

**HUBUNGAN MEKANISME KOPING INDIVIDU DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG
MENJALANI HEMODIALISA DI BANGSAL TERATAI
RSUD dr. SOEDIRAN MANGUN
SUMARSO WONOGIRI**

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Persyaratan Mencapai Sarjana Keperawatan



**Oleh :
Sri Widiyati
NIM. ST14060**

**PROGRAM STUDI S-1 KEPERAWATAN
STIKES KUSUMA HUSADA
SURAKARTA
2016**

**HUBUNGAN MEKANISME KOPING INDIVIDU DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG
MENJALANI HEMODIALISA DI BANGSAL TERATAI
RSUD dr. SOEDIRAN MANGUN
SUMARSO WONOGIRI**

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Persyaratan Mencapai Sarjana Keperawatan



**Oleh :
Sri Widiyati
NIM. ST14060**

**PROGRAM STUDI S-1 KEPERAWATAN
STIKES KUSUMA HUSADA
SURAKARTA
2016**

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul :

**HUBUNGAN MEKANISME KOPING INDIVIDU DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG
MENJALANI HEMODIALISA DI BANGSAL TERATAI
RSUD DR. SOEDIRAN MANGUN
SUMARSO WONOGIRI**

Oleh :

Sri Widiyati
NIM. ST14060

Telah dipertahankan di depan penguji pada tanggal 10 Februari 2016 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan

Pembimbing Utama,



Wahyu Rima Agustin, S. Kep., Ns., M. Kep
NIK. 201079102

Pembimbing Pendamping,



Ika Subekti Wulandari, S. Kep., Ns., M. Kep
NIK. 201108998

Penguji,



S. Dwi Sulisetyawati, S. Kep., Ns., M. Kep
NIK. 200984041

Surakarta, 26 Februari 2016
Ketua Program Studi S-1 Keperawatan,



Atiek Murcharyati, S. Kep., Ns., M. Kep
NIK. 200680021

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sri Widiyati

NIM : ST14060

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

- 1) Karya tulis saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (sarjana), baik di STIKes Kusuma Husada Surakarta maupun di perguruan tinggi lain.
- 2) Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing dan masukan Tim Penguji.
- 3) Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
- 4) Pernyataan ini saya buat sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Surakarta, 8 Januari 2016
Yang membuat pernyataan,



(Sri Widiyati)
NIM. ST14060

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Penulis mengucapkan syukur Alhamdulillah kehadiran Allah SWT, atas segala rahmat, karunia, hidayah serta petunjuk yang telah dilimpahkan-Nya. Sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul Hubungan Mekanisme Koping Individu Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di Bangsal Teratai RSUD Wonogiri sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar kesarjanaan ini dengan lancar.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan dan penulisan skripsi ini, masih banyak kekurangan dan jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna untuk memperbaiki dan menyempurnakan penulisan skripsi selanjutnya. Ucapan rasa terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyelesaian penyusunan skripsi ini, sehingga dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Wahyu Rima Agustin, S. Kep., Ns., M. Kep, selaku ketua STIKes Kusuma Husada Surakarta dan pembimbing utama, yang telah memberikan izin penelitian kepada penulis memberikan dukungan dan motivasi sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Atiek Murharyati, S. Kep., Ns., M. Kep, selaku ketua Prodi S-1 Keperawatan.
3. Ika Subekti Wulandari, S. Kep., Ns., M. Kep, selaku pembimbing pendamping yang juga telah memberikan bimbingan dan arahan penulis dengan penuh kesabaran, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
4. S. Dwi Sulisetyawati, S. Kep., Ns., M. Kep selaku penguji yang banyak memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan laporan ini.

