

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori

1. Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia : Rasa Nyaman

a. Definisi

Setiap individu memiliki kebutuhan dasar yang sama, namun pemenuhannya disesuaikan dengan kondisi pasien yang membutuhkan pemenuhan kebutuhan pokok untuk mempertahankan kehidupannya. Berdasarkan hierarki kebutuhan Maslow, kebutuhan dasar manusia meliputi kebutuhan fisiologis, rasa aman, sosial, penghargaan, dan aktualisasi diri, yang harus terpenuhi agar kesehatan tetap optimal (Mustofa, 2022).

Rasa aman dan nyaman merupakan kebutuhan dasar manusia yang mencakup aspek fisik, psikologis. Rasa aman secara fisik berkaitan dengan terbebasnya individu dari nyeri, cedera, dan gangguan fungsi tubuh, sedangkan rasa nyaman dari aspek psikologis ditandai dengan kondisi emosional yang stabil, seperti perasaan tenang, terlindungi dan tidak mengalami kecemasan (Fahriyyan *et al.* 2025). Kecemasan dapat diartikan sebagai situasi yang dianggap menekan. Kecemasan dapat muncul akibat kondisi penyakit, prosedur medis dan ketidakpastian hasil pengobatan. Kecemasan yang tidak ditangani dapat meningkatkan denyut jantung dan tekanan darah. Oleh karena itu, pengelolaan kecemasan menjadi penting untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman (Elasari, 2023).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi rasa nyaman terhadap kecemasan

Rasa nyaman terhadap kecemasan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, yaitu:

1) Faktor fisik

Penyakit kronik dengan terapi berulang seperti CKD dengan hemodialisis dapat menimbulkan kelemahan fisik dan ketidaknyamanan selama perawatan yang dapat memicu kecemasan (Nurhikma, 2025).

2) Faktor psikologis

Ketakutan terhadap penyakit, prognosis, ketidakpastian pengobatan, dan pengalaman perawatan sebelumnya dapat meningkatkan kecemasan jangka panjang (Amalia, 2024).

2. Konsep Dasar CKD

a. Definisi

CKD merupakan kondisi kerusakan ginjal yang mengakibatkan penurunan kemampuan ginjal dalam mengeluarkan racun dan sisa metabolisme dari darah. CKD ditandai dengan proteinuria, peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum (nilai normal ureum 15–40 mg/dL dan kreatinin 0,6–0,9 mg/dL). Perubahan tersebut dapat menyebabkan oliguria, anuria, dan azotemia. Berbeda dengan *acute kidney injury* (AKI) yang masih dapat pulih, sedangkan CKD bersifat progresif dan ireversibel (Tang *et al.* 2024).

b. Patofisiologi

CKD merupakan kondisi penurunan fungsi ginjal yang berlangsung ≥ 3 bulan, ditandai dengan ketidakmampuan ginjal mempertahankan fungsi ekskresi, regulasi cairan, elektrolit, dan keseimbangan asam–basa. Penurunan fungsi ginjal menyebabkan produk akhir metabolisme yang seharusnya diekskresikan menumpuk dalam darah sehingga terjadi uremia, yang ditandai dengan peningkatan kadar ureum darah >40 mg/dL, hipernatremi dengan kadar natrium serum >145 mEq/L, dan hiperkalemia dengan kadar kalium serum $>5,10$ mEq/L (Nigam *et al.* 2020).

Ginjal kehilangan kemampuan mengekskresikan ion hidrogen (H^+) dan meregenerasi bikarbonat (HCO_3^-) akibat gangguan sekresi amonia dan reabsorpsi natrium bikarbonat di tubulus ginjal. Kondisi ini menyebabkan penurunan pH darah, penurunan HCO_3^- dan *base excess* (BE), sehingga terjadi ketidakseimbangan asam–basa berupa asidosis metabolik (Kim, 2021). Penurunan perfusi ginjal juga mengaktifkan sistem renin–angiotensin–aldosteron (RAA) yang menyebabkan retensi natrium dan air sehingga menimbulkan risiko ketidakseimbangan cairan dan hipertensi. Selain itu, gangguan fungsi ginjal menurunkan produksi eritropoetin yang berperan dalam pembentukan eritrosit, sehingga terjadi anemia yang ditandai dengan penurunan kadar hemoglobin (Polenus *et al.* 2025).

c. Etiologi

Menurut Metekohy (2021) CKD muncul akibat berbagai penyakit yang merusak nefron ginjal, yaitu:

1) Diabetes melitus

Hiperglikemia kronik menyebabkan kerusakan glomerulus yang ditandai proteinuria, kadar ureum dan kreatinin.

2) Penyakit jantung dan hipertensi

Peningkatan tekanan darah, gangguan curah jantung menurunkan perfusi ginjal dan merusak pembuluh darah ginjal.

3) Usia lanjut dan riwayat keluarga

Fungsi ginjal secara alami akan menurun seiring bertambahnya usia dan faktor genetik jauh lebih rentan terkena penyakit.

d. Manifestasi klinis

Menurut Aslam *et al.* (2020) gejala klinis CKD yaitu:

1) Gangguan pulmoner ditandai dengan napas dangkal atau pola napas kussmaul, batuk dengan dahak kental, adanya edema paru, dan ronki basah akibat kelebihan cairan.

2) Gangguan kardiovaskular ditandai dengan hipertensi, nyeri dada, sesak napas akibat perikarditis, efusi perikardial, tanda anemia berupa tubuh lemah, pucat, dan takikardia.

3) Gangguan gastrointestinal meliputi perdarahan saluran pencernaan, anoreksia, mual dan muntah.

- 4) Gangguan muskuloskeletal mencakup sensasi terbakar di telapak kaki, tremor, kelemahan atau pembesaran otot pada ekstremitas.

e. Klasifikasi CKD

1) Klasifikasi berdasarkan stadium

Menurut Aslam *et al.* (2020) klasifikasi stadium CKD berdasarkan nilai GFR dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.1. Klasifikasi CKD berdasarkan Stadium

Stadium	GFR (mL/menit /1,73 m ²)	Kondisi Klinis
Stadium 1	≥90	Kerusakan ginjal dengan fungsi ginjal normal
Stadium 2	60–89	Penurunan ringan fungsi ginjal
Stadium 3a	45–59	Penurunan ringan–sedang
Stadium 3b	30–44	Penurunan sedang–berat
Stadium 4	15–29	Penurunan berat fungsi ginjal
Stadium 5 (ESRD)	<15	Gagal ginjal tahap akhir

2) Klasifikasi berdasarkan albuminuria

CKD juga dinilai melalui ekskresi albumin dalam urin (albuminuria) yang mencerminkan tingkat kerusakan glomerulus dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.2. Klasifikasi CKD berdasarkan Albuminuria

Kategori	Albuminuria
A1	<30 mg/g (normal–ringan)
A2	30–300 mg/g (sedang/mikroalbuminuria)
A3	>300 mg/g (berat/makroalbuminuria)

f. Komplikasi

Menurut Ayu *et al.* (2020) komplikasi yang dapat timbul dari CKD, yaitu:

1) Penyakit kardiovaskuler

Ketidakmampuan ginjal mengontrol tekanan darah secara sistemik berdampak pada kesehatan jantung dan meningkatkan risiko hipertensi dan gagal jantung.

