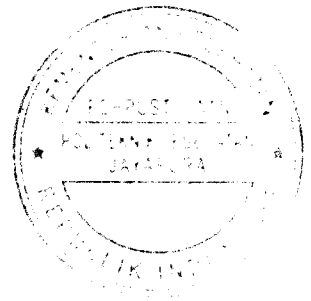


SKRIPSI

HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RSUD JAYAPURA

**Skripsi ini Diajukan Sebagai
Salah Satu Persyaratan Dalam Menyelesaikan Pendidikan Diploma IV
Keperawatan Medikal Bedah Pada Jurusan Keperawatan
Politeknik Kementrian Kesehatan Jayapura**



Diajukan oleh :

**TRESIA SANTI KANIPA
NIM. PO.71.20.1.12.177**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
J U R U S A N K E P E R A W A T A N
PROGRAM STUDY D-IV KEPERAWATAN
MAHIR MEDIKAL BEDAH
TAHUN 2013**



SKRIPSI

HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RSUD JAYAPURA

Diajukan oleh :

**TRESIA SANTI KANIPA
NIM. PO.71.20.1.12.177**

Telah disetujui untuk dipertahankan
di depan Dewan Penguji Skripsi Diploma IV Keperawatan Mahir Medikal Bedah
Pada Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Jayapura

Jayapura, 24 Juli 2013

Pembimbing Pertama

**M. Nawawi N, S.Kep.Ns.,M.Kep
NIP. 198006302002121003**

Pembimbing Kedua

**Sofietje J. Gentindatu, S.Kep
NIP 196604251987012001**

Mengetahui,
Ketua Program D-IV Keperawatan Mahir Medikal Bedah



**Blestina Maryorita, S.Kep, Ns, M.Si
NIP. 19670520 198601 2 001**

SKRIPSI

HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RSUD JAYAPURA

Disusun oleh :

TRESIA SANTI KANIPA
NIM. PO.71.20.1.12.177

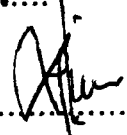
Telah Di pertahankan di Depan Dewan Penguji Ujian Sidang
Skripsi D-IV Keperawatan Mahir Medikal Bedah
di Politeknik Kesehatan Jayapura
pada tanggal 24 Juli 2013
dan Dinyatakan Telah Lulus memenuhi syarat

Susunan Dewan Penguji

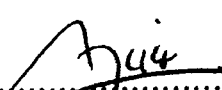
Ketua : M. Nawawi, S.Kep.Ns., M.Kep

1.....

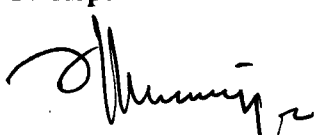
Anggota : Kismiyati, S.Kep.Ns.,

2.....

Anggota : Agus Salim, S.Kp.MSN, MST

3.....

Mengetahui,
Ketua Program D-IV Keperawatan Mahir Medikal Bedah


(Blestina Marvorita, S.Kep.Ns., MSi)
NIP: 19670520 198601 2001

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO :

Orang-orang hebat dibidang apapun bukan baru bekerja karena mereka terinspirasi, namun mereka menjadi terinspirasi karena mereka lebih suka bekerja. Mereka tidak menyia-nyiakan waktu untuk menunggu inspirasi.

(Ernest Newman)

PERSEMBAHAN :

1. Kedua orang tuaku yang telah membesarkan dan mendoakanku, dalam mencapai cita-cita.
2. Suami dan anak-anakku yang tersayang yang selalu memberikan motivasi dan mendukungku untuk menjadi istri dan ibu yang baik.
3. Keluarga besarku atas dukungan dan motivasi yang diberikan selama ini.
4. Rekan-rekan seangkatan tahun 2013, khususnya Program Studi Ilmu Keperawatan Medikal Bedah, terima kasih atas dukungan moril dan bantuannya.
5. Alamamaterku tercinta dan kubanggakan “Program Studi Ilmu Keperawatan Medikal Bedah Politehnik Kementrian Kesehatan Jayapura”.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. KETERANGAN PERORANGAN

1	Nama	: Tresia Santi Kanipa., Amk
2	Tempat tanggal lahir	: Merauke, 05 Mei 1966
3	Alamat	: Jln. Filadelpia No.14 Tanah Hitam Abepura
4	Agama	: Kristen Protestan

RIWAYAT PENDIDIKAN

1	Tahun 1975 - 1981	: SD YPPK Gembala Baik Abepura
2	Tahun 1981 - 1984	: SMP YPPK St. Paulus Padang Bulan Abepura
3	Tahun 1984 - 1987	: SPK – Dok II Jayapura
4	Tahun 2001 - 2002	: D3 – Keperawatan Politeknik Kemenkes Jayapura
5	Tahun 2012 - 2013	: DIV – Keperawatan Medical Bedah Politehink Kemenkes Jayapura

RIWAYAT PEKERJAAN

1	Tahun 1988	: Diangkat sebagai PNS pada RSUD Dok II Jayapura
2	Tahun 1988 - 2008	: Bertugas/Dinas di ruang Perinatalogi RSUD Dok II Jayapura
3	Tahun 2008 - 2013	: Bertugas/Dinas di Ruang Penyakit Dalam Pria RSUD Dok II Jayapura
4	April Tahun 2013	: Dimutasi di IRNA sebagai pengawas Ruang Rawat Inap (C) dan bertanggung jawab pada 3 ruangan : 1. Ruangan Penyakit Dalam Pria (RPDP) 2. Ruangan Penyakit Dalam Wanita (RPDW) 3. Ruang TB Paru

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan YME, karena atas pertolongan-Nya maka penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul: **“Hubungan Mekanisme Koping Dengan Tingkat Kecemasan Pada Penyakit Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Jayapura ”** ini dapat diselesaikan. Dengan penuh rasa kasih penulis sampaikan kepada suami dan anakku tercinta yang selalu memberikan perhatian, motivasi dan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penyusunan skripsi ini penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat :

1. Isak J.H Tukayo, S.Kp,M.Sc selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Jayapura.
2. I Ketut Swastika, S.Pd.,S.Kep.M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jayapura.
3. Blestina Maryorita,S.Kep.Ns., MSi selaku Ketua Program D-IV Keperawatan Mahir Medikal Bedah Poltekkes Kemenkes Jayapura.
4. M. Nawawi, S.Kep.,Ns.M.Kep selaku pembimbing 1 yang telah membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian proposal ini.
5. Soefitje Gentindatu,S.Kep selaku pembimbing 2 yang dengan sabar membimbing penulis, senantiasa meluangkan waktu, dan sangat cermat memberikan masukan untuk perbaikan proposal penelitian ini.
6. Seluruh Dosen dan Staf di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jayapura.
7. Teman-teman seangkatanku yang telah memberikan semangat dan dorongan serta kebersamaan dalam menyelesaikan studi di fakultas keperawatan Poltekkes Kemenkes Jayapura.

Semoga kebaikan bapak serta ibu akan di balas oleh Tuhan YME. Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan skripsi ini, semoga karya ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan bagi dilingkungan kesehatan khususnya.

Jayapura, 24 Juli 2013

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL PADA SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN JUDUL PADA HALAMAN DALAM	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN MOTO DAN PERSEMBAHAN	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
ABSTRAK	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
 BAB. I PENDAHULUAN	 1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Keaslian Penelitian	5
D. Tujuan Penelitian	6
E. Manfaat Penelitian	7
F. Hipotesis Penelitian.....	8
 BAB. II TINJAUAN PUSTAKA	 9
A. Konsep Gagal Ginjal Kronik.....	9
B. Mekanisme Koping	17
C. Kecemasan.....	25
D. Hemodialisa.....	38
E. Kerangka Teoritis.....	47
F. Kerangka Konsep.....	49
G. Definisi Operasional variable.....	50

BAB. III	METODE PENELITIAN	51
	A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	51
	B. Tempat dan Waktu Penelitian	51
	C. Objek Penelitian	51
	D. Instrument Penelitian.....	53
	E. Cara Pengumpulan Data.....	54
	F. Pengolahan Data Dan Analisa Data.....	55
	G. Etika Dalam Penelitian.....	58
	H. Jadwal Penelitian.....	59
 BAB. IV	 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	 60
	A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	60
	B. Hasil Penelitian.....	62
	C. Pembahasan.....	68
 BAB. V	 KESIMPULAN DAN SARAN.....	 73
	A. Kesimpulan.....	73
	B. Saran.....	74

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



ABSTRAK

Tresia Santi Kanipa, “ Hubungan Mekanisme Koping Dengan Tingkat Kecemasan Pada pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Jayapura” yang dibimbing oleh M. Nawawi N, Sofietje J. Gentindatu

Latar Belakang: Pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa membuat pasien menjadi shock dan stres. Berbagai respon psikologik dapat terjadi dan yang sering muncul adalah perasaan cemas, bingung dan gelisah. Kecemasan adalah sensasi yang membingungkan dari kejadian yang akan datang yang muncul tanpa alasan. Oleh karena itu dalam menghadapi stress pasien diharapkan menggunakan mekanisme koping yang efektif.

Tujuan Penelitian: Untuk mengetahui adanya hubungan mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Jayapura.

Metode Penelitian: Menggunakan pendekatan *cross sectional*, yaitu suatu penelitian mempelajari hubungan dimana melakukan observasi pada waktu yang sama. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 32 pasien, teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah total sampling dengan jumlah sampel sebanyak 32 pasien. Analisis data menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat dengan uji *Ci Square*.

Hasil Penelitian: Mekanisme koping maladaptif tingkat kecemasan sedang sebanyak 13 orang (68,4%) dan tingkat kecemasan ringan sebanyak 6 orang (31,6%), sedangkan mekanisme koping adaptif tingkat kecemasan ringan sebanyak 9 orang (69,2%) dan tingkat kecemasan sedang sebanyak 4 orang (30,8%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,036$ dengan hasil $p \text{ value} < 0,05$.

Kesimpulan: Hubungan yang signifikan antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Jayapura.

Kata Kunci : mekanisme koping, tingkat stress, pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Definisi Operasional	50
Tabel 3.1 Kisi-kisi Penelitian	53

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori	48
Skema 2.2 Kerangka Konsep.....	48

BAB I PENDAHULUAN



A. Latar Belakang

Gangguan atau kerusakan pada fungsi ginjal menimbulkan masalah kesehatan pada tubuh karena akan terjadi penumpukan sisa-sisa metabolisme tubuh. Penumpukan sisa metabolisme yang merupakan racun tubuh akibat penurunan fungsi ginjal dapat menyebabkan racun diserap dan menyebar kembali ke seluruh tubuh. Hal ini mengakibatkan berbagai gangguan tubuh lainnya, seperti gangguan keseimbangan cairan tubuh dan gangguan pengontrolan tekanan darah. Tubuh menjadi mudah lelah, lemas, sehingga aktivitas kerja terganggu. Menurut Soeleman, Anwar (2008), keluhan baru dirasakan bila fungsi ginjal sudah sangat menurun, seperti bengkak mata kaki, nyeri pinggang hebat (kolik), sakit saat berkemih, demam, sering berkemih namun urine yang keluar hanya sedikit, kelainan urine (mengandung protein, darah, nilai abnormal pada eritrosit, leukosit, dan adanya bakteri). Gejala tersebut dikenal dengan gagal ginjal kronis (GGK).

Gagal ginjal kronik (GGK) dapat mengalami komplikasi dengan berbagai penyakit lainnya, seperti diabetes dan tekanan darah tinggi (Admin, 2007). Komplikasi dengan diabetes akan menyebabkan proses metabolisme dalam tubuh menjadi tidak maksimal, kerusakan pembuluh vena dan sekaligus gangguan atau kerusakan fungsi ginjal yang lebih serius atau parah lagi. Keadaan akhir dari GGK ini adalah ginjal tidak bisa berfungsi lagi yang

disebut dengan *End Stage Renal Disease* (ESRD) atau penyakit ginjal tahap akhir (PGTA) (Lumenta, 2008). Komplikasi ini juga akan mempengaruhi fungsi organ lain mulai dari jantung, hati, pencernaan hingga otak yang akan meningkatkan risiko morbiditas (angka kesakitan) dan mortalitas (kematian) (Lubis: 2006).

Menurut Price (2006) prevalensi populasi GKG di Amerika Serikat atau di Negara industry pada stadium 4 atau 5 sebesar 0,4%. Variasi insidensi dan prevalensi GKG pada stadium 5 yang diberikan terapi sangat tinggi terutama di Negara industri. Lumenta (2007) *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK)* Amerika Serikat, melaporkan prevalensi *Cronic Renal Failure* (Gagal Ginjal Kronik) secara umum adalah 30 orang dari 100.000 populasi setiap tahun. Sedangkan menurut Yayasan Peduli Ginjal, tahun 2012 di Indonesia terdapat 40.000 penderita GKG meningkat menjadi 70.000. Departemen Kesehatan RI mencatat insiden gagal ginjal di Indonesia sebesar setiap 1 juta penduduk didapatkan antara 200 hingga 300 pasien baru dengan gagal ginjal kronik (DepKes RI, 2004 dalam Rochijat, 2007).

Berdasarkan studi dokumentasi dari pencatatan dan pelaporan di Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura, jumlah kunjungan rawat jalan dengan diagnosa gagal ginjal pada tahun 2009 sebanyak 2705 kunjungan, tahun 2010 sebanyak 2542 kunjungan, tahun 2011 sebanyak 3707 kunjungan, dan pada tahun 2012 jumlah kunjungan sebanyak 4754 kunjungan (Rekam Medik RSUD Jayapura, 2012). Dilihat dari data tersebut terjadi peningkatan dari tahun ke tahun.

Peningkatan GGK tersebut memerlukan berbagai penanganan medis diantaranya dengan hemodialisa, dialysis peritoneal atau hemofiltrasi, pembatasan cairan dan obat untuk mencegah komplikasi serius, lamanya penanganan tergantung pada penyebab dan luasnya kerusakan ginjal. Salah satu tindakan medis pada klien yang mengalami gagal ginjal kronik yaitu hemodialisa (Price, 2006). Tindakan hemodialisa ini berfungsi untuk menggantikan fungsi ginjal yang rusak. Untuk mencapai kondisi tubuh yang 'nyaman', pasien GGK harus melakukan terapi. Dengan demikian, tidak salah bila pasien GGK sangat tergantung dengan mesin dialisa seumur hidup, karena bila pasien GGK tidak menjalani haemodialisa maka dapat membahayakan kondisi tubuhnya bahkan dapat mengakibatkan kematian.

Menurut Taylor (1997) seseorang divonis mengalami gagal ginjal, kondisi ini membuat pasien menjadi shock dan stres. Berbagai respon psikologik dapat terjadi dan yang sering muncul adalah perasaan cemas, bingung dan gelisah. Kecemasan adalah sensasi yang membingungkan dari kejadian yang akan datang yang muncul tanpa alasan. Kecemasan dicetuskan oleh sesuatu yang tidak diketahui dan muncul sebelum ada pengalaman baru, yang mengancam identitas dan harga diri seseorang. Menurut Hasrini (2008), kurang lebih 50% pasien gagal ginjal menderita depresi dan kecemasan. Hal ini terjadi karena pasien GGK merasakan adanya 'kehilangan' terhadap fungsi salah satu organnya.

Kubler-Ross (dalam Videbeck, 2001), tahapan kehilangan terdiri dari menolak (*denial*), marah (*anger*), tawar-menawar (*bargaining*), depresi, dan akhirnya dapat menerima (*acceptance*). Pada umumnya pasien GGK dapat melewati tahapan-tahapan ini, namun bervariasi pada setiap individunya. Gangguan fisik yang dialami dan program terapi yang harus dilakukan, membuat pasien GGK memiliki perubahan yang besar dalam hidupnya, baik dalam pola hidup, kebiasaan sehari-hari, finansial dan sebagainya.

Menurut Hasrini, Anwar (2008) perubahan dalam kehidupan dapat mengakibatkan kecemasan berlebih yang dapat membuat tindakan cuci darah tidak efektif lagi. Bila pasien tidak memiliki mekanisme koping dan sumber koping yang adekuat, maka dapat mengakibatkan timbulnya kondisi depresi yang secara tidak langsung dapat mempengaruhi kondisi fisik yang lebih buruk lagi. Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan oleh individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri terhadap perubahan respon terhadap situasi yang mengancam (Keliat, 2000).