5. Responden yang telah membantu penulis untuk memberikan informasi yang dibutuhkan oleh peneliti sehingga terselesaikannya penelitian ini dengan baik.
6. Bapak dan Ibu Dosen STIKes Kusuma Husada Surakarta yang telah memberikan segenap ilmu dan pengalamannya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
7. Teman-teman Prodi S-1 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta Angkatan 2014/2015 yang telah berjuang menempuh skripsi bersamaku.
8. Semua pihak, yang tanpa mengurangi rasa terima kasih tidak dapat disebutkan satu per satu.

Akhir kata penulis berharap semoga dengan do'a, motivasi, nasehat, dan dukungan yang telah diberikan kepada penulis, dapat bermanfaat bagi penulis untuk menjadi orang yang lebih baik, dan semoga dengan disusunnya karya ilmiah ini, dapat memberikan manfaat kepada penulis khususnya, dan pembaca pada umumnya.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Surakarta, 8 Januari 2016
Penulis

(Sri Widiyati)
NIM: ST14060

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Teori	7
2.2.1 Gagal Ginjal Kronik	7
2.2.2 Hemodialisa	11
2.2.3 Kecemasan	15
2.2.4 Mekanisme Koping	19
2.2 Kerangka Teori	22
2.3 Kerangka Konsep	23
2.4 Hipotesis	23
2.5 Keaslian Penelitian	23
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
3.1 Jenis dan rancangan Penelitian	25
3.2 Populasi dan Sampel	25
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian	26
3.4 Variabel Definisi Operasional dan Skala Pengukuran	27
3.5 Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data	27
3.5.1 Alat Penelitian	27

3.5.2 Cara Pengumpulan Data	28
3.6 Teknik Pengolahan Data	39
3.6.1. Pengolahan Data	39
3.6.2. Analisa Data	30
3.7 Etika Penelitian	33

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1. Analisi Univariat	34
4.1.1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	34
4.1.2. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur	34
4.1.3. Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	35
4.1.4. Karakteristik Responden Berdasarkan Mekanisme Koping	35
4.1.5. Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan	35
4.2. Analisis Bivariat	36

BAB V PEMBAHASAN

5.1. Karakteristik Responden	37
5.1.1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	37
5.1.2. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur	38
5.1.3. Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	39
5.2. Tingkat Kecemasan Pasien HD	39
5.3. Mekanisme Koping Pasien HD	42
5.4. Hubungan Mekanisme Koping dengan Tingkat Kecemasan	44

BAB VI PENUTUP

6.1. Kesimpulan	48
6.2. Saran	49

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
Tabel 2.1	Keaslian Penelitian	23
Tabel 3.1	Definisi Operasional	27
Tabel 4.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	34
Tabel 4.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Umur	34
Tabel 4.3	Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	35
Tabel 4.4	Karakteristik Responden Berdasarkan Mekanisme Koping	35
Tabel 4.5	Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan	35
Tabel 4.4	Analisis <i>Rank Spearman</i>	36

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
Gambar 2.1	Kerangka Teori	22
Gambar 2.2	Kerangka Konsep	23

DAFTAR LAMPIRAN

No. Lampiran	Keterangan
1	Jadwal Penelitian
2	F.04 Pengajuan Ijin Studi Pendahuluan
3	F.07 Pengajuan Ijin Penelitian
4	Surat Permohonan Ijin Studi Pendahuluan
5	Surat Balasan Ijin Studi Pendahuluan
6	Surat Ijin Penelitian
7	Surat Balasan Ijin Penelitian
8	Surat Keterangan Selesai Penelitian
9	Lembar Permohonan menjadi Responden
10	Lembar Persetujuan menjadi Responden
11	Kuesioner dan Instrumen Penelitian
12	Sampel Isian Kuesioner Responden
13	Data Hasil Penelitian (Validitas dan Reliabilitas)
14	Hasil Analisis <i>SPSS v.18.00</i>
15	Dokumentasi Penelitian
16	Lembar Konsultasi

Sri Widiyati

**Hubungan Mekanisme Koping Individu dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien
Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di Bangsal Teratai RSUD
dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri**

ABSTRAK

Ginjal merupakan organ yang berfungsi untuk memetabolisme zat-zat dalam tubuh termasuk diantaranya filtrasi glomerulus, reabsorpsi, mensekresi, pengenceran dan pengasaman urin, serta memproduksi dan memetabolisme hormon. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Wonogiri didapatkan data 5 dari 8 pasien mengatakan merasa cemas dan khawatir tentang keadaan penyakitnya yang tidak kunjung sembuh dan harus menjalani hemodialisa secara terus menerus. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan mekanisme koping individu terhadap tingkat kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani HD rutin.

