ginjal kronis selain menghambat progresifitas kerusakan ginjal, juga mengoreksi faktor yang bersifat reversibel dan mengatasi keluhan simptomatik yang timbul. Pembatasan asupan protein merupakan salah satu bagian dari terapi konservatif pada pasien penyakit ginjal kronis. Pembatasan asupan protein mulai dilakukan pada $GFR \leq 60$ ml/menit, sedangkan di atas nilai tersebut pembatasan asupan protein tidak selalu dianjurkan. Protein diberikan sebanyak 0,6 - 0,8 /kgBB/hari yang 0,35 – 0,50 gr di antaranya merupakan protein dengan nilai biologi tinggi (Usherwood & Vincent H.L. Lee, 2021).

2) Terapi hemodialisis

Terapi pengganti ginjal seperti dialisis peritoneal dan hemodialisa di indikasikan pada pasien penyakit ginjal kronis stadium 5 dengan $GFR < 15$ (ml/menit/1.73 m²), serta terdapat satu atau lebih dari adanya tanda dan gejala pada penyakit ginjal kronis seperti pruritus, gangguan asam basa dan elektrolit. Kelebihan volume cairan tubuh (*overload*) dan tekanan darah yang tidak terkontrol. Perburukan pada status gizi pasien dengan penyakit ginjal kronis yang tidak membaik dengan intervensi diet. Gangguan kognitif maupun penurunan kesadaran. Terapi pengganti ginjal dengan hemodialisa menggunakan mesin hemodialisis dan *dialiser*. Dialisis dilakukan secara intermitten yaitu antara 4-6 jam/kali, 3 sampai 6 kali/minggu. Efek yang kurang menguntungkan dari hemodialisa adalah hemodinamik yang tidak stabil. Pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisa, seringkali mengalami hipotensi atau gangguan hemodinamik lainnya setelah hemodialisa berlangsung (Zuber & Davis, 2018).

3) Transplantasi ginjal

Transplantasi ginjal merupakan terapi pengganti utama ginjal pada pasien penyakit ginjal kronis dengan stadium 5, yang telah memasuki gagal ginjal tahap akhir. Apabila proses transplantasi ginjal berlangsung berhasil maka terapi ini merupakan terapi yang paling ideal untuk mengatasi keseluruhan penurunan fungsi ginjal. Umumnya semua pasien penyakit ginjal kronis dengan gagal ginjal tahap akhir dipertimbangkan sebagai calon resipien transplantasi ginjal, kecuali jika pasien tersebut mengalami penyakit keganasan sistemik, infeksi kronis, penyakit kardiovaskuler yang berat, ataupun pasien dengan gangguan neuropsikiatri yang dapat mengganggu kepatuhan dalam mengonsumsi obat imunosupresif pasca transplantasi ginjal. (Arora, 2023).

c) Penatalaksanaan Keperawatan

1. Pembatasan cairan

Pembatasan asupan cairan perlu dilakukan seiring dengan menurunnya kemampuan ginjal. Karena jika pasien Penyakit Ginjal Kronik mengonsumsi terlalu banyak cairan, maka cairan menumpuk didalam tubuh sehingga mengakibatkan edema (pembengkakan). Oleh sebab itu, jumlah cairan yang boleh dikonsumsi dalam satu hari sebanyak menurut (Widayati, 2019) yaitu:

Jumlah Asupan Cairan Per Hari 500 ml + jumlah urin 24 jam
--

2. Pemberian posisi

Pemberian posisi pada pasien yang mengalami CKD yaitu untuk mengurangi edema. Pemberian posisi dengan elevasi kaki yang dikombinasi dengan *ankle pump* dinilai memberikan pengaruh untuk menurunkan derajat edema pada pasien CKD. Sesuai SOP pemberian elevasi

kaki dilakukan sebanyak 2x dalam waktu 3-5 menit tergantung kemampuan pasien. Sedangkan gerakan *ankle pump* dipercaya dapat meningkatkan sirkulasi darah, Latihan pemompaan ialah metode yang efisien untuk menurunkan kondisi pembengkakan karena akan menyebabkan timbulnya efek pompa otot sehingga akan mendorong cairan ekstraseluler kedalam pembuluh darah kemudian kembali ke jantung. *Ankle pump* diberikan dalam waktu 5 menit. Memberikan terapi kombinasi *ankle pump exercise* ini memberikan latihan tersebut menjadi kontraksi otot yang menekan pembuluh darah vena yang kemudian meningkat dalam pengaturan susunan saraf pusat yang kemudian akan meningkatkan laju proses oksidasi natrium, kalium didorong secara maksimal dalam pembuluh darah, dan dialirkan keseluruh pembuluh darah untuk memperoleh hasil penurunan edema. Gerakan aktif *ankle pump exercise* pada prinsipnya memanfaatkan vena yaitu arah aliran langsung ke jantung yang kemudian dipengaruhi oleh gerakan otot (*muscular contracting*) kemudian dengan gerakan otot yang maksimal akan terjadi penekanan vena yang menyebabkan peningkatan regulasi sistem saraf. Sehingga cairan edema dapat dibawa kedalam vena yang diartikan dalam proses ini edema dapat berkurang (Riska et al., 2023). Pemberian ini dapat dilakukan mandiri oleh perawat dengan urutan memberikan *ankle pump* selama 5 menit lalu di berikan elevasi kaki selama 5 menit sehingga total kedua pemberian posisi ini adalah 10 menit.