Rumah Sakit Umum Daerah di Jayapura merupakan salah satu dari beberapa Rumah Sakit Umum Daerah di Jayapura yang menyediakan pelayanan hemodialisis. Tahun 2011 jumlah pasien yang menjalani terapi hemodialisis berjumlah 104 Pasien, dan pada bulan Januari sampai dengan bulan desember tahun 2012 meningkat menjadi 3049 pasien yang menjalani hemodialisa naik sebesar 29,32 %.



Clinar dkk (2009), melakukan penelitian dengan judul “*Stressors and Coping Strategies in Hemodialysis Patients*”, mendapatkan 24 stressor yang dapat muncul pada pasien hemodialisis, diantaranya kelemahan, ketidakpastian masa depan, keterbatasan aktifitas, dan ketergantungan hidup terhadap mesin hemodialisis. Penyakit ginjal menyebabkan pasien mengalami permasalahan-permasalahan yang bersifat fisik, psikologis, dan sosial yang dirasakan sebagai kondisi yang menekan. Menurut Iskandarsyah (2006), “Permasalahan psikologis yang dialami pasien gagal ginjal kronik ditunjukkan dari sejak pertama kali pasien divonis mengalami gagal ginjal kronik”.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik melakukan penelitian tentang **“Hubungan kemampuan koping dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Jayapura”**

B. Rumusan Masalah

Dari uraian diatas, penulis dapat merumuskan masalah penelitian yaitu “Apakah ada hubungan mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit Ginjal Kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Jayapura?”

C. Keaslian Penelitian

Menurut Kepala Ruangan Hemodialisa, hubungan mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit Ginjal Kronik yang

menjalani hemodialisa di RSUD Jayapura ini belum pernah dilakukan. Penelitian ini adalah penelitian observasional dengan studi *cross sectional*, dengan demikian peneliti menjamin keaslian penelitian ini dan dapat dipertanggungjawabkan. Penelitian yang terkait dengan penelitian ini adalah penelitian Notoatmojo (2010) yang berjudul “Hubungan mekanisme Koping dengan Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisa di RSUD R. Samsudin SH Kota Sukabumi.

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Jayapura.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui mekanisme Koping pasien penyakit Ginjal Kronis yang menjalani hemodialisa di RSUD Jayapura.
- b. Mengetahui tingkat kecemasan pasien penyakit Ginjal Kronis yang menjalani hemodialisa di RSUD Jayapura
- c. Mengetahui hubungan kemampuan koping dengan tingkat kecemasan pasien penyakit ginjal Kronis yang menjalani hemodialisa di RSUD Jayapura

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dengan adanya penelitian ini dapat menambah informasi bagi pihak Rumah Sakit, untuk meningkatkan informasi dan pengetahuan tentang ilmu keperawatan terutama kajian peran perawat pelaksana dalam pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan standart praktek keperawatan pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa.

2. Bagi Pengembangan Ilmu

Di harapkan dapat meningkatkan ilmu pengetahuan dan kemampuan perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan sehingga dapat meningkatkan kinerja profesional perawat dalam memberi asuhan keperawatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa.

3. Bagi Peneliti

Merupakan pengalaman berharga dalam menambah ilmu pengetahuan, terutama yang terkait dengan mekanisme coping dan tingkat kecemasan pasien Gangguan Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisa.

4. Bagi Masyarakat Luas

Hasil penelitian ini kiranya dapat meningkatkan pemahaman dan wawasan masyarakat mengenai mekanisme coping dan kecemasan pasien Gangguan Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisa.

5. Bagi Pasien

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada pasien dan keluarga pasien Penyakit Ginjal Kronik yang sedang menjalani terapi hemodialisis.

F. Hipotesis Penelitian

Ho : Tidak adanya hubungan antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pasien Penyakit Ginjal Kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Jayapura

Ha : Ada hubungan antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pasien Penyakit Ginjal Kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Jayapura

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA



A. Konsep Gagal Ginjal Kronik

1. Definisi

Menurut Nursalam, (2002) Gagal ginjal kronik (*chronic renal failure*) 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 dialisis atau tansplantasi ginjal).

Menurut Smeltzer (2002) gagal ginjal kronik dapat disebabkan oleh penyakit sistemik seperti diabetes mellitus, glomerulonefritis kronis, pielonefritis, hipertensi yang tidak dapat dikontrol, obstruksi traktus urinarius, lesi heriditer, lingkungan dan agen berbahaya yang mempengaruhi gagal ginjal kronis seperti timah, kadmium, merkuri, dan kromium. Dialisis atau transplantasi ginjal kadang-kadang diperlukan untuk kelangsungan hidup pasien.

2. Gejala Gagal Ginjal Kronik

Pada step awal gagal ginjal kronik, barangkali tidak ditemukan tanda-tanda klinis dikarenakan ginjal tetap dapat beradaptasi saat menjalankan tugasnya. pada step lanjut, gagal ginjal kronis bisa mengakibatkan anemia dengan tanda-tanda lemas, letih, lesu serta sesak napas. berlangsung penumpukan cairan tubuh yang semakin

banyak lagi hingga mengakibatkan pembengkakan semua bahagian tubuh. sebagian pasien memberikan gejala yang dikarenakan situasi uremik (kandungan urea didalam darah yang meningkat urea) yaitu mual, muntah serta pergantian status mental (ensefalopati), dibarengi tidak seimbangnya elektrolit. kontrol USG ginjal bisa menolong saat mendiagnosis gagal ginjal kronis Suyono (2011).

3. Komplikasi Gagal Ginjal Kronik

Komplikasi yang sering ditemukan pada penderita penyakit gagal ginjal kronik menurut Alam & Hadibroto (2008) antara lain :

a. Anemia

Terjadinya anemia karena gangguan pada produksi hormon eritropoietin yang bertugas mematangkan sel darah, agar tubuh dapat menghasilkan energi yang dibutuhkan untuk mendukung kegiatan sehari-hari. Akibat dari gangguan tersebut, tubuh kekurangan energi karena sel darah merah yang bertugas mengangkut oksigen ke seluruh tubuh dan jaringan tidak mencukupi. Gejala dari gangguan sirkulasi darah adalah kesemutan, kurang energi, cepat lelah, luka lebih lambat sembuh, kehilangan rasa (baal) pada kaki dan tangan.

b. Osteodistofi ginjal

Kelainan tulang karena tulang kehilangan kalsium akibat gangguan metabolisme mineral. Jika kadar kalsium dan fosfat dalam darah sangat tinggi, akan terjadi pengendapan garam dalam

kalsium fosfat di berbagai jaringan lunak (klasifikasi metastatik) berupa nyeri persendian (arthritis), batu ginjal (nefrolaksonosis), pengerasan dan penyumbatan pembuluh darah, gangguan irama jantung, dan gangguan penglihatan.

c. Gagal jantung

Jantung kehilangan kemampuan memompa darah dalam jumlah yang memadai ke seluruh tubuh. Jantung tetap bekerja, tetapi kekuatan memompa atau daya tampungnya berkurang. Gagal jantung pada penderita gagal ginjal kronis dimulai dari anemia yang mengakibatkan jantung harus bekerja lebih keras, sehingga terjadi pelebaran bilik jantung kiri (*left ventricular hypertrophy/LVH*). Lama-kelamaan otot jantung akan melemah dan tidak mampu lagi memompa darah sebagaimana mestinya (*sindrom kardioresenal*).

d. Disfungsi ereksi

Ketidakmampuan seorang pria untuk mencapai atau mempertahankan ereksi yang diperlukan untuk melakukan hubungan seksual dengan pasangannya. Selain akibat gangguan sistem endokrin (yang memproduksi hormon testosteron) untuk merangsang hasrat seksual (libido), secara emosional penderita gagal ginjal kronis menderita perubahan emosi (depresi) yang menguras energi. Namun, penyebab utama gangguan kemampuan

pria penderita gagal ginjal kronis adalah suplai darah yang tidak cukup ke penis yang berhubungan langsung dengan ginjal.

4. Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronik

Terdapat 2 jenis terapi pengganti ginjal dialisis dan transplantasi ginjal yaitu:

- a. Dialisis yang terdiri dari hemodialisis, dialis peritoneal dan hemofiltrasi

Cuci darah apabila fungsi ginjal untuk membuang zat-zat metabolik yang beracun dan kelebihan cairan dari tubuh sudah sangat menurun (lebih dari 90%) sehingga tidak mampu lagi menjaga kelangsungan hidup penderita gagal ginjal, maka harus dilakukan dialisis (cuci darah) sebagai terapi pengganti fungsi ginjal. Ada dua jenis dialisis yaitu: **Pertama**, Hemodialisis (cuci darah dengan mesin dialiser). Cara yang umum dilakukan di Indonesia adalah dengan menggunakan mesin cuci darah (dialiser) yang berfungsi sebagai ginjal buatan. Darah dipompa keluar dari tubuh, masuk ke dalam mesin dialiser untuk dibersihkan melalui proses difusi dan ultrafiltrasi dengan dialisat (cairan khusus untuk dialisis), kemudian dialirkan kembali ke dalam tubuh.

Agar prosedur hemodialisis dapat berlangsung, perlu dibuatkan akses untuk keluar masuknya darah dari tubuh. Akses tersebut dapat bersifat sementara (temporer) Akses temporer berupa kateter yang dipasang pada pembuluh darah balik (vena) di

daerah leher. Sedangkan akses permanen biasanya dibuat dengan akses fistula, yaitu menghubungkan salah satu pembuluh darah balik dengan pembuluh darah nadi (arteri) pada lengan bawah, yang dikenal dengan nama cimino. Untuk memastikan aliran darah pada cimino tetap lancar, secara berkala perlu adanya getaran yang ditimbulkan oleh aliran darah pada cimino tersebut.

Kedua, Dialisis peritoneal (cuci darah melalui perut), adalah metode cuci darah dengan bantuan membran selaput rongga perut (peritoneum), sehingga darah tidak perlu lagi dikeluarkan dari tubuh untuk dibersihkan seperti yang terjadi pada mesin dialisis. Dapat dilakukan pada di rumah pada malam hari sewaktu tidur dengan bantuan mesin khusus yang sudah diprogram terlebih dahulu. Sedangkan continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) tidak membutuhkan mesin khusus tersebut, sehingga dapat dikatakan sebagai cara dialisis mandiri yang dapat dilakukan sendiri di rumah atau di kantor (Pernefri, 2003)

- b. Transplantasi ginjal yang dapat berasal dari donor hidup atau donor jenazah (cadaver).

Cangkok atau transplantasi ginjal adalah terapi yang paling ideal mengatasi gagal ginjal terminal. Ginjal yang dicangkokkan berasal dari dua sumber, yaitu donor hidup atau donor yang baru saja meninggal (donor kadaver). Akan lebih baik bila donor tersebut dari anggota keluarga yang hubungannya dekat, karena

lebih besar kemungkinan cocok, sehingga diterima oleh tubuh pasien. Selain kemungkinan penolakan, pasien penerima donor ginjal harus minum obat seumur hidup. Juga pasien operasi ginjal lebih rentan terhadap penyakit dan infeksi, kemungkinan mengalami efek samping obat dan resiko lain yang berhubungan dengan operasi (Alam & Hadibroto, 2008).

Terapi hemodialisis adalah pengobatan dengan menggunakan hemodialisis yang berasal dari kata hemo yang berarti darah dan dialisis yang berarti memisahkan darah dari bagian yang lain. Jadi hemodialisis yaitu memisahkan sampah nitrogen dan sampah yang lain dari dalam darah melalui membran semipermeabel. Hemodialisis tidak mampu menggantikan seluruh fungsi ginjal, namun dengan hemodialisis kronis pada penderita gagal ginjal kronis dapat bertahan hidup bertahun-tahun. (Nuryandari, 1999).

Indikasi hemodialisis yaitu BUN (>100 mg/dl), kreatinin (>10 mg/dl), hiperkalemia, acidosis metabolik. Secara klinis meliputi (1) Anoreksi, muntah; (2) Ensefalopati uremik; (3) Odema paru; (4) Pericarditis uremik; (5) Pendarahan uremik (Nuryandari, 1999).

Menurut Nuryandari (1999) bahwa dialisis adekuat disertai dengan tanda-tanda sebagai berikut : 1) Tercapai berat badan kering, 2) Pasien tampak baik, 3) Bebas symptom uremia, 4) Nafsu

makan baik, 5) Aktif, 6) Tensi terkendali baik dengan atau tanpa obat, 7) Hb > 10 gr%.

Keunggulan hemodialisis menurut Nuryandari (1999) sebagai berikut: a) Produk sampah nitrogen molekul kecil cepat dapat dibersihkan, b) Waktu dialisis cepat yaitu dialiser akan mengeluarkan melekul dengan berat sedang dengan laju yang lebih cepat dan melakukan ultrafiltrasi dengan kecepatan tinggi hal ini di perkirakan akan memperkecil kemungkinan komplikasi dari hemodialisis misalnya emboli udara dan ultrafiltrasi yang tidak kuat atau berlebihan (hipotensi, kram otot, muntah). c) Resiko kesalahan teknik kecil, d) Adequasy dapat ditetapkan sesegera, underdialisis segera dapat dibenarkan. Adequasy hemodialisis atau kecukupan hemodialisis segera dapat ditetapkan dengan melihat tanda-tanda tercapainya berat badan kering/tidak ada oedema, pasien tampak baik, aktif, tensi terkendali dengan baik, hb >10 gr% demikian juga bila terjadi keluhan-keluhan tersebut berarti tidak terpenuhinya kecukupan dialisis sehingga dapat di benarkan terjadi underdialisis.

Kelemahan hemodialisis menurut Nuryandari (1999) sebagai berikut: a) Tergantung mesin, b) Sering terjadi hipotensi, kram otot, disequilibrium sindrom, c) Terjadi aktivasi: complemen, sitokines, mungkin menimbulkan amyloidosis, d) Vasculer access:

infeksi, trombosis, e) Sisa fungsi ginjal cepat menurun, dibandingkan peritoneal dialysis.

Komplikasi hemodialisis menurut Situmorang (dalam RS PGI Cikini, 2007) meliputi :

1) Jangka Pendek

- a) Komplikasi yang sering adalah hipotensi 20-30%, kram 5-20%, mual/ muntah 5-15%, sakit kepala 5%, nyeri dada 2-3%, nyeri punggung 2-5%.
- b) Kurang sering tapi serius adalah Sindrom disequilibrium, reaksi hipersensitivitas, aritmia, cardiac tamponade, hemolysis, reaksi dialisis, perdarahan intracainial, emboli udara.

2) Jangka Panjang

Terjadi resiko kardiovaskular meningkat, osteodistrofi renal, neuropati uremik, amyloidosis disease, kegagalan akses.

Frekuensi hemodialisis menurut Perdede (dalam RS PGI Cikini, 2007) menyatakan bahwa jumlah jam hemodialisis per minggu untuk mencapai adekuasi yaitu 10-15 jam. Adapun jadwal hemodialisis sebagai berikut: a) 2 x 5 jam/ minggu, b) 3 x 4 jam/ minggu, c) 4 x 3 jam/ minggu, d) 5 x 3 jam/ minggu, e) Setiap hari selama 2 jam.

Untuk pasien baru terapi hemodialisis dapat dilakukan dengan jadwal sebagai berikut; a). Minggu 1 : 2-3 jam per hemodialisis

atau semampu pasien, b) Minggu II : 3-4 jam per hemodialisis → 3-4 jam per minggu, c) Minggu III : 3-4 jam per hemodialisis → 3-4 jam per minggu, d) Minggu IV : 3-5 jam per hemodialisis → 2-3 jam per minggu. Minggu berikutnya diprogramkan kembali sesuai dengan indikasi medik.

B. Mekanisme Koping

1. Defenisi

Menurut Ahyar (2010) Mekanisme koping adalah usaha individu untuk mengatasi perubahan yang dihadapi atau beban yang diterima tubuh dan beban tersebut menimbulkan respon tubuh yang sifatnya nonspesifik yaitu stres. Apabila mekanisme koping ini berhasil, seseorang akan dapat beradaptasi terhadap perubahan atau beban tersebut.

Menurut Keliat (1999, dalam Suliswati, 2005), mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam.

Mekanisme koping merupakan cara pemecahan masalah. Menurut Suliswati dkk (2005) dan Stuart dan Sundeen (1997), individu dapat menanggulangi stres dan kecemasan dengan menggunakan sumber koping dari lingkungan baik dari sosial, intrapersonal dan interpersonal. Sumber tersebut adalah aset ekonomi, kemampuan

memecahkan masalah, dukungan sosial, dan keyakinan budaya. Dengan sumber tersebut individu dapat mengambil strategi koping yang efektif.