2) Anemia

Kekurangan sekresi eritropoietin pada ginjal dapat menyebabkan penurunan kadar hemoglobin.

3) Penyakit tulang

Hipokalsemia menyebabkan hilangnya kalsium dari tulang, membuatnya rapuh (osteoporosis) dan berisiko fraktur patologis.

4) Uremia dan perikarditis

Akumulasi sisa metabolisme protein dalam darah yang menimbulkan uremia dan memicu peradangan pada perikardium yang dikenal sebagai perikarditis uremik.

g. Penatalaksanaan

Menurut Petho (2024) penatalaksanaan CKD, meliputi:

1) Hemodialisis

Cuci darah merupakan terapi pengganti ginjal ekstrakorporeal yang bekerja berdasarkan prinsip difusi, osmosis, dan ultrafiltrasi. Darah dialirkan keluar dari tubuh menuju dialyzer untuk mengeluarkan sisa metabolisme, kemudian dikembalikan kembali ke dalam sirkulasi tubuh. Terapi ini diperlukan ketika fungsi ginjal menurun drastis (lebih dari 90%) dan sering menimbulkan kecemasan pada pasien karena prosedurnya rutin dan invasif.

2) Dialisis peritoneal

Terapi pengganti ginjal intrakorporeal menggunakan membran peritoneum. Terapi ini dapat dilakukan secara mandiri dan kontinu, namun pada beberapa pasien efektivitasnya terbatas dan berisiko infeksi.

3) Transplantasi ginjal

Prosedur penggantian ginjal yang rusak dengan ginjal sehat, namun memerlukan evaluasi kecocokan antara pendonor dan penerima.

4) Terapi konservatif

Terapi ini berupa pengobatan yang bertujuan memperlambat progresivitas penyakit, meliputi antihipertensi (amlodipin), diuretik (furosemid), suplemen kalsium, vitamin D, asam folat, transfusi darah untuk mengatasi anemia, dan pemberian insulin pada pasien dengan diabetes.

3. Konsep Hemodialisis

a. Definisi

Hemodialisis digunakan ketika ginjal tidak mampu mempertahankan keseimbangan cairan, elektrolit, dan ekskresi sisa metabolisme. Terapi ini berfungsi menggantikan sebagian fungsi ginjal melalui proses penyaringan darah secara terkontrol, baik sebagai terapi sementara maupun jangka panjang (Wu *et al.* 2025).

Hemodialisis berperan mempertahankan kelangsungan hidup meskipun tidak sepenuhnya menggantikan fungsi metabolik dan endokrin ginjal. Terapi ini dilakukan rutin untuk menjaga kualitas hidup dan diindikasikan pada pasien CKD dan kondisi gawat darurat seperti tingginya kadar ureum kreatinin, kelebihan cairan dan asidosis berat (Metekohy, 2021).

b. Penatalaksanaan

1) Pertimbangan medikasi

Sebagian besar obat diekskresikan melalui ginjal dan memerlukan pemantauan ketat untuk mencegah akumulasi toksik, terutama pada penggunaan glikosida jantung, antibiotik, antiaritmia, dan antihipertensi (Riyana, 2023).

2) Diet rendah protein

Keterbatasan asupan nutrisi menuntut perubahan gaya hidup pada pasien CKD dengan hemodialisis. Ketidakpatuhan terhadap diet juga dapat meningkatkan risiko komplikasi, sehingga kondisi ini dapat menimbulkan tekanan pada pasien (Prihatina, 2025).

c. Dampak hemodialisis pada pasien CKD

Menurut Marianna (2020) dampak hemodialisis pada pasien CKD, yaitu:

1) Dampak fisik

Dampak fisik seperti kelelahan pasca tindakan, kram otot, dan sakit kepala. Selain itu, gangguan keseimbangan cairan seperti

manifestasi uremia berupa mual, pruritus, edema, dan penurunan nafsu makan dapat memengaruhi kecemasan dan kualitas hidup pasien.

2) Dampak psikologis

Hemodialisis yang dijalani jangka panjang dapat menimbulkan dampak psikologis pada pasien, berupa kecemasan terhadap prosedur dan kondisi penyakit, stres akibat ketergantungan pada terapi berkelanjutan dan perasaan takut.

3) Dampak terhadap kepatuhan dan adaptasi

Pasien perlu beradaptasi terhadap jadwal terapi yang rutin dan berkelanjutan, mematuhi pengaturan diet dan pembatasan asupan cairan yang dapat memengaruhi kualitas hidup pasien.

d. Pasien CKD yang Menunjukkan Indikasi Hemodialisis

1) Indikasi klinis

a) Uremia (penumpukan produk metabolisme)

Uremia pada pasien CKD ditandai dengan peningkatan kadar ureum darah >40 mg/dL (nilai normal 15-40 mg/dL) dan kreatinin serum >5 mg/dL (nilai normal 0,6-0,9 mg/dL), yang menimbulkan gejala seperti mual, muntah, pruritus, lemas, dan penurunan kesadaran. Kondisi ini merupakan manifestasi CKD stadium lanjut dan dapat menjadi indikasi dilakukannya hemodialisis.

b) Hipertensi tidak terkontrol

Hipertensi tidak terkontrol pada pasien CKD ditandai dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg meskipun telah mendapat terapi, dan pada kondisi berat dapat mencapai $\geq 180/120$ mmHg. Kondisi ini mencerminkan gangguan regulasi cairan dan aktivasi sistem renin–angiotensin–aldosteron, serta dapat menjadi indikasi terapi hemodialisis bila disertai edema atau sesak napas.

c) Edema/kelebihan volume cairan

Edema pada pasien CKD terjadi akibat retensi natrium dan air, yang secara klinis tampak sebagai edema perifer derajat +3 hingga +4 dengan cekungan dalam dan waktu kembali lama. Kelebihan cairan yang berat dapat berkembang menjadi edema paru ditandai sesak napas, ronki basah bilateral, dan saturasi oksigen $< 90\%$, yang merupakan indikasi dilakukannya hemodialisis.

2) Indikasi laboratorium

a) Ureum dan kreatinin meningkat signifikan

Peningkatan ureum (> 50 mg/dL) dan kreatinin serum (> 5 mg/dL) menandakan akumulasi sisa metabolisme akibat kegagalan fungsi ekskresi ginjal dan merupakan tanda uremia.

b) Hiperkalemia

Hiperkalemia refrakter ditandai kadar kalium serum $>5,10$ mEq/L yang tidak membaik dengan terapi konservatif dan berisiko menyebabkan gangguan irama jantung.

c) Asidosis metabolik berat

Asidosis metabolik berat ditandai dengan penurunan pH darah ($<7,35$) dan bikarbonat (<22 mEq/L) akibat ketidakmampuan ginjal mengekskresikan ion hidrogen dan meregenerasi bikarbonat.

e. Akses Vaskular Hemodialisis

a) *Arteriovenous (AV) Fistula / Cimino*

AV fistula atau Cimino (AV Shunt) merupakan akses vaskular yang dibuat melalui tindakan pembedahan dengan menghubungkan arteri dan vena, biasanya pada lengan. Akses ini menjadi pilihan utama untuk hemodialisis karena memiliki aliran darah yang baik, daya tahan yang lebih lama, risiko infeksi dan trombosis yang lebih rendah dibandingkan akses vaskular lainnya.

b) *Arteriovenous (AV) Graft*

AV graft adalah akses vaskular yang dibuat dengan menggunakan pembuluh darah sintetis atau graft untuk menghubungkan arteri dan vena. AV graft digunakan apabila kondisi pembuluh darah pasien tidak memungkinkan untuk pembuatan AV fistula.

c) *Hemodialysis Catheter (HD Cath) / Double Lumen Catheter (CDL)*

HD Cath merupakan kateter yang dipasang pada vena besar, seperti vena jugularis interna, subklavia, atau femoralis. Kateter ini biasanya digunakan sebagai akses sementara pada pasien yang baru memulai hemodialisis, dalam kondisi darurat, atau saat menunggu AV fistula maupun AV graft siap digunakan.

4. Konsep Dasar Kecemasan

a. Definisi

Kecemasan merupakan respons emosional terhadap ancaman yang dirasakan, yang ditandai oleh perasaan takut, khawatir, dan tidak tenang. Kecemasan secara fisiologis melibatkan aktivasi sistem saraf otonom, khususnya sistem saraf simpatis, yang memicu pelepasan hormon stres sehingga menimbulkan respons “*fight or flight*”. Aktivasi tersebut menimbulkan respons tubuh berupa ketegangan otot, peningkatan frekuensi napas, keringat berlebih, dan rasa tidak nyaman (Ricky 2022).

b. Patofisiologi kecemasan terhadap pasien CKD

CKD dengan hemodialisis dapat menimbulkan kecemasan melalui aktivasi respons stres kronis yang melibatkan sumbu hipotalamus–pituitari–adrenal (HPA), sehingga meningkatkan hormon stres dan mengganggu regulasi emosi. Oleh karena itu, diperlukan intervensi nonfarmakologis seperti terapi relaksasi otot progresif yang efektif menurunkan kecemasan (Wen *et al.* 2021).

c. Faktor-faktor yang memengaruhi kecemasan

Menurut Stuart (2020) faktor-faktor yang memengaruhi kecemasan adalah sebagai berikut:

1) Faktor internal

Faktor yang berasal dari dalam diri individu, meliputi usia, jenis kelamin, kepribadian, tingkat pendidikan, pengalaman masa lalu, kondisi fisik dan psikologis. Mekanisme koping yang kurang adaptif, pengalaman traumatis dan kondisi biologis seperti kelelahan atau penyakit kronis dapat meningkatkan kecemasan.

2) Faktor eksternal

Faktor yang berasal dari luar individu, meliputi stresor lingkungan, dukungan sosial, kondisi sosial ekonomi, lingkungan kerja atau akademik, dan situasi penyakit atau perawatan medis yang dapat memicu atau memperberat kecemasan.

d. Alat ukur kecemasan

Alat ukur kecemasan dapat berupa berbagai kuesioner, seperti *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (ZSAS), dan *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). Menurut Lestari (2024) penerapan HARS terdiri dari 14 item mencakup gejala psikologis dan somatik yang dilakukan melalui wawancara terstruktur antara peneliti dengan pasien. Pasien diminta menjelaskan gejala kecemasan yang dirasakan, kemudian setiap item dinilai berdasarkan intensitas dan frekuensi gejala yang muncul, sehingga lebih

komprehensif dalam menilai keluhan fisik dan psikologis seperti pada lampiran 4.

Tabel 2.3. Skor Kecemasan *Hamilton Anxiety Rating Scale*

SKOR HARS	
Skor < 14	Tidak ada kecemasan
Skor 14-20 :	Kecemasan ringan
Skor 21-27 :	Kecemasan sedang
Skor 28-41 :	Kecemasan berat
Skor 42-56 :	Kecemasan sangat berat/panik

Sumber: Manzar et al. (2025)

e. Skor Kecemasan

Menurut Manzar *et al.* (2025) penilaian kecemasan menurut skala HARS, yaitu:

1) Tidak mengalami kecemasan/normal (skor 0 – 14)

Individu dalam kondisi tenang, contoh: merasa rileks dan dapat beraktivitas dengan fokus tanpa rasa khawatir.

2) Cemas ringan (skor 14 – 20)

Kecemasan ringan yang tidak mengganggu aktivitas sehari-hari.

Contoh: merasa sedikit gugup sebelum wawancara atau pemeriksaan medis, tetapi tetap bisa berpikir jernih.

3) Cemas sedang (skor 21 – 27)

Tingkat kecemasan yang mulai memengaruhi konsentrasi dan kenyamanan individu. Contoh: mudah gelisah menjelang pengobatan atau prosedur medis.

4) Cemas berat (skor 28 – 41)

Menandakan kecemasan yang dapat mengganggu fungsi fisik maupun psikologis. Contoh: jantung berdebar, keringat berlebihan.

5) Cemas sangat berat/panik (skor 42-56)

Menunjukkan kecemasan hingga mengganggu fungsi fisik, psikologis dan membutuhkan penanganan segera.

f. Penatalaksanaan kecemasan

1) Pendekatan farmakologis

Penatalaksanaan farmakologis kecemasan pada pasien CKD bertujuan menstabilkan neurotransmitter pengatur emosi, dengan penggunaan benzodiazepin untuk kecemasan akut dan SSRI atau SNRI untuk kecemasan kronis. Namun, terapi ini memiliki risiko efek samping dan ketergantungan yang lebih tinggi dibandingkan pendekatan nonfarmakologis (Purwanti, 2024).

2) Pendekatan nonfarmakologis

a) Terapi relaksasi

Terapi relaksasi merupakan intervensi nonfarmakologis untuk menurunkan kecemasan dengan menekan aktivitas sistem saraf simpatis. Berbagai metode relaksasi dapat digunakan, seperti relaksasi benson, guided imagery, dan relaksasi otot progresif, namun relaksasi otot progresif lebih efektif karena melibatkan kontraksi dan relaksasi otot secara sistematis sehingga mampu mengurangi ketegangan otot dan mengaktifkan sistem saraf parasimpatis secara optimal (Elfira, 2021).

b) Distraksi

Distraksi merupakan teknik pengalihan perhatian dengan memfokuskan pada stimulus, seperti melakukan aktivitas ringan. Meskipun dapat memberikan efek, metode ini tidak mengatasi respons fisiologis kecemasan, sehingga relaksasi otot progresif lebih dipilih karena mampu menenangkan tubuh secara menyeluruh.

c) Aromaterapi

Aromaterapi dengan minyak esensial, seperti *peppermint* dan lavender, dapat merangsang reseptor penciuman yang mengaktifkan amigdala. Namun, efeknya bersifat subjektif dan tergantung pada sensitivitas, sedangkan terapi relaksasi otot progresif menargetkan penyebab kecemasan.

5. Konsep Terapi Relaksasi Otot Progresif

a. Definisi

Terapi relaksasi otot progresif pertama kali diperkenalkan oleh Edmund Jacobson pada tahun 1938, dengan melatih individu untuk mengurangi ketegangan otot melalui tahapan kontraksi dan rileksasi pada kelompok otot secara berurutan. Tujuan utama terapi ini adalah menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis yang berkaitan dengan kecemasan dan meningkatkan aktivitas sistem saraf parasimpatis yang memberikan rasa rileks (Nguyen *et al.* 2023).

b. Patofisiologi

Terapi relaksasi otot progresif merilekskan otot motorik yang tegang akibat aktivasi sistem saraf simpatis dan efektif diterapkan untuk memberikan efek menenangkan. Terapi ini dianjurkan dilakukan pada pagi hari karena tubuh mengalami lonjakan kortisol yang disebut *Cortisol Awakening Response* (CAR) dan kondisi optimal bagi sistem saraf untuk mengaktifkan respons parasimpatis, sehingga meningkatkan regulasi emosi dan ketahanan terhadap stres (Roxanne *et al.* 2024).

c. Manfaat

Terapi relaksasi otot progresif dapat meningkatkan produksi serotonin dan melatonin yang berperan mengurangi ketegangan otot, menurunkan respons kecemasan melalui stimulasi sistem parasimpatis yang menekan kadar kortisol. Selain itu, terapi ini juga berdampak positif terhadap pasien dengan membantu meningkatkan rasa lebih nyaman pada tubuh (Purwanti, 2024).

d. Otot yang terlibat

1) Otot tangan

Otot intrinsik, seperti lumbricals berperan dalam gerakan motorik halus seperti menggenggam jari. Sementara itu, otot ekstrinsik, seperti flexor digitorum superficialis, berperan dalam gerakan fleksi jari (Suratih, 2022).

2) Otot bahu

Gerakan angkat dan turun bahu dalam terapi relaksasi otot progresif melibatkan trapezius dan levator scapulae. Saat bahu diangkat, kedua otot berkontraksi lalu trapezius bagian bawah bekerja saat bahu diturunkan untuk mengembalikan posisi rileks.

3) Otot wajah

Otot yang berperan saat penegangan meliputi orbicularis oculi yang berkontraksi untuk menutup mata, frontalis dan corrugator supercilii yang menegang saat mengangkat atau mengernyitkan alis. Ketika bibir diarahkan ke depan, otot orbicularis oris ikut bekerja.

4) Otot perut dan punggung

Otot perut dan punggung yang terlibat dalam terapi relaksasi otot progresif meliputi rectus abdominis, obliques dan transversus abdominis.

5) Otot paha dan betis

Otot paha dan betis yang terlibat dalam terapi relaksasi otot progresif meliputi quadriceps femoris, hamstring (biceps femoris, semitendinosus), gastrocnemius, dan tibialis anterior.

e. Langkah-langkah terapi relaksasi otot progresif

Terapi relaksasi otot progresif terdiri dari 15 gerakan, meliputi:

Tabel 2.4. Gerakan Terapi Relaksasi Otot Progresif

	a. Gerakan 1 Menggenggam kedua tangan dengan merasakan tegangan pada kedua otot dan melepaskannya secara perlahan, gerakan ini bertujuan untuk menguatkan otot-otot pada kedua tangan.
	b. Gerakan 2 Meluruskan tangan kedepan dengan jari-jari ke arah atas dan tarik kedua tangan ke arah belakang, gerakan ini bertujuan untuk melatih otot tangan bagian belakang.
	c. Gerakan 3 Menggenggam kedua tangan kearah bawah dan menaik-turunkan kedua bahu, gerakan ini bertujuan untuk melatih otot bisep/besar tangan bagian atas.
	d. Gerakan 4 Mengangkat kedua tangan dan diletakkan bagian belakang, lalu diregangkan hingga terasa otot menegang, gerakan ini bertujuan untuk melatih otot-otot di kedua bahu.

	e. Gerakan ke 5 dan 6 Mengerutkan dahi dan memejamkan mata, hingga merasakan ketegangan otot pada dahi dan mata, gerakan ini bertujuan untuk melatih otot dahi dan mata.
	f. Gerakan 7 Mengatupkan rahang, seperti menggigit sambil tersenyum, gerakan ini bertujuan untuk melatih otot dikedua rahang.
	g. Gerakan 8 Mengarahkan bibir kedepan hingga merasakan tegangan di area bibir, gerakan ini bertujuan untuk melatih otot-otot disekitar bibir.
 	h. Gerakan 9 dan 10 Merilekskan otot leher kearah belakang dan bergantian ke arah depan dengan menekan dagu ke arah dada.

	i. Gerakan 11 Membusungkan dada dan tahan, gerakan ini bertujuan untuk melatih otot punggung.
	j. Gerakan 12 Menarik nafas panjang dan menghembuskan nafas melalui otot perut.
	k. Gerakan 13 Menahan perut ke dalam, dengan cara menarik perut ke arah dalam.
	l. Gerakan 14 dan 15 Melatih otot paha dengan meluruskan kedua kaki, gerakan ini bertujuan untuk melatih otot kedua paha dan betis.

Sumber: (Widyastuti, 2020)

f. Indikasi terapi relaksasi otot progresif

Individu yang mengalami kecemasan, ketegangan emosional, gangguan tidur, kelelahan, dan keluhan psikosomatik seperti nyeri otot atau ketidaknyamanan fisik yang dipengaruhi faktor psikologis. Terapi relaksasi ini diindikasikan pada pasien CKD dengan hemodialisis

karena kondisi penyakit yang bersifat kronik, ketergantungan pada terapi yang jangka panjang, dan adanya gejala fisik seperti mual, kelelahan, gangguan tidur yang sering menimbulkan kecemasan (Novi, 2024).

g. Kontraindikasi terapi relaksasi otot progresif

Meskipun terapi relaksasi otot progresif efektif sebagai intervensi nonfarmakologis untuk menurunkan kecemasan, terdapat kondisi tertentu yang memerlukan kewaspadaan karena berpotensi menimbulkan ketidaknyamanan atau risiko pada pasien. Terapi ini tidak dianjurkan pada pasien dengan kondisi fisik tidak stabil, seperti sesak napas berat, hipertensi tidak terkontrol, atau kondisi kritis lainnya. Selain itu, pasien dengan gangguan kesadaran, kognitif, atau neurologis dapat menyulitkan pelaksanaan terapi secara optimal (Amalia, 2024).

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien CKD

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas pasien

Meliputi nama, nomor rekam medis, tanggal lahir atau usia, jenis kelamin, alamat, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan.

2) Penanggung jawab/keluarga

Meliputi nama lengkap, usia, jenis kelamin, hubungan dengan pasien, dan alamat.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama saat pengkajian

Masalah utama yang dirasakan pasien dapat berupa kecemasan, kelelahan, anoreksia, mual muntah, gangguan tidur, anemia dan pruritus (rasa gatal), kondisi ini dipicu oleh karena penumpukan sisa metabolisme/toksin dalam tubuh.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Berisi penjelasan mengenai perjalanan penyakit yang sedang dialami pasien, seperti terjadi gangguan kecemasan, penurunan pola napas, perubahan fisiologis kulit yang berdampak pada metabolisme pasien.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Kaji riwayat penyakit terdahulu seperti infeksi saluran kemih, payah jantung, masalah kecemasan yang mampu mempengaruhi kerja ginjal.

c. Riwayat kesehatan keluarga

1) Genogram

Merupakan gambaran struktur dan hubungan anggota keluarga pasien CKD dengan hemodialisis.

2) Riwayat kesehatan keluarga

Berisi informasi mengenai adanya anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit.

d. Kesehatan fungsional (11 pola gordon)**1) Nutrisi-metabolik**

Menggambarkan keluhan pasien terkait penurunan nafsu makan, mual, muntah, dan perubahan berat badan yang dirasakan akibat penurunan fungsi ginjal dan pembatasan diet.

2) Eliminasi

Menggambarkan pola dan frekuensi buang air kecil atau keluhan eliminasi lain yang berhubungan dengan penurunan fungsi ginjal.

3) Aktivitas/latihan**a) Keadaan aktivitas sehari-hari**

Menggambarkan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari akibat mudah lelah, lemas, dan keterbatasan fisik.

b) Keadaan pernafasan

Mengidentifikasi pola napas, frekuensi, dan adanya sesak napas akibat kelebihan cairan.

c) Keadaan kardiovaskuler

Keluhan yang dirasakan pasien seperti jantung berdebar, bengkak pada kaki atau wajah, rasa tidak nyaman akibat peningkatan tekanan darah dan gangguan sirkulasi.

d) Istirahat-tidur

Menggambarkan kualitas yang dirasakan pasien, seperti sulit tidur, sering terbangun malam hari, atau tidur tidak nyenyak akibat kecemasan, gatal, sesak, atau ketidaknyamanan fisik.

e) Persepsi, pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

Menggambarkan pemahaman pasien terhadap penyakit CKD, perawatan yang dijalani, perasaan cemas atau bingung terkait pengobatan, diet, dan proses terapi jangka panjang.

f) Pola toleransi terhadap stress koping

Menggambarkan respon emosional pasien seperti kecemasan, takut, sedih, atau putus asa, cara pasien mengatasi stres akibat penyakit kronik dan ketergantungan pada terapi.

g) Pola hubungan peran

Menggambarkan perasaan pasien terhadap perubahan peran dalam keluarga dan sosial, seperti merasa menjadi beban, ketergantungan pada orang lain, atau berkurangnya interaksi sosial.

h) Kognitif dan persepsi

Menggambarkan keluhan pasien terkait penurunan konsentrasi, pusing, atau perubahan persepsi sensori yang dirasakan akibat kondisi metabolik.

i) Persepsi-konsep diri

Menggambarkan pandangan dan perasaan pasien terhadap diri sendiri akibat penyakit kronik yang dialami.

j) Reproduksi dan kesehatan

Menggambarkan keluhan pasien gangguan fungsi seksual akibat kondisi fisik dan psikologis.

k) Keyakinan dan nilai

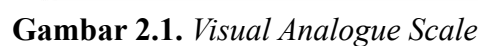
Menggambarkan keyakinan, nilai, aspek spiritual yang dirasakan pasien dalam menerima penyakit, mencari makna sakit, dan harapan terhadap kesembuhan atau kualitas hidup.

e. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

a) Kesadaran:

- i. Compos mentis: pasien sadar penuh, mampu berorientasi dengan baik terhadap orang, tempat, waktu, dan dapat merespons rangsangan secara tepat.
- ii. Apatis: pasien sadar namun tampak acuh tak acuh, respons lambat, dan kurang berminat terhadap lingkungan sekitar.
- iii. Somnolen (letargi): pasien mengantuk, dapat dibangunkan dengan rangsangan verbal, dan masih mampu mengikuti perintah sederhana.



- e) Skala kecemasan : mengidentifikasi kecemasan pasien dapat diukur dengan skala HARS seperti lampiran 9.

2) Pemeriksaan secara sistematis (Cephalo-caudal)

- a) Kulit: menilai kelembapan turgor kulit dan keluhan pasien seperti kulit kering, gatal, dan adanya edema pada ekstremitas akibat penumpukan cairan ginjal.
- b) Kepala: menilai bentuk kepala, kebersihan, dan adanya nyeri atau kelainan yang menyertai kondisi umum pasien.
- c) Leher: menilai adanya pembesaran kelenjar, distensi vena jugularis.
- d) Tengukuk: menilai adanya kekakuan atau nyeri pada tengkuk yang dapat mengganggu mobilitas pasien.
- e) Dada
 1. Inspeksi: menilai bentuk kesimetrisan dada, pola pernapasan (takipnea atau napas Kussmaul) yang berhubungan dengan kelebihan cairan.
 2. Palpasi: menilai ekspansi dada kanan kiri, fremitus taktil, adanya nyeri dada seperti perikarditis uremik atau overload cairan.
 3. Perkusi: menilai sonor atau resonansi paru untuk mendeteksi adanya penumpukan cairan.
 4. Auskultasi: menilai suara napas (adanya ronki basah/crackles) sebagai tanda edema paru, bunyi jantung

tambahan (misalnya gallop atau gesekan perikardial) yang dapat mengindikasikan gangguan kardiovaskular.

- f) Payudara: menilai bentuk, kesimetrisan dan keluhan nyeri atau perubahan yang dirasakan pasien.
- g) Punggung: menilai postur, kelengkungan tulang belakang, nyeri tekan.
- h) Abdomen
 - 1. Inspeksi: menilai bentuk simetri abdomen, adanya distensi, tanda asites yang dapat berhubungan dengan kelebihan cairan.
 - 2. Auskultasi: menilai bising usus gastrointestinal, seperti penurunan bising usus akibat uremia dengan nilai normal 5-30 kali per menit.
 - 3. Perkusi: menilai adanya penumpukan cairan atau pembesaran organ abdomen seperti timpani atau dullness.
 - 4. Palpasi: menilai nyeri tekan, massa atau pembesaran organ.
- i) Anus dan rektum : menilai kebersihan, adanya nyeri, perdarahan, atau gangguan eliminasi.
- j) Genetalia : menilai kebersihan, adanya kelainan, nyeri, atau gangguan fungsi.
- k) Eksermitas: meliputi kekuatan otot (skala 0-5), adanya edema atau keterbatasan mobilitas yang sering terjadi pada pasien CKD dan *Capillary Refill Time (CRT)*.

f. Pemeriksaan penunjang

- 1) Pemeriksaan patologi klinik: meliputi pemeriksaan laboratorium.
 - a) Ureum meningkat akibat penurunan kemampuan ekskresi ginjal.
 - b) Kreatinin serum meningkat sebagai indikator penurunan GFR.
 - c) Hemoglobin menurun (anemia) akibat penurunan produksi eritropoietin.
 - d) Elektrolit tidak seimbang, seperti hiperkalemia, hipokalsemia, dan hiperfosfatemia.
 - e) Asidosis metabolik (penurunan HCO_3^-).
- 2) Pemeriksaan radiologi: meliputi pemeriksaan USG.
 - a) Ukuran ginjal mengecil (atrofi ginjal).
 - b) Penipisan korteks ginjal.
 - c) Ditemukan kista ginjal atau tanda nefropati kronik bilateral.

g. Terapi

Pengobatan yang bertujuan memperlambat progresivitas penyakit, seperti antihipertensi (amlodipin), diuretik (furosemid), suplemen kalsium, vitamin D) dan asam folat.

h. Pengkajian Penatalaksanaan Hemodialisis

1) Data awal

Data awal pasien diisi oleh perawat dan mencakup tanggal, jam, jenis pasien baru atau lama seperti rutin 2x/minggu sejak ± 1 tahun yang lalu. Sumber data dari pasien atau keluarga.

2) Riwayat kesehatan

Pengkajian riwayat kesehatan pasien mencakup informasi mengenai penyakit penyerta, alergi, komplikasi sebelumnya seperti hipertensi sejak ± 10 tahun yang lalu, diabetes sejak ± 8 tahun yang lalu, keluhan utama seperti kecemasan, riwayat keluarga dan riwayat operasi seperti pembuatan AV shunt pada lengan kiri ± 1 tahun yang lalu.

3) Pemeriksaan tanda vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, frekuensi napas, dan suhu tubuh untuk menilai keadaan umum pasien seperti baik, lemah, atau nyeri.

4) Kondisi psikologi

Pengkajian kondisi psikologis pasien mencakup tingkat kecemasan seperti ringan, berat atau sedang, ketenangan, dan kenyamanan selama menjalani hemodialisis, trauma yang dirasakan, masalah sosial ekonomi, pekerjaan hingga pola ibadah pasien seperti rutin, jarang atau kadang-kadang.

5) Prosedur hemodialisis

- a) Persiapan pasien: pasien dilakukan pemeriksaan tanda vital (mis. TD 150/90 mmHg, nadi 88 x/menit, RR 22 x/menit, suhu $36,7^{\circ}\text{C}$). Akses vaskular dinilai pada fistula arteriovena, misalnya di lengan kiri, tampak baik. Pasien diberikan edukasi singkat mengenai prosedur hemodialisis, durasi tindakan, dan keluhan selama tindakan.

- b) Pelaksanaan: hemodialisis dilakukan selama ± 4 jam. Selama tindakan dilakukan monitoring tanda vital setiap 30–60 menit. Pasien diawasi terhadap kemungkinan komplikasi seperti kram otot, sesak napas atau kecemasan.
- c) Pasca-hemodialisis: pemantauan tanda vital dan kondisi umum, termasuk adanya pusing. Akses vaskular dievaluasi untuk memastikan tidak ada perdarahan atau tanda infeksi.

6) Evaluasi hemodialisis

Evaluasi respons fisiologis pasien terhadap terapi, meliputi stabilitas tanda vital, perbaikan sesak napas dan edema, toleransi pasien selama dan setelah tindakan.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (PPNI, 2018), masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien CKD adalah:

- a. Ansietas [SDKI D.0080]
- b. Risiko ketidakseimbangan cairan [SDKI D.0036]
- c. Pola napas tidak efektif [SDKI D.0005]
- d. Perfusi perifer tidak efektif [SDKI D.0009]

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.5. Perencanaan keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Ansietas [SDKI D.0080]	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil:	Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
		2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Tremor menurun 5. Pola tidur membaik 6. Frekuensi nadi dan pernapasan membaik 7. Tekanan darah membaik SLKI L.09093 Tingkat Ansietas	2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Pahami situasi yang membuat ansietas 3. Dengarkan dengan penuh perhatian 4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 5. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 6. Latih Teknik relaksasi (terapi relaksasi otot progresif) dengan 15 gerakan meliputi tangan, wajah, bahu, perut, punggung, dan kaki dilakukan 10 menit setiap pagi pukul 10.00 WIB (Amalia, 2024) atau pada lampiran 4. Edukasi 1. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 2. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 3. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, bila diperlukan
2.	Risiko ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan penyakit ginjal [SDKI D.0036]	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Asupan cairan meningkat 2. Output urin meningkat 3. Edema menurun 4. Dehidrasi menurun SLKI L.03020 Keseimbangan cairan	Manajemen Cairan Observasi 1. Monitor status hidrasi (mis: frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan harian 3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis: hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urin, BUN) Terapeutik 1. Catat intake-output dan hitung

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			balans cairan 24 jam 2. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 3. Berikan cairan intravena Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian diuretic SIKI L. 03098
3.	Pola napas tidak efektif [SDKI D.0005]	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas membaik, dengan kriteria hasil: 1. Penggunaan otot bantu napas menurun 2. Dispnea menurun 3. Frekuensi napas membaik 4. Kedalaman napas membaik SLKI L.01004 Pola napas	Pemantauan Respirasi (I.01014) Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul 3. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 4. Auskultasi bunyi napas 5. Monitor saturasi oksigen Terapeutik 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.
4.	Perfusi perifer tidak efektif [SDKI D.0009]	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Edema perifer menurun 4. Nyeri eksermitas menurun SLKI L.02011 Perfusi perifer	Pencegahan Syok (I.02068) Observasi 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP) 2. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) 3. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil Terapeutik 1. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% 2. Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu 3. Pasang jalur IV, jika perlu 4. Pasang kateter urin untuk menilai produksi urin Edukasi

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			1. Jelaskan penyebab/faktor risiko syok 2. Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok
			Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu

Sumber: Amalia (2024) dan SLKI (2017).

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan setelah penetapan diagnosis dan perencanaan keperawatan. Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun secara sistematis untuk membantu pasien mencapai tujuan kesehatan yang telah ditetapkan. Pada tahap ini, perawat menerapkan intervensi keperawatan yang bersifat mandiri, kolaboratif, maupun berdasarkan instruksi medis sesuai dengan kebutuhan pasien (Amalia, 2024).

5. Evaluasi

Menurut Amalia (2024) evaluasi merupakan proses dalam asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai keberhasilan pelaksanaan proses keperawatan. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan data hasil penilaian menggunakan pendekatan SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan, meliputi:

- a. *S (Subjective)* : Data yang diperoleh dari pernyataan atau keluhan yang disampaikan oleh pasien.

- b. O (*Objective*) : Data yang diperoleh dari hasil observasi, pengukuran, dan penilaian yang dilakukan oleh perawat terhadap kondisi pasien.
- c. A (*Analysis*) : Proses membandingkan data subjektif dan objektif dengan tujuan kriteria hasil yang telah ditetapkan, kemudian ditarik kesimpulan mengenai tingkat ketercapaian masalah keperawatan, seperti teratasi sebagian.
- d. P (*Planning*) : Perencanaan tindak lanjut keperawatan yang disusun berdasarkan hasil analisis evaluasi yang telah dilakukan.

C. Hasil Literature Review

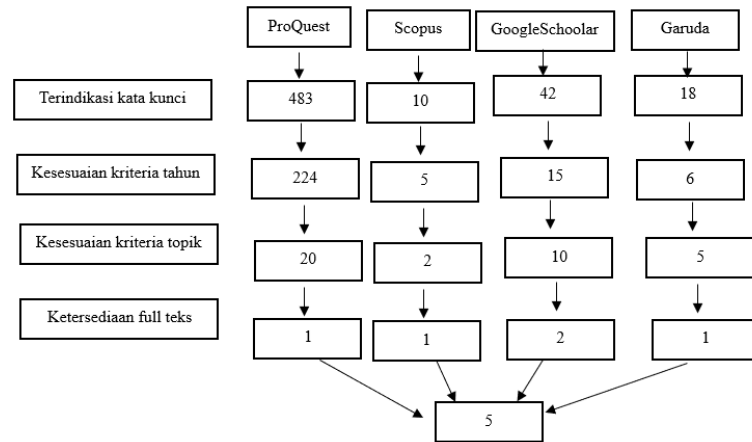
1. Pertanyaan Klinis (PICO/PICOT)

PICOT berisi tentang rumusan pertanyaan klinis sebagai berikut:

- a) *Problem* : Pasien CKD dengan hemodialisis yang mengalami kecemasan
- b) *Intervention* : Terapi relaksasi otot progresif
- c) *Comparison* : Tidak ada intervensi pembandingan
- d) *Outcome* : Penurunan kecemasan dengan kuesioner HARS
- e) *Time* : Satu kali sehari setiap pukul 10.00 WIB dengan waktu 10 menit setiap intervensi.

Berdasarkan hasil PICOT tersebut, maka didapatkan rumusan pertanyaan klinis dari permasalahan yang ditemukan yaitu “Apakah terapi relaksasi otot progresif dapat menurunkan kecemasan pada pasien CKD dengan hemodialisis?”

2. Metode Penelusuran *Evidence*



Gambar 2.2 Hasil Penelusuran EBN

3. Hasil Literature Review

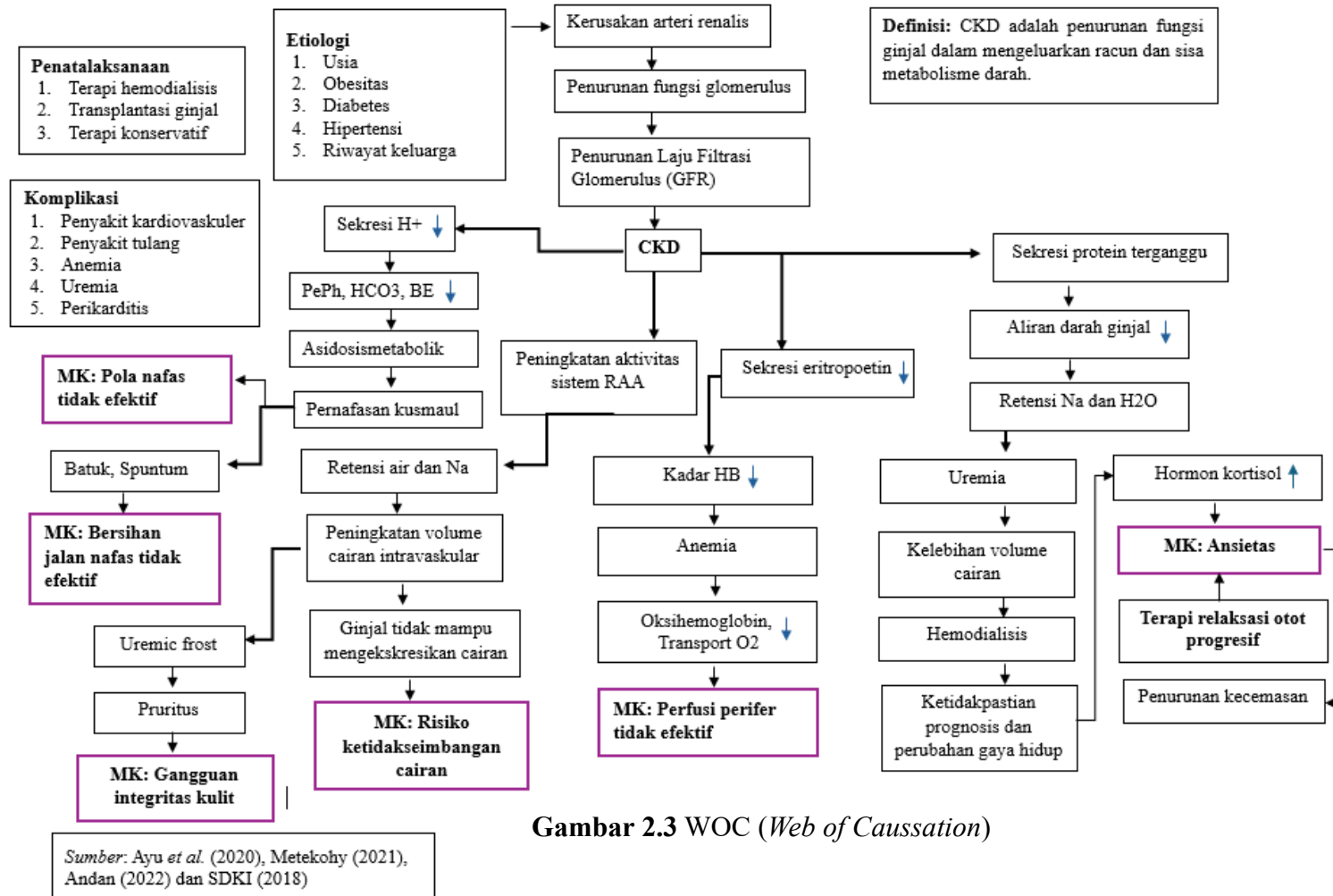
Tabel 2.6. Hasil Literature Review

Penerapan Terapi Relaksasi Otot Progresif dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman: Kecemasan pada Pasien CKD						
No	Judul Autor (Thn)	P (Populasi)	I (Intervensi)	C (Perbandin gan)	O (Output)	T (Waktu)
1.	<i>Effects of mindfulness meditation combined with progressive muscle relaxation on sleep disorders, anxiety, and depression in patients with sarcopenia undergoing hemodialysis.</i> Oleh: Yongyao Wu, Haojie Zhang, DKK (2025). Sumber: Proquest	49 Pasien CKD dengan hemodialisis. Usia ≥ 18 tahun dan < 75 tahun dengan <i>Self-Rating Anxiety Scale</i> (SAS). Penelitian dengan RCT.	Terapi relaksasi otot progresif dilakukan pada 16 kelompok otot. Kontraksi otot 10–15 detik, Relaksasi 15–20 detik dan diulang 3 kali per kelompok otot. Urutan gerakan: lengan, tangan, bahu leher wajah dada, abdomen, punggung bawah dan kaki.	Kelompok dengan perawatan standar yang tidak diberikan relaksasi otot progresif.	Kecemasan: <i>Zung Anxiety Scale</i> (SAS) <i>Posttest</i> : intervensi = 36,29 (0,78) dan kontrol = 51,73 (0,82). <i>p value</i> $< 0,001$. Depresi: <i>Severity Dependence Scale</i> (SDS). <i>Posttest</i> : intervensi = 39,6 (0,96) dan kontrol = 59,92 (1,00). <i>p value</i> $< 0,001$.	1 kali sehari dengan waktu 10 menit selama 12 minggu.

2.	<i>Reducing the hemodialysis patient stress level through progressive relaxation.</i> Oleh: Warih Andan, DKK. (2022). Sumber: Scopus	58 pasien CKD dengan hemodialisis. Metode <i>quasi-experimental pre-test and posttest study with a control group design</i> dengan <i>Depression Anxiety Stress Scale</i> 42 (DASS 42).	Terapi relaksasi otot progresif: relaksasi telapak tangan, lengan dan jari, bahu, dahi dan alis, otot rahang, otot bibir, otot leher, otot dada, otot perut, dan kaki dan jari kaki.	Masing-masing kelompok intervensi dan kontrol: 24 pasien.	Skor <i>pre-post</i> pada kelompok intervensi 15.38-12.79 dengan <i>p value</i> 0.000. Skor <i>pre-post</i> pada kelompok kontrol 14.83-15.24 dengan <i>p value</i> 0.098. Uji <i>Mann Whitney</i> menunjukkan perbedaan signifikan ($p < 0,05$).	Terapi relaksasi otot progresif 2 kali seminggu selama 3 minggu.
3.	Pengaruh relaksasi otot progresif terhadap kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Oleh: Yopita A, DKK (2024) Sumber: Garuda	24 pasien CKD dengan hemodialisis. Pre-pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. <i>one grup pretest and posttes teknik Purposive Sampling</i> dengan kuesioner HARS.	Terapi relaksasi otot progresif terdiri dari 14 langkah melalui dua tahapan yaitu dengan memberikan tegangan pada kelompok otot 10 detik.	Tidak ada intervensi pembandingan	Hasil penelitian sebelum dilakukan relaksasi otot progresif pasien mengalami kecemasan ringan 10 (41.7%), sedang 12 (50%), berat 2 (8,3%), setelah dilakukan menjadi tidak cemas 14 (58.4%), kecemasan ringan 8(33.3%), kecemasan sedang 2(8.3%) dengan <i>pvalue</i> = 0,000 <0,05	Terapi relaksasi otot progresif selama dua kali dalam durasi ± 15 menit.
4.	Efektivitas <i>progressive muscle relaxation</i> pada pasien <i>chronic kidney disease</i> yang menjalani	<i>Literature review</i> dengan desain <i>Systematic Mapping Study</i> terdapat 10 jurnal dari empat database	Terapi relaksasi otot progresif dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian mereduksi ketegangan	Kelompok yang mendapatkan perawatan standar.	Terdapat penurunan tingkat ansietas sebelum dan sesudah diberikan intervensi dengan <i>p-value</i> <0.005. Instrumen:	Dua kali dalam seminggu setiap pagi dan malam hari sebelum

	hemodialisa sebagai stabilisasi tingkat ansietas (<i>Literature Review</i>). Oleh: Rizcha Novi, Noer Safitri (2024). <i>Sumber</i> : Gscholar	yaitu Google Scholar, PubMed, Crosreff, dan Science Direct yang terakreditasi Garuda, SINTA, dan Scopus.	dengan relaksasi.	melakukan		HARS (<i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i>) – 5 jurnal (50%). STAI (<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>) – 1 jurnal. DASS-21 (<i>Depression Anxiety Stress Scale</i>) – 1 jurnal.	tidur selama 10-20 menit setiap hari.
5.	Terapi relaksasi otot progresif terhadap penurunan kecemasan pasien gagal ginjal. Oleh: Mita Amalia, DKK (2024). <i>Sumber</i> : Gscholar	Metode studi kasus dengan pasien CKD dengan hemodialisis yang mengalami kecemasan dengan kuesioner HARS.	Terapi relaksasi otot progresif dengan cara menegangkan dan melemaskan otot secara berurutan.	Tidak ada intervensi pembanding		Hari pertama kecemasan berat (skor 31) Hari ke-2 kecemasan sedang (skor 28) Hari ke-3 kecemasan sedang (skor 25) Hari ke-4 kecemasan ringan (skor 22) Hari ke-5 dengan tidak ada kecemasan (skor 16).	5 hari

D. WOC (Web of Caussion)



Gambar 2.3 WOC (Web of Caussion)