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan korelasional menggunakan *cross sectional*. populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang telah melakukan hemodialisa di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri. Pemilihan sampel dilakukan dengan metode *purposive sampling* yaitu 30 responden yang memenuhi kriteria inklusi. Analisa data dalam penelitian ini menggunakan analisis *Spearman*. Pada penelitian ini data yang disajikan adalah frekuensi dari karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, umur, dan hubungan mekanisme koping individu terhadap tingkat kecemasan pasien HD.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan mekanisme koping individu dengan tingkat kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di bangsal teratai RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri sebesar 0.664 dengan nilai *sig.* 0.000 yang berarti *p value* < 0.005. Hasil penelitian ini diharapkan sebagai motivasi bagi pasien HD dan keluarga dalam meningkatkan mekanisme koping yang baik dalam menghadapi kecemasan.

Kata Kunci : Mekanisme Koping, Gagal Ginjal Kronik, Hemodialisa
Daftar Pustaka : 21 (2005-2014)

**BACHELOR OF NURSING PROGRAM
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES OF KUSUMA HUSADA SURAKARTA
2016**

Sri Widiyati

***The Relationship between Individual Coping Mechanisms and Anxiety Level of
Hemodialysis Patients with Chronic Renal Failure at Teratai Ward of dr.
Soediran Mangun Sumarso Regional Public Hospital of Wonogiri***

ABSTRACT

Kidney is an organ which performs multiple critical functions including metabolizing substances in body, involving glomerular filtration, tubular reabsorption, and tubular secretion, taking part in forming dilute urine and maintaining an acid-base balance, as well as producing and metabolizing hormones. A previous study conducted in Regional Public Hospital of Wonogiri shows that five of eight patients undergoing consecutive hemodialysis felt anxious and worried about their unrelieved disease. This research intends to investigate the relationship between individual coping mechanisms and anxiety level of consecutive hemodialysis patients with chronic renal failure.

This research employs a descriptive quantitative research with correlational study using cross-sectional design. The population includes hemodialysis patients of dr. Soediran Mangun Sumarso Regional Public Hospital of Wonogiri. Samples consisting of 30 respondents meeting inclusion criteria were selected using purposive sampling method. Spearman analysis was used to analyze data presenting frequencies of respondents' characteristics including gender, age, and the relationship between individual coping mechanisms and anxiety level of hemodialysis patients.

The research findings show that there exists a relationship between individual coping mechanisms and anxiety level of hemodialysis patients with chronic renal failure at Teratai ward of dr. Soediran Mangun Sumarso Regional Public Hospital of Wonogiri. The anxiety scale is 0.664 with p value of < 0.005 . These findings are expected to be a motivation for hemodialysis patients and their family to improve the individual coping mechanisms better when dealing with anxiety.

Keywords : coping mechanisms, chronic renal failure, hemodialysis

Bibliography : 21 (2005-2014)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Ginjal merupakan organ yang berfungsi untuk memetabolisme zat-zat dalam tubuh termasuk diantaranya filtrasi glomerulus, reabsorpsi, mensekresi, pengenceran dan pengasaman urin, serta memproduksi dan memetabolisme hormon. Fungsi ginjal mengalami gangguan sehingga akan berdampak bagi kesehatan ginjal itu sendiri (Wurara, Kanine & Wowiling, 2013).