Apabila individu sedang mengalami kecemasan ia akan mencoba menetralisasi, mengingkari atau meniadakan kecemasan dengan mengembangkan pola koping. Pada kecemasan ringan, mekanisme koping yang digunakan yaitu menangis, tidur, makan, tertawa, berkhayal, memaki, merokok, olahraga, mengurangi kontak mata dengan orang lain, membatasi diri dengan orang lain.

Mekanisme koping untuk mengatasi kecemasan sedang, berat dan panik ada dua yaitu:

- a. Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari, dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi secara realistis tuntutan situasi stres dengan cara perilaku menyerang, perilaku menarik diri, perilaku kompromi.
- b. Mekanisme pertahanan ego, koping ini tidak selalu sukses dalam mengatasi masalah. Mekanisme ini seringkali digunakan untuk melindungi diri sendiri.

2. Mekanisme Koping dan Strategi Koping

Mekanisme koping terbentuk melalui proses belajar dan mengingat, yang dimulai sejak awal timbulnya stressor dan saat mulai disadari dampak stressor tersebut. Kemampuan belajar ini tergantung pada kondisi eksternal dan internal, sehingga yang berperan bukan

hanya bagaimana lingkungan membentuk stressor tetapi juga kondisi temperamen individu, persepsi, serta kognisi terhadap stressor tersebut.

Mekanisme koping bersumber dari ego, sering di sebut sebagai mekanisme pertahanan mental, yaitu yang terdiri dari; denial (menyangkal) menghindarkan realitas ketidak setujuan dengan mengabaikan atau menolak untuk mengenalinya, proyeksi yaitu mekanisme perilaku dengan menempatkan sifat-sifat batin sendiri pada objek di luar diri atau melemparkan kekurangan diri sendiri pada orang lain, regresi yaitu menghindarkan stres terhadap karakteristik perilaku dari tahap perkembangan yang lebih awal, displacement (mengisar) yaitu mengalihkan emosi yang seharusnya diarahkan pada orang atau benda tertentu ke benda atau orang yang netral atau tidak membahayakan, mencari dukungan sosial seperti keluarga mencari dukunga atau bantuan dari keluarga, tetangga, teman atau keluarga jauh, reframing yaitu mengkaji ulang kejadian stres agar lebih dapat menanganinya dan menerimanya, mencari dukungan spiritual seperti mencari dan berusaha secara spiritual, berdoa, menemui pemuka agama atau aktif pada pertemuan ibadah, dan yang terakhir adalah menggerakkan keluarga untuk dapat menerima bantuan, keluarga berusaha mencari sumber-sumber komunitas dan menerima bantuan orang lain.



Sedangkan mekanisme koping yang berorientasi pada tugas di gunakan untuk menyelesaikan masalah, menyelesaikan konflik dan memenuhi kebutuhan dasar. Terdapat 3 macam reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu; perilaku menyerang (Fight), perilaku menarik diri (withdrawl), dan kompromi (Rasmun, 2004).

Pada perilaku menyerang, individu menggunakan energinya untuk melakukan perlawanan dalam rangka mempertahankan integritas pribadinya. Perilaku yang di tampilkan dapat merupakan tindakan konstruktif maupun destruktif yaitu tindakan agresif (menyerang) terhadap obyek, dapat berupa benda, barang, orang lain atau bahkan terhadap diri sendiri. Sedangkan tindakan konstruktif adalah upaya individu dalam menyelesaikan masalah secara asertif, yaitu dengan kata-kata terhadap rasa ketidak senangannya. Seperti kompromi juga merupakan tindakan konstruktif yang dilakukan oleh individu untuk menyelesaikan masalah. Lazimnya kompromi dilakukan dengan cara bermusyawarah atau negosiasi untuk menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi. Secara umum kompromi dapat mengurangi ketegangan dan masalah dapat diselesaikan.

Perilaku menarik diri adalah perilaku yang menunjukkan pengasingan diri dari lingkungan dan orang lain, jadi secara fisik dan psikologis individu secara sadar pergi meninggalkan lingkungan yang menjadi sumber stressor misalnya; individu melarikan diri dari sumber stres, menjauhi sumber beracun, polusi dan sumber infeksi. Sedangkan

reaksi psikologis individu menampilkan diri seperti apatis, pendiam dan munculnya perasaan tidak berminat yang menetap pada individu (Ramun, 2004).

Selain mekanisme koping, juga di kenal istilah strategi koping. Strategi koping adalah cara yang dilakukan untuk merubah lingkungan atau situasi atau menyelesaikan masalah yang sedang dirasakan/dihadapi (Rasmun, 2004).

Para ahli menggolongkan dua strategi coping yang biasanya digunakan oleh individu, yaitu: problem-solving focused coping, dimana individu secara aktif mencari penyelesaian dari masalah untuk menghilangkan kondisi atau situasi yang menimbulkan stres; dan emotion-focused coping, dimana individu melibatkan usaha-usaha untuk mengatur emosinya dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang akan diitmbulkan oleh suatu kondisi atau situasi yang penuh tekanan. Hasil penelitian membuktikan bahwa individu menggunakan kedua cara tersebut untuk mengatasi berbagai masalah yang menekan dalam berbagai ruang lingkup kehidupan sehari-hari (Lazarus & Folkman, 1984).

Ahyar (2010), menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi strategi koping, yaitu; kesehatan fisik, keyakinan atau pandangan positif, keterampilan memecahkan masalah, keterampilan sosial, dukungan sosial dan materi.

Kesehatan merupakan hal yang penting, karena selama dalam usaha mengatasi stres individu dituntut untuk mengerahkan tenaga yang cukup besar. Sementara itu keyakinan menjadi sumber daya psikologis yang sangat penting, seperti keyakinan akan nasib (external locus of control) yang mengerahkan individu pada penilaian ketidakberdayaan (helplessness) yang akan menurunkan kemampuan strategi coping tipe : problem-solving focused coping.

Pada sisi lain keterampilan juga menjadi salah satu sumber coping, yaitu keterampilan memecahkan masalah dan keterampilan sosial. Keterampilan memecahkan masalah meliputi kemampuan untuk mencari informasi, menganalisa situasi, mengidentifikasi masalah dengan tujuan untuk menghasilkan alternatif tindakan, kemudian mempertimbangkan alternatif tersebut sehubungan dengan hasil yang ingin dicapai, dan pada akhirnya melaksanakan rencana dengan melakukan suatu tindakan yang tepat. Sedangkan keterampilan sosial meliputi kemampuan untuk berkomunikasi dan bertindak laku dengan cara-cara yang sesuai dengan nilai-nilai sosial yang berlaku dimasyarakat. Dukungan sosial dan materi juga merupakan faktor strategi coping.

Dukungan sosial meliputi dukungan pemenuhan kebutuhan informasi dan emosional pada diri individu yang diberikan oleh orang tua, anggota keluarga lain, saudara, teman, dan lingkungan masyarakat

sekitarnya. Sedangkan materi merupakan dukungan sumber daya berupa uang, barang barang dapat dibeli.

3. Karakteristik Mekanisme Koping

Menurut Stuart dan Sundeen (1995) Mekanisme koping juga dapat di golongan menjadi 2 (dua) yaitu: mekanisme koping adaptif dan mekanisme koping maladaptif.

- a. Mekanisme koping adaptif merupakan mekanisme yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktivitas konstruktif (kecemasan yang dianggap sebagai sinyal peringatan dan individu menerima peringatan dan individu menerima kecemasan itu sebagai tantangan untuk di selesaikan).
- b. Mekanisme koping maladaptif adalah mekanisme yang menghambat fungsi integrasi, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah makan berlebihan / tidak makan, bekerja berlebihan, menghindar dan aktivitas destruktif (mencegah suatu konflik dengan melakukan pengelakan terhadap solusi).

4. Faktor Yang Mempengaruhi Mekanisme Koping

Faktor – faktor yang mempengaruhi mekanisme koping
Mekanisme koping seseorang dipengaruhi oleh faktor–faktor

diantaranya : peran dan hubungannya, gizi dan metabolisme, tidur dan istirahat, rasa aman dan nyaman, pengalaman masa lalu, tingkat pengetahuan seseorang, dan lingkungan tempat tinggal (Taylor dan Carol, 1997).

Jadi karakteristik mekanisme coping adalah sebagai berikut :

- a. Adaptif jika memenuhi kriteria sebagai berikut :
 - 1) Masih mampu mengontrol emosi pada dirinya
 - 2) Memiliki kewaspadaan yang tinggi, lebih perhatian pada masalah
 - 3) Memiliki persepsi yang luas
 - 4) Dapat menerima dukungan dari orang lain
- b. Kurang adaptif jika memenuhi kriteria sebagai berikut :
 - 1) Memiliki perasaan yang takut terhadap apa yang terjadi pada dirinya
 - 2) Memiliki perasaan malu terhadap keadaan pada dirinya sendiri
 - 3) Memiliki pikiran yang tidak adekuat atau mispersepsi
- c. Maladaptif jika memenuhi kriteria sebagai berikut :
 - 1) Tidak mampu berfikir apa – apa atau disorientasi
 - 2) Tidak mampu menyelesaikan masalah
 - 3) Perilakunya cenderung merusak



C. Kecemasan

1. Defenisi

Menurut Stuart (2006) Cemas (anxietas) adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Cemas juga reaksi yang normal terhadap stress dan ancaman bahaya.

Menurut Smeltzer (2001) kecemasan merupakan reaksi emosional terhadap persepsi adanya bahaya, baik yang nyata maupun yang hanya dibayangkan. Kecemasan dan ketakutan sering digunakan dengan arti yang sama, tetapi ketakutan biasanya merujuk akan adanya ancaman yang spesifik, sedangkan kecemasan merujuk adanya ancaman yang tidak spesifik.

Carpenito (1999) berpendapat cemas adalah keadaan dimana seseorang mengalami perasaan gelisah, cemas dan aktifitas sistem saraf otonom dalam berespon terhadap ancaman yang tidak jelas dan tidak spesifik.

Menurut Harmoko (2010) kecemasan merupakan salah satu masalah psikologis yang mempengaruhi individu berinteraksi terhadap lingkungannya sehingga memerlukan intervensi keperawatan yang berfokus pada kemampuan coping individu. Menurut teori adaptasi Roy yang memandang individu adalah makhluk biopsikososial sebagai satu kesatuan yang utuh, seseorang dikatakan sehat jika mampu berfungsi untuk memenuhi kebutuhan biologis, psikologis dan sosial

akan tetapi posisi individu pada rentang sehat dan sakit yang terus berubah maka ini berhubungan erat dengan keefektifan coping yang dilakukan untuk memelihara kemampuan beradaptasi. Individu akan berespon terhadap kebutuhan fisiologis yaitu cairan dan elektrolit, sirkulasi dan oksigenasi, nutrisi dan eliminasi, proteksi, neurologi dan endokrin, konsep diri yang menunjukkan pada nilai, kepercayaan, cita-cita serta perhatian yang diberikan untuk mengetahui keadaan fisik, kebutuhan fungsi peran yang menggambarkan hubungan interaksi perorangan dengan orang lain yang tercermin peran dan fungsi secara optimal untuk memelihara integritas diri, serta kemampuan untuk mandiri adalah hubungan seseorang dengan yang lain dan sumber sistem yang memberikan bantuan, kasih sayang, dan perhatian.

Menurut Suliswati (2005) kecemasan tidak dapat dihindarkan dari kehidupan individu dalam memelihara keseimbangan. Pengalaman cemas seseorang tidak sama pada beberapa situasi dan hubungan interpersonal. Hal yang dapat menimbulkan kecemasan biasanya bersumber dari ancaman integritas biologis meliputi gangguan terhadap kebutuhan dasar makan, minum, kehangatan, sex. Dan ancaman terhadap keselamatan diri, seperti tidak menemukan identitas diri, tidak menemukan status prestise, tidak memperoleh pengakuan dari orang lain dan ketidaksesuaian pandangan diri dengan lingkungan nyata.

Kecemasan merupakan faktor terpenting dalam perkembangan personal atau kepribadian dan pembentuk karakter atau sifat individu. Beberapa teori tentang asal kecemasan menurut Stuart & Sundeen (1998), antara lain:

- a. Dalam pandangan psikoanalitik, kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian Id dan super ego, Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang, sedangkan super ego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
- b. Menurut pandangan interpersonal, kecemasan timbul dari perasaan takut karena tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan fisik.
- c. Menurut pandangan perilaku, kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar tentang pembelajaran meyakini bahwa individu yang terbiasa dalam kehidupan dirinya dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukkan ansietas pada kehidupan selanjutnya.

- d. Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan ansietas merupakan hal yang biasa ditemui dalam satu keluarga. Ada tumpang tindih dalam gangguan kecemasan dan antara gangguan cemas dengan depresi.
- e. Kajian biologi menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus yang membantu mengatur ansietas. Reseptor ini memainkan peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan ansietas.

2. Respon Kecemasan

Menurut Suliswati (2005) secara langsung kecemasan dapat diekspresikan melalui respon fisiologis dan psikologis dan secara langsung melalui pengembangan mekanisme koping sebagai pertahanan melawan kecemasan antara lain :

a. Respon fisiologis

Secara fisiologis respon tubuh terhadap kecemasan adalah dengan mengaktifkan sistem saraf otonom (simpatis maupun parasimpatis). Sistem saraf simpatis akan mengaktifasi proses tubuh. Sedangkan sistem saraf parasimpatis akan meminimalkan respon tubuh.

b. Respon psikologis

Kecemasan dapat mempengaruhi aspek interpersonal maupun personal. Kecemasan tinggi akan mempengaruhi koordinasi dan gerak refleks. Kesulitan mendengarkan akan mengganggu hubungan dengan orang lain.



c. Respon kognitif

Kecemasan dapat mempengaruhi kemampuan berfikir baik proses piker maupun isi pikir, diantaranya adalah tidak mampu memperhatikan, konsentrasi menurun, mudah lupa, menurunnya lapangan persepsi dan bingung.

d. Respon afektif

Secara afektif klien akan mempersepsikan dalam bentuk kebingungan dan curiga berlebihan sebagai reaksi emosi dalam kecemasan

3. Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

Thallis (1995) menjelaskan terdapat dua ciri penting yaitu ketidakmampuan mengendalikan pikiran buruk yang berulang-ulang dan kecenderungan berpikir bahwa keadaan akan menjadi semakin buruk.

Faktor yang mempengaruhi kecemasan yaitu frustasi, konflik, ancaman, harga diri, dukungan sosial, dan lingkungan. yang diuraikan sebagai berikut :

a. Frustasi

Frustasi (tekanan perasaan), rintangan terhadap aktivitas yang diarahkan untuk mencapai tujuan tertentu. Frustasi adalah suatu proses yang menyebabkan orang merasa akan adanya hambatan terhadap terpenuhinya kebutuhan-kebutuhannya, atau menyangka bahwa akan terjadi sesuatu hal yang menghalangi keinginannya.

b. Konflik

Adanya dua kebutuhan atau lebih yang berlawanan dan harus dipenuhi dalam waktu yang sama. Konflik adalah terdapatnya dua macam dorongan atau lebih, yang bertentangan satu sama lain, dan tidak mungkin dipenuhi dalam waktu yang sama.

c. Ancaman

Adanya bahaya yang harus diperhatikan. Ancaman merupakan peringatan yang harus diperhatikan dan diatasi agar tidak terlaksana. Keadaan lingkungan yang mengancam atau membahayakan keberadaan, kesejahteraan dan kenyamanan diri seseorang serta kurangnya stimulus pada suatu masyarakat akan menimbulkan perasaan kesepian, kesendirian, dan kecemasan.

d. Harga Diri

Suatu penilaian yang dibuat oleh individu tentang dirinya sendiri dan dipengaruhi oleh interaksinya dengan lingkungannya. Harga diri bukan merupakan faktor yang dibawa sejak lahir tetapi merupakan faktor yang dipelajari dan terbentuk berdasarkan pengalaman yang dimiliki oleh individu-individu yang kurang mempunyai harga diri akan menganggap bahwa dirinya tidak cakap atau cenderung kurang percaya pada kemampuan dirinya dalam menghadapi lingkungan secara efektif dan akhirnya akan mengalami berbagai kegagalan.

e. Dukungan Sosial

Dukungan sosial yang positif berhubungan dengan hilangnya kecemasan, depresi, rasa jengkel, dan gejala-gejala jasmaniah pada orang-orang yang sedang stres.

f. Lingkungan

Faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan adalah lingkungan di sekitar individu. Adanya dukungan dari lingkungan dapat membuat individu berkurang kecemasannya.