B. Masalah Kecemasan Pada Pasien Dengan CKD

1. Definisi kecemasan

Kecemasan adalah hal yang normal di dalam kehidupan karena kecemasan sangat dibutuhkan sebagai pertanda akan bahaya yang mengancam. Namun, ketika kecemasan terjadi terus-menerus, maka kecemasan tentunya dapat mengganggu aktivitas sehari-hari dan disebut sebagai gangguan kecemasan (Pratama et al., 2025). Kecemasan adalah produk frustrasi yang mengganggu kemampuan individu mencapai tujuan tertentu yang diinginkan dalam hal ini, factor kognitif dapat mempengaruhi kecemasan pasien gagal ginjal karena pasien gagal ginjal akan merasa lelah secara mental karena harus menjalani hemodialisis seumur hidup (Agustiya et al., 2020). Hal ini juga akan diderita seseorang manakala yang bersangkutan tidak mampu mengatasi *stressor* psikososial yang dihadapinya. Kecemasan merupakan salah satu gangguan jiwa yang paling sering terjadi pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. Hal ini disebabkan oleh berbagai *stressor*, diantaranya pengalaman nyeri pada daerah penusukan saat memulai hemodialisis, masalah finansial, kesulitan dalam mempertahankan masalah pekerjaan, dorongan seksual yang menghilang, serta ketakutan terhadap kematian (Tambun, 2020).

2. Penyebab kecemasan

Menurut (Stuart 2013) dan Laraia terdapat beberapa teori yang dapat menjelaskan terjadinya ansietas, yaitu :

a) Faktor Predisposisi :

1) Faktor Biologis

Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine, yang membantu mengatur ansietas. Penghambat GABA juga berperan utama dalam mekanisme biologis timbulnya ansietas sebagaimana halnya dengan endorfin. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi *stressor*.

2) Faktor psikologis

(a) Pandangan psikoanalitik

Ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau Aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan, dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

(b) Pandangan interpersonal

Ansietas timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan spesifik. Orang dengan harga diri rendah terutama mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.

(c) Pandangan perilaku

Ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

3) Sosial budaya

Ansietas merupakan hal yang biasa ditemui dalam keluarga. Faktor ekonomi, latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya ansietas

b) Faktor presipitasi

Stressor pencetus dapat berasal dari sumber internal atau eksternal. Stressor pencetus dapat dikelompokkan dalam dua kategori :

- 1) Ancaman terhadap integritas seperti ketidakmampuan atau penurunan fungsi fisiologis akibat sakit sehingga mengganggu individu untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.
- 2) Ancaman terhadap sistem diri, ancaman ini akan menimbulkan gangguan terhadap identitas diri, harga diri, dan fungsi sosial individu. (Nurhalimah, 2016)

3. Tingkatan kecemasan

Menurut (Stuart, 2013) dan Laraia, membagi ansietas terbagi dalam beberapa tingkatan sebagai berikut :

a) Ansietas ringan

Ansietas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan memperluas pandangan persepsi. ansietas ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkat lapang persepsinya. Ansietas ringan memiliki aspek positif yaitu memotivasi individu untuk belajar dan menghasilkan serta meningkatkan pertumbuhan dan kreativitas. Respon dari ansietas ringan adalah :

- 1) Respon fisiologis meliputi sesekali nafas pendek, mampu menerima rangsang yang pendek, muka berkerut dan bibir bergetar. Pasien mengalami ketegangan otot ringan.
- 2) Respon kognitif meliputi koping persepsi luas, mampu menerima rangsang yang kompleks, konsentrasi pada masalah, dan menyelesaikan masalah.
- 3) Respon perilaku dan emosi meliputi tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada lengan, dan suara kadang meninggi.

b) Ansietas sedang

Pada ansietas tingkat ini, memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif

namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Manifestasi yang muncul pada ansietas sedang antara lain :

- 1) Respon fisiologis meliputi sering napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, diare atau konstipasi, tidak nafsu makan, mual, dan berkeringat setempat.
 - 2) Respon kognitif meliputi respon pandang menyempit, rangsangan luas mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatian dan bingung.
 - 3) Respon perilaku dan emosi meliputi bicara banyak, lebih cepat, susah tidur dan tidak aman.
- c) Ansietas berat**

Pada ansietas berat pasien lapangan persepsi pasien menyempit. seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci, spesifik dan tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku pasien hanya ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Pasien tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain. Manifestasi yang muncul pada ansietas berat antara lain :

- 1) Respon fisiologis meliputi napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur, dan ketegangan.
- 2) Respon kognitif meliputi lapang persepsi sangat sempit, dan tidak mampu menyelesaikan masalah.
- 3) Respon perilaku dan emosi meliputi perasaan terancam meningkat, verbalisasi cepat, dan menarik diri dari hubungan interpersonal.

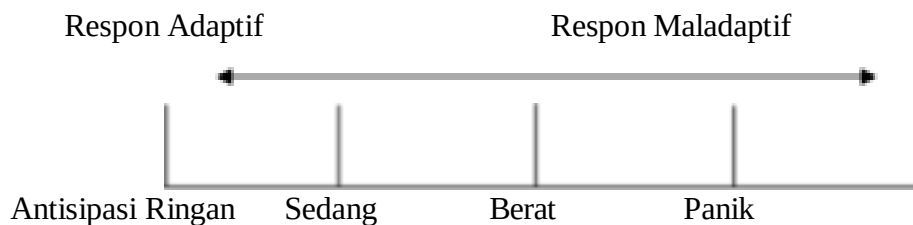
d) Tingkat panic

Perilaku yang tampak pada pasien dengan ansietas tingkat panik adalah pasien tampak ketakutan dan mengatakan mengalami teror, tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan serta disorganisasi kepribadian. Terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya

kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi menyimpang, kehilangan pemikiran rasional. Manifestasi yang muncul terdiri dari :

- 1) Respon fisiologis meliputi napas pendek, rasa tercekik dan palpitasi, sakit dada, pucat, hipotensi, dan koordinasi motorik rendah.
- 2) Respon kognitif meliputi lapang persepsi sangat sempit, dan tidak dapat berfikir logis.
- 3) Respon perilaku dan emosi meliputi mengamuk-amuk dan marah- marah, ketakutan, berteriak-teriak, menarik diri dari hubungan interpersonal, kehilangan kendali atau kontrol diri dan persepsi kacau. (Nurhalimah, 2016).

4. Rentang respon kecemasan



Gambar 1. Rentang Respon Ansietas

Sumber : (Budi Anna Keliat & Jesika Pasaribu, 2016)

5. Mekanisme koping kecemasan

Ketika seseorang mengalami kecemasan, orang tersebut menggunakan bermacam-macam mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya. Dalam bentuk kecemasan ringan dapat diatasi dengan menangis, tertawa, tidur, dan olahraga. Bila terjadi kecemasan berat sampai panik akan terjadi ketidakmampuan mengatasi kecemasan secara konstruktif merupakan penyebab utama

perilaku patologis, seseorang akan menggunakan energi yang lebih besar untuk dapat mengatasi ancaman tersebut.

Berikut beberapa mekanisme koping lainnya yang berfungsi untuk mengatasi kecemasan (Mosleh et al., 2020):

- a) Reaksi yang berorientasi pada tugas (*taks oriented reaction*) merupakan pemecahan masalah secara sadar yang digunakan untuk menanggulangi ancaman stressor yang ada secara realistis terbagi menjadi tiga yaitu, perilaku menyerang (agresif) biasanya digunakan seseorang untuk mengatasi rintangan agar memenuhi kebutuhan. Selanjutnya untuk perilaku menarik diri digunakan untuk menghilangkan sumber ancaman baik secara fisik maupun psikologis, dan yang terakhir yaitu perilaku kompromi yang digunakan untuk merubah tujuan-tujuan yang akan dilakukan atau mengorbankan kebutuhan personal untuk mencapai tujuan.
- b) Mekanisme pertahanan ego (*Ego oriented reaction*) mekanisme ini membantu mengatasi kecemasan ringan dan sedang yang digunakan untuk melindungi diri dan dilakukan secara sadar untuk mempertahankan keseimbangan.

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

Menurut (Aditiya Puspanegara 2019) kecemasan memang dipengaruhi oleh usia. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Lutfa & Maliya (2018) yang mengatakan bahwa faktor-faktor yang sangat berhubungan dengan kecemasan pasien yaitu faktor dari dalam seperti umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengalaman pasien dalam menjalani pengobatan, dan faktor dari luar yaitu lamanya terapi, jenis pembiayaan dan dukungan keluarga ((Fitriya,2025).

a. Usia

Usia menunjukkan ukuran waktu pertumbuhan dan perkembangan seseorang. Usia berkorelasi dengan pengalaman, pengalaman berkorelasi dengan pengetahuan, pemahaman dan

pandangan terhadap suatu penyakit atau kejadian sehingga akan membentuk persepsi dan sikap. Kematangan dalam proses berpikir pada individu yang berusia dewasa lebih memungkinkan untuk menggunakan mekanisme koping yang baik dibandingkan kelompok usia anak-anak. Selain itu, seseorang dengan seseorang dengan usia remaja atau masih muda lebih cenderung mengalami kecemasan dibandingkan dengan tingkat usia yang semakin dewasa dan lebih tua, semakin meningkatnya usia seseorang maka frekuensi kecemasan seseorang makin berkurang.

b. Pendidikan

Orang yang berpendidikan tinggi lebih mampu menggunakan pemahaman mereka, secara adaptif dibandingkan kelompok respon yang berpendidikan rendah. Kondisi ini menunjukkan respon cemas berat cenderung dapat kita tentukan pada responden yang berpendidikan rendah karena rendahnya pemahaman mereka sehingga membentuk persepsi yang menakutkan.

c. Jenis kelamin

Tingkat kecemasan pada perempuan lebih tinggi daripada tingkat kecemasan pada laki-laki. Perempuan lebih cenderung emosional, mudah meluapkan perasaannya. Sementara laki-laki bersifat objektif dan dapat berpikir rasional sehingga mampu berpikir dan dapat mengendalikan emosi. Kecemasan lebih sering dialami oleh perempuan daripada laki-laki, karena perempuan sering kali menggunakan perasaan untuk menyikapi dan menghadapi sesuatu dalam hidupnya sedangkan laki-laki selalu menggunakan pikiran dalam menghadapi situasi yang akan mengancam dirinya.

d. Pengalaman negatif pada masa lalu

Pengalaman ini merupakan hal yang tidak menyenangkan pada masa lalu mengenai peristiwa yang dapat terulang lagi pada masa mendatang, apabila individu tersebut menghadapi

situasi atau kejadian yang sama dan juga tidak menyenangkan, misalnya pernah gagal dalam tes. Hal tersebut merupakan pengalaman umum yang menimbulkan kecemasan siswa dalam menghadapi tes.

e. Pikiran yang tidak rasional

Para psikologi memperdebatkan bahwa kecemasan terjadi bukan karena suatu kejadian, melainkan kepercayaan atau keyakinan tentang kejadian itulah yang menjadi penyebab kecemasan (Puspanegara, 2019).

f. Pekerjaan

Pasien yang tidak bekerja memiliki tingkat kecemasan lebih tinggi dari pada pasien yang bekerja (Resti & Cahyati, 2022).

g. Lama hemodialisis

Pasien CKD yang menjalani terapi hemodialysis dalam jangka waktu lama berdampak pada kecemasan pasien dalam menghadapi kondisi penyakitnya (Ika et al.,2021).

h. Dukungan sosial

Dukungan social mempengaruhi kecemasan seseorang. Dukungan sosial mengubah kondisi kesehatan dengan cara menjaga seseorang dari dampak negative stress, selain itu dukungan social dari keluarga membantu seseorang dalam menyesuaikan diri terhadap kejadian dalam kehidupan yang penuh denga stres dan kecemasan (Iswanti, T.,Husnida, N.,Rohaeti, A.T., & Sutomo, 2021).

7. Tanda dan gejala

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) tanda dan gejala ansietas sebagai berikut

:

a) Gejala dan tanda mayor

1) Subjektif

(a) Merasa bingung

(b) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi

(c) Sulit berkonsentrasi

2) Objektif

(a) Tampak gelisah

(b) Tampak tegang

(c) Sulit tidur

b). Gejala dan tanda minor

1) Subjektif

(a) Mengeluh pusing

(b) Anoreksia

(c) Palpitasi

(d) Merasa tidak berdaya

2) Objektif

(a) Frekuensi napas meningkat

(b) Frekuensi nadi meningkat

(c) Tekanan darah meningkat

(d) Diaphoresis

(e) Tremor

- (f) Muka tampak pucat
- (g) Suara bergetar
- (h) Kontak mata buruk
- (i) Sering berkemih
- (j) Berorientasi pada masa lalu

8. Alat ukur kecemasan

Tingkat kecemasan seseorang dapat diidentifikasi dengan pengukur (instrument) kecemasan. Kecemasan pada pasien hemodialisis disebabkan oleh ketidaktahuan persiapan hemodialisis dan proses hemodialisis, kecemasan karena tertusuk jarum setiap kali cuci darah, khawatir hidup bergantung pada alat hemodialisis, dan khawatir menghabiskan lebih banyak waktu di hemodialisis. Perawatan hemodialisis dilakukan di rumah sakit dari pada di rumah. Saat ini ada alat skala (instrument) kecemasan yaitu *Visual Analog Scale For Amxiety* (VAS-A). Videbeck and Sheila, (2012) menyebutkan bahwa respon kecemasan yaitu peningkatan tanda vital, berkeringat, gelisah, takut, bingung, penyelesaian masalah menurun dan lainnya. Respon kecemasan tersebut akan muncul sesuai tingkat kecemasan yang sedang dialami sesuai tabel berikut:

Tabel 1
Tingkat respon kecemasan

Tingkat Kecemasan	Respon Fisik	Respon Kognitif	Respon Emosional
1	2	3	4
Ringan	1. Terjadi ketegangan	1. Lapang persepsi luas	1. Sedikit tidak sabar

	otot ringan	2. Tenang dan rasa percaya diri masih tinggi	2. Menyendir
	2. Sadar terhadap lingkungan	3. Memperhatikan banyak hal	3. Tenang
	3. Rileks atau sedikit gelisah	4. Tingkat pembelajaran optimal	
Sedang	1. Ketegangan otot sedang	1. Persepsi menurun	1. tidak nyaman
	2. TTV meningkat	2. Fokus terhadap stimulus meningkat	2. mudah tersinggung
	3. Dilatasi pupil, berkeringat	3. Perhatian menurun	3. kepercayaan diri goyah
	4. Mondar-mandir, memukulkan tangan	4. Penyelesaian masalah menurun	4. tidak sabar
	5. Suara bergetar dan intonasi tinggi	5. Pembelajaran terjadi	
	6. Kewaspadaan meningkat	6. dengan memfokuskan	
	7. Sakit kepala, sering berkemih, nyeri punggung dan pola tidur berubah		
Berat	1. Ketegangan otot berat	1. Lapang persepsi terbatas	1. Sangat cemas
	2. Kontak mata buruk	2. Sulit berpikir	2. Respon keceasan
	3. Hiperventilasi	3. Penyelesaian masalah buruk	3. Agitasi
	4. Bicara cepat dan nada tinggi	4. Fokus terhadap ancaman	4. Takut
	5. Keringat	5. Tidak mampu	5. Bingung
			6. Merasa tidak

	meningkat	menerima informasi	adekuat
	6. Menegangnya rahang dan menggertakkan gigi		7. Menarik diri
	7. Tindakan tanpa tujuan dan arti		
	8. Meremas tangan dan gemetar		
	9. mondar-mandir dan teriak		
Panik	1. TTV meningkat kemudian menurun	1. Persepsi sangat sempit	1. Merasa terbebani
	2. Fight, flight and freeze	2. Kepribadian kacau	2. Lepas
	3. Pupil dilatasi	3. Pikiran tidak logis	3. Merasa tidak mampu
	4. Ketegangan otot sangat berat	4. Berfokus pada pikiran sendiri	4. Marah takut
	5. Insomnia	5. Tidak mampu menyelesaikan masalah	5. Mengamuk, putus asa
	6. Wajah menyeringai, mulut ternganga	6. Tidak rasional	6. Kaget, takut
		7. Kemungkinan terjadi waham, halusinasi, ilusi	7. Mengharapkan hasil yang buruk
		8. Sulit menerima stimulus eksternal	

(Videbeck and Sheila, 2012)

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilaiskor dan item 0- 10 dengan hasil :

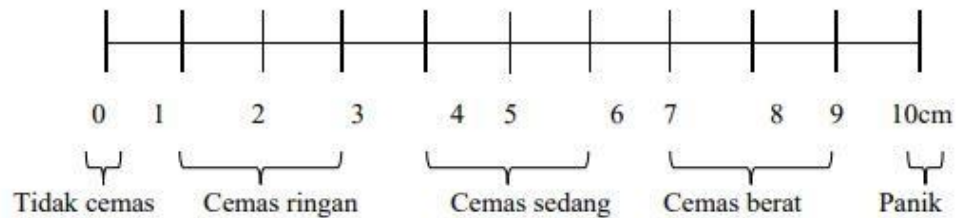
Nilai 0= tidak cemas

Nilai 1-3 = cemas ringan

Nilai 4-6 = cemas sedang

Nilai 7-9 = cemas berat

Nilai 10 = Panik



Sumber: Bloch & Hays, 2009

9. Penatalaksanaan kecemasan

Menurut (Nurhalimah, 2016), penatalaksanaan ansietas dapat dibagi 2 sebagai berikut :

a) Penatalaksanaan farmakologi

Pengobatan untuk anti kecemasan terutama benzodiazepine, obat ini digunakan untuk jangka pendek dan tidak dianjurkan untuk jangka panjang karena pengobatan ini menyebabkan toleransi dan ketergantungan. obat anti kecemasan nonbenzodiazepine, seperti buspiron (Buspar) dan berbagai antidepresan juga digunakan.

b) Penatalaksanaan non farmakologi

1) Distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan kecemasan dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap cemas yang dialami. Stimulus sensori yang menyenangkan menyebabkan pelepasan endorfin yang bisa menghambat stimulus cemas yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli cemas yang ditransmisikan ke otak. Salah satu distraksi yang efektif adalah dengan memberikan dukungan spiritual (membacakan doa sesuai agama dan keyakinannya), sehingga dapat menurunkan hormon-hormon stressor, mengaktifkan

hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi dan aktivitas gelombang otak. Laju pernafasan yang lebih dalam atau lebih lambat tersebut sangat baik menimbulkan ketenangan, kendali emosi, pemikiran yang lebih dalam dan metabolisme yang lebih baik.

2). Relaksasi

Terapi relaksasi yang dilakukan dapat berupa relaksasi, meditasi, relaksasi imajinasi dan visualisasi serta relaksasi progresif.

3). Pengetahuan

Memberikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik, menjelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi dengan cara yang tepat, menggambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat, mengidentifikasi kemungkinan penyebab dengan cara yang tepat, menyediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat, mendiskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit, mendiskusikan pilihan terapi atau penanganan, mendukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan, merujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal dengan cara yang tepat, menginstruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan, pengkajian keperawatan ini bertujuan untuk menggali atau mendapatkan data utama tentang kesehatan pasien baik itu fisik, psikologis, maupun emosional (Handayani, 2018). Yang terdiri dari:

a) Identitas pasien

Identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, kewarganegaraan, suku, pendidikan, alamat nomor rekam medis, tanggal masuk rumah sakit

b) Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab berisikan nama, hubungan dengan pasien, alamat dan nomor telepon

c) Keluhan utama

Keluhan yang paling dirasakan saat ini oleh pasien diantara keluhan lain pada pasien hemodialisa biasanya mengeluh mual, muntah, perdarahaan, pusing, sesak, kram otot, lelah, lemas edema ekstremitas, edema paru

2) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang didapatkan mulai dari pasien mengalami keluhan sampai mencari pelayanan kesehatan sampai, mendapatkan terapi dan harus menjalani terapi Hemodialisa (pasien HD pertama). Kondisi atau keluhan yang di rasakan oleh pasien setelah menjalani HD sampai menjalani HD kembali (bagi pasien menjalani HD rutin).

b) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu di dapatkan dari pengalaman pasien mengalami kondisi yang berhubungan dengan gangguan system urinaria (misal DM, hipertensi, Glomerulus kronism pielonefritis). Riwayat Kesehatan dahulu juga mencakup penggunaan analgesik yang lama atau terus menerus, dan apakah pernah melakukan operasi atau tidak.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Di dapatkan dari riwayat penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit pasien sekarang (DM, hiperensi, penyakit sistem perkemihan).

d) Riwayat alergi

Perlu dikaji apakah pasien memiliki alergi terhadap makanan,binatang, ataupun obat- obatan yang dapat mempengaruhi kondisi pasien.

e) Riwayat obat-obat

Mencakup obat-obatan apa saja yang dikonsumsi oleh pasien selama ini Pengkajian pola fungsional Gordon

f) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan pasien

Berisi pandangan pasien tentang keadaannya saat ini, apa yang dirasakan tentang kesehatannya sekarang. Gejalanya adalah pasien mengungkapkan kalau dirinya saat ini sedang sakit parah. Pasien juga mengungkapkan telah menghindari larangan dari dokter. Tandanya adalah pasien terlihat lesu dan khawatir, pasien terlihat bingung kenapa kondisinya seperti ini meski segala hal yang telah dilarang telah dihindari.

g) Pola nutrisi dan metabolic

Mengkaji nafsu makan pasien saat ini, makanan yang biasa dimakan, frekuensi dan porsi makanan serta berat badan pasien. Gejalanya adalah pasien tampak lemah, terdapat penurunan BB dalam kurun waktu 6 bulan. Tandanya adalah anoreksia, mual, muntah, asupan nutrisi dan air naik atau turun

h) Pola eliminasi

Mengkaji warna, frekuensi dan bau dari urine pasien. Kaji juga apakah pasien mengalami konstipasi atau tidak, serta bagaimana warna, frekuensi dan konsistensi feses pasien. Gejalanya adalah terjadi ketidak seimbangan antara output dan input. Tandanya adalah penurunan BAK, pasien terjadi konstipasi, terjadi peningkatan suhu dan tekanan darah atau tidak sinkronnya antara tekanan darah dan suhu.

i) Aktivitas dan latihan

Kaji apakah pasien mampu melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri, di bantu atau sama sekali tidak mampu melakukan aktifitas secara mandiri. Dalam hal ini juga dapat dikaji apakah pasien pernah jatuh atau tidak dengan menggunakan pengkajian resiko jatuh. Gejalanya adalah pasien mengatakan lemas dan tampak lemah, serta pasien tidak dapat menolong diri sendiri. Tandanya adalah aktifitas dibantu sebagian atau penuh.

j) Pola istirahat dan tidur

Kaji bagaimana istirahat dan tidur pasien. Apakah ada kebiasaan saat tidur maupun kebiasaan pengantar tidur, adakah hal yang mengganggu saat akan tidur, apakah sering terbangun di malam hari dan berapa jam tidur pasien setiap hari. Gejalanya adalah pasien terlihat mengantuk, letih dan terdapat kantung mata dan pasien terlihat sering menguap.

k) Pola persepsi dan kognitif

Kaji apakah ada penurunan sensori dan rangsang. Tandanya adalah penurunan kesadaran seperti ngomong ngantur dan tidak dapat berkomunikasi dengan jelas.

l) Pola hubungan dengan orang lain

Kaji bagaimana hubungan pasien dengan orang-orang disekitarnya, baik keluarga maupun tenaga kesehatan, apakah pasien sering menghindari pergaulan, penurunan harga diri sampai terjadinya HDR (Harga Diri Rendah). Tandanya lebih menyendiri, tertutup, komunikasi tidak jelas.

m) Pola reproduksi

Kaji apakah ada penurunan keharmonisan pasien, adanya penurunan kepuasan dalam hubungan, adakah penurunan kualitas hubungan.

n) Pola persepsi diri

Kaji bagaimana pasien memandang dirinya sendiri, menanyakan bagian tubuh manakah yang sangat disukai dan tidak disukai oleh pasien, apakah pasien mengalami gangguan citra diri dan mengalami tidak percaya diri dengan keadaannya saat ini. Tandanya kaki menjadi edema, citra diri jauh dari keinginan.

o) Pola mekanisme koping

Kaji emosional pasien apakah pasien marah-marah, cemas atau lainnya. Kaji juga apa yang dilakukan pasien jika sedang stress. Gejalanya emosi pasien labil. Tandanya tidak dapat mengambil keputusan dengan tepat, mudah terpancing emosi.

p) Pola kepercayaan

Gejalanya pasien tampak gelisah, pasien mengatakan merasa bersalah meninggalkan perintah agama. Tandanya pasien tidak dapat melakukan kegiatan agama seperti biasanya.

q) Pengkajian fisik

Penampilan / keadaan umum. Lemah, aktifitas dibantu, terjadi penurunan sensitivitas nyeri. Kesadaran pasien dari *compos mentis* sampai *coma*.

1. Tanda-tanda vital

Tekanan darah naik, respirasi rate naik, dan terjadi dispnea, nadi meningkat dan reguler.

2. Antropometri

Penurunan berat badan selama 6 bulan terakhir karena kekurangan nutrisi, atau terjadi peningkatan berat badan karena kelebihan cairan. Berat badan pre dan post hemodialisis serta berat badan kering (BB ternyaman pasien, post tiga bulan menjalani hemodialisis).

3. Kepala

Rambut kotor bahkan rontok, mata kuning dan kotor, telinga kotor dan terdapat kotoran telinga, hidung kotor dan terdapat kotoran hidung ada tarikan cuping hidung, mulut bau ureum, bibir kering dan pecah-pecah, mukosa mulut pucat dan lidah kotor.

4. Leher dan tenggorok

Hiperparathyroid karena peningkatan reabsorpsi kalsium dari tulang, hiperkalemia, hiperkalsiuria, pembesaran vena jugularis.

5. Dada

Dispnea sampai pada edema pulmonal, dada berdebar-debar. Terdapat otot bantu napas, pergerakan dada tidak simetris, terdengar suara tambahan pada paru (ronkhi basah), terdapat pembesaran jantung, terdapat suara tambahan pada jantung.

6. Abdomen

Terjadi peningkatan nyeri, penurunan peristaltik, turgor jelek, ascites.

7. Neurologi

Kejang karena keracunan pada SSP, kelemahan karena suplai O₂ kurang, baal(mati rasa dan kram) karena rendahnya kadar Ca dan pH.

Kram otot/kejang: Sindrom kaki gelisah, kebas dan rasa terbakar pada kaki
Kebas/kesemutan dan kelemahan, khususnya ekstremitas bawah (neuropati perifer)

8. Genital

Kelemahan dalam libido, genetalia kotor, ejakulasi dini, impotensi, terdapat ulkus.

9. Ekstremitas

Kelemahan fisik, aktifitas pasien dibantu, terjadi edema, pengeroposan tulang, dan
Capillary Refil lebih dari 3 detik.

10. Kulit

Turgor jelek, terjadi edema, kulit jadi hitam, kulit bersisik dan mengkilat / uremia, dan terjadi perikarditis.

11. Aktivitas/istirahat gejala:

Kelelahan ekstremitas, kelemahan (*Fatigue*), Malaise

12. Gangguan tidur (insomnia, gelisah, somnolen)

Sumber: (Ismail, 2018)

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian kinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan ditegakkan dengan pola PES, yaitu *problem* sebagai masalah yang diangkat, *etiology* sebagai penyebab atau factor yang berhubungan, dan *sign and symptom* sebagai tanda dan gejala pada data mayor dan minor.

Ansistas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)

3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Intervensi keperawatan memiliki tiga komponen yaitu label, definisi dan tindakan. Label merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi mengenai intervensi keperawatan. Label terdiri atas satu atau beberapa kata yang diawali dengan kata benda (nomina) yang berfungsi sebagai deskriptor atau penjelas dari intervensi keperawatan. Terdapat 18 deskriptor pada label intervensi keperawatan yaitu dukungan, edukasi, kolaborasi, konseling, konsultasi, latihan, manajemen, pemantauan, pemberian, pemeriksaan, pencegahan, pengontrolan, perawatan, promosi, rujukan, resusitasi, skrining dan terapi. Definisi merupakan komponen yang menjelaskan tentang makna dari tabel intervensi keperawatan. Tindakan adalah rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi dan tindakan kolaborasi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.
Perencanaan Keperawatan pada Diagnosa Keperawatan dengan ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)

Diagnosa Keperawatan	Rencana keperawatan	
	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
	SLKI	SIKI
1	2	3
Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: - Verbalisasi kebingungan menurun - Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun - Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun - Keluhan pusing menurun - Konsetrasi membaik - Pola tidur membaik	Intervensi Utama: terapi relaksasi Observasi . Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakkampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif . Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan . Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik . Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman, jika memungkinkan . Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi

1	2	3
		. Gunakan pakian longgar . Gunakan suara lembut dengan irama lambat dan berirama . Gunakan relaksasi sebagai penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai Edukasi . Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis, music, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) . Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih . Anjurkan mengambil posisi nyaman . Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi . Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih . Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis, napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)

5. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan. Implementasi keperawatan berlangsung dalam tiga tahap. Fase pertama merupakan fase persiapan yang mencakup pengetahuan tentang validasi rencana, implementasi rencana, persiapan pasien dan keluarga. Fase kedua merupakan puncak implementasi keperawatan yang berorientasi pada tujuan. Fase ketiga merupakan transmisi perawat dan pasien setelah implementasi keperawatan selesai dilakukan (Asmadi, 2018).

6. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan, evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan (Smeltzer & Bare, 2013).

Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP yaitu S (Subjektif) dimana perawat menemui keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (Objektif) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi

perawat secara langsung pada pasien dan yang dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan, A (*Assesment*) yaitu interpretasi makna data subjektif dan objektif untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan tercapai. Dapat dikatakan tujuan tercapai apabila pasien mampu menunjukkan perilaku sesuai kondisi yang ditetapkan pada tujuan, sebagian tercapai apabila perilaku pasien tidak seluruhnya tercapai sesuai dengan tujuan, sedangkan tidak tercapai apabila pasien tidak mampu menunjukkan perilaku yang diharapkan sesuai dengan tujuan, dan yang terakhir adalah planning (P) merupakan rencana tindakan berdasarkan analisis. Jika tujuan telah dicapai, maka perawat akan menghentikan rencana dan apabila belum tercapai, perawat akan melakukan modifikasi rencana untuk melanjutkan rencana keperawatan pasien. Evaluasi ini disebut juga evaluasi proses (Smeltzer & Bare, 2013)

Evaluasi yang diharapkan sesuai dengan masalah yang pasien hadapi yang telah dibuat pada perencanaan tujuan dan kriteria hasil. Evaluasi penting dilakukan untuk menilai status kesehatan pasien setelah tindakan keperawatan. Selain itu juga untuk menilai pencapaian tujuan, baik tujuan jangka panjang maupun jangka pendek, dan mendapatkan informasi yang tepat dan jelas untuk meneruskan, memodifikasi, atau menghentikan asuhan keperawatan yang diberikan (Smeltzer & Bare, 2013).

D. Aromaterapi Lavender

1. Pengetian

Aromaterapi lavender merupakan terapi yang menggunakan minyak esensial lavender yang dinilai mampu mengurangi bahkan dapat mengatasi gangguan psikologis dan gangguan rasa nyaman pada pasien hemodialisa seperti kelelahan, kecemasan. Salah satu metode pengobatan alternatif yang dikenal sebagai aromaterapi menggunakan senyawa aromatik alami tumbuhan dan minyak esensial adalah cairan tak berwarna yang mudah menguap. Tujuannya adalah untuk mengubah perasaan seseorang atau meningkatkan kondisi kesehatannya.. (Wahyuningrum et al., 2023)

Menurut penelitian (Puteri et al., 2025) efek inhalasi pada minyak lavender menunjukkan bahwa ia memiliki sifat penenang, analgesik, dan penyembuhan. Aromaterapi inhalasi dengan menggunakan minyak esensial lavender dapat mempengaruhi tingkat stres, depresi dan kecemasan.

2. Manfaat aromaterapi lavender

Manfaat aromaterapi selain untuk penyembuhan fisik dan psikis, aromaterapi juga dapat melemaskan saraf dan otot yang tegang. Relaksasi adalah cara mengatasi kecemasan dengan relaksasi otot dan saraf, meningkatkan kepercayaan diri, mematangkan pola pikir, memfasilitasi kontrol diri, mengurangi stress umum dan meningkatkan kesejahteraan, jadi salah satu cara untuk mengurangi kecemasan adalah dengan relaksasi menggunakan aromaterapi. (Salsabila, 2020). Aromaterapi salah satu cara terapi dengan memanfaatkan minyak menguap atau minyak atsir dan organ *factory* (penciuman) manusia.

3. Kandungan aromaterapi lavender

Minyak esensial lavender mengandung senyawa aktif utama yaitu linalool dan linalyl acetate yang berperan dalam memberikan efek sedatif dan relaksasi. Linalool diketahui memiliki aktivitas farmakologis pada sistem saraf pusat dengan efek anti-kecemasan dan peningkatan relaksasi melalui modulasi neurotransmitter. Selain itu, berbagai studi klinis dan systematic review menunjukkan bahwa aromaterapi lavender efektif dalam mengurangi kecemasan, memperbaiki mood, serta membantu mengatasi insomnia.(Gemignani et al., 2022).

kandungan dari aromaterapi lavender bekerja dengan merangsang sel-sel saraf penciuman dan mempengaruhi kerja sistem limbik sehingga dapat memberikan perasaan rileks yang akhirnya dapat mempengaruhi penurunan kecemasan dan efek aromaterapi positif karena aroma yang segar dan harum merangsang sensori dan akhirnya mempengaruhi organ sehingga dapat menimbulkan efek yang kuat terhadap emosi (Eni Kusyati, 2018).

4. Bunga lavender

Nama lavender berasal dari bahasa latin “lavera” yang berarti menyegarkan dan orang-orang Roma telah memakainya sebagai parfum dan minyak mandi sejak zaman dahulu. Bunga lavender memiliki 25-30 spesies, beberapa diantaranya adalah *lavandula angustifolia*, *lavandula lattifolia*, *lavandula stoechas*. Penampakan bunga ini adalah berbentuk kecil, berwarna ungu kebiruan, dan tinggi tanaman mencapai 72 cm. Asal tumbuhan ini adalah dari wilayah selatan Laut Tengah sampai Afrika tropis dan ke arah timur sampai India. Tanaman ini tumbuh baik pada daerah dataran tinggi, dengan ketinggian berkisar antara 600-1.350 m di atas permukaan laut.



Gambar 2. Bunga Lavender

McLain, D.E., 2009. *Lavender: The Genus Lavandul*

5. Teknik pemberian aromaterapi

Menurut (Astuti,A.D.,&Sari,Y.2020) Teknik pemberian aroma terapi bisa digunakan dengan cara :

- a) Inhalasi : biasanya dianjurkan untuk masalah dengan pernafasan dan dapat dilakukan dengan menjatuhkan beberapa tetes minyak esensial ke dalam mangkuk air mengepul. Uap tersebut kemudian dihirup selama beberapa saat, dengan efek yang ditingkatkan dengan menempatkan handuk diatas kepala dan mangkuk sehingga membentuk tenda untuk menangkap udara yang dilembabkan dan bau.
- b) Massage/pijat: Menggunakan minyak esensial aromatic dikombinasikan dengan minyak dasar yang dapat menenangkan atau merangsang, tergantung pada minyak yang digunakan. Pijat minyak esensial dapat diterapkan ke area masalah tertentu atau ke seluruh tubuh.
- c) Difusi : Biasanya digunakan untuk menenangkan saraf atau mengobati beberapa masalah pernafasan dan dapat dilakukan dengan penyemprotan senyawa yang mengandung minyak ke udara dengan cara yang sama dengan udara freshener. Hal ini juga dapat dilakukan dengan menempatkan beberapa tetes minyak esensial dalam diffuser dan

menyalakan sumber panas. Duduk dalam jarak tiga kaki dari diffuser, pengobatan biasanya berlangsung sekitar 30 menit.

- d)** Kompres : Panas atau dingin yang mengandung minyak esensial dapat digunakan untuk nyeri otot dan segala nyeri, memar dan sakit kepala.
- e)** Perendaman: Mandi yang mengandung minyak esensial dan berlangsung selama 10-20 menit yang direkomendasikan untuk masalah kulit dan menenangkan saraf (Craig hospital, 2013)