Menurut *World Health Organization* (Wurara, Kanine & Wowiling, 2013) melaporkan bahwa 57 juta kematian di dunia, dimana tingkat kematian penyakit tidak menular di dunia adalah sebesar 36 juta. Di Indonesia penderita yang mengalami Penyakit ginjal kronik dan yang menjalani terapi hemodialisis mengalami peningkatan, dari survei yang dilakukan oleh Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Wurara, Kanine & Wowiling, 2013) terdapat 18 juta orang di Indonesia menderita penyakit ginjal kronik, data Indonesia *Renal Registry* tahun 2007 jumlah pasien hemodialisis 2148 penduduk sedangkan tahun 2008 jumlah pasien hemodialisis mengalami peningkatan yaitu 2260 penduduk.

Penelitian yang dilakukan Putra (2014) tentang Tingkat Kecemasan Pasien diabetes melitus di RSUD Sanjiwani Gianjar, menunjukkan bahwa responden yang mengalami tingkat kecemasan berat sebanyak

81,82%. Kecemasan merupakan reaksi terhadap penyakit karena dirasakan sebagai suatu ancaman, ketidaknyamanan akibat nyeri dan keletihan, perubahan diet, berkurangnya kepuasan seksual, timbulnya krisis finansial, frustrasi dalam mencapai tujuan, kebingungan dan ketidakpastian masa kini dan masa depan (Brunner & Suddarth, dalam Taluta, Mulyadi & Hamel, 2014).

Hasil penelitian Rahman, Heldawati & Sudirman (2014) menunjukkan adanya hubungan antara tindakan hemodialisis dengan tingkat kecemasan pasien di ruangan hemodialisa RSUD. Labuang Baji Pemprov Sulawesi Selatan. Klien yang akan menjalani hemodialisis mengalami depresi, ketakutan dan kecemasan. Tingkat kecemasan dipengaruhi oleh beberapa faktor, baik faktor biologis maupun fisiologis, baik dari dalam pasien maupun dari luar pasien, penerimaan terhadap pelaksanaan hemodialisis, sosial ekonomi, usia pasien, kondisi pasien lama dan frekuensi menjalani hemodialisis timbul karena ancaman dari pasien sehingga menimbulkan respon psikologis dan perilaku pasien yang dapat diamati, sedangkan ancaman diri pada pasien hemodialisis dapat bersumber dari respon manusia (perawat), interaksi manusia dan lingkungan yang terpapar oleh alat yang digunakan. Pasien yang mengalami dialisis jangka panjang maka akan merasa khawatir atas kondisi sakitnya yang tidak dapat di ramalkan dan berefek terhadap gaya hidup (Rahman, Heldawati & Sudirman, 2014).

Hasil penelitian Musa, Kundre & Babakal (2015) didapatkan hasil salah satu untuk mempertahankan kelangsungan hidup penyakit Gagal

Ginjal Kronik adalah dengan menjalani Hemodialisa. Hemodialisa yaitu untuk menurunkan kadar ureum, kreatinin dan zat toksik yang lainnya di dalam darah. Penatalaksanaannya, selain memerlukan terapi diet dan medikamentosa sehingga prognosis penyakit gagal ginjal kronik mengarah kepada penurunan fungsi ginjal yang irreversibel maka dari itu penanganan hemodialisa dilakukan untuk mempertahankan kelangsungan hidup sementara. Terapi hemodialisa menimbulkan perasaan cemas. Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya (Musa, Kundre & Babakal, 2015). Tingkat kecemasan individu dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, salah satunya adalah mekanisme koping pada individu itu sendiri.

Mekanisme Koping adalah salah satu cara yang dilakukan untuk beradaptasi terhadap stress (Saam & Wahyuni dalam Taluta, Mulyadi & Hamel, 2014). Seseorang dapat mengatasi stres dan kecemasan dengan menggerakkan sumber koping di lingkungan yang berupa modal ekonomi, kemampuan penyelesaian masalah, dukungan sosial dan keyakinan budaya (Stuart dalam Taluta, Mulyadi & Hamel, 2014). Fenomena yang terjadi pada pasien yang mengalami pengobatan atau terapi rutin termasuk cuci darah, sebagian besar pasien merasakan cemas dan memiliki mekanisme koping yang buruk.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Wonogiri didapatkan data 5 dari 8 pasien mengatakan merasa cemas dan khawatir tentang keadaan penyakitnya yang tidak kunjung sembuh dan harus

menjalani hemodialisa secara terus menerus (Rekam Medik RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Wonogiri, 2015).

Mekanisme koping yang dilakukan oleh seseorang dapat menjadi acuan bahwa seseorang tersebut memiliki keinginan dan semangat dalam mencapai sebuah kesehatan akibat menderita penyakit gagal ginjal kronik, sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Mekanisme Koping Individu dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di Bangsal Teratai RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Wonogiri?”.

1.2. Rumusan Masalah

Adakah Hubungan Mekanisme Koping Individu dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di Bangsal Teratai RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Wonogiri?

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui Hubungan Mekanisme Koping Individu dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di Bangsal Teratai RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Wonogiri.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui karakteristik responden meliputi jenis kelamin, umur, pendidikan dan pekerjaan.

2. Mengetahui Mekanisme Koping Individu pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di Bangsal Teratai RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Wonogiri.
3. Mengetahui Tingkat Kecemasan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di Bangsal Teratai RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Wonogiri.
4. Menganalisa Hubungan Mekanisme Koping Individu dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di Bangsal Teratai RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Wonogiri.

1.4. Manfaat

1.4.1. Rumah Sakit

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai sumber informasi dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dalam hal penanganan masalah psikologis yang timbul akibat penyakit kronik.

1.4.2. Institusi Pendidikan

Hasil penelitian dapat dijadikan sumber pustaka yang berkaitan dengan penelitian penyakit kronik dan status psikologis khususnya masalah tingkat kecemasan dan mekanisme koping.

1.4.3. Peneliti Lain

Hasil penelitian ini dapat memotivasi peneliti lain untuk meneliti tentang GGK serta sebagai sumber referensi bagi peneliti lain yang akan meneliti tentang penyakit GGK.

1.4.4. Peneliti

Hasil penelitian dapat dijadikan pengalaman bagi peneliti dalam menangani pasien dengan penyakit kronik sehingga dapat memberikan penanganan yang komprehensif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Teori

2.1.1. Gagal Ginjal Kronik

1. Pengertian

Gagal ginjal kronik atau penyakit tahap akhir adalah penyimpangan progresif fungsi ginjal yang tidak dapat pulih dimana kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik dan cairan dan elektrolit mengalami kegagalan yang mengakibatkan uremia (Baughman, 2000). Gagal ginjal kronik adalah keadaan dimana kedua ginjal sudah tidak mampu mempertahankan lingkungan dalam yang cocok untuk kelangsungan hidup. Kerusakan pada kedua ginjal irreversibel (Baradero, 2009).

2. Tahap perkembangan gagal ginjal kronik

Menurut Baradero (2009) gagal ginjal dibagi menjadi beberapa tahapan antara lain :

a. Penurunan cadangan ginjal

- 1) Sekitar 40-75% nefron tidak berfungsi
- 2) Laju filtrasi glomerulus 40-5-% normal
- 3) Ureum dan kreatinin serum masih normal
- 4) Pasien asimtomatik

b. Gagal ginjal

- 1) 75-80% nefron tidak berfungsi
- 2) Laju filtrasi glomerulus 20-40% normal
- 3) Ureum dan kreatinin serum mulai meningkat
- 4) Anemia ringan dan azotemia ringan
- 5) Nokturia dan poliuria

c. Gagal Ginjal Kronik

- 1) Laju filtrasi glomerulus 10-20 % normal
- 2) Ureum dan kreatinin serum meningkat
- 3) Anemia, azotemia, dan asidosis metabolik
- 4) Berat jenis urine
- 5) Poliuria dan nokturia

d. *End-Stage renal disease* (ERSD)