4. Tingkat Kecemasan

Tingkat kecemasan menurut Stuart & Sundeen (1998) sebagai berikut :

- a. Kecemasan ringan, berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Kecemasan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.
- b. Kecemasan sedang, memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.
- c. Kecemasan berat, sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal lain.

- d. Tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terpengaruh, ketakutan dan teror. Karena mengalami kehilangan kendali, orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarah. Panik melibatkan disorganisasi kepribadian. Dengan panik, terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran yang rasional. Jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian.

Pada gejala cemas, gejala yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan-keluhan psikik (ketakutan dan kekhawatiran), tetapi dapat pula disertai keluhan-keluhan somatik (fisik). Keluhan-keluhan yang sering dikemukakan oleh orang yang mengalami gangguan kecemasan antara lain sebagai berikut :

- a. Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung.
- b. Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.
- c. Takut sendirian, takut pada keramaian dan banyak orang.
- d. Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan.
- e. Gangguan konsentrasi dan daya ingat.
- f. Keluhan-keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging (tinitus), berdebar-debar, sesak nafas,



gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala dan lain sebagainya.

Selain keluhan-keluhan cemas secara umum diatas, ada lagi kelompok cemas yang lebih berat yaitu gangguan cemas menyeluruh, gangguan panik, gangguan phobik dan gangguan obsesif-kompulsif (Hawari, 2007).

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat atau berat sekali orang menggunakan alat ukur (instrumen) yang dikenal dengan nama Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A), yang terdiri dari 14 kelompok gejala yang masingmasing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik.

Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (score) antara 0-4, yang artinya adalah nilai 0: tidak ada gejala (keluhan), nilai 1: gejala ringan, nilai 2: gejala sedang, nilai 3: gejala berat, nilai 4: gejala berat sekali. Masing-masing nilai angka (score) dari ke 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang yaitu skor <14 = tidak ada kecemasan, skor $14-20$ = kecemasan ringan, skor $21 - 27$ = kecemasan sedang, skor $28 - 41$ = kecemasan berat dan skor $42 - 56$ = kecemasan berat sekali. (Hawari, 2007).

Adapun hal-hal yang dinilai dalam alat ukur HRS-A ini adalah sebagai berikut :

- a. Perasaan cemas, ditandai dengan rasa cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
- b. Ketegangan yang ditandai oleh perasaan tegang, lesu, tidak dapat istirahat dengan tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar, gelisah.
- c. Ketakutan ditandai oleh ketakutan pada gelap, ketakutan ditinggal sendiri, ketakutan pada orang asing, ketakutan pada binatang besar, ketakutan pada keramaian lalu lintas, ketakutan pada kerumunan orang banyak.
- d. Gangguan tidur ditandai oleh sukar masuk tidur, terbangun malam hari, tidak tidur nyenyak, bangun dengan lesu, banyak mimpi-mimpi, mimpi buruk, mimpi yang menakutkan.
- e. Gangguan kecerdasan ditandai oleh sukar konsentrasi, daya ingat menurun, daya ingat buruk.
- f. Perasaan depresi (murung) ditandai oleh hilangnya minat, sedih, bangun dini hari, kurangnya kesenangan pada hobi, perasaan berubah-ubah sepanjang hari.
- g. Gejala somatik/fisik (otot) ditandai oleh sakit dan nyeri di otot-otot kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil.

- h. Gejala somatik / fisik (sensorik) ditandai oleh tinitus (telinga berdenging), penglihatan kabur, muka merah dan pucat, merasa lemas, perasaan ditusuk-tusuk.
- i. Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah) ditandai oleh takikardia (denyut jantung cepat), berdebar-debar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, rasa lesu/ lemas seperti mau pingsan dan detak jantung hilang sekejap (berhenti sekejap).
- j. Gejala respiratori (pernafasan) ditandai oleh rasa tertekan atau sempit di dada, rasa tercekik, nafas pendek dan sesak, sering menarik nafas panjang.
- k. Gejala gastrointestinal (pencernaan) sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri lambung sebelum atau sesudah makan, rasa penuh atau kembung, mual, muntah, buang air besar lembek, sukar buang air besar (konstipasi), kehilangan berat badan.
- l. Gejala urogenital (perkemihan dan kelamin) ditandai oleh sering buang air kecil, tidak dapat menahan air seni, tidak datang bulan (tidak ada haid), darah haid berlebihan, darah haid amat sedikit, masa haid berkepanjangan, masa haid amat pendek, haid beberapa kali dalam sebulan, menjadi dingin (frigid), ejakulasi dini, ereksi melemah, ereksi hilang, impotensi.
- m. Gejala autonom ditandai oleh mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, kepala pusing, kepala terasa berat, kepala terasa sakit, bulu-bulu berdiri.

- n. Tingkah laku (sikap) pada wawancara, ditandai oleh gelisah, tidak tenang, jadi gemetar, kerut kening, muka tegang, otot tegang atau mengeras, nafas pendek dan cepat, muka merah.

Alat ukur ini bukan dimaksudkan untuk menegakkan diagnosa gangguan cemas. Diagnosa gangguan cemas ditegakkan dari pemeriksaan klinis oleh dokter (psikiater), sedangkan untuk mengukur derajat berat ringannya gangguan cemas itu digunakan alat ukur HRS-A (Hawari, 2007).

Berikut tanda dan gejala berdasarkan klasifikasi tingkat kecemasan kecemasan yang timbul secara umum adalah:

a. Tanda fisik

- 1). Cemas ringan dengan ciri: gemetaran, renjatan, rasa goyang, ketegangan otot, nafas pendek, hiperventilasi, mudah lelah
- 2). Cemas sedang dengan ciri: sering kaget, hiperaktifitas autonomic, wajah merah dan pucat.
- 3). Cemas berat dengan ciri: takikardi, nafas pendek, hiperventilasi, berpeluh, tangan terasa dingin
- 4). Panik dengan ciri: diare, mulut kering (xerostomia), sering kencing, parestesia (kesemutan pada kaki dan tangan), sulit menelan.

b. Gejala psikologis

- 1). Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung.

- 2). Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.
- 3). Sulit konsentrasi, hypervigilance (siaga berlebihan)
- 4). Takut sendirian, takut pada keramaian dan banyak orang
- 5). Gangguan pola tidur, mimpi – mimpi yang menegangkan
- 6). Gangguan konsentrasi dan daya ingat
- 7). Libido menurun
- 8). Rasa menganjat di tenggorokan
- 9). Rasa mual di perut

6. Penilaian Kecemasan

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 ada

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dan item 14 dengan hasil:

- a. Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan.
- b. Skor 7 – 14 = kecemasan ringan.
- c. Skor 15 – 27 = kecemasan sedang.
- d. Skor lebih dari 27 = kecemasan berat

D. Hemodialisa

1. Definisi.

Menurut Brunner & Suddarth (2002) Hemodialisa merupakan suatu proses yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dalam tubuh kita, ginjal tidak mampu melaksanakan proses tersebut.

Menurut Rahardjo (2006) Dialisa adalah suatu tindakan terapi pada perawatan gagal ginjal terminal. Tindakan ini sering juga disebut sebagai terapi pengganti karena berfungsi menggantikan sebagian fungsi ginjal.

Menurut Ketua Yayasan peduli ginjal (Dr. Rully Roesli: 2008) sistim Dialisa bagi klien gagal ginjal terminal merupakan satu – satunya cara untuk dapat mempertahankan kehidupan dan kesejahteraan klien sampai batas maksimal. Pengobatan lain seperti pencangkokan transplantasi ginjal masih terbatas karena banyak kendala, banyak yang harus dihadapi, diantaranya ketersediaan donor ginjal, tehnik operasi dan juga perawatan pada waktu pasca operasi.

2. Proses Hemodialisa

Menurut Brunner & Suddarth (2002) pada hemodialisa aliran darah yang penuh dengan toksin dan limbah nitrogen dialirkan dari tubuh klien ke dialiser tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan lagi ketubuh klien.

Sebagian besar dialisis merupakan lempengan rata atau ginjal serat artificial berongga berisi ribuan tubulus selafan yang halus, yang bekerja sebagai membrane semi permiabel. Aliran darah akan melewati tubulus tersebut. Sementara cairan dialisat bersirkulasi disekelilingnya, pertukaran limbah dari darah kedalam cairan dialisat akan terjadi melalui membrane semi permiabel tubulus.

Ada tiga prinsip yang mendasari kerja hemodelisa Yaitu : Difusi, Osmosis, dan Ultra Filtrasi. Toksin dan zat limbah didalam darah dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi ke cairan dialisat tersusun dari semua elektrolit yang penting dengan konsentrasi ekstrasel yang ideal. Kadar elektrolit darah dapat dikendalikan dengan pori – pori kecil ke dalam membrane semi permiabel tidak memungkinkan lolosnya sel darah merah dan protein.

Air yang berlebihan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradient, dengan kata lain air bergerak dari darah dengan tekanan yang lebih tinggi (tubuh klien), ke tekanan yang lebih rendah (cairan dialisat). Gradien ini dapat ditinggalkan melalui penambahan tekanan negative diterapkan pada alat ini sebagai kekuatan pengisap pada membrane dan memfiltrasikan pengeluaran air, karena klien tidak dapat mengekresikan air, kekuatan ini diperlukan untuk mengeluarkan cairan hingga mencapai isovolemia (keseimbangan cairan).

Menurut Brunner & Suddarth (2002) System dapar (buffer System) tubuh dipertahankan dengan penambahan asetat yang akan berdifusi dari cairan dialisat ke dalam darah pasien dan mengalami metabolisme untuk membentuk karbohidrat. Darah yang sudah dibersihkan kemudian dikembalikan kedalam tubuh melalui pembuluh vena klien.

Menurut Kumpulan Jurnal Penelitian Perawat Ginjal RSCM (2002) pada akhir terapi dialisis, banyak zat limbah telah dikeluarkan keseimbangan elektrolit sudah dipulihkan dari system dapar juga telah diperbaharui pada saat dialisis klien dialiser dan rendaman dialisat memerlukan pemantauan yang konstan untuk mendeteksi berbagai komplikasi yang dapat terjadi (Misalnya ; Emboli udara, Ultrafiltrasi yang tidak adekuat, atau berlebihan, hipotensi, kram, muntah), perembesan darah, kontaminasi dan komplikasi terbentuknya Pirao, (Fistula). Perawat dalam unit dialisis memiliki peranan yang penting dalam memantau serta memberikan dukungan kepada klien dalam melaksanakan program pengkajian dan pendidikan klien yang berkelanjutan.

Menurut Brunner & Suddarth (2002) Akses pada sirkulasi darah klien, kateter subklavia dan femoralis akses segera kedalam sirkulasi darah klien pada hemodialisa darurat dapat dicapai melalui kateterisasi subklavia untuk pemakaian sementara. Kateter dari lumen atau multi lumen dimasukan ke dalam vena subkalvia, meskipun metode akses

vaskuler ini bukannya tanpa resiko, misalnya dapat menyebabkan cedera vaskuler ini seperti hematoma, pnemothorak infeksi, thrombosis vena subklavia dan aliran darah yang tidak adekuat. Namun metode tersebut biasanya dapat digunakan selama beberapa minggu. Kateter femoralis dapat dimasukkan kedalam pembuluh darah femoralis untuk pemakaian segera dan sementara.

Menurut Sudoyo W (2006) tindakan hemodialisa yang berlangsung lama (seumur hidup) dapat menimbulkan berbagai macam masalah baik fisik yang sering terjadi adalah hiperpigmentasi kulit (kulit semakin hitam), rambut rontok dan sebagainya secara psikologis klien mungkin saja merasa bosan dan jenuh dengan tindakan yang berulang dan bahkan ada sebagian pasien yang tidak dapat menerima keadaan dirinya selama menjalani hemodialisa.

3. Penatalaksanaan Pasien Yang Menjalani Hemodialisa Jangka Panjang.

a) Diet dan masalah cairan

Diet merupakan faktor penting bagi klien yang menjalani hemodialisis, mengingat adanya efek uremia. Apabila ginjal yang rusak tidak mampu mengkreasikan produk akhir metabolisme, substansi yang bersifat asam ini akan menumpuk dalam serum pasien dan bekerja sebagai racun atau toksin. Diet rendah protein akan mengurangi penumpukan limbah nitrogen, pembatasan cairan juga merupakan diet bagi klien GJK.

b) Kebutuhan energy

Energi minimal 35 k cal/kg berat badan ideal sedangkan protein 1,2 gram/kg berat badan ideal 50 % di anjurkan bernilai biologi tinggi. Asupan protein sulit di penuhi apabila pasien tidak ada nafsu makan karena kehilangan cita rasa.

c) Garam dan air

Garam dan air perlu perhatian khusus, karena berat badan interdialitik kadang tidak terkendali. Anjuran kenaikan berat badan adalah tidak lebih dari 5 % berat badan membatasi asupan cairan berdasarkan jumlah urine yang keluar selama 24 Jam di tambah air yang keluar melalui keringat atau pernafasan berkisar 500 ml. Semua makanan yang mencair di perhitungkan sebagai air. Menurut Brunner & Suddarth (2002) Garam perlu dikurangi tergantung jumlah urine, apabila jumlah urine 500 ml, maka natrium yang dibutuhkan adalah 1500 mg Na⁺ 1000 mg Na⁻ (penambahan Na untuk urine 500 ml) = 2000 mg Na setara dengan ± 5 gram NaCl (garam dapur).

4. Komplikasi Dari Hemodialisa

Hipotensi dapat terjadi selama terapi dialysis ketika cairan dikeluarkan. Emboli udara merupakan komplikasi yang jarang terapi dapat saja terjadi jika udara memasuki sistem vaskuler klien. Nyeri dada, dapat terjadi karena Pco₂ menurun bersamaan dengan

terjadinya sirkulasi darah diluar tubuh. Pruritus dapat terjadi selama terapi dialisis ketika produk akhir metabolisme meninggalkan kulit. Gangguan keseimbangan elektrolit, terjadi karena perpindahan cairan serebral dan muncul sebagai serangan kjang. Komplikasi ini kemungkinan terjadi lebih besar jika terdapat gejala uremia yang berat. Kram otot yang nyeri terjadi ketika cairan dan elektrolit dengan cepat meninggalkan ruang ekstrasel. Mual dan muntah merupakan peristiwa yang sering terjadi.

5. Kriteria Hidup Klien Hemodialisa Berkualitas.

Menurut Hanny H. (2002) hemodialisa dilakukan untuk dapat memperpanjang hidup klien penyakit ginjal terminal, hal ini dapat dipantau dengan mempertahankan klien dalam kondisi keseimbangan nitrogen positif, mengurangi gejala uremia, dan memiliki energy nutrisi yang adekuat kualitas hidup yang optimal, dan tidak mengganggu gaya hidup klien..

Dalam jurnal Keperawatan ginjal Indonesia, kriteria untuk menentukan hidup klien berkualitas antara lain :

a) *Adequate dialysis*

Menurut PERNEFRI, 2003 (Perhimpunan Nefrologi Indonesia). Dialisis dapat disebut adekuat bila klien mengkonsumsi diet protein tepat dan tidak terjadi tanda – tanda uremia. Disamping itu keseimbangan cairan, dan elektrolit, asam basah, kepatuhan terhadap program pengobatan dan toleransi terhadap

program terapi pengganti ginjal, merupakan bagian dari adekuat dialysis secara konvensional pengurangan adekuasi didasarkan Kt/v ditentukan dengan pengukuran dosis HD yang terlaksana (delivery dose) target Kt/v yang ideal adalah 1,2 (URR 65), untuk HD 2x perminggu selama 4 – 5 perkali HD. Frekwensi pengukuran adekuasi HD sebaiknya dilakukan secara berkala (ideal 1 x tiap bulan).

b) *Adequate fluid balance.*

Data dasar dilakukan untuk mengetahui keseimbangan cairan pada tubuh klien hemodialisa. Data keseimbangan cairan ini dikaji secara berkala, penambahan berat badan akibat penambahan masa otot perlu dibedakan dari penambahan berat badan tiap pagi dan pengukuran jumlah minum dari urine 24 Jam.

c) *Adequate nutrition.*

Menurut *overt behavior* (Soekijo 2007) Ahli gizi berwenang untuk menyampaikan program diet dan tindakan lanjutan, akan tetapi karena klien lebih banyak berhubungan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang yang dapat dilihat secara langsung. Pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi melalui pendidikan yang pernah didapatkannya maupun dari segala sumber info menunjang sehingga dapat menambah wawasan dan pengetahuan orang tersebut. Diharapkan dengan pengetahuan



yang baik akan suatu hal tertentu akan timbul suatu tindakan yang mengarah pada perbaikan kesehatan seseorang.

Notoatmodjo (2007) mengatakan bahwa pengetahuan sifatnya terselubung dan perilaku kesehatan individu cenderung dipengaruhi oleh kepercayaannya daripada berdasarkan pada pengetahuan biologi. Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasarka oleh pengetahuan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974 dalam Soekidjo Notoatmodjo 2007 hal 140), mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi pelaku baru, didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan Yaitu :

- 1) *Awareness* (Kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- 2) *Interes* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut.
- 3) *Evaluation* (menimbang – nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.
- 4) *Trial* (mencoba) dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki stimulus.

d) Analisis (*Analysis*)

Pada tingkatan ini seseorang telah dapat menggambarkan dan memisahkan, kemudian, mencari hubungan antara komponen – komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek, sebagai contoh seseorang telah dapat menganalisa bahwa hidup sehat benar – benar dapat mengatasi segala penyakit dan mencegah komplikasi.

e) Sintesis (*Syntetis*)

Pada tingkatan ini menuntut seseorang untuk dapat merangkum makna dan dapat meletakkannya pada suatu hubungan yang logis dari pengetahuan yang dimiliki sebagai contoh seseorang telah dapat merangkum kegiatan dan dapat merubah perilaku hidup sehat dalam kehidupan sehari – hari.

f) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi pengetahuan seseorang telah dapat membuat Justifikasi terhadap suatu objek berdasarkan criteria yang ditentukan sendiri atau dari norma yang berkembang dari seseorang, misalnya telah dapat menilai apakah seseorang telah berhasil dalam melakukan perubahan, sehingga layak untuk dilanjutkan.

Menurut Notoatmodjo (2007) pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang diukur dari subjek penelitian atau

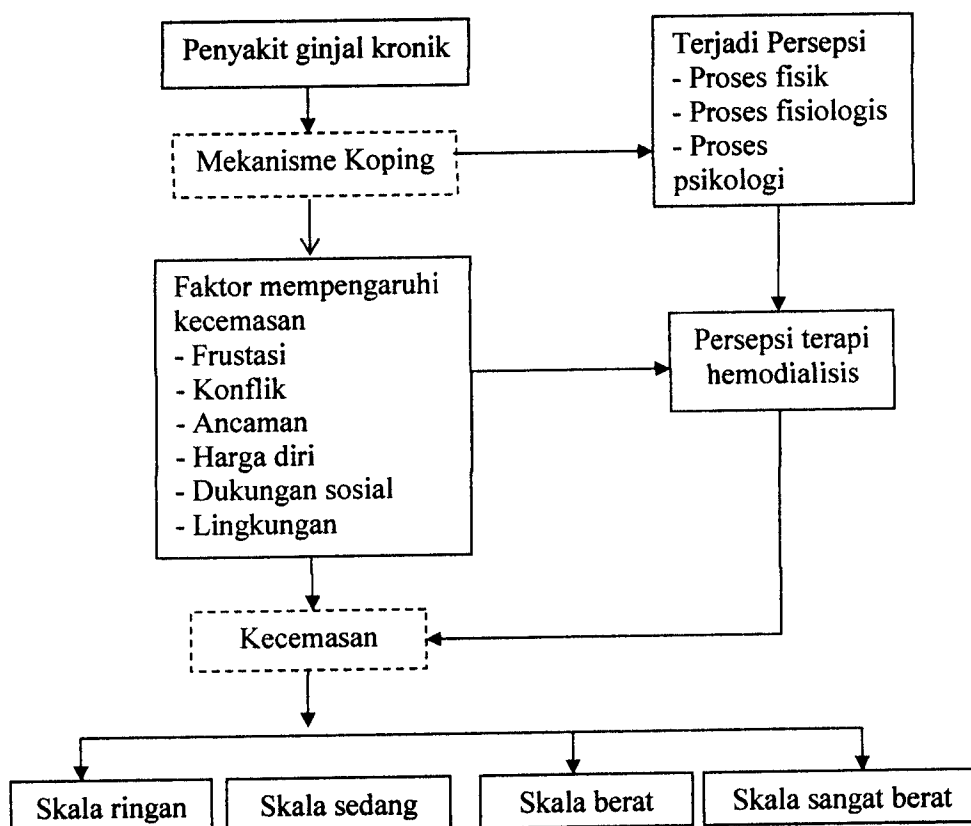
responden. Kedalam pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan tingkatan diatas.

E. Kerangka Teoritis

Kebutuhan akan pelayanan keperawatan timbul saat klien tidak dapat beradaptasi dengan tekanan lingkungan internal dan eksternal misalkan pada tingkat adaptasi pada klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis, pada kondisi lelah dan emosi yang tidak stabil yang disebabkan oleh frekuensi terapi hemodialisis dan komplikasi yang diakibatkan dari terapi tersebut sehingga akan menimbulkan frustasi, konflik didalam individu sendiri serta adanya perasaan terancam terhadap keselamatan dirinya karena penyakit gagal ginjal kronik, timbul masalah harga diri karena tidak dapat melakukan aktivitas, peran dan fungsinya secara optimal seperti saat klien masih sehat, maka dukungan sosial sangat dibutuhkan oleh klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.

Kecemasan akan dirasakan oleh klien apabila faktor-faktor tersebut tidak dapat diatasi akan muncul respon fisiologis dimana secara fisik tubuh akan memberikan respon misalnya terjadi gangguan nutrisi, eliminasi dan sebagainya, respon psikologis kecemasan akan mempengaruhi gerak reflek sehingga akan mengganggu hubungan dengan orang lain, respon kognitif yaitu dapat mempengaruhi kemampuan berpikir diantaranya mudah lupa, menurunnya lapang

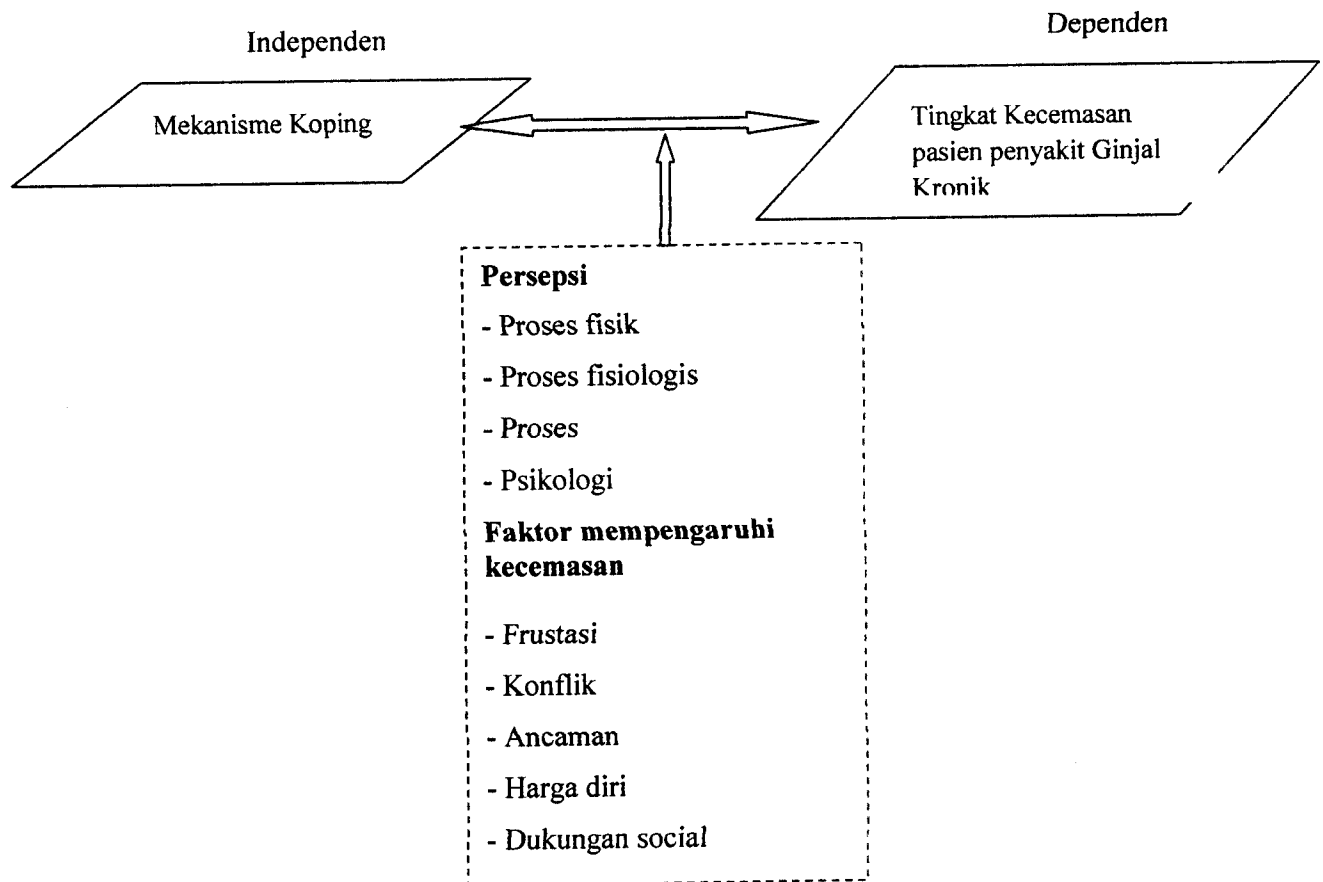
persepsi dan bingung karena mengalami tingkat kebosanan yang tinggi karena pengobatan yang dilakukan seumur hidup. Klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis akan memandang bahwa penyakitnya sangat berat karena frekuensi pengobatan yang terus menerus dan komplikasi dari pengobatan tersebut, maka makin besar ancaman yang dirasakan klien yang dapat mempengaruhi kecemasan sehingga akan menimbulkan stimulus yang akhirnya timbul suatu persepsi dengan melalui beberapa proses yaitu fisik, fisiologis, dan psikologis. Persepsi sangat mempengaruhi klien untuk mengambil keputusan atau tindakan dengan melihat keuntungan dan komplikasi yang diakibatkan pengobatan tersebut.



Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian
Sumber Modifikasi Roy (1979)

F. Kerangka Konsep

Berdasarkan konsep pemikiran peneliti menyusun pola pikir variable sebagai berikut :



Skema 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan :

- = Variabel yang diteliti
- = Variabel yang tidak diteliti

G. Definisi Operasional Variabel

Tabel 2.1 Definisi Operasional

Variabel	Defenisi Operasional	Alat Ukur	Skala	Skor
1. Mekanisme koping	Respons pasien terhadap situasi yang mengancam.	Menggunakan kuesioner dengan 20 pertanyaan. Dengan kategori: 1 = Tidak Pernah 2 = Pernah 3 = Kadang-kadang 4 = Sering 5 = Selalu	Ordinal	Skor tertinggi 80, skor terendah 20. Untuk kepentingan deskripsi dikategorikan sebagai berikut: koping maladaptif = skor < 50, koping adaptif = skor ≥ 50
2. Tingkat kecemasan	Reaksi emosional terhadap adanya persepsi bahaya.	Dengan menggunakan checklist yang diadaptasi dari HARS (Hamilton Anxiety Rating scale). Dengan kategori: 0 = tidak ada 1 = ringan 2 = sedang 3 = berat 4 = berat sekali	Ordinal	Skor tertinggi 40, Skor terendah 10. Untuk kepentingan deskripsi tingkat kecemasan dikelompokkan sbb : Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan. Skor 7 – 14 = kecemasan ringan. Skor 15 – 27 = kecemasan sedang. Skor lebih dari 27 = kecemasan berat

BAB III METODE PENELITIAN



A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian observasional dengan studi *cross sectional*, studi *cross sectional* adalah suatu penelitian mempelajari hubungan antara factor risiko (independen) dengan factor efek (dependen) dimana melakukan observasi pada waktu yang sama (Sastroasmoro, 2007).

Studi *cross sectional* peneliti melakukan observasi dan pengukuran terhadap variable bebas (Mekanisme coping) dan variable terikat (tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik) pada subjek penelitian sebanyak satu kali penelitian kuisioner dalam waktu yang sama.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura , Kelurahan Bhayangkara Distrik Jayapura Utara Kota Jayapura. Waktu penelitian dilaksanakan pada tanggal 01 Juni sampai dengan tanggal 30 Juni tahun 2013.

C. Objek Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah sejumlah besar subjek yang mempunyai karakteristik tertentu (Sastroasmoro, 2002) dan menurut Arikunto (dalam Notoatmodjo, 2005) populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau

obyek yang akan diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Jayapura yang berjumlah 32 pasien gagal ginjal kronik.

2. Sampel

Pengertian sampel menurut Suharsimi Arikunto (2006) adalah bagian dari populasi (sebagian atau wakil populasi yang diteliti). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah total sampling. Total sampling adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2007). Alasan mengambil total sampling karena menurut Sugiyono (2007) jumlah populasi yang kurang dari 100 seluruh populasi dijadikan sampel penelitian semuanya. Sampel penelitian ini adalah pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Jayapura sebanyak 32 pasien gagal ginjal kronik dengan kriteria sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi

- 1) Pasien yang bersedia menjadi responden
- 2) Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.
- 3) Pasien yang berusia 17 tahun ke atas.

b. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien gagal ginjal kronik yang tidak menjalani terapi hemodialisis.
- 2) Pasien yang berusia di bawah 17 tahun.
- 3) Pasien yang tidak bersedia menjadi responden

D. Instrumen Penelitian

Pengumpulan data atau instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa kuesioner, yang terdiri atas:

1. Kuesioner A berisi pertanyaan identitas responden berupa data demografi responden yang terdiri dari nomer responden, usia responden, jenis kelamin, dan lama responden di rawat.
2. Kuesioner B berisi pertanyaan-pertanyaan terkait dengan mekanisme koping yang dilakukan pasien penyakit ginjal kronik RSUD jayapura.
3. Kuesioner C berisi pertanyaan-pertanyaan untuk mengukur tingkat kecemasan pasien penyakit ginjal kronik RSUD jayapura.

Kuesioner penelitian untuk mengetahui tingkat kecemasan menggunakan kuesioer baku menurut HARS, sedangkan kuesioner untuk menilai makanisme koping modifikasi dari skripsi M. Nawawi (2006). Kisi – kisi instrument untuk kuesioner kemampuan kognitif dan tingkat kecemasan dapat dilihat pada tabel 3.1.

Tabel 3.1 Kisi – kisi Penelitian

No	Variabel	Dimensi	Nomer Pertanyaan	Jumlah Pertanyaan
1	Mekanisme Koping	Adaptif	1,2,3,5,6,7,11,12,13,14,17,18	12
		Mal adaptif	4,8,9, 10,15,16,19,20	8
2	Kecemasan		1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	10

E. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara menyebarkan kuesioner pada sampel pasien gagal ginjal kronik menjalani hemodialisa yang mau menjadi responden dan menandatangani *informed consent*. Kuesioner berisi tentang pertanyaan – pertanyaan pilihan ganda persepsi pasien tentang mekanisme coping berjumlah 20 item. Peneliti melakukan sendiri dalam melakukan pengambilan data dengan terlebih dahulu meminta ijin dari Direktur, pihak Litbang, Kepala Unit Rawat Inap serta Kepala Ruangan hemodialisa RSUD Jayapura.

Proses penelitian ini telah dilaksanakan dan dilakukan melalui tahap sebagai berikut:

1. Mengurus surat perizinan dari Direktur RSUD Jayapura. Setelah memperoleh ijin untuk melakukan penelitian peneliti mendatangi responden sebagai sampel penelitian untuk dimintakan persetujuan dalam mengikuti penelitian.
2. Peneliti memberikan informasi tujuan serta keikutsertaan responden dalam kegiatan penelitian, dan bagi yang setuju mengikuti penelitian diminta untuk menandatangani lembar persetujuan penelitian (*informed consent*).
3. Peneliti membagikan kuesioner penelitian kepada responden dan meminta untuk mengisi seluruh pertanyaan yang tersedia dalam kuesioner.

4. Peneliti meminta kepada responden agar kuesioner yang sudah diisi lengkap dikembalikan kepada peneliti untuk di olah datanya dan lembar kuesioner setelah di olah akan di bakar agar terjaga kerahasiannya.

F. Pengolahan Data Dan Analisa Data

1. Pengolahan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan instrument berupa alat ukur angket atau kuesioner. Setelah data terkumpul dari lembar kuesioner maka dilakukan pengolahan data dengan tahap penyuntingan (*editing*), pengkodean (*coding*), tabulasi (*tabulating*).

a) Editing

Editing merupakan kegiatan memeriksa kembali data yang terkumpul yang telah diisi pada saat pengumpulan data (Fajar, 2009). Editing adalah langkah pertama, dalam hal ini peneliti memeriksa kembali semua kuesioner yang telah terkumpul satu per satu. Apakah semua jawaban responden dapat dibaca, apakah semua pertanyaan di jawab, dan apakah hasil yang diperoleh sesuai dengan petunjuk. Jika belum, kuesioner dikembalikan untuk dilengkapi oleh responden.

b) Coding

Merupakan kegiatan merubah data kedalam bentuk-bentuk yang lebih ringkas dengan menggunakan kode tertentu (Fajar, 2009).

Hal ini dilakukan untuk memudahkan dalam pengolahan data, semua jawaban atau data perlu disederhanakan yaitu dengan symbol-simbol tertentu untuk setiap jawaban (pengkodean). Pengkodean dilakukan dengan memberi nomor halaman, daftar pertanyaan, nomor variabel, nama variabel dan kode.

c) Tabulasi data

Pada tahap ini yaitu memasukkan data-data hasil penelitian ke dalam tabel-tabel sesuai kriteria yang telah ditentukan.

d) Entri data

Yaitu proses memasukkan data kedalam kategori tertentu untuk dilakukan analisis data dengan menggunakan bantuan computer program SPSS 17.

e) Cleaning

Cleaning (pembersihan data) merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di entry, dengan maksud untuk mengetahui apakah data tersebut terdapat kesalahan atau tidak baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode, kesalahan juga dimungkinkan terjadi pada saat memasukkan data ke computer (Hastono, 2007). Pengecekan kembali terhadap kemungkinan adanya data yang invalid, sehingga data yang salah diperbaiki dan kemudian dianalisis.



2. Analisa Data

a. Analisa univariat

Analisis univariat bertujuan untuk memberi penjelasan atau mendeskripsikan karakteristik dari masing-masing variabel yang akan diteliti. (Hastono, 2011). Pada penelitian ini analisis univariat akan menghasilkan distribusi dan persentasi dari variable yang diteliti.

b. Analisa Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Kegunaan analisa bivariat ini adalah untuk mengetahui sejauh mana hubungan atau adakah hubungan yang signifikan antara dua variabel yang diteliti, atau juga dapat digunakan untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok atau sampel yang diteliti. (Hastono, 2011).

Data yang telah terkumpul selanjutnya diolah dengan menggunakan uji statistic untuk penilaian hubungan mekanisme koping terhadap tingkat kecemasan dengan tingkat signifikansi $\alpha \leq 0,05$ uji yang digunakan adalah *chi square*. Seluruh tehnik pengolahan data statistik dilakukan secara komputerisasi dengan menggunakan SPSS versi 16.

G. Etika Dalam Penelitian

Etika penelitian memiliki berbagai macam prinsip, etika penelitian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan prinsip-prinsip etika menurut (Polit & Beck, 2004) yang terdiri dari :

1. Otonomi (*Autonomy*), peneliti menghormati otonomi partisipan, peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak responden untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian.
2. Keadilan (*justice*). Untuk memenuhi prinsip keterbukaan, penelitian dilakukan secara jujur, hati-hati, profesional, berperikemanusiaan, dan memperhatikan faktor-faktor ketepatan, keseksamaan, kecermatan, intimitas, psikologis serta perasaan religius subyek penelitian.
3. Tidak merugikan (*Nonmaleficence*), peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi responden dan dapat digeneralisasikan di RSUD Jayapura.
4. Kerahasiaan (*Confidentiality*), pada dasarnya penelitian akan memberikan akibat terbukanya informasi individu termasuk informasi yang bersifat pribadi. Sedangkan, tidak semua orang menginginkan informasinya diketahui oleh orang lain, sehingga peneliti perlu memperhatikan hak-hak dasar individu tersebut.

H. Jadwal Penelitian

Penelitian yang dilakukan ini dimulai pada bulan Februari minggu pertama sampai dengan bulan Juni minggu pertama tahun 2013, yang dimulai dengan kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil dan penulisan laporan penelitian, jadwal waktu penelitian dapat dilihat pada Lampiran.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum RSUD Jayapura

Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura milik Pemerintah Propinsi Papua, dimana pimpinan Rumah Sakit bertanggung jawab kepada Gubernur mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan rumah sakit dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan profesi kesehatan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat, dengan salah satu fungsinya adalah pelayanan keperawatan.

Visi RSUD Jayapura adalah” Menjadikan Rumah Sakit Terbaik Di Tanah Papua Pada Tahun 2016”

Misi RSUD Jayapura adalah:

1. Melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan atas dasar standar pelayanan profesi
2. Mewujudkan sumber daya manusia keperawatan professional
3. Melaksanakan pendidikan dan penelitian keparawatan yang menjaga pelayanan prima
4. Menciptakan suasana kerja yang serasi sesama tenaga perawat sehingga memiliki rasa kebersamaan, rasa disiplin dan tanggung jawab yang tinggi



5. Melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan dengan sarana dan prasarana yang memadai dalam menunjang pelayanan asuhan keperawatan

Falsafah RSUD Jayapura adalah:

1. Meyakini mampu memberikan asuhan pelayanan keperawatan berdasarkan standar, Iptek, dan Riset keperawatan.
2. Meyakini tenaga perawat mampu memberikan pelayanan asuhan keperawatan yang bertanggung jawab.
3. Meyakini bahwa setiap pasien yang mendapat pelayanan asuhan keperawatan adalah makhluk sosial yang unik dan mempunyai harkat dan martabat.
4. Meyakini mampu menyiapkan sumber daya manusia keprawatan, sarana dan prasarana dalam menunjang pelayanan asuhan keperawatan.

RSUD jayapura merupakan rumah sakit dengan klasifikasi jumlah tempat tidur sebanyak 205 TT, 320 ruang rawat inap dengan BOR mencapai 66,57%, dan didukung oleh jumlah tenaga perawat sebanyak 166 Orang. Perawat yang tigkat pendidikannya S1 keperawatan atau Ners sebanyak 34 orang, D III Keperawatan 129 orang, dan DIV Keperawatan ada 3 orang.

Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa yaitu diruangan khusus yang terdapat alat-alat untuk hemodialisa. Saat ini di ruangan hemodialisa terdapat tenaga perawat 4 orang. Alat yang tersedia

di ruangan hemodialisa hanya 5 alat, dan jadwal terapi hemodialisa setiap hari waktunya pagi dan sore.

B. Hasil Penelitian

1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik responden (Usia, Pendidikan, Jenis kelamin, Pekerjaan) dan mendeskripsikan mekanisme koping dan tingkat kecemasan pasien penyakit ginjal kronik. Berikut ini uraian hasil analisis univariatnya.

a) Usia Responden

Karakteristik usia pasien merupakan data kategorik yang dianalisa dengan menggunakan distribusi frekuensi. Hasil distribusinya disajikan pada tabel 4.1 berikut:

Tabel 4.1
Distribusi Frekuensi Usia Pasien Penyakit Ginjal Kronik
di RSUD Jayapura

Karakteristik Usia	Frekuensi	Persentase (%)
< 45 Tahun	19	59,4
≥ 45 Tahun	13	40,6
JUMLAH	32	100

Sumber: Data primer 2013

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan bahwa usia responden di RSUD Jayapura < 45 Tahun sebanyak 19 orang (59,4%) dan ≥ 45 Tahun sebanyak 13 orang (40,6%).

b) Pendidikan Responden

Karakteristik pendidikan keluarga merupakan data kategorik yang dianalisa dengan menggunakan distribusi frekuensi. Hasil distribusinya disajikan pada tabel 4.2 berikut:

Tabel 4.2
Distribusi Frekuensi Pendidikan Pasien Penyakit Ginjal Kronik di RSUD Jayapura

Karakteristik Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
SD	-	-
SMP	3	9,4
SMA	14	43,8
Diploma/Sarjana	15	46,9
JUMLAH	32	100

Sumber: Data primer 2013

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa karakteristik pendidikan pasien di RSUD Jayapura yang berpendidikan SD tidak ada, pendidikan SMP sebanyak 3 orang (9,4%), pendidikan SMA sebanyak 14 orang (43,8%), pendidikan Diploma/Sarjana sebanyak 15 orang (46,9%).

c) Jenis Kelamin Responden

Karakteristik jenis kelamin pasien merupakan data kategorik yang dianalisa dengan menggunakan distribusi frekuensi. Hasil distribusinya disajikan pada tabel 4. 3 berikut:

Tabel 4.3
Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Pasien Penyakit Ginjal Kronik di RSUD Jayapura

Karakteristik Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-laki	12	37,5
Perempuan	20	62,5
JUMLAH	32	100

Sumber: Data primer 2013

Dari tabel 4.3 diatas menunjukkan bahwa jenis kelamin pasien di RSUD Jayapura yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 12 orang (37,5%) dan berjenis kelamin perempuan sebanyak 20 orang (62,5%).

d) Pekerjaan Responden

Karakteristik pekerjaan merupakan data kategorik yang dianalisa dengan menggunakan distribusi frekuensi. Hasil distribusinya disajikan pada tabel 4.4 berikut:

Tabel 4.4
Distribusi Karakteristik Pekerjaan Pasien Penyakit Ginjal Kronik di RSUD Jayapura

Karakteristik Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
PNS	10	31,2
Wiraswasta	22	68,8
JUMLAH	32	100

Sumber: Data primer 2013

Dari tabel 4.4 diatas menunjukkan bahwa pekerjaan pasien di RSUD Jayapura yang pekerjaannya PNS sebanyak 10 orang (31,2%), pekerjaan wiraswasta sebanyak 22 orang (68,8%).

e) Terapi Hemodialisa Responden

Terapi hemodialisa merupakan data kategorik yang dianalisa dengan menggunakan distribusi frekuensi. Hasil distribusinya disajikan pada tabel 4.5 berikut:

Tabel 4.5
Distribusi Terapi Hemodialisa Pasien Penyakit Ginjal Kronik di RSUD Jayapura

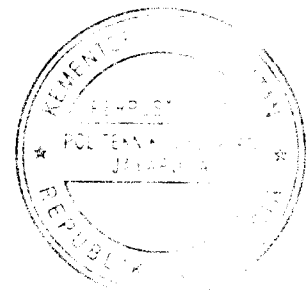
Terapi Hemodialisa	Frekuensi	Persentase (%)
2x Seminggu	10	31,2
3x Seminggu	22	68,8
JUMLAH	32	100

Sumber: Data primer 2013

Dari tabel 4.5 diatas menunjukkan bahwa pasien mengikuti terapi hemodialisa di RSUD Jayapura yang 2x seminggu sebanyak 10 orang (31,2%), mengikuti terapi hemodialisa 3 x seminggu sebanyak 22 orang (68,8%).

f) Variabel Mekanisme Koping

Mekanisme koping merupakan data kategorik yang dianalisa dengan menggunakan distribusi frekuensi. Hasil distribusinya disajikan pada tabel 4.6 berikut:



Tabel 4.6
Distribusi Variabel Mekanisme Koping Pasien Penyakit Ginjal Kronik
di RSUD Jayapura

Mekanisme Koping	Frekuensi	Persentase (%)
Maladaptif	19	59,4
Adaptif	13	40,6
JUMLAH	32	100

Sumber: Data primer 2013

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan bahwa mekanisme koping pasien di RSUD Jayapura mekanisme koping maladaptif sebanyak 19 orang (59,4%), sedangkan pasien mekanisme koping adaptif sebanyak 13 orang (40,6%).

g) Variabel Tingkat Kecemasan

Tingkat kecemasan merupakan data kategorik yang dianalisa dengan menggunakan distribusi frekuensi. Hasil distribusinya disajikan pada tabel 4.7 berikut:

Tabel 4.7
Distribusi Variabel Tingkat Kecemasan Pasien Penyakit Ginjal Kronik
di RSUD Jayapura

Tingkat Kecemasan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak ada kecemasan	-	-
Kecemasan ringan	15	21,9
Kecemasan sedang	17	78,1
Kecemasan berat	-	-
JUMLAH	32	100

Sumber: Data primer 2013

Berdasarkan tabel 4.7 menunjukkan bahwa tingkat kecemasan pasien di RSUD Jayapura yang mengalami kecemasan ringan

sebanyak 15 orang (46,9%), sedangkan pasien yang mengalami kecemasan sedang sebanyak 17 orang (53,1%).

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah menguji hubungan 2 variabel yaitu variabel independen mekanisme koping dan variabel dependen tingkat kecemasan. Uji statistik yang digunakan adalah *Chi Square* dengan ketentuan $P\text{ value} < 0,05$. Berikut ini uraian hasil analisis bivariatnya.

a. Hubungan Mekanisme Koping Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Jayapura

Tabel 4.8
Hubungan Mekanisme Koping Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Jayapura

Mekanisme Koping	Tingkat Kecemasan		Tingkat Kecemasan		Total		P Value
	Ringan		Sedang		n	%	
	n	%	n	%			
Mal Adaptif	6	31,6	13	68,4	19	100	0,036
Adaptif	9	69,2	4	30,8	13	100	
TOTAL	15	46,9	17	53,1	32	100	

Berdasarkan tabel 4.8 menunjukkan bahwa mekanisme koping maladaptif maka tingkat kecemasan sedang sebanyak 13 orang (68,4%) dan tingkat kecemasan ringan sebanyak 6 orang (31,6%), sedangkan mekanisme koping adaptif tingkat

kecemasan ringan sebanyak 9 orang (69,2%) dan tingkat kecemasan sedang sebanyak 4 orang (30,8%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,036$ dengan hasil $p \text{ value} < 0,05$. Maka dapat disimpulkan adanya hubungan yang signifikan antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Jayapura.

C. Pembahasan

1. Mekanisme Koping Pasien Penyakit Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Jayapura

Mekanisme koping pasien di RSUD Jayapura mekanisme koping maladaptif sebanyak 19 orang (59,4%), sedangkan pasien mekanisme koping adaptif sebanyak 13 orang (40,6%). Berdasarkan hasil didapat pasien mengalami mekanisme koping maladaptif, ini menandakan bahwa pasien yang mengikuti terapi hemodialisa merasa hidupnya sudah tidak berarti lagi, tidak mampu menguasai emosi, dan pasien malu dengan penyakitnya sehingga minder berada di antara teman dan keluarga. Sedangkan pasien yang adaptif mampu menguasai emosinya, mampu menyelesaikan masalah, dan pasien lebih aktif berada diantara teman dan keluarganya sehingga pasien selalu mendapatkan dukungan dari teman dan keluarganya.

Kemampuan koping diperlukan oleh setiap manusia untuk mampu bertahan hidup didalam lingkungan yang selalu berubah

dengan cepat. Koping merupakan proses pemecahan masalah dimana seseorang mempergunakannya untuk mengelola kondisi stres. Dengan adanya penyebab stres (stresor) orang akan secara sadar atau tidak sadar bereaksi untuk mengatasi masalah tersebut (Smeltzer, dan Brenda, 2000). Dalam keperawatan konsep koping sangat penting karena semua pasien mengalami stres, sehingga sangat perlu kemampuan untuk dapat mengatasinya dan kemampuan koping untuk adaptasi terhadap stres yang merupakan faktor penentu yang penting dalam kesejahteraan manusia (Yasmin, 1999).

Menurut penulis pasien yang mengalami gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa memerlukan mekanisme koping yang adaptif, yaitu pasien akan lebih menguasai emosinya sehingga pasien akan lebih berfikir positif.

2. Tingkat Kecemasan Pasien Penyakit Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Jayapura

Tingkat kecemasan pasien di RSUD Jayapura yang mengalami kecemasan ringan sebanyak 15 orang (46,9%), sedangkan pasien yang mengalami kecemasan sedang sebanyak 17 orang (53,1%). Berdasarkan hasil yang didapat pasien paling banyak mengalami kecemasan sedang, ini ditandai pasien masih terlihat gelisah, saat mau terapi hemodialisa terlihat tegang.

Kecemasan sedang, memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah (Stuart & Sundeen, 1998).

Menurut Smeltzer (2001) kecemasan merupakan reaksi emosional terhadap persepsi adanya bahaya, baik yang nyata maupun yang hanya dibayangkan. Kecemasan dan ketakutan sering digunakan dengan arti yang sama, tetapi ketakutan biasanya merujuk akan adanya ancaman yang spesifik, sedangkan kecemasan merujuk adanya ancaman yang tidak spesifik.

Menurut Harmoko (2010) kecemasan merupakan salah satu masalah psikologis yang mempengaruhi individu berinteraksi terhadap lingkungannya sehingga memerlukan intervensi keperawatan yang berfokus pada kemampuan coping individu.

3. Hubungan Mekanisme Koping Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Penyakit Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Jayapura

Berdasarkan hasil perhitungan bivariat mekanisme coping maladaptif maka tingkat kecemasan sedang sebanyak 13 orang (68,4%) dan tingkat kecemasan ringan sebanyak 6 orang (31,6%), sedangkan mekanisme coping adaptif tingkat kecemasan ringan sebanyak 9 orang (69,2%) dan tingkat kecemasan sedang sebanyak 4 orang (30,8%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,036$ dengan hasil $p \text{ value} < 0,05$.

Maka dapat disimpulkan adanya hubungan yang signifikan antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Jayapura.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian Nawawi (2006) terdapat hubungan yang signifikan antara mekanisme koping dengan tingkat stress pada mahasiswa Ners A program studi ilmu keperawatan fakultas kedokteran Unhas.

Daya tahan stress pada setiap orang berbeda-beda, tergantung pada keadaan *somato-psiko-sosial* orang tersebut. Ada orang yang peka terhadap stress tertentu, yang dinamakan stress spesifik, karena pengalaman dahulu yang menyakitkan tidak dapat diatasinya dengan baik. Ini sesuai dengan teori Maramis (2003) setiap orang dapat saja terganggu jiwanya, tiap orang berlainan dalam penyesuaiannya dirinya terhadap stress, karena penilaiannya terhadap stress itupun berbeda-beda, karena tuntutan terhadap tiap individu berbeda-beda ini tergantung pada umur, jenis kelamin, kepribadian, intelegensi, emosi, status sosial, atau pekerjaan individu tersebut.

Dalam menghadapi penyakitnya pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa harus berusaha menerima secara tenang dan berfikir positif tentang penyakitnya dan menyangkut segi kesehatan mental. Kesehatan mental adalah kemampuan menyesuaikan diri dan mengubah lingkungan yang positif dan konstruktif tanpa merugikan sesamanya. Penyesuaian diri menurut Caplin (dalam Nawawi, 2006)

adalah variasi kegiatan organisasi untuk mengatasi hambatan dan memenuhi atau memuaskan kebutuhannya.

Hubungan kesehatan mental dan kecemasan sangat erat sekali kaitannya yang mana bila kesehatan mental yang optimal akan menurunkan tingkat kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Pasien yang tingkat kecemasannya ringan atau sedang maka pasien akan lebih mudah menyelesaikan masalahnya sehingga pasien akan lebih bisa mengendalikan emosinya, untuk itu mekanisme koping adaptif sangat diperlukan oleh pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Ini sesuai dengan pernyataan Brunner dan Suddarth (1999) menyatakan bahwa tipe-tipe mekanisme koping ini terjadi pada situasi stress, bahkan bila situasi dipandang sebagai suatu menantang atau menguntungkan, upaya mekanisme koping masih diperlukan untuk mengembangkan atau mempertahankan tantangan, yaitu untuk mempertahankan keuntungan positif tantangan itu dan menghilangkan semua ancaman. Dalam situasi yang berbahaya dan mengancam, mekanisme koping yang berhasil akan mengurangi atau menghilangkan sumber stress dan penyembuhan emosi akan terjadi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan dalam penelitian ini, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Mekanisme koping pasien di RSUD Jayapura maladaptif sebanyak 19 orang, sedangkan pasien yang adaptif sebanyak 13 orang.
2. Tingkat kecemasan pasien di RSUD Jayapura yang mengalami kecemasan ringan sebanyak 15 orang, sedangkan pasien yang mengalami kecemasan sedang sebanyak 17 orang.
3. Berdasarkan analisis bivariat menunjukkan bahwa mekanisme koping maladaptif maka tingkat kecemasan sedang sebanyak 13 orang dan tingkat kecemasan ringan sebanyak 6 orang, sedangkan mekanisme koping adaptif tingkat kecemasan ringan sebanyak 9 orang dan tingkat kecemasan sedang sebanyak 4 orang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,036$ dengan hasil $p \text{ value} < 0,05$. Maka dapat disimpulkan adanya hubungan yang signifikan antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Jayapura.

B. Saran

1. Praktisi Kesehatan Dan Rumah Sakit

Mengupayakan adanya layanan bimbingan khusus bagi pasien gagal ginjal kronik untuk menumbuhkan kemampuan penyesuaian diri dan kesehatan mental pasien gagal ginjal kronik. Memberikan informasi berupa media cetak atau media elektronik tentang penanganan penyakit ginjal kronik dan informasi tentang terapi hemodialisa agar pasien lebih memperhatikan penyakitnya.

2. Pasien Penyakit Ginjal kronik

Diharapkan pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa dapat menggunakan mekanisme koping yang efektif dalam menghadapi penyakitnya agar stress tidak terjadi.

3. Peneliti Selanjutnya

Dapat meneliti lebih lanjut tentang sumber – sumber stress dan meneliti sikap keluarga terhadap pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.

DAFTAR PUSTAKA

- Admin.(2007). Mengenal Gagal Ginjal. <http://safuan.wordpress.com/2007/12/12/mengenal-gagal-ginjal/> (Diakses tanggal 22 Maret 2013)
- Anderson, P.O., James, E.K., William, G.T., 2002, Handbook of Clinical Drug Data ,Tenth Edition. New York : McGraw Hill Comp. Inc.
- Anonim 2009. MIMS Indonesia Petunjuk dan Konsultasi , Edisi 102009/2010,Jakarta: PT InfoMaster, lisensi CMP Medica.Cano, Noel, Fouque, Leverage., 2006, Application of Branched-ChainAmino Acids in Human Pathological States: Renal Failure , Journal of Nutrition.
- Arikunto, S. 2006. Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek. Jakarta : Rineka Cipta.
- Brunner & Suddarth, 2002. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing : A Clinical Approach. (5th ed). St. Louis : Saunders Elsevier
- Carpenito, 1999. Insight Potentially Prevents and Treats Depressive and Anxiety Symptoms in Black Women Caring for ChronicHemodialysis Recipients. Nephrology Nursing Journal. ¶ <http://proquest.umi.com/pqdewb> diunduh pada tanggal 25 maret 2013.
- Dipiro, Joseph. T., dkk, 2008, Pharmacotherapy A Pathophysiological Approach ,Seventh Edition. New York : McGraw-Hill Medical Publishing Division
- Doenges Marilyn E, 1993. Nursing Care Plans, Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Fauci, A. S., Kasper, D. L., Longo, D. L., Braunwald, E., Hauser, S. L., Jameson, J. L.,Loscalzo, J., 2008, Harrison's Principles of Internal Medicine , 17 th Edition. New York : McGraw Hill Comp. Inc
- Ganong, William F., 1997,Review of Medical Physiology , USA: Appleton and Lange
- Hamilton, C. W., 2006. Chronic Kidney Disease. In: Wells, B.G., Dipiro,J.T.,Schwinghammer, T.L., Hamilton, C.W., Pharmacotherapy Handbook , USA:Mcgraw-Hill Companies, Inc.p.781-796
- Hapsari, H. (2007). Wanita Lebih Rentan Depresi. ¶ <http://www.seputar-indonesia.com/ediscetak/kesehatan/wanita-lebih-rentan-depresi-3.html>. diakses tanggal 25 Maret 2013.
- Hastono, S.P. (2007). Modul analisis data kesehatan. Jakarta : FKM – UI (tidak dipublikasikan).



- Hawari D, 2001. *Psikiatri Managemen Stress, Cemas dan Depresi*. FKUI, Jakarta
- Hasmi 2008. *Metode Penelitian Epidemiologi*, FKM Uncen Jayapura.
- Keliat & Akemat (2000). *Keperawatan jiwa terapi aktivitas kelompok*, Jakarta : EGC.
- Kozier dan Erb, 1991, *Fundamentals of Nursing : Conxepts and Procedurers*, Addition Wesley – Publishing Company – California.
- Long C, 1996. *Keperawatan Medical Bedah*, Yayasan IAPK UNPAD Bandung.
- Lubis, A.J. (2006), *Dukungan Sosial Pada Pasien Gagal Ginjal Terminal yang Melakukan Terapi Hemodialisa*, ¶ <http://library.usu.ac.id/> diakses tanggal 25 Maret 2013.
- Lumenta, Nico, A, dkk. (2007). *Penyakit Ginjal*. PenerbitPT. BPK Gunung Mulia.
- Maramis, 1990. *Kecemasan Dalam Praktek Dokter*, Simposium Ansietas, Konsep dan Terapi Mutakhir, Putra Jasa, Surabaya.
- Nawawi, 2006. *Hubungan mekanisme Koping Dengan Tingkat Tress pada Tahap Pendidikan Profesi Mahasiswa Ners A Program Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanudin Makassar*. Tidak dipublikasikan
- Notoadmojo, 2010. *Metedologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmojo, 2010. *Hubungan Kemampuan Koping dengan Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisa di RSUD R. Samsudin SH Kota Sukabumi*.
- Nursalam, 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Penerbit Salemba Medika, Jakarta.
- Panji, 1998. *Psikologi Kerja*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Price (2006). *Pedoman Praktik Keperawatan (Lippincott's Pocket Manual of Nursing Practice)*. Edisi Bahasa Indonesia. Alihbahasa : Setiawan dkk, Jakarta : EGC.
- Rasmun (2004). *Depresi*. ¶ <http://www.e-psikologi.com/masalah/depresi-1.htm> diunduh tanggal 30 Maret 2013.

- Sadock, 1997. *Sinopsis Psikiatrik, Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*, Edisi 7. Bina Rupa Aksara, Jakarta.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. 2002. *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*, (3th ed). Jakarta : CV. Sagung Seto.
- SFI, 2008. *ISO Indonesia (Informasi Spesialite Obat Indonesia)* , Vol. 43, Jakarta Ikatan Sarjana Indonesia
- Situmorang, 2007. *Komplikasi hemodialisis*. Jakarta. RS PGI Cikini.
- Stuart, G.W. & Sundeen, S.J. 2005. *Buku saku keperawatan jiwa* (4th ed), , Jakarta : EGC.
- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psyhiatric nursing*. (7th ed.). St. Louis : Mosby Year B.
- Smeltzer, 2002. *Basic concept psychiatric-mental health nursing*. (4th ed). Philadelphia: Lippincolt.
- Santoso Singgih, 2000. *Statistical Product and Service Solutions* Versi 7,5 Cet. 3, Elek Media Computindo, Jakarta.
- Sugiyono, 2000. *Statistik Untuk Penelitian*, Cet. 2, C.V Alfabeta, Bandung.
- Suyono, 2011. <http://www.jevuska.com/2012/10/27/gagal-ginjal-kronik-atau-ckd>
Diunduh tanggal 2 April 2013.
- Smeltzer, dan Brenda, 2000. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Jakarta: EGC
- Taylor, 1997. *Fundamentals Of Nursing, The Arts and Science of Nursing Care*, 3rd ed., J.B. Lippincott Co., Philadelphia.
- Yasmin, 1999. *Jurnal Pendidikan Dan Kedokteran Profesi Kesehatan Indonesia Vol.1*. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran UGM
- Zakiah, 2001. *Kesehatan Mental*. Pt Tokoh Agung, Jakarta



Lampiran 1



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA

Alamat : Jl. Padang Bulan II Abepura. Telp. (0967) 584280 – 584281



Jayapura, 22 Januari 2013

Nomor : DL.02.02/II.01/ 0062 /2013
Perihal : Izin Pengambilan Data awal

Kepada Yth :
Direktur RSUD Dok II Jayapura
Di –
Tempat

Dengan Hormat,

Dalam rangka penyelesaian Studi Mahasiswa D-IV Keperawatan Mahir Medikal Bedah (KMMB) Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura, maka dengan ini kami mohon kerjasamanya dengan mahasiswa yang tersebut namanya dibawah ini :

Nama : Tresia santi Kanipa

N I M : PO.71.20.1.12.177

Judul Penelitian : Hubungan Kemampuan Koping Dengan Tingkat Kecemasan Pada Klien gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Dok II Jayapura.

Dapat diberikan izin pengambilan data awal untuk penyusunan Proposal Penelitian di Ruang Hemodialisa RSUD Jayapura pada tanggal 20 - 22 s/d 23 - 27/1/2013.

Demikian penyampaian kami, atas bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

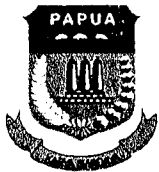
Tembusan :

1. Ka. Litbang RSUD Jayapura
2. Ka. Ruang Hemodialisa RSUD Jayapura

A/n Ketua Program D IV KMMB
Sekretaris

Kismiyati S.kep., Ns
NIP. 198002032001122002

Lampiran 2



PEMERINTAH PROVINSI PAPUA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JAYAPURA
Jl. Kesehatan No. 01 ☎ (0967) - 533616, 533516 Fax (0967) - 533781
J A Y A P U R A

Nomor : 819.122/SDM-LITBANG/VII /2013
Lampiran :
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Kar. Hemodialisa
RSUD Jayapura
Di -
T e m p a t

Dengan hormat,

1. Dasar:

- a. Surat Direktur Akademi Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura Nomor : DL.02.0211.01/II.01 /2013 tanggal 22 Mei 2013 tentang permohonan Ijin Penelitian.
- b. Disposisi wadir Diklit dan SDM RSUD Jayapura 16 Juli 2013 tentang persetujuan Ijin Penelitian.

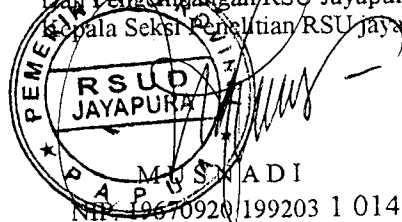
2. Sehubungan dengan point (satu) di atas, bersama ini kami sampaikan hal-hal sebagai berikut:

- a. Bahwa Mahasiswa Akademi Jayapura An. Tresia Santi Kanipa Nim: po.71.20.1.12.177 akan melaksanakan kegiatan penelitian dengan Judul: hubungan Mekanisme Koping dengan tingkat kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani Hemodialisa di RSU Jayapura"
- b. Kegiatan ini dilaksanakan selama 1(satu) Bulan Mulai tanggal 23 Mei s/d 23 Juni 2013
- c. Mohon bimbingan, arahan dan pengawasan terhadap mahasiswa ybs selama kegiatan berlangsung agar tidak mengganggu pelayanan di unit Kerja Saudara.

3. Demikian kami sampaikan dan atas perhatian serta kerja yang baik di ucapkan terima kasih.

Jayapura, 22 Juli 2013

An. Kepala Bidang Penelitian
Dan Pengembangan RSU Jayapura.
Kepala Seksi Penelitian RSU Jayapura



Tembusan

1. Wadir Umum dan Keuangan RSU Jayapura
2. Kepala Bid. Keperawatan
3. Mahasiswa yang bersangkutan
4. Arsip

Lampiran 3



PEMERINTAH PROVINSI PAPUA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JAYAPURA
Jl. Kesehatan No. 01 ☎ (0967) - 533616,533516 Fax (0967) -
533781
J A Y A P U R A

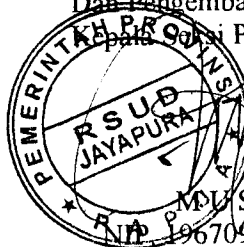
Nomor : 818.043/SDM-LITBANG/VII/2013
Lampiran -
Perihal : Pengembalian Mahasiswa

Kepada Yth :
Ketua Program
Politeknik Jayapura
di-
Jayapura

Dengan hormat,

Bersama ini kami beritahukan bahwa kegiatan Penelitian Mahasiswa a.n. Tresia Santi Kanipa Nim
Po. 71. 20.1.12.177 telah melaksanakan Penelitian mulai tanggal 23 Mei s/d 23 Juni 2013 .
untuk selanjutnya mahasiswa tersebut kami kembalikan pada institusi asal.
Semoga pemahaman tentang Praktek kerja lapangan di RSUD Jayapura dapat menjadi target dari
kegiatan kuliah tersebut dapat tercapai.
Demikian kami sampaikan, atas kerjasama yang baik di ucapkan terima kasih.

Jayapura, 24 Juni 2013
An. Kepala Bidang Penelitian
Dan Pengembangan RSUD Jayapura,
Kepala Biro Penelitian RSUD Jayapura



MUSNADI
19670920 199203 1 014

Lampiran 4

INFORMED CONSENT (KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN)

Nama saya Tresia Santi Kanipa. Saya adalah Mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura Jurusan Keperawatan Medical Bedah. Saya akan melakukan penelitian yang berjudul **“Hubungan Mekanisme Koping dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisa Di RSUD Jayapura”**.

Untuk maksud diatas, maka kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk menjadi responden penelitian ini:

Adapun hal-hal yang perlu Bapak/Ibu ketahui adalah:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana hubungan mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien
2. Waktu penelitian paling banyak dua puluh menit. Selama penelitian Bapak/Ibu diharapkan menjawab pertanyaan yang diajukan peneliti.
3. Selama waktu penelitian Bapak/Ibu boleh melakukan aktivitas seperti biasa.
4. Identitas Bapak/Ibu akan dirahasiakan sepenuhnya oleh peneliti, dan hanya data yang Bapak/Ibu isikan yang akan digunakan demi kepentingan peneliti.
5. Penelitian ini tidak akan memungut biaya sedikitpun kepada Bapak/Ibu.
6. Jika kemudian Bapak/Ibu berkeberatan untuk meneruskan penelitian ini, Bapak/Ibu boleh menolak.
7. Hal-hal yang belum jelas dapat ditanyakan pada peneliti.

Peneliti

TRESIA SANTI KANIPA

Lampiran 5

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapatkan penelitian secukupnya tentang tujuan penelitian dan pengaruh penelitian bagi diri saya, maka saya menyatakan bersedia untuk menjadi peserta/responden penelitian yang dilakukan oleh TRESIA SANTI KANIPA dengan judul:

**“HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN TINGKAT KECEMASAN
PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI
HEMODALISA DI RSUD JAYAPURA”.**

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jayapura, 23 Mei 2013

Yang menyetujui,

(.....)

Nama Jelas

Lampiran 6

(KUESIONER) DATA KARAKTERISTIK RESPONDEN

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut di bawah ini
 2. Isilah pertanyaan pada tempat yang telah disediakan
 3. Apabila pertanyaan berupa pilihan, cukup dijawab sesuai dengan petunjuk diatasnya
-

A. Data Demografi Responden

1. Nomor Responden :..... (diisi oleh petugas)
2. Umur :
☐ < 45 Tahun
☐ ≥ 45Tahun
3. Pendidikan :
☐ SD ☐ SMP ☐ SLTA ☐ Diploma/Sarjana
4. Jenis Kelamin :
☐ Laki-laki ☐ Perempuan
5. Pekerjaan :
☐ PNS
☐ Wiraswasta
6. Berapa kali menjalani terapi HD :
☐ 2 x Seminggu
☐ 3 x Seminggu



Lampiran 7

KUESIONER B MEKANISME KOPING

Petunjuk pengisian :

1. Bacalah baik-baik setiap pertanyaan di bawah ini
2. Berilah tanda (√) pada kolom yang disediakan pada jawaban yang saudara anggap paling sesuai, yaitu
 - 1 = Tidak Pernah
 - 2 = Pernah
 - 3 = Kadang-kadang
 - 4 = Sering
 - 5 = Selalu

NO	PERNYATAAN	TP	P	K	SR	S
		1	2	3	4	5
1.	Untuk mengurangi stress, saya membuat rencana tindakan dan mencoba untuk melakukan rencana tersebut.					
2.	Apabila ada masalah pada penyakit, saya berusaha mengobatinya ke rumah sakit					
3.	Saya tidak mau mengingat hal-hal yang sangat menyakitkan tentang penyakit saya					
4.	Saya menyalahkan diri sendiri atas penyakit yang saya derita					
5.	Saya selalu berdoa semoga Tuhan menyembuhkan penyakit saya					
6	Apabila ada masalah pada penyakit saya, saya mencari tahu lebih banyak tentang penyakit tersebut untuk menemukan pemecahannya.					
7	Untuk menutupi penyakit yang saya derita, saya lebih banyak berbuat baik kepada orang lain, misalnya kepada teman.					
8.	Apabila ada masalah pada penyakit saya, saya mengabaikan penyakit tersebut seolah-olah tidak ada masalah.					
9	Sebagai pelarian dari masalah, saya akan makan/tidur berlebihan					

10	Apabila saya menghadapi suatu masalah, maka saya tidak mau tahu lagi tentang masalah tersebut.					
11.	Saya menilai tindakan yang saya lakukan pada penyakit saya sudah sesuai					
12	Apabila saya menghadapi suatu masalah, saya menceriterakan masalah tersebut kepada orang lain.					
13	Untuk menambah rasa harga diri, saya menyamankan diri saya dengan seseorang/suatu hal yang saya kagumi.					
14	Untuk menutupi kekurangan saya, maka saya menonjolkan kelebihan yang ada diri saya.					
15	Saya menyalahkan orang lain dengan penyakit yang saya derita					
16	Apabila ada masalah yang tidak teratasi, saya melampiaskan emosi saya kepada orang lain atau objek lain					
17	Apabila saya sedang sakit, keluarga selalu ada disamping saya					
18	Apabila ada masalah, saya jadikan masalah tersebut sebagai pemicu untuk berprestasi					
19	Apabila saya merasa kecewa terhadap sesuatu atau seseorang saya langsung menilainya dengan negatif.					
20	Apabila ada masalah saya cenderung lari dari masalah tersebut					

Lampiran 8

KUESIONER C TINGKAT KECEMASAN

Petunjuk pengisian :

1. Bacalah baik-baik setiap pertanyaan di bawah ini
2. Berilah tanda (√) pada kolom yang disediakan pada jawaban yang saudara anggap paling sesuai, yaitu
0 = tidak ada
1 = ringan
2 = sedang
3 = berat
4 = berat sekali

NO	PERNYATAAN	0	1	2	3	4
1	Saat ini perasaan saya sedang mengalami kecemasan					
2	Merasakan ketegangan saat akan Hemodialisa					
3	Ketakutan jika penyakitnya tidak sembuh					
4	Mengalami gangguan tidur					
5	Tidak konsentrasi pada pengobatan					
6	Depresi kalau penyakitnya kambuh					
7	Sering buang air kecil jika sedang mengalami kecemasan					
8	Perut terasa nyeri sebelum dan sesudah makan, terasa mual ingin muntah					
9	Merasakan nyeri di dada					
10	Rasa Tertekan atau Sempit Di Dada jika sedang mengalami kecemasan					

Tabel 3.2
Jadwal Waktu Penelitian

Kegiatan	Feb				Maret				April				Juli				Agustus			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Penyelesaian proposal																				
2. Ujian Proposal																				
3. Pengambilan Data																				
4. Analisa Data																				
6. Ujian Skripsi																				
7. Perbaikan Skripsi																				
10. Pengumpulan Skripsi																				

Lampiran 10

DATA KARAKTERISTIK RESPONDEN

NO	UMUR	PENDIDIKAN	JENIS KELAMIN	PEKERJAAN	TERAPI HEMODIALISA
1	1	4	1	2	2
2	1	4	2	1	2
3	1	3	2	2	2
4	1	3	2	2	2
5	2	2	2	2	2
6	1	4	1	1	1
7	1	3	2	2	1
8	1	4	1	1	2
9	1	3	2	2	1
10	1	4	1	1	1
11	1	3	2	2	2
12	2	3	2	2	2
13	2	4	1	2	1
14	2	4	1	1	2
15	2	3	2	2	2
16	2	2	2	2	1
17	1	3	2	2	2
18	1	3	2	2	2
19	1	2	1	2	2
20	2	4	1	1	2
21	2	4	2	2	2
22	1	3	2	2	1
23	2	4	1	2	2
24	2	3	1	1	2
25	2	3	2	1	2
26	1	4	2	2	2
27	1	4	2	2	2
28	1	4	2	2	2
29	1	3	1	1	1
30	2	4	2	2	1
31	2	3	2	2	1
32	1	4	1	1	2

Keterangan :

USia

< 45 Tahun

≥ 45 Tahun

Pendidikan:

SD

SMP

SMA

Diploma/Sarjana

Terapi Hemodialisa:

2x Seminggu

3x Seminggu

Lampiran 11

DATA ANALISIS MEKANISME KOPING

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Jumlah	Kategori
1	3	4	1	3	5	2	3	2	1	3	4	3	1	3	1	1	5	3	1	2	51	2
2	3	5	1	3	5	2	3	3	1	3	4	3	1	3	3	1	1	1	3	1	50	2
3	1	3	1	3	2	1	1	3	1	3	5	3	2	2	4	2	1	2	3	3	46	1
4	3	3	2	1	3	1	4	2	3	2	1	1	1	2	1	3	2	3	2	1	41	1
5	3	5	1	2	5	3	3	2	1	4	4	3	1	3	1	1	5	1	3	1	52	2
6	3	5	2	1	4	2	3	3	2	4	2	2	3	1	3	1	1	2	1	2	47	1
7	3	5	2	1	2	2	3	2	3	2	1	1	1	3	3	2	4	1	1	1	43	1
8	3	5	2	2	4	4	4	2	3	2	2	3	4	2	1	1	1	4	2	2	53	2
9	3	3	2	3	3	2	2	2	1	1	1	2	3	3	2	2	2	2	2	2	43	1
10	3	3	1	3	4	4	4	3	3	1	4	2	4	4	4	2	2	2	2	2	57	2
11	4	3	2	3	4	2	4	2	1	1	2	2	3	3	2	3	1	1	1	1	45	1
12	4	3	2	1	4	2	4	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	47	1
13	4	2	2	1	2	4	4	2	1	1	3	3	1	3	4	2	1	2	2	3	47	1
14	4	3	2	4	2	4	2	2	2	1	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	53	2
15	2	3	3	1	2	4	2	3	2	4	5	1	4	3	2	1	3	3	3	1	52	2
16	1	3	2	1	1	4	3	1	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	41	1
17	1	1	2	1	2	2	2	3	2	3	1	1	2	2	2	3	3	3	1	1	38	1
18	2	3	3	4	2	2	2	3	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	43	1
19	3	1	2	1	1	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	1	1	3	3	3	45	1
20	3	1	2	3	2	3	2	3	1	1	2	3	2	3	2	3	1	3	3	2	45	1
21	3	3	3	1	2	3	1	3	1	3	3	4	2	4	1	4	4	3	3	1	52	2
22	3	3	3	1	2	3	2	3	1	3	3	1	2	3	2	3	1	3	2	2	46	1
23	3	2	3	4	4	5	2	3	1	2	3	4	4	5	2	3	1	3	3	2	59	2
24	3	3	3	1	3	2	2	1	3	3	3	1	3	2	2	1	3	1	3	2	45	1
25	1	3	2	1	3	2	1	3	3	3	2	1	3	2	1	3	3	2	3	1	43	1
26	2	3	2	1	3	1	1	1	3	3	2	1	3	1	1	1	3	2	3	1	38	1
27	2	3	2	4	3	1	1	3	3	3	2	4	3	1	1	3	3	1	2	1	64	2
28	1	2	1	1	3	1	1	2	1	2	1	1	3	1	1	2	3	4	2	4	57	2
29	1	2	1	1	3	3	2	2	4	2	1	1	3	3	2	2	4	2	2	2	43	1
30	2	2	1	2	2	2	1	3	3	2	1	2	2	2	1	3	3	4	4	2	69	2
31	2	2	2	1	2	3	2	3	3	2	2	1	2	3	2	3	3	2	2	2	44	1
32	2	2	2	2	2	3	2	3	1	2	2	2	2	3	2	3	4	3	3	2	60	2

Keterangan :

1. koping maladaptif = skor < 50,
2. koping adaptif = skor ≥ 50

Lampiran 12

DATA ANALISIS TINGKAT KECEMASAN

No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		Kategorik
1	0	0	2	2	1	0	0	2	2	1	10	2
2	1	1	2	3	1	0	0	2	2	2	14	2
3	1	1	2	2	1	1	2	2	2	3	17	3
4	1	1	2	2	2	2	2	3	3	2	20	3
5	2	0	1	2	3	3	4	2	2	3	22	3
6	1	2	2	3	4	2	2	3	3	3	25	3
7	1	1	2	2	1	2	2	3	3	2	19	3
8	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	14	2
9	0	1	2	2	1	1	2	2	2	3	16	3
10	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	12	2
11	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	14	2
12	1	0	2	2	1	0	0	2	2	1	11	2
13	1	1	2	3	1	0	0	2	2	2	14	2
14	1	1	2	2	1	1	2	2	2	3	17	3
15	1	1	2	2	2	2	2	3	3	2	20	3
16	2	0	1	1	3	1	1	1	2	1	13	2
17	1	2	2	3	4	2	2	3	3	3	25	3
18	1	1	2	2	1	1	2	2	2	3	17	3
19	1	0	0	2	2	1	1	0	0	2	9	2
20	1	0	0	2	2	2	1	0	0	2	10	2
21	1	1	2	2	2	3	1	1	2	2	17	3
22	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	23	3
23	3	3	4	2	2	3	3	3	4	2	29	3
24	4	2	2	3	3	3	4	2	2	3	28	3
25	0	0	2	2	2	2	1	0	0	2	11	2
26	0	0	2	2	2	3	1	1	2	2	15	3
27	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	14	2
28	2	2	3	3	2	3	3	3	4	2	27	3
29	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	13	2
30	1	1	1	1	1	2	2	1	1	3	14	2
31	2	4	2	2	2	1	1	1	1	2	18	2
32	2	3	2	2	1	1	2	1	2	1	17	3

1. Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan.
2. Skor 7 – 14 = kecemasan ringan.
3. Skor 15 – 27 = kecemasan sedang.
4. Skor lebih dari 27 = kecemasan berat

Lampiran 13

```
FREQUENCIES VARIABLES=usia
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

[DataSet0]

Statistics

usia		
N	Valid	32
	Missing	0

usia					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<45 tahun	19	59.4	59.4	59.4
	>45 tahun	13	40.6	40.6	100.0
Total		32	100.0	100.0	

Lampiran 14

Frequencies

[DataSet0]

```
FREQUENCIES VARIABLES=pendidikan jeniskelamin pekerjaan terapihemodialisa mekanismekoping tingkatkecemasan  
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

[DataSet0]

Statistics

		pendidikan	jeniskelamin	pekerjaan	terapihemodialisa	mekanismekoping	tingkatkecemasan
N	Valid	32	32	32	32	32	32
	Missing	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMP	3	9.4	9.4	9.4
	SMA	14	43.8	43.8	53.1
	DIPLOMA/SARJANA	15	46.9	46.9	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

jeniskelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	12	37.5	37.5	37.5
	Perempuan	20	62.5	62.5	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Lampiran 15

pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	10	31.2	31.2	31.2
	Wiraswasta	22	68.8	68.8	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

terapihemodialisa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2x seminggu	10	31.2	31.2	31.2
	3x seminggu	22	68.8	68.8	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Lampiran 16

```
FREQUENCIES VARIABLES=mekanismekoping tingkatkecemasan  
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

[DataSet0]

Statistics

		mekanismek oping	tingkatkecem asan
N	Valid	32	32
	Missing	0	0

Frequency Table

mekanismekoping

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	maladaptif	19	59.4	59.4	59.4
	adaptif	13	40.6	40.6	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

tingkatkecemasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kecemasan ringan	15	46.9	46.9	46.9
	kecemasan sedang	17	53.1	53.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Lampiran 17

CROSSTABS

```

/TABLES=mekanismekoping BY tingkatstress
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ RISK
/CELLS=COUNT ROW
/COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

[DataSet0]

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
mekanismekoping * tingkatstress	32	100.0%	0	.0%	32	100.0%

mekanismekoping * tingkatstress Crosstabulation

			tingkatstress		Total
			kecemasan ringan	kecemasan sedang	
mekanismekoping	mal adaptif	Count	6	13	19
		% within mekanismekoping	31.6%	68.4%	100.0%
	adaptif	Count	9	4	13
		% within mekanismekoping	69.2%	30.8%	100.0%
Total		Count	15	17	32
		% within mekanismekoping	46.9%	53.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.394 ^a	1	.036	.070	.041
Continuity Correction ^b	3.012	1	.083		
Likelihood Ratio	4.489	1	.034		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4.257	1	.039		
N of Valid Cases ^b	32				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 18

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for mekanismekoping (mal adaptif / adaptif)	.205	.045	.942
For cohort tingkatstress = kecemasan ringan	.456	.214	.970
For cohort tingkatstress = kecemasan sedang	2.224	.931	5.312
N of Valid Cases	32		