

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN CKD
(CHRONIC KIDNEY DISEASE) DENGAN PEMBERIAN TERAPI
MURROTAL AL-QUR'AN TERHADAP TINGKAT KECEMASAN DI
RUANG HEMODIALISA RSUD A. W. SJAHRANIE SAMARINDA
TAHUN 2015**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DISUSUN OLEH :

AMBAR PADANG KUNCORO, S.Kep

NIM: 1411308250047

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH

SAMARINDA

2015

**Analisis Praktik Keperawatan pada Pasien CKD (Chronic Kidney Disease)
dengan Pemberian Terapi Murrotal Al-Qur'an Terhadap Tingkat Kecemasan
di Ruang Hemodialisa RSUD A. W. Sjahranie Samarinda**

Tahun 2015

Ambar Padang Kuncoro¹, Faried Rahman Hidayat²

INTISARI

Chronic Kidney Disease(CKD)/Gagal ginjal kronik (GGK) adalah suatu sindrom klinis yang disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif, dan cukup lanjut. Hal ini terjadi apabila laju filtrasi glomerular (LFG) kurang dari 50ml/menit. Sampai saat ini hemodialisa merupakan alternatif utama terapi pengganti fungsi ginjal bagi pasien CKD/GGK karena mempertimbangkan dari segi biaya lebih terjangkau dan resiko terjadinya perdarahan lebih rendah jika dibandingkan dengan dialisis peritoneal.akibat yang dirasakan saat menjalani hemodialisa seperti kram otot, hipotensi, sakit kepala, mual, dan muntah. Dampak psikologis yang dirasakan pasien biasanya adalah kecemasan. Berdasarkan observasi dan wawancara yang dilakukan pada pasien yang menjalani hemodialisa, dengan menggunakan instrumen HRS-A. Untuk mengatasi kecemasan pada pasien yang menjalani hemodialisa perawat perlu memberikan terapai relaksasi, salah satunya yaitu dengan Murrotal Al-Qur'an tujuan dari penyusunan karya ilmiah ini adalah untuk membuktikan bahwa terapi murrotal Al-Qur'an dapat dilakukan pada pasien yang sedang menjalani hemodialisa yang mengalami kecemasan.

kata kunci: CKD, Kecemasan, *Terapi Murrotal Al-Qur'an*,*Hemodialisa*

Mahasiswa Profesi Ners STIKES Muhammadiyah Samarinda¹

Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda²

Analysis of Nursing Practice in Patients CKD (Chronic Kidney Disease) Murrotal Therapy with the Provision of the Qur'an the Level of Anxiety in the Hemodialisa Hospital A. W. Sjahranie Samarinda 2015

Ambar Padang Kuncoro¹, Faried Rahman Hidayat²

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) / Chronic renal failure (CRF) is a clinical syndrome caused by a decrease in kidney function is a chronic, progressive lasted, and quite advanced. This occurs when the glomerular filtration rate (GFR) of less than 50ml / min. Until now, hemodialysis is the main alternative renal replacement therapy for patients with CKD / CRF due to consider more affordable in terms of cost and risk of bleeding is lower when compared to dialysis peritoneal.akibat perceived while undergoing hemodialysis such as muscle cramps, hypotension, headache, nausea, and vomiting. Psychological impact felt by the patient usually is anxiety. Based on observations and interviews conducted in patients undergoing hemodialysis, using instruments HRS-A. To overcome the anxiety in patients undergoing hemodialysis nurses need to provide terapai relaxation, one of which is with the Qur'an murrotal purpose of the preparation of this paper is to prove that the Qur'an murrotal therapy can be performed on patients who are undergoing hemodialysis are experience anxiety.

keywords: CKD, Anxiety Therapy murrotal Qur'an, Haemodialysis

Profession Student nurses STIKES Muhammadiyah Samarinda¹

Lecturer STIKES Muhammadiyah Samarinda²

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit ginjal kronik (PGK) atau chronic kidney disease (CKD) adalah suatu proses patofisiologi dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang irreversibel dan progresif dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia (Black & Hawk, 2009; Smeltzer & Bare, 2008)

Angka kejadian penyakit CKD meningkat setiap tahunnya (Chaema et al, 2006). Pasien penyakit ginjal kronik diseluruh dunia tahun 1996 terdapat sekitar satu juta orang menjalani terapi penggantian ginjal dan tahun 2010 jumlahnya meningkat menjadi dua juta (Firmansyah, 2010). Sedangkan berdasarkan Badan Kesehatan Dunia (WHO, 2007) secara global lebih dari 500 juta jiwa telah mengalami penyakit gagal ginjal kronik. Kurang lebih 1,5 juta jiwa harus menjalani hidup dengan ketergantungan pada hemodialisis. Berdasarkan pusat data dan informasi perhimpunan rumah sakit seluruh Indonesia, jumlah pasien gagal ginjal kronik diperkirakan sekitar 50 orang per satu juta penduduk, 60% nya adalah usia lanjut dan usia dewasa. Menurut DepKes. RI. (2009) pada peringatan Hari Ginjal Sedunia mengatakan hingga saat ini di tanah air terdapat sekitar 70.000 orang pasien gagal ginjal kronik yang memerlukan penanganan terapi cuci darah, sayangnya hanya 7.000 pasien gagal ginjal kronik atau 10% saja yang dapat melakukan cuci darah yang dibiayai oleh program Gakin dan Askeskin. Data PT. Askes tahun 2009 menunjukkan bahwa insiden gagal ginjal di Indonesia mencapai 350 per 1 juta penduduk, pada tahun 2012 terdapat sekitar 70.000 pasien gagal ginjal kronik

yang memerlukan cuci darah (Setiawan, 2012). Di Amerika Serikat angka kejadiannya adalah 338 kasus baru per satu juta penduduk (Black & Hawk, 2009). Di Indonesia diperkirakan insiden CKD berkisar 100-150 per 1 juta penduduk dan prevalensi mencapai 200-250 kasus per juta penduduk (Firmansyah, 2010). Sedangkan berdasarkan rekam medic di ruang Hemodialisa RSUD. A. W. Sjahranie Samarinda didapatkan jumlah pasien Chronic Kidney Disease mengalami peningkatan setiap tahunnya, dan pada tahun 2015 ini sebanyak 192 orang yang menjalani terapi hemodialisa.

Pasien gagal ginjal kronik dalam penatalaksanaannya, selain memerlukan terapi diet dan medikamentosa, juga membutuhkan terapi penggantian fungsi ginjal yang terdiri atas dialisis dan transplantasi ginjal. Diantara kedua jenis terapi pengganti fungsi ginjal tersebut, dialisis adalah terapi yang umum digunakan karena terbatasnya jumlah donor ginjal hidup di Indonesia. Menurut jenisnya, dialisis dibedakan menjadi dua macam yaitu hemodialisa dan peritoneal dialisis. Sampai saat ini hemodialisa merupakan alternative utama terapi pengganti fungsi ginjal bagi pasien gagal ginjal kronik karena mempertimbangkan dari segi biaya lebih murah dan resiko terjadinya perdarahan lebih rendah jika dibandingkan dengan dialisis peritoneal (Markum, 2006).

Terapi penggantian ginjal (*renal replacement therapy*) merupakan salah satu terapi yang dipertimbangkan pada pasien penyakit ginjal kronik tahap akhir. Terapi penggantian ginjal dapat berupa dialisis dan transplantasi ginjal (Sudoyo dkk, 2006). Salah satu tindakan dialisis yaitu hemodialisis merupakan suatu proses yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan memerlukan terapi dialisis jangka pendek atau pasien dengan penyakit ginjal stadium terminal yang membutuhkan terpai jangka

panjang atau permanen (Smeltzer & Barre, 2008). Bagi penderita gagal ginjal kronis, hemodialisa akan mencegah kematian. Namun demikian hemodialisis tidak menyembuhkan atau memulihkan penyakit ginjal. Pasien akan tetap mengalami sejumlah permasalahan dan komplikasi serta adanya berbagai perubahan pada bentuk dan fisik system dalam tubuh (Smeltzer & Barre, 2008).

Hemodialisa (HD) merupakan terapi pengganti dari fungsi ginjal yang dilakukan 2-3 kali seminggu, dengan rentang waktu tiap tindakan HD adalah 4-5 jam, yang bertujuan untuk mengeluarkan sisa metabolisme protein dan untuk mengoreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit (Black & Hawk, 2006). Menurut Canisti (2007) dampak psikologis yang dirasakan pasien adalah kecemasan. Dampak psikologis yang dirasakan pasien seringkali kurang menjadi perhatian bagi para dokter dan perawat. Pada umumnya, pengobatan di rumah sakit difokuskan pada pemulihan kondisi fisik tanpa memperhatikan kondisi psikologis pasien kecemasan dan depresi.

Kecemasan adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian utuh, perilaku dapat terganggu tapi masih dalam batas normal (Hawari, 2006). Tindakan keperawatan untuk menangani masalah kecemasan pasien yaitu dapat berupa tindakan mandiri oleh perawat, contoh seperti tehnik relaksasi dan distraksi (Potter, 2006). Salah satu tehnik distraksi yang digunakan untuk mengatasi kecemasan pada pasien adalah terapi murrotal Al-Qur'an, karena tehnik distraksi merupakan tindakan untuk mengalihkan perhatian.

Alternatif lain selain terapi musik menurut Romalda (2009) dalam Faradisi (2013) adalah terapi religi. Terapi religi dapat mempercepat penyembuhan, hal ini

dibuktikan oleh berbagai ahli seperti yang telah dilakukan oleh Ahmad al Khadi, direktur utama Islamic Medicine Institute for Education and Research, Amerika Serikat. Dalam konferensi tahunan ke- 17 ikatan Dokter Amerika, wilayah missuori AS, Ahmad al kadhi melakukan presentasi tentang hasil penelitiannya dengan tema pengaruh Al-Qur'an pada manusia dalam prespektif fisiologi dan psikologi. Hasil penelitian tersebut menunjukkan hasil positif bahwa mendengarkan ayat suci Al-Qur'an memiliki pengaruh yang signifikan menurunkan ketegangan urat saraf refleksi dan hasil ini tercatat dan terukur secara kuantitatif dan kualitatif oleh sebuah alat berbasis komputer.

Belum banyak yang mengetahui bahwa terapi Murrotal Al-Qur'an surah Ar-Rahman dapat menurunkan tingkat kecemasan pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa. Terapi murrotal surah Ar-Rahman ini juga merupakan terapi tanpa efek samping yang aman dan mudah untuk dilakukan (Mayrani dan Hartati,2013). Lantunan Al-Qur'an secara fisik mengandung unsure suara manusia, suara manusia merupakan instrument penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah untuk dijangkau. Suara dapat menurunkan stress, mengaktifkan hormone endorphin alami, meningkatkan perasaan rileks dan mengalihkan perhatian dari rasa cemas, takut, dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah, serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak (Siswantinah, 2011).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Qadiy, 1984) tentang pengaruh Al-Qur'an bagi organ tubuh, berhasil membuktikan bahwa hanya dengan mendengarkan bacaan ayat-ayat Al-Qur'an seorang muslim, baik yang berbahasa arab maupun bukan,

dapat merasakan perubahan fisiologis yang sangat besar. Penurunan depresi, kecemasan, kesedihan, memperoleh ketenangan jiwa, menangkal berbagai macam penyakit merupakan pengaruh umum yang dirasakan orang-orang menjadi objek penelitiannya (Al-Kaheel, 2011). Menurut Faradisi (2013) menyebutkan bahwa terapi murrotal dan terapi musik dapat menurunkan kecemasan, akan tetapi dalam tetapi murrotal lebih cepat menurunkan kecemasan. Tujuan dari penusunan karya ilmiah ini adalah untuk menganalisa praktik keperawatan pada pasien CKD dengan pemberian terapi murrotal Al-Qur'an terhadap tingkat kecemasan di ruang hemodialisa di RSUD A.W. Sjahranie Samarinda tahun 2015.

B. Tujuan Penulis

1. Tujuan Umum

Menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa.

2. Tujuan Khusus

- a) Mengetahui terapi murrotal Al-Qur'an untuk mengurangi kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.
- b) Mengetahui keefektifan terapi murrotal Al-Qur'an untuk mengurangi kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.

C. Manfaat Penulisan

1. Lahan Praktek

Memberikan informasi kepada perawat mengenai asuhan keperawatan dengan penyakit gagal ginjal kronik dan terapi murrotal Al-Qur'an yang dapat dilakukan

untuk mengurangi kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik yang sedang melakukan hemodialisa. Diharapkan laporan ini dapat meningkatkan asuhan keperawatan dengan penyakit gagal ginjal kronik khususnya.

2. Institusi Pendidikan

Memberikan gambaran pada mahasiswa mengenai penerapan terapi murrotal Al-Qur'an yang dapat dilakukan untuk mengurangi kecemasan pada penderita gagal ginjal kronik. Diharapkan terapi murrotal Al-Qur'an ini dapat diajarkan kepada mahasiswa.

3. Penulisan Karya Ilmiah Selanjutnya

Karya ilmiah ini diharapkan dapat memberikan informasi tambahan terkait pengembangan strategi intervensi keperawatan mengenai penurunan kecemasan pada penyakit gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa pada khususnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Gagal Ginjal Kronik

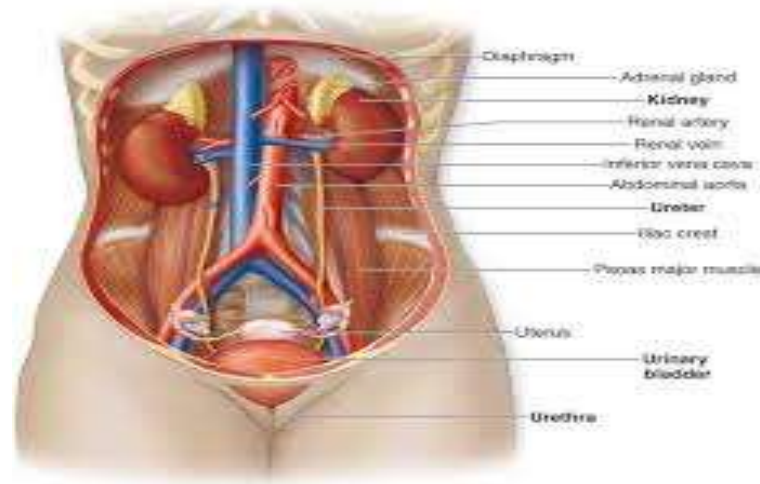
a. Definisi

Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah suatu sindrom klinis yang disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif, dan cukup lanjut. Hal ini terjadi apabila laju filtrasi glomerular (LFG) kurang dari 50ml/menit. Gagal ginjal kronik sesuai dengan tahapannya dapat ringan, sedang atau berat. Gagal ginjal tahap akhir adalah tingkat gagal ginjal yang dapat mengakibatkan kematian kecuali jika dilakukan terapi pengganti (Callghan, 2009).

Gagal ginjal kronik adalah kerusakan ginjal progresif yang berakibat fatal dan ditandai dengan uremia (urea dan limbah nitrogen lainnya yang beredar dalam darah serta komplikasinya jika tidak dilakukan dialysis atau transplantasi ginjal (Nursalam dan Efendi, 2008).

Berikut ini adalah struktur dan anatomi ginjal menurut pearce dan wilson (2006).Ginjal terletak pada dinding posterior abdomen terutama didaerah lumbal, disebaelah kanan dan kiri tulang belakang,dibungkus lapisan lemak yang tebal dibelakang peritonium. Kedudukan ginjal dapat diperkirakan dari belakng, mulai dari ketinggian vertebra torakalis terakhir

smapai vertebra lumbalis ketiga. Dan ginjal kanan sedikit lebih rendah dari ginjal kiri karena tertekan oleh hati.



Gambar 2.1

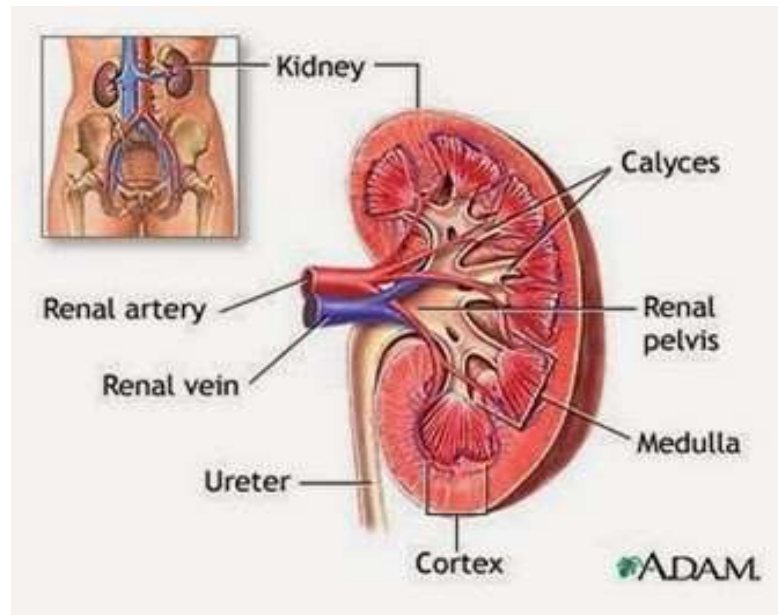
Anatomi ginjal tampak dari depan

Sumber: digiboxnet.wordpress.com

Setiap ginjal panjangnya antara 12cm sampai 13cm, lebarnya 6cm dan tebalnya antara 1,5 sampai 2,5 cm, pada orang dewasa berat ginjal antar 140 sampai 150 gram. Bentuk ginjal seperti kacang dan sisi dalamnya atau hilus menghadap ketulang belakang, serta sisi luarnya berbentuk cembung. Pembuluh darah ginjal semuanya masuk dan keluar melalui hilus. Diatas setiap ginjal menjulang kelenjar suprarenal.

Setiap ginjal dilengkapi kapsul tipis dan jaringan fibrus yang membungkusnya, dan membentuk pembungkus yang halus serta didalamnya terdapat struktur-struktur ginjal warnanya ungu tua dan terdiri dari bagian kapiler disebelah luar, dan medulla disebelah dalam. Bagian

medulla tersusun atas 15 sampai 16 bagian yang berbentuk piramid, yang disebut sebagai piramid ginjal. Puncaknya mengarah ke hilus dan berakhir di kalies, kalies akan menghubungkan dengan pelvis ginjal.



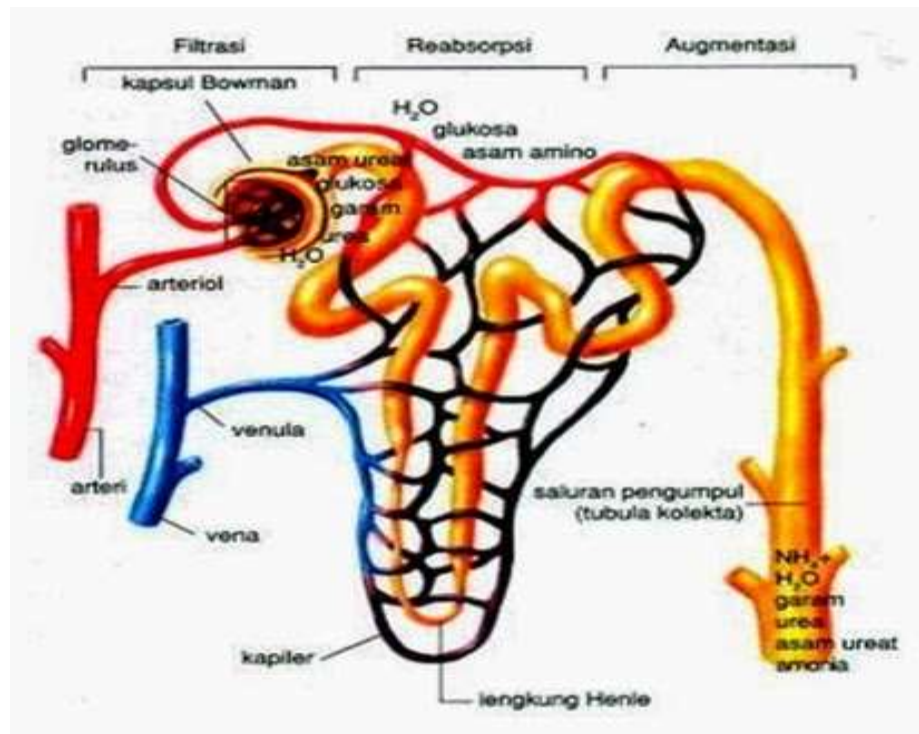
Gambar 2.2

Potongan vertikal ginjal

Sumber: adamimage.com

Struktur mikroskopik ginjal tersusun atas banyak nefron yang merupakan satuan fungsional ginjal, dan diperkirakan ada 1.000.000 nefron dalam setiap ginjal. Setiap nefron mulai membentuk sebagai berkas kapiler (badan malpighi / glomerulus) yang erat tertanam dalam ujung atas yang lebar pada unineferus. Tubulus ada yang berkelok dan ada yang lurus. Bagian pertama tubulus berkelok lagi yaitu kelokan kedua yang disebut

tubulus distal, yang bergabung dengan tubulus penampung yang berjalan melintasi kortek dan medula, dan berakhir dipuncak dalam satu piramid ginjal.



Gambar 2.3

Bagian microscopic ginjal

Sumber: adamimage.com

Selain tubulus urineferus, struktur ginjal berisi pembuluh darah yaitu arteri renalis yang membawa darah murni dari aorta abdominalis ke ginjal dan bercabang-cabang di ginjal dan membentuk arteriola aferen (arteriola aferentes). Serta masing-masing membentuk simpul didalam salah satu glomerulus. Pembuluh eferen kemudian tampil sebagai arteola eferen (arteriola eferentes), yang bercabang-cabang membentuk jaringan kapiler

disekeliling tubulus uriniferus. Kapiler-kapiler ini kemudian bergabung lagi untuk membentuk vena renalis, yang membawa darah ke vena kava inferior. Maka darah yang beredar dalam ginjal mempunyai dua kelompok kapiler, yang bertujuan agar darah lebih lama disekeliling tubulus urineferus, karena fungsi ginjal tergantung pada hal tersebut.

b. Etiologi

Gagal ginjal kronik merupakan suatu keadaan klinis kerusakan ginjal yang progresif dan irreversibel dari berbagai penyebab. Sebab-sebab gagal ginjal kronik yang sering ditemukan dapat dibagi menjadi enam, yaitu :

- 1) Infeksi/penyakit peradangan : pielonefritis kronik dan glomerulonefritis
- 2) Penyakit vascular/hipertensi : nefrosklerosis benigna/maligna dan stenosis arteri renalis
- 3) Gangguan jaringan penyambung : lupus eritematosus sistemik, poliarteritis nodosa dan sklerosis sistemik progresif
- 4) Penyakit metabolic : diabetes mellitus, gout, hiperparatiroidisme dan amiloidosis
- 5) Nefropati toksik : penyalahgunaan analgetik dan nefropati tumpul
- 6) Nefropati obstruktif :
 - a) saluran kemih bagian atas (kalkuli, neoplasma dan fibrosis retribertonial)
 - b) saluran kemih bagian bawah (hipertropi prostat, striktur uretra anomaly congenital pada leher kandung kemih dan uretra)

c. Patofisiologi

Pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi kurang lebih sama. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa sebagai upaya kompensasi. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus.

Adanya peningkatan aktivitas aksis rennin – angiotensin – aldosteron intrarenal, ikut memberikan kontribusi terhadap terjadinya hiperfiltrasi, sklerosis, dan progresifitas tersebut. Pada stadium dini penyakit ginjal kronik, terjadi kehilangan daya cadang ginjal, pada keadaan basal LFG masih normal atau malah meningkat. Kemudian secara perlahan tapi pasti, akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif, yang ditandai dengan peningkatan kadar serum urea dan kreatinin serum.

Sampai pada LFG sebesar 60 persen, pasien masih belum merasakan keluhan, tapi sudah terjadi peningkatan kadar serum urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG 30 persen, mulai terjadi keluhan pada pasien seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan. Sampai pada LFG di bawah 30 persen, pasien memperlihatkan gejala dan tanda uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual dan muntah.

Pada LFG di bawah 15 persen akan terjadi gejala dan komplikasi yang lebih serius dan pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal antara lain dialysis atau transplantasi ginjal. Pada keadaan ini pasien dikatakan sampai pada stadium gagal ginjal (Sudoyo, 2006).

Menurut (Black & Hawks, 2005; Brown & Edward, 2005) Klasifikasi penyakit gagal ginjal kronik berdasarkan derajat penyakit adalah sebagai berikut:

- 1) Kerusakan ginjal dengan LFG normal (LFG >90ml/ menit/1.72m²)
- 2) Kerusakan ginjal dengan LFG ringan (LFG >60-89ml/ menit/1.72m²)
- 3) Kerusakan ginjal dengan LFG sedang (LFG >30-59ml/ menit/1.72m²)
- 4) Kerusakan ginjal dengan LFG Berat (LFG >15-29ml/ menit/1.72m²)
- 5) Gagal ginjal (LFG < 15ml/ menit/1.72m²)

d. Manifestasi klinik

- 1) Gangguan pada sistem gastrointestinal
 - a) Anoreksia, nausea dan vomitus yang berhubungan dengan gangguan metabolisme protein didalam usus, terbentuknya zat-zat toksis akibat metabolisme bakteri usus seperti ammonia dan metal gaunidin, serta sebabnya mukosa.
 - b) *Foetor* uremik disebabkan oleh ureum yang berlebihan pada air liur diubah oleh bakteri di mulut menjadi ammonia sehingga nafas berbau ammonia. Akibat yang lain adalah timbulnya stomatitis dan parotitis.
 - c) Gastritis erosif, ulkus peptik dan kolitis uremik

2) Sistem Integumen

- a) Kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning-kuningan akibat penimbunan urokrom. Gatal-gatal dengan eksoriasi akibat toksin uremik dan pengendapan kalsium dipori-pori kulit
- b) Ekimosis akibat gangguan hematologis
- c) Bekas-bekas garukan karena gatal-gatal

3) Sistem Hematologi

- a) Anemia, dapat disebabkan berbagai faktor, antara lain :
 - a. Berkurangnya produksi eritropoietin, sehingga rangsangan eritropoesis pada sumsum tulang menurun
 - b. Hemolisis, akibat berkurangnya massa hidup eritrosit dalam suasana uremia toksis
 - c. Defisiensi besi, asam folat, dan lain-lain, akibat nafsu makan yang berkurang
 - d. Perdarahan, paling sering pada saluran pencernaan dan kulit
 - e. Fibrosis sumsum tulang akibat hiperparatiroidisme sekunder
- b) Gangguan fungsi trombosit dan trombositopenia mengakibatkan perdarahan

4) Sistem saraf dan otot

- a) *Restless leg syndrome*, klien merasa pegal pada kakinya sehingga selalu digerakkan

- b) *Burning feet syndrome*, klien merasa kesemutan dan seperti terbakar, terutama ditelapak kaki
- c) Ensefalopati metabolik, klien tampak lemah tidak bisa tidur, gangguan konsentrasi, tremor, mioklonus, kejang
- d) Miopati, klien tampak mengalami kelemahan dan hipotrofi otot-otot ekstremitas proximal

5) Sistem Endokrin

- a) Gangguan metabolisme glukosa, resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin
- b) Gangguan metabolisme lemak
- c) Gangguan metabolisme vitamin D
- d) Gangguan seksual

6) Sistem Kardiovaskular

- a) Hipertensi akibat penimbunan cairan dan garam atau peningkatan aktivitas sistem rennin-angiotensin-aldosteron
- b) Nyeri dada dan sesak nafas akibat perikarditis, efusi pericardial, penyakit jantung koroner akibat aterosklerosis yang timbul dini dan gagal jantung akibat penimbunan cairan
- c) Gangguan irama jantung aterosklerosis dini, gangguan elektrolit dan klasifikasi metastatic
- d) Edema akibat penimbunan cairan

7) Gangguan sistem lainnya

- a) Tulang : osteodistrofirenal yaitu osteomalasia, osteitis fibrosa, osteosklerosis dan klasifikasi metastatic
- b) Asidosis : metabolik akibat penimbunan asam organik sebagai hasil metabolisme
- c) Elektrolit : hiperfosfatemia, hiperkalemia, hipokalsemia

e. Pemeriksaan penunjang

- 1) Radiologi : untuk menilai keadaan ginjal dan derajat komplikasi ginjal
- 2) Foto polos abdomen: menilai bentuk dan besar ginjal serta adakah batu/obstruksi lain
- 3) Pielografi Intra Vena : menilai sistem pelviokalis dan ureter, beresiko terjadi penurunan faal ginjal pada usia lanjut, DM dan nefropati asam urat
- 4) USG : menilai besar dan bentuk ginjal, tebal parenhim ginjal, anatomi sistem pelviokalis dan ureter proksimal, kepadatan parenhim ginjal, anatomi sistem pelviokalis dan ureter proksimal, kandung kemih serta prostat
- 5) Renogram : menilai fungsi ginjal kanan dan kiri, lokasi gangguan (vaskuler, parenkhim) serta sisa fungsi ginjal.

f. Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan adalah untuk mempertahankan fungsi ginjal dan homeostatis selama mungkin. Seluruh faktor yang berperan pada

gagal ginjal kronik dan faktor yang dapat dipulihkan, diidentifikasi dan ditangani. Penatalaksanaan penyakit gagal ginjal kronik diantaranya :

- 1) Terapi spesifik terhadap penyakit dasarnya
- 2) Pencegahan dan terapi terhadap kondisi komorbid
- 3) Memperlambat pemburukan fungsi ginjal
- 4) Pencegahan dan terapi terhadap penyakit kardiovaskular
- 5) Pencegahan dan terapi terhadap komplikasi
- 6) Terapi pengganti ginjal berupa dialysis dan transplantasi ginjal

Pengkajian

Pengkajian adalah merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari sebagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Pengkajian fokus yang disusun berdasarkan pada Gordon dan mengacu pada carpenito (2006).

1) Data demografi

Penderita CKD kebanyakan berusia diantara 30 tahun, namun ada juga yang mengalami CKD dibawah umur tersebut yang diakibatkan oleh berbagai hal seperti proses pengobatan, penggunaan obat-obatan dan sebagainya.

Riwayat penyakit yang diderita pasien sebelum CKD seperti DM, glomerulo nefritis, hipertensi, rematik, hiperparatiroidisme, obstruksi

saluran kemih, dan traktus urinarius bagian bawah juga dapat memicu kemungkinan terjadinya CKD.

2) Pengkajian pola fungsional Gordon

a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan pasien 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.

b) Pola nutrisi dan metabolik

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.

c) Pola eliminasi

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.

d) Aktifitas dan latihan

Gejalanya adalah pasien mengatakan lemas dan tampak lemah, serta pasien tidak dapat menolong diri sendiri. Tandanya adalah aktifitas dibantu.

e) Pola istirahat dan tidur.

Gejalanya adalah pasien terlihat mengantuk, letih dan terdapat kantung mata. Tandanya adalah pasien terlihat sering menguap.

f) Pola persepsi dan kognitif.

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

g) Pola hubungan dengan orang lain.

Gejalanya pasien sering menghindari pergaulan, penurunan harga diri sampai terjadinya HDR (Harga Diri Rendah). Tandanya lebih menyendiri, tertutup, komunikasi tidak jelas.

h) Pola reproduksi

Gejalanya penurunan keharmonisan pasien, dan adanya penurunan kepuasan dalam hubungan. Tandanya terjadi penurunan libido, keletihan saat berhubungan, penurunan kualitas hubungan.

i) Pola persepsi diri.

Gejalanya konsep diri pasien tidak terpenuhi. Tandanya kaki menjadi edema, citra diri jauh dari keinginan, terjadinya perubahan fisik, perubahan peran, dan percaya diri.

j) Pola mekanisme koping.

Gejalanya emosi pasien labil. Tandanya tidak dapat mengambil keputusan dengan tepat, mudah terpancing emosi.

k) Pola kepercayaan.

Gejalanya pasien tampak gelisah, pasien mengatakan merasa bersalah meninggalkan perintah agama.

3) Pemeriksaan fisik

a) Penampilan / keadaan umum.

Lemah, aktifitas dibantu, terjadi penurunan sensitifitas nyeri. Kesadaran pasien dari *compos mentis* sampai *coma*.

b) Tanda-tanda vital.

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

c) Antropometri.

Penurunan berat badan selama 6 bulan terakhir karena kekurangan nutrisi, atau terjadi peningkatan berat badan karena kelebihan cairan.

d) Kepala.

Rambut kotor, mata kuning / kotor, telinga kotor dan terdapat kotoran telinga, hidung kotor dan terdapat kotoran hidung, mulut bau ureum, bibir kering dan pecah-pecah, mukosa mulut pucat dan lidah kotor.

e) Leher dan tenggorok.

Peningkatan kelenjar tiroid, terdapat pembesaran tiroid pada leher.

f) Dada

Dispnea sampai pada edema pulmonal, dada berdebar-debar.

Terdapat otot bantu napas, pergerakan dada tidak simetris, terdengar suara tambahan pada paru (rongkhi basah), terdapat pembesaran jantung, terdapat suara tambahan pada jantung.

g) Abdomen.

Terjadi peningkatan nyeri, penurunan peristaltik, turgor jelek, perut buncit.

h) Genital.

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

i) Ekstremitas.

Kelemahan fisik, aktifitas pasien dibantu, terjadi edema, pengeroposan tulang, dan *Capillary Refil* lebih dari 1 detik.

j) Kulit.

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

4) Pemeriksaan penunjang

a) Urin

(1) Volume : Biasanya kurang dari 400 ml/jam (oliguria), atau urine tidak ada (anuria).

- (2) Warna : Secara normal perubahan urine mungkin disebabkan oleh pus / nanah, bakteri, lemak, partikel koloid, fosfat, sedimen kotor, warna kecoklatan menunjukkan adanya darah, miglobin, dan porfirin.
 - (3) Berat Jenis : Kurang dari 1,015 (menetap pada 1,010 menunjukkan kerusakan ginjal berat).
 - (4) Osmolalitas : Kurang dari 350 mOsm/kg menunjukkan kerusakan tubular, amrasio urine / ureum sering 1:1.
- b) Natrium : Lebih besar dari 40 Emq/L karena ginjal tidak mampu mereabsorpsi natrium.
- c) Protein : Derajat tinggi proteinuria (3-4+), secara kuat menunjukkan kerusakan glomerulus bila sel darah merah (SDM) dan fregmen juga ada.
- d) Darah
- (1) Kreatinin : Biasanya meningkat dalam proporsi. Kadar kreatinin 10 mg/dL diduga tahap akhir (mungkin rendah yaitu 5).
 - (2) Hitung darah lengkap : Hematokrit menurun pada adanya anemia. Hb biasanya kurang dari 7-8 g/dL.
 - (3) SDM (Sel Darah Merah) : Waktu hidup menurun pada defisiensi eritropoetin seperti pada azotemia. GDA (Gas Darah Analisa) : pH, penurunan asidosis metabolic (kurang dari 7,2) terjadi karena kehilangan kemampuan ginjal untuk

mengeksekresi hidrogen dan amonia atau hasil akhir katabolisme protein. Bikarbonat menurun PCO₂ menurun.

(4) Natrium serum : Mungkin rendah, bila ginjal kehabisan natrium atau normal (menunjukkan status dilusi hipernatremia)

(5) Kalium : Peningkatan sehubungan dengan retensi sesuai dengan perpindahan selular (asidosis), atau pengeluaran jaringan (hemolisis SDM).

5) Pemeriksaan radiologi

- a) Ultrasono grafi ginjal digunakan untuk menentukan ukuran ginjal dan adanya masa , kista, obtruksi pada saluran perkemihan bagian atas.
- b) Biopsi Ginjal dilakukan secara endoskopik untuk menentukan sel jaringan untuk diagnosis histologis.
- c) Endoskopi ginjal dilakukan untuk menentukan pelvis ginjal.
- d) EKG mungkin abnormal menunjukkan ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa.
- e) KUB foto digunakan untuk menunjukkan ukuran ginjal/ ureter/ kandung kemih dan adanya obtruksi (batu).
- f) Arteriogram ginjal adalah mengkaji sirkulasi ginjal dan megidentifikasi ekstravaskuler, massa.
- g) Pielogram retrograd untuk menunjukkan abnormalitas pelvis ginjal.

- h) Sistoureterogram adalah berkemih untuk menunjukkan ukuran kandung kemih, refluk kedalam ureter, dan retensi.
- i) Pada pasien CKD pasien mendapat batasan diit yang sangat ketat dengan diit tinggi kalori dan rendah karbohidrat. Serta dilakukan pembatasan yang sangat ketat pula pada asupan cairan yaitu antara 500-800 ml/hari.
- j) pada terapi medis untuk tingkat awal dapat diberikan terapi obat anti hipertensi, obat diuretik, dan atrapit yang berguna sebagai pengontrol pada penyakit DM, sampai selanjutnya nanti akan dilakukan dialisis dan transplantasi.

2. Konsep Kecemasan

b. Definisi Kecemasan

Cemas adalah perasaan bingung, yang sangat tidak menyenangkan, agak tidak menentu dan kabur terhadap sesuatu yang terjadi. Perasaan ini disertai dengan suatu atau reaksi badaniah yang khas dan datang berulang bagi seorang tertentu, perasaan ini dapat berupa rasa kosong perut, dada sesak, jantung berdebar, keringat berlebihan, sakit kepala, rasa ingin kencing dan buang air besar serta rasa terus bergerak dan gelisah (Harold, 2010)

Kecemasan adalah ketegangan, rasa tidak aman dan kekhawatiran yang timbul karena dirasakan terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan tetapi sumbernya sebagian besar tidak diketahui dan berasal dari dalam (DepKes RI, 1990 dalam scribd).

Kecemasan dapat didefinisikan suatu keadaan perasaan prihatin, rasa gelisah, ketidaktentuan atau takut dari kenyataan atau persepsi ancaman sumber aktual yang tidak diketahui atau dikenal (Stuart and sudden 1998 dalam scribd, 2012).

c. Penyebab Kecemasan

Berbagai teori dikembangkan untuk menjelaskan tentang faktor predisposisi kecemasan (Stuart & Sudden, 1998).

- 1) Teori psikodinamik
- 2) Teori perilaku
- 3) Teori Interpersonal
- 4) Teori keluarga
- 5) Teori biologik

d. Gejala Umum Gangguan Kecemasan

Setiap orang mempunyai reaksi yang berbeda terhadap stress tergantung pada kondisi masing-masing individu, beberapa simtom yang muncul tidaklah sama. Kadang beberapa diantara simtom tersebut tidak berpengaruh berat pada beberapa individu, lainnya sangat mengganggu (Wiramihardja, 2005). Gejala yang muncul adalah:

- 1) Berdebar diiringi dengan detak jantung yang cepat

Kecemasan memicu otak untuk memproduksi adrenalin secara berlebihan pada pembuluh darah yang menyebabkan detak jantung semakin cepat dan memunculkan rasa berdebar.

Namun dalam beberapa kasus yang ditemukan individu yang mengalami gangguan kecemasan kontinum detak jantung semakin lambat dibandingkan pada orang normal.

2) Rasa sakit atau nyeri pada dada

Kecemasan meningkatkan tekanan otot pada rongga dada. Beberapa individu dapat merasakan rasa sakit atau nyeri dada, kondisi ini sering diartikan sebagai tanda serangan jantung yang sebenarnya adalah bukan. Hal ini kadang menimbulkan rasa panic yang justru memperburuk kondisi sebelumnya.

3) Rasa sesak napas

Ketika rasa cemas muncul, syaraf-syaraf impuls bereaksi berlebihan yang menimbulkan sensasi dan sesak pernafasan, tarik napas menjadi pendek seperti kesulitan bernafas karena kehilangan udara.

4) Berkeringat secara berlebihan

Selama kecemasan muncul terjadi kenaikan suhu tubuh yang tinggi. Keringat yang muncul disebabkan otak mempersiapkan perencanaan fight or flight terhadap stressor.

5) Kehilangan gairah seksual atau penurunan minat terhadap seksual

Ketika rasa cemas muncul penderita selalu memikirkan faktor cemas sehingga susah untuk berkonsentrasi untuk melakukan hubungan seksual.

6) Gangguan tidur

Ketika kecemasan muncul penderita merasakan ada sesuatu yang mengancam secara berlebihan sehingga timbul kegelisahan.

7) Tubuh gemetar

Gemetar adalah hal yang dapat dialami oleh orang-orang yang normal pada situasi yang menakutkan atau membuatnya gugup, akan tetapi pada individu yang mengalami gangguan kecemasan rasa takut dan gugup tersebut terekspresikan secara berlebihan, rasa gemetar pada kaki, atau lengan maupun pada bagian anggota tubuh yang lain.

8) Tangan atau anggota tubuh menjadi dingin dan bekerja

9) Kecemasan depresi memunculkan ide dan keinginan untuk bunuh diri

10) Gangguan kesehatan seperti merasakan sakit kepala (Migran)

e. Klasifikasi Tingkat Kecemasan

Ada empat tingkat kecemasan yaitu ringan, sedang, berat dan panik (Townsend, 2005).

1) Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Kecemasan ringan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan

pertumbuhan dan kreatifitas. Manifestasi yang muncul pada tingkat ini adalah kelelahan, iritabel, lapang persepsi meningkat, kesadaran tinggi, mampu untuk belajar, motivasi meningkat dan tingkah laku sesuai situasi.

2) Kecemasan sedang

Memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada masalah yang penting dan mengesampingkan yang lain sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang terarah. Manifestasi yang terjadi pada tingkat ini yaitu kelelahan meningkat, kecepatan denyut jantung dan pernapasan meningkat, ketegangan otot meningkat, bicara cepat dengan volume tinggi, kemampuan konsentrasi menurun, perhatian selektif dan terfokus pada rangsangan yang tidak menambah ansietas, mudah tersinggung, tidak sabar, mudah lupa, marah dan menangis.

3) Kecemasan berat

Sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang dengan kecemasan berat cenderung untuk memusatkan pada suatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berfikir tentang hal lain. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area yang lain. Manifestasi yang muncul pada tingkat ini adalah mengeluh pusing, sakit kepala, mual, tidak dapat tidur,

sering kencing, berfokus pada dirinya sendiri dan keinginan untuk menghilangkan kecemasan tinggi, perasaan tidak berdaya, bingung dan disorientasi.

4) Panik

Panik berhubungan dengan terpengaruh, ketakutan dan terror karena mengalami kehilangan kendali. Orang yang sedang panic tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Tanda gejala yang terjadi pada keadaan ini adalah susah bernapas, palpitasi, pucat.

f. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan

Menurut Stuart and Sudden, 1998 faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan:

1) Faktor Internal

a) Usia

Permintaan bantuan dari sekeliling menurun dengan bertambahnya usia, pertolongan diminta bila ada kebutuhan akan kenyamanan.

b) Pengalaman

Individu yang mempunyai modal kemampuan pengalaman menghadapi stress dan mempunyai cara menghadapinya akan cenderung lebih menganggap stress yang dihadapi sebagai masalah yang bisa diselesaikan. Tiap pengalaman merupakan sesuatu

yang berharga dan belajar dari pengalaman dapat meningkatkan keterampilan menghadapi stress.

c) Aset fisik

Orang dengan aset fisik yang besar, kuat dan garang akan menggunakan asset ini untuk menghalau stress yang dating mengganggu.

2) Faktor Eksternal

a) Pengetahuan

Seseorang yang mempunyai ilmu pengetahuan dan kemampuan intelektual akan dapat meningkatkan kemampuan dan rasa percaya diri dalam menghadapi stress mengikuti berbagai kegiatan untuk meningkatkan kemampuan diri akan banyak menolong individu tersebut.

b) Pendidikan

Peningkatan pendidikan dapat pula mengurangi rasa tidak mampu untuk menghadapi stress. Semakin tinggi pendidikan seseorang akan mudah dan semakin mampu menghadapi stress yang ada.

c) Financial/ material asset berupa harta yang berlimpah tidak akan menyebabkan individu tersebut mengalami stress berupa kekacauan financial, bila hal ini terjadi

dibandingkan orang lain yang asset finansialnya terbatas.

d) Keluarga

Lingkungan kecil dimulai dari lingkungan keluarga, peran pasangan dalam hal ini sangat berarti dalam member dukungan. Suami dan anak yang penuh pengertian serta dapat mengimbangi kesulitan yang dihadapi istri akan dapat memberikan bumper kepada kondisi stress.

e) Obat

Dalam bidang psikiatri dikenalkan obat-obatan yang tergolong dalam kelompok anti ansietas. Obat-obat ini mempunyai khasiat mengatasi ansietas sehingga penderita cukup tenang.

f) Sosial budaya support

Dukungan sosial dan sumber-sumber masyarakat serta lingkungan sekitar individu akan sangat membantu seseorang dalam menghadapi stressor, pemecahan masalah bersama-sama dan tukar pendapat dengan oaring disekitarnya akan membuat situasi individu lebih siap menghadapi stress yang akan datang.

g) Jenis kelamin

Gangguan panic merupakan suatu gangguan cemas yang ditandai oleh kecemasan yang spontan dan episodic. Gangguan ini lebih sering dialami wanita daripada laki-laki.

Menurut Roy (1992) bahwa manusia makhluk yang unik karenanya mempunyai respon yang berbeda-beda terhadap cemas tergantung kemampuan adaptasi ini dipengaruhi oleh pengalaman berubah dan kemampuan coping individu. Coping adalah mekanisme mempertahankan keseimbangan dalam menghadapi stress. Selanjutnya Roy (1992) mengatakan proses adaptasi dipengaruhi oleh 2 aspek yaitu:

- a. Stressor (stimulasi lokal): yaitu semua rangsang yang dihadapi individu dan memerlukan respon adaptasi.
- b. Mediator (proses adaptasi)
 - 1) Stimulus internal yaitu faktor dari dalam yang dimiliki individu seperti keyakinan, pengalaman masa lalu, sikap dan kepribadian.
 - 2) Stimulus eksternal yaitu faktor dari luar yang berkontribusi atau melatar belakangi dan mempengaruhi respon adaptasi individu terhadap stressor yang dihadapi.

g. Penatalaksanaan kecemasan

Pengobatan yang paling efektif untuk klien dengan gangguan kecemasan umum adalah kemungkinan pengobatan yang mengkombinasikan psikoterapi, farmakoterapi dan pendekatan suportif (Kaplan, Saddock and Roan, 1998):

1) Psikoterapi

Teknik utama yang digunakan adalah pendekatan perilaku misalnya relaksasi dan blo feed back (proses penyediaan suatu informasi pada keadaan satu atau beberapa variabel fisiologi seperti denyut nadi, tekanan darah dan temperature suhu.

2) Farmakoterapi

Dua obat utama yang dipertimbangkan dalam pengobatan kecemasan umum adalah busphirone dan benzodiazepam. Obat lain yang mungkin berguna adalah obat trisklik sebagai contohnya imipramine antihistamin dan antagonis adrenergic beta sebagai contohnya propanolol.

3) Pendekatan suportif

Dukungan emosi dari keluarga dan orang terdekat akan member kita cinta dan perasaan berbagai beban. Kemampuan berbicara kepada seseorang dan mengekspresikan perasaan secara terbuka dapat

membantu dalam menguasai keadaan (Smeltzer and Bare, 2001)

Menurut Jeffrey S.Neid,et all.(2005) menyebutkan bahwa masing-masing perspektif teoritis mayor telah menciptakan berbagai pendekatan untuk menangani gangguan-gangguan kecemasan. Pendekatan-pendekatan psikologis mungkin berbeda satu sama lain dalam teknik-teknik dan tujuannya, tetapi sepertinya ada satu hal yang sama dengan cara-cara mereka sendiri, mereka mendorong klien untuk menghadapi dan tidak menghindari sumber-sumber kecemasan mereka. Sebagai kontras perspektif biologis, terutama pada pengguna obat-obatan untuk meredam kecemasan.

Alat ukur kecemasan :

- 1) Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Mak Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian trial clinic. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian trial clinic yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliable (Hawari, 2011).

Skala HARS menurut Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi:

- a) Perasaan cemas: firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.

- b) Ketegangan: merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah tersinggung dan lesu.
- c) Ketakutan : takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut terhadap binatang besar.
- d) Gangguan tidak sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas, dan mimpi buruk.
- e) Gangguan kecerdasan : penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit berkonsentrasi.
- f) Perasaan depresi : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobby, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
- g) Gejala somatic : nyeri pada otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
- h) Gejala sensorik : perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.
- i) Gejala kardiovaskuler : takikardi, nyeri dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.
- j) Gejala pernapasan : rasa tertekan didada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan merasa napas pendek.
- k) Gejala gastrointestinal : sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas diperut.
- l) Gejala urogenital : sering kencing, tidak dapat menahan kencing, aminorea, ereksi lemah atau impotensi.

m) Gejala vegetative : mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.

n) Perilaku sewaktu wawancara : gelisah, jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat dan napas pendek dan cepat.

Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori :

0= tidak ada gejala sama sekali

1= satu dari gejala yang ada

2= sedang/ separuh dari gejala yang ada

3= berat/ lebih dari $\frac{1}{2}$ gejala yang ada

4= sangat berat semua gejala yang ada

Penilaian derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dan item 1-

14 dengan hasil :

1. Skor kuran dari 6 = tidak ada kecemasan

2. Skor 7-14 = kecemasan ringan

3. Skor 15- 27 = kecemasan sedang

4. Skor lebih dari 27 = kecemasan berat

3. Konsep Hemodialisa

a. Definisi Hemodialisis

Hemodialisis adalah pengalihan darah pasien dari tubuhnya melalui dialiser yang terjadi secara difusi dan ultrafiltrasi, kemudian darah kembali lagi kedalam tubuh pasien. Hemodialisis memerlukan akses ke sirkulasi darah pasien.

Terapi hemodialisa adalah suatu teknologi tinggi sebagai terapi pengganti 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 membrane semi permeable sebagai pemisah darah dan cairan dialisat pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis, dan ultra filtrasi (Setyawan, 2001).

Hemodialisis dilakukan dengan mengalirkan darah ke suatu tabung ginjal buatan (dialyzer) yang terdiri dari dua kompartemen yang terpisah. Darah pasien dipompa dan dialirkan ke kompartemen darah yang dibatasi oleh selaput semipermeabel buatan (artificial) dengan kompartemen (artificial) dengan kompartemen dialisat dialiri cairan dialysis yang bebas pirogen, berisi larutan dengan komposisi elektrolit mirip serum normal dan tidak mengandung sisa metabolisme nitrogen. Cairan dialisat dan darah yang terpisah akan mengalami perubahan konsentrasi yang tinggi ke arah konsentrasi yang rendah sampai konsentrasi zat terlarut sama di kedua kompartemen (difusi). Pada proses dialysis, air juga dapat berpindah dari kompartemen darah ke kompartemen cairan dialisat dengan cara menaikkan tekanan hidrostatik negatif pada kompartemen dialisat. Perpindahan ini disebut ultrafiltrasi (Sudoyo, 2006).

b. Fungsi Sistem Ginjal Buatan

- 1) Membuang produk metabolisme protein seperti urea, kreatinin dan asam urat

- 2) Membuang kelebihan air dengan mempengaruhi tekanan banding antara darah dan bagian cairan, biasanya terdiri atas tekanan positif dalam arus darah dan tekanan negatif (penghisap) dalam kompartemen dialisat (proses ultrafiltrasi)
- 3) Mempertahankan atau mengembalikan sistem nafas tubuh
- 4) Mempertimbangkan atau mengembalikan kadar elektrolit tubuh

c. Indikasi Hemodialisis

Indikasi secara umum dialysis pada gagal ginjal kronik adalah bila laju filtrasi glomerulus (LFG) sudah kurang dari 5 mL/menit. Pasien-pasien tersebut dinyatakan memerlukan hemodialisis apabila terdapat kondisi sebagai berikut :

- 1) Hiperkalemia
- 2) Asidosis
- 3) Kegagalan terapi konservatif
- 4) Kadar ureum/kreatinin tinggi dalam darah (ureum>200mg/dL atau kreatinin >6mEq/L)
- 5) Kelebihan cairan
- 6) Mual dan muntah hebat
- 7) Anuria berkepanjangan (> 5 hari)

d. Prinsip Dialisis

Dalam kegiatan hemodialisa terjadi 3 proses utama menurut Baradero,et.al. 2008 seperti berikut:

- 1) Difusi adalah pergerakan butir-butir partikel dari tempat yang berkonsentrasi rendah. Dalam tubuh manusia, hal ini terjadi melalui membrane semipermeabel. Difusi menyebabkan urea, kreatinin, dan asam urat dari darah pasien masuk kedalam dialisat
- 2) Osmosis mengangkut pergerakan air melalui membrane semipermeabel dari tempat yang berkonsentrasi rendah ketempat yang berkonsentrasi tinggi.
- 3) Ultrafiltrasi adalah pergerakan cairan melalui membran semipermeabel sebagai tekanan gradient buatan. Tekanan gradient buatan dapat bertekanan positif (didorong) atau negative (ditarik). Ultrafiltrasi lebih efisien dari pada osmosis dalam mengambil cairan dan ditetapkan dalam hemodialisa

e. Pemantauan selama hemodialisa

Menurut Nursalam, 2006 adalah:

- a) Monitor status hemodinamik, elektrolit dan keseimbangan asam basa demikian juga sterilisasi dan system tertutup.
- b) Biasanya dilakukan oleh perawat yang terlatih dan familiar dengan protocol dan peralatan yang digunakan.

c. Pemantauan cairan

Pengukuran dan penilaian kelebihan cairan yang terjadi dapat dilakukan dengan memonitor asupan dan haluaran cairan dan penimbangan berat badan. pemasukan dan pengeluaran cairan harus dimonitor dengan tepat secara berkala. Peningkatan berat badan yang banyak menunjukkan

terjadinya penumpukan cairan. Setiap peningkatan berat badan 1Kg berarti penambahan 1 liter air yang tertahan didalam tubuh (Gomez, dkk., 2003).

Pemantauan adanya tanda-tanda terhadap penumpukan cairan di dalam tubuh dapat memberikan peringatan kepada klien untuk lebih menekan keinginan minum, sehingga dapat mencegah terjadinya gangguan pola tidur dan sesak. Pemantauan konsumsi cairan dan peningkatan berat badan secara berkala merupakan hal rutin dan harus dilakukan oleh klien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa (Kaveh & Kimme, 2000).

Pembatasan asupan cairan sampai 1 liter perhari sangat penting karena meminimalkan resiko kelebihan cairan pada klien hemodialisa. Jumlah cairan yang tidak seimbang dapat menyebabkan terjadinya edem paru ataupun hipertensi. Keseimbangan cairan tubuh diatur oleh mekanisme homeostasis yang dipengaruhi oleh status cairan tubuh. Air yang masuk kedalam tubuh dibuat seimbang dengan air yang keluar, baik melalui *insensible water lose (IWL)*. Dalam melakukan pembatasan cairan, cairan yang masuk bergantung pada haluaran urin. Berasal dari IWL ditambah dengan haluaran urine per 24jam yang diperoleh untuk klien dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa (Brunner & Suddart, 2002).

Aturan yang dipakai untuk menentukan banyaknya asupan cairan:

Jumlah urin yang keluar dalam 24 jam terakhir + 500ml (IWL)

Apabila klien tidak membatasi jumlah asupan cairan maka cairan akan menumpuk didalam tubuh sehingga berat badan meningkat. Peningkatan berat badan akibat asupan cairan klien yang tidak terkontrol tersebut menyebabkan terjadinya tekanan darah tinggi, edema, rasa tidak nyaman, sesak nafas, lelah dan lemas. Pemasukan air dalam tubuh terdiri dari air minum dan air yang terkandung dalam makanan juga. Makanan dan buah-buahan yang mengandung tinggi air juga harus diperhatikan pada klien gagal ginjal kronik seperti sop ayam, susu, semangka, nanas, papaya, melon dll.

4. Konsep Terapi Murrotal Al-Qur'an

a. Defenisi

Menurut Heru (2008) dalam Siswantinah (2011) murrotal adalah rekaman suara Al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang qori' (pembaca Al-Qur'an). Lantunan Al-Qur'an secara fisik mengandung unsure suara manusia, sedangkan suara manusia merupakan instrument penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormone-hormon stress, mengaktifkan hormone endorphin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki system kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak. Laju pernafasan yang lebih dalam atau lambat tersebut

sangat baik menimbulkan ketenangan, kendali emosi, pemikiran yang lebih dalam dan metabolisme yang lebih baik.

b. Mekanisme murrotal terhadap kecemasan

Terapi murrotal memiliki aspek yang sangat diperlukan dalam mengatasi kecemasan yaitu kemampuannya dalam membentuk koping baru untuk mengatasi kecemasan. Sehingga secara garis besar terapi murrotal mempunyai dua poin penting, memiliki irama yang indah dan juga secara psikologis dapat memotivasi dan memberikan dorongan semangat dalam menghadapi problem yang sedang dihadapi (Faradisi, 2012).

Menurut Oriordan (2002) dalam Faradisi (2012) terapi murrotal memberikan dampak psikologis kearah positif, hal ini dikarenakan ketika murrotal diperdengarkan dan sampai ke otak, maka murrotal ini akan diterjemahkan oleh otak. Persepsi kita ditentukan oleh semua yang telah terakumulasi, keinginan, hasrat, kebutuhan, dan pra anggapan. menurut MacGrego (2001) dalam Faradisi (2012) dengan terapi murrotal maka kualitas kesadaran seseorang terhadap Tuhan akan meningkat, baik orang tersebut tahu arti Al-Qur'an atau tidak. Kesadaran ini akan menyebabkan totalitas kepasrahan kepada Allah SWT., dalam keadaan ini otak berada pada gelombang alpha, merupakan gelombang otak pada frekuensi 7-14Hz. Ini merupakan keadaan energy otak yang optimal dan dapat menyingkirkan stress dan menurunkan. Dalam keadaan tenang otak dapat berfikir dengan jernih

dan dapat melakukan perenungan tentang adanya Tuhan, akan terbentuk koping, atau harapan positif pada pasien.

c. Manfaat

Berikut ini merupakan manfaat dari murrotal (mendengarkan bacaan ayat-ayat suci Al-Qur'an) menurut Heru (2008) dalam Siswantinah (2011):

- 1.1 Mendengarkan bacaan ayat-ayat Al-Qur'an dengan tartil akan mendapatkan ketenangan jiwa.
- 1.2 Lantunan Al-Qur'an secara fisik megandung unsure suara manusia, suara manusia merupakan instrument penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormone-hormon stress, mengaktifkan hormone endorphin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas, dan tegang. Memperbaiki system 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.

Menurut Campbhell (2001) dalam Salim (2013) berbagai tempo music mempunyai efek fisiologis pada tubuh, salah satu efeknya adalah

memperngaruhi denyut jantung tekanan darah sesuai frekuensi, tempo dan volumenya. Surah Ar-Rahman memiliki durasi 11 menit 19 detik dengan tempo 79,8 beats per minute (bpm). Tempo 79,7 bpm merupakan tempo yang paling lambat. Tempo yang paling lambat mempunyai kisaran antara 60 sampai 120 bpm. Tempo lambat ini sendiri merupakan tempo yang seiring dengan detak jantung manusia, sehingga jantung akan mengsinkronkan detaknya sesuai dengan tempo suara (Mayrani dan Hartati, 2013).

Musik menghasilkan rangsangan ritmis yang kemudian ditangkap melalui organ pendengaran dan diolah didalam system saraf tubuh dan kelenjar pada otak yang selanjutnya mengorganisasi interpretasi bunyi ke dalam ritme internal pendengarannya. Ritme internal ini mempengaruhi metabolisme tubuh manusia sehingga prosesnya berlangsung dengan lebih baik (Satiadarma dan Zahra, 2004). Ketika diperdengarkan harmonisasi yang indah akan masuk kedalam telinga dalam bentuk suara (audio), menggetarkan gendang telinga selanjutnya melalui saraf koklearis menuju otak dan menciptakan imajinasi keindahan diotak kanan dan kiri yang akan memberikan dampak berupa kenyamanan dan perubahan perasaan. Perubahan perasaan ini diakibatkan karena suara yang didengar dapat menjangkau wilayah kiri korteks celebri (Mindlin,2009).

Dari korteks limbik, pendengaran dilanjutkan kehipokampus dan meneruskan sinyal musik ke amigdala yang merupakan area perilaku kesadaran yang bekerja pada tingkat bawah sadar, sinyal kemudian diteruskan ke hipotalamus. Hipotalamus merupakan area pengaturan sebagian fungsi vegetative dan fungsi endokrin tubuh seperti banyak aspek perilaku emosional, pendengaran diteruskan ke formation retikularis sebagai penyalur impuls menuju serat otonom. Serat-serat tersebut mempunyai dua sistem saraf yaitu saraf simpatis dan saraf parasimpatis. Kedua saraf ini dapat mempengaruhi kontraksi dan relaksasi organ-organ, relaksasi dapat merangsang pusat rasa ganjaran sehingga timbul ketenangan (Ganong, 2005).

Terapi murrotal memberikan dampak psikologis kearah yang positif, hal ini dikarenakan ketika murrotal diperdengarkan dan sampai keotak. Maka murrotal Al-Qur'an ini akan diterjemahkan keotak. Persepsi kita ditentukan oleh semuayang telah terakumulasi, keinginan hasrat, kebutuhan dan pra anggapan (Oriordon, 2002). Dengan terapi murrotal maka kualitas kesadaran seseorang terhadap Tuhan akan meningkat, baik orang tersebut tahu arti Al-Qur'an atau tidak. Kesadaran ini akan menyebabkan totalitas kepasrahan kepada Allah SWT, dalam keadaan ini otak berada pada gelombang pada frekuensi 7-14 Hz, ini merupakan keadaan energy otak yang optimal dan dapat menyingkirkan stress dan menurunkan kecemasan (Mac Gregor, 2001).

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Kasus	45
B. Masalah Keperawatan.....	50
C. Intervensi Keperawatan	51
D. Intervensi Inovasi	52
E. Implementasi	53
F. Evaluasi	55

BAB IV ANALISA SITUASI

A. Profil Lahan Praktik	58
B. Analisis Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait dan Konsep Kasus Terkait	59
C. Analisis Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait	62
D. Alternatif Pemecahan yang dapat dilakukan	63

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil intervensi dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat diambil kesimpulan bahwa:

1. Masalah utama pada klien baru yang sedang dilakukan terapi hemodialisa adalah kecemasan/ ansietas berhubungan dengan proses penyakit (hemodialisa).
2. Kasus kelolaan dengan diagnose medis CKD yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

klien menjalani terapi hemodialisa kurang lebih 3-4 bulan. Dengan keluhan terjadi penumpukan cairan/ edema pada area abdomen (perut klien membesar). Sehingga prioritas masalah keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa medis CKD yaitu kelebihan volume cairan berhubungan dengan mekanisme regulasi. Masalah keperawatan tersebut diberikan intervensi berdasarkan Nanda NOC dan NIC dengan target waktu 1kali 4 jam.tujuan yang akan dicapai berdasarkan NOC meliputi Electrolite & Acid/base balance sehingga masalah teratasi dengan kriteria hasil skala3 denga indicator frekuensi denyut jantung, frekuensi pernafasan, serum kretinin, serum ureum, gangguan kognitif, kelemahan otot, ascites, edema perifer. Dengan tujuan yang ada diberikan intervensi NIC: Hemodialysis Therapy, Fluid

Management. Implementasi diperkirakan diberikan selama 3 kali pertemuan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah disusun, kemudian dievaluasi diakhir pertemuan. Hasil evaluasi didapatkan pada masalah kelebihan volume cairan berhubungan dengan mekanisme regulasi sebagian teratasi karena keluhan gangguan pada mekanisme regulasi ginjal Ibu M sudah 3-4 bulan mengalami masalah dan ibu M rutin 2 kali seminggu untuk menjalani hemodialisa.

3. Intervensi yang dapat diberikan pada klien yang sedang dilakukan terapi hemodialisa yang mengalami masalah kecemasan adalah terapi Murrotal Al-Qur'an dimana dengan dilakukannya Murrotal Al-Qur'an klien akan lebih rileks, dan pada implementasi terapi murrotal Al-Qur'an terhadap kecemasan menunjukkan hasil yang signifikan pada pertemuan pertama dilakukan pengukuran tingkat kecemasan didapatkan hasil klien mengalami kecemasan berat dan setelah diberikan terapi murrotal Al-Qur'an kecemasan klien menurun menjadi sedang. pada pertemuan kedua dilakukan pengukuran tingkat kecemasan didapatkan hasil klien mengalami kecemasan sedang dan setelah diberikan terapi murrotal Al-Qur'an kecemasan klien menurun menjadi ringan. Dan pada hari ketiga klien masih mengalami kecemasan dalam tahap ringan.

B. Saran

1. Institusi akademis

Sebaiknya mata ajar terapi komplementer yang sudah ada perlu terus menerus dilanjutkan dan dikembangkan agar institusi akademis STIKES

Muhammadiyah Samarinda terutama prodi S1 Keperawatan dan prodi Profesi Ners.

2. Bagi Rumah Sakit

Perlunya pengembangan pengetahuan dan kompetensi dalam berbagai bidang terutama dalam bidang keperawatan secara mandiri. Seperti tindakan mandiri perawat yang perlu dikembangkan adalah terapi nonfarmakologi (Murrotal Al-Qur'an) guna untuk menurunkan kecemasan pada klien.

3. Bagi Pasien

Terapi inovasi Murrotal Al-Qur'an ini bisa terus dilakukan selama menjalani terapi hemodialisa sehingga klien tidak mengalami kecemasan atau menurunkan tingkat kecemasan pada pasien hemodialisa.

4. Penulis

Terus mengembangkan pengetahuan dan keterampilan penulis tentang terapi Murrotal Al-Qur'an agar dapat lebih berguna dan bermanfaat bagi klien lain dengan kasus yang sama ataupun dengan kasus yang lain dan keluhan yang berbeda.

5. Perawat

Perawat lebih banyak memberikan pelayanan secara maksimal sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup klien untuk terhindar dari kecemasan klien yang berlebihan terutama pada pasien baru dan memberikan pendidikan kesehatan serta motivasi sehingga dapat berdampak positif terhadap penurunan kecemasan klien dan dapat menggunakan terapi inovasi murrotal Al-Qur'an guna untuk menurunkan kecemasan. Dan dalam memeberikan

asuhan keperawatan seorang perawat tidak hanya didasarkan kepada naluri tetapi juga harus menggunakan kemampuan intelegensia dengan mengembangkan pengetahuan dan kompetensinya dalam berbagai bidang, terutama bidang keperawatan. Salah satu tindakan mandiri yang perlu dikembangkan adalah terapi murrotal Al-Qur'an.

6. Mahasiswa

Mahasiswa seharusnya lebih banyak menerapkan tindakan nonfarmakologi sebagai alternative yang bisa dilakukan. Dalam hal ini terapi inovasi murrotal dapat digunakan pada pasien yang menjalani hemodialisa untuk mengatasi kecemasan klien.

DAFTAR PUSTAKA

Baradero, M. Dayrit, M. W Dan Siswandi, Y. 2008. Seri Asuhan Keperawatan : Gangguan Gagal Ginjal. Jakarta: EGC

Faradisi, Firman.2012. Efektivitas Terapi Murrotal dan Terapi Musik Klasik Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien Pra Operasi di Pekalongan.

Hhttp://www.Journal.stikesmuh-pkj.ac.id diakses pada tanggal 24 Agustus 2015

Jeffrey S. Nevid, Spencer A. Rathus, Beverley Greene. 2005. Abnormally Psychology in a Changing World. Edisi 5 jilid 1, Jakarta: Erlangga.

Jurnal Kecemasan. http: www.Scribd.Com diperoleh pada tanggal 24 Agustus 2015

Nursalam. 2006. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan. Jakarta: Salemba Medika.

Ganong, WF. 2005. Buku Ajar Fisiologi Kedokteran, Jakarta: EGC

Hawari, Dadang. 2011. Management Stres Cemas dan Depresi. FKUI: Jakarta

MacGregor, S, 2001. Piece of Mind Menggunakan kekuatan pikiran Bawah Sadar Untuk Mencapai Tujuan, Jakarta:Gramedia

Mayrani, E.D. dan Hartati, E. (2013). Intervensi Terapi Audio dengan Murrotal Surah Ar-Rahman Terhadap Perilaku Anak Autis. Jurnal Keperawatan. Soedirman 8 (2), 69-76: Jakarta

Oriordon, RNL (Ia). 2002. Seni Penyembuhan Alami Seni Penyembuhan Menggunakan Energi Jiwa penerjemah Aristyawati. Bekasi : Gugus Press.

Satiadarma, M. P & Zahra. (2004), Cerdas dengan Musik, Jakarta: Puspa Suara

Setiawan, Y. 2012. Jurnal Mengenal Cuci Darah (Hemodialisa), FKUI: Jakarta

Siswantinah.2011. Pengaruh Terapi Murrotal Terhadap Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang dilakukan Tindakan Hemodialisa di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan. http://www.jpttunimus_gdl_siswantinah. Diakses pada tanggal 24 Agustus 2015

Smeltzer & Bare. 2001. Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah Brunner & Suddart, Volume 2, Edisi VIII,EGC: Jakarta

Stuart, GW ; Sudden, SJ. 1998. Buku Saku Keperawatan Jiwa.EGC: Jakarta

Townsend, M.C. 2005. Essential of Psychiatric Mental Health Nursing. Third Edition. Philadelphia : FA. David Company

Wiramihardja, Sutardjo A. 2005. Pengantar Psikologi Abnormal Bandung:PT. Refika Aditama