- 1) Lebih dari 85% nefron tidak berfungsi
- 2) Laju filtrasi glomerulus kurang dari 10% normal
- 3) Ureum dan kreatinin tinggi
- 4) Anemia, azotemia, dan asidosis metabolik
- 5) Berat jenis urine tetap 1,010
- 6) Oliguria

3. Penyebab

Kondisi gagal ginjal kronik dapat disebabkan oleh beberapa faktor antara lain (Baughman, 2010):

a. Glomerulonefritis kronis

- b. Pielonefritis
- c. Hipertensi tak terkontrol
- d. Lesi herediter seperti penyakit polikistik, kelainan vaskuler, obstruksi saluran perkemihan
- e. Penyakit ginjal sekunder akibat penyakit sistemik (diabetes), infeksi, obat-obatan atau preparat toksik.

Menurut Baradero (2009) Gagal ginjal kronik dapat disebabkan oleh beberapa kondisi antara lain seperti eksaserbasi nefritis, obstruksi saluran kemih, kerusakan vaskular akibat diabetes melitus, dan hipertensi terus-menerus.

4. Manifestasi Klinis

Pasien akan menunjukkan beberapa tanda dan gejala. Keparahan bergantung pada tingkat kerusakan ginjal, kondisi lain yang mendasari dan usia pasien (Baughman, 2010). Tanda gejala yang timbul antara lain :

- a. Manifestasi kardiovaskular : hipertensi, gagal ginjal kongestif, edema pulmonal, perikarditis.
- b. Gejala-gejala dermatologis, gatal-gatal hebat (pruritus), serangan uremik tidak umum karena pengobatan dini dan agresif.
- c. Gejala-gejala gastrointestinal, anoreksia, mual, muntah, cegukan, penurunan aliran saliva, haus, rasa kecap logam dalam mulut, kehilangan kemampuan penghidu dan pengecap dan parotitis atau stomatitis.

- d. Perubahan neuromuskular, perubahan tingkat kesadaran, kacau menatal, ketidakmampuan berkonsentrasi, kedutan otot dan kejang.
- e. Perubahan hematologis, kecenderungan perdarahan.
- f. Keletihan dan letargik, sakit kepala, kelemahan umum.
- g. Pasien secara bertahap akan lebih mengantuk, karakter pernafasan menjadi kussmaul dan terjadi koma dalam, sering dengan konvulsi (kedutan mioklonik) atau kedutan otot.

5. Penatalaksanaan

Tujuan dari penatalaksanaan adalah untuk mengembalikan fungsi ginjal dan mempertahankan homeostasis selama mungkin. Semua faktor yang menunjang PGTA dan faktor penunjang yang dapat pulih (misalnya obstruksi) diidentifikasi dan diatasi (Baughman, 2010).

- a. Intervensi diet diperluka dengan pengaturan yang cermat terhadap masukan protein, masukan cairan untuk menyeimbangkan kehilangan cairan, masukan natrium dan pembatasan kalium.
- b. Pastikan masukan kalori dan suplemen vitamin yang adekuat.
- c. Batasi protein karena kerusakan klirens ginjal terhadap urea, kreatinin, asam urat, dan asam organik. Masukan protein yang diperbolehkan harus tinggi kandungan biologisnya, produk yang berasal dari susu, telur, daging.
- d. Cairan yang diperbolehkan adalah 500-600 ml atau lebih dari haluaran urine 24 jam.

- e. Atasi hiperfosfatemia dan hipokalemia dengan antasid mengandung alumunium atau kalsium karbonat, keduanya harus diberikan dengan makanan.
- f. Suplai kalori dengan karbohidrat dan lemak untuk mencegah pelisutan otot.
- g. Berikan suplemen vitamin.
- h. Tangani hipertensi dengan kontrol volume intravaskular dan obat antihipertensi
- i. Atasi gaga; jantung kongestif dan edema pulmonal dengan pembatasan cairan, diet rendah natrium, deuretik, preparat inotropik.
- j. Atasi hiperkalsemia.

2.1.2. Hemodialisa

1. Pengertian

Hemodialisa adalah pengalihan darah pasien dari tubuhnya melalui dialiser yang terjadi secara difusi dan ultrasifiltrasi kemudian darah kembali lagi ke dalam tubuh pasien. Hemodialisis memerlukan akses ke sirkulasi darah pasien, suatu mekanisme untuk membawa darah pasien ke dan dari dializer (tempat terjadi pertukaran cairan, elektrolit dan zat sisa tubuh) serta dializer (Baradero,2009).

2. Tujuan Hemodialisis

Hemodialisis adalah suatu usaha untuk memperbaiki kelainan biokimiawi darah yang terjadi akibat terganggunya fungsi ginjal,

dilakukan dengan menggunakan mesin hemodialisis. Hemodialisis merupakan salah satu bentuk terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy/RRT*) dan hanya menggantikan sebagian dari fungsi ekskresi ginjal. Hemodialisis dilakukan pada penderita PGK stadium V dan pada pasien dengan AKI (*Acute Kidney Injury*) yang memerlukan terapi pengganti ginjal. Menurut prosedur yang dilakukan HD dapat dibedakan menjadi 3 yaitu: HD darurat/*emergency*, HD persiapan/*preparative*, dan HD kronik/*reguler* (Daugirdas et al., 2007).

3. Indikasi Hemodialisis

Indikasi HD dibedakan menjadi HD *emergency* atau HD segera dan HD kronik. Hemodialis segera adalah HD yang harus segera dilakukan.

a. Indikasi hemodialisis segera antara lain (Daugirdas et al., 2007):

1) Kegawatan ginjal

- a) Klinis: keadaan uremik berat, overhidrasi
- b) Oligouria (produksi urine <200 ml/12 jam)
- c) Anuria (produksi urine <50 ml/12 jam)
- d) Hiperkalemia (terutama jika terjadi perubahan ECG, biasanya $K > 6,5 \text{ mmol/l}$)
- e) Asidosis berat ($\text{pH} < 7,1$ atau bikarbonat $< 12 \text{ meq/l}$)
- f) Uremia ($\text{BUN} > 150 \text{ mg/dL}$)
- g) Ensefalopati uremikum
- h) Neuropati/miopati uremikum

- i) Perikarditis uremikum
- j) Disnatremia berat ($\text{Na} > 160$ atau < 115 mmol/L)
- k) Hipertermia

2) Keracunan akut (alkohol, obat-obatan) yang bisa melewati membran dialisis.

b. Indikasi Hemodialisis Kronik

Hemodialisis kronik adalah hemodialisis yang dikerjakan berkelanjutan seumur hidup penderita dengan menggunakan mesin hemodialisis. Menurut K/DOQI dialisis dimulai jika GFR < 15 ml/mnt. Keadaan pasien yang mempunyai GFR < 15 ml/menit tidak selalu sama, sehingga dialisis dianggap baru perlu dimulai jika dijumpai salah satu dari hal tersebut di bawah ini (Daurgirdas et al., 2007):

- 1) GFR < 15 ml/menit, tergantung gejala klinis
- 2) Gejala uremia meliputi; lethargy, anoreksia, nausea, mual dan muntah.
- 3) Adanya malnutrisi atau hilangnya massa otot.
- 4) Hipertensi yang sulit dikontrol dan adanya kelebihan cairan.
- 5) Komplikasi metabolik yang refrakter.

4. Kontraindikasi Hemodialisis

Menurut Price dan Wilson (2006) kontra indikasi dari hemodialisa adalah hipotensi yang tidak responsif terhadap presor, penyakit stadium terminal, dan sindrom otak organik. Sedangkan

menurut PERNEFRI (2003) dalam Efendi (2013) kontra indikasi dari hemodialisa adalah tidak mungkin didapatkan akses vaskuler pada hemodialisa, akses vaskuler sulit, instabilitas hemodinamik dan koagulasi. Kontra indikasi hemodialisa yang lain diantaranya adalah penyakit Alzheimer, demensia multi infark, sindrom hepatorenal, sirosis hati lanjut dengan ensefalopati dan keganasan lanjut.

5. Akses Sirkulasi Darah pada Hemodilisis

Menurut Baradero (2009) terdapat lima cara memperoleh akses ke sirkulasi darah pasien yaitu :

- a. Fistula arteriovena
- b. *Graft* arteriovena
- c. *Shunt* (pirai) arteriovena eksternal
- d. Kateterisasi vena femoralis
- e. Kateterisasi vena subklavia

6. Komplikasi Hemodialisis

Hemodialisis merupakan tindakan untuk menggantikan sebagian dari fungsi ginjal. Tindakan ini rutin dilakukan pada penderita penyakit ginjal kronik (PGK) stadium V atau gagal ginjal kronik (GGK). Walaupun tindakan HD saat ini mengalami perkembangan yang cukup pesat, namun masih banyak penderita yang mengalami masalah medis saat menjalani HD. Komplikasi yang sering terjadi pada penderita yang menjalani HD adalah gangguan hemodinamik. Tekanan darah umumnya menurun dengan dilakukannya UF atau penarikan cairan saat

HD. Hipotensi intradialitik terjadi pada 5-40% penderita yang menjalani HD.

7. Asuhan keperawatan selama hemodialisis

Menurut Baradero (2009) asuhan keperawatan yang dapat dilakukan oleh perawat selama proses hemodialisis adalah :

- a. Pantau status fisik sebelum dan sesudah dialisis untuk mengetahui apakah ada perubahan fisiologis
- b. Ciptakan rasa nyaman dan aman untuk mengurangi kekhawatiran atau kecemasan
- c. Bantu pasien mengerti perubahan pada gaya hidup dan menyesuaikan dengan perubahan tersebut. Hal ini menyangkut pendidikan kesehatan mengenai tindakan dan medikasi. Pasien didorong mengungkapkan perasaannya.

2.1.3. Kecemasan

1. Pengertian

Kecemasan adalah suatu keadaan tegangan atau perasaan tegang yang disebabkan karena faktor-faktor luar bukan dari gangguan kondisi-kondisi jaringan tubuh (Hall & Lindsey, 2009). Kecemasan atau *anxietas* adalah rasa khawatir, takut yang tidak jelas sebabnya. Kecemasan merupakan kekuatan yang besar dalam menggerakkan tingkah laku, baik tingkah laku normal maupun tingkah laku menyimpang. Kecemasan juga diartikan sebagai masa-masa pelik (Gunarsah & Gunarsah, 2008). Kecemasan merupakan *simtom* utama

atau penyebab dari simtom-simtom yang lain atau akibat dari masalah-masalah lain, sebagai tanda gejala dari gangguan skizofrenia (Semiun, 2010).

2. Penyebab

Kecemasan yang dialami oleh seseorang dapat ditimbulkan dari adanya sebuah ancaman yang dapat menimbulkan rasa ketakutan dan akhirnya merasa cemas atau khawatir. Kecemasan atau anxietas dapat ditimbulkan oleh bahaya dari luar dan dari dalam diri seseorang yang sifat ancamannya itu samar-samar. Bahaya dari dalam bisa timbul bila ada sesuatu hal yang tidak dapat diterimanya, misalnya pikiran, perasaan, keinginan, dan dorongan (Gunarsah & Gunarsah, 2008).

3. Tanda dan gejala

Menurut Semiun (2010) kecemasan memiliki beberapa simtom antara lain :

a. Simtom suasana hati

Simtom-simtom suasana hati dalam gangguan-gangguan kecemasan adalah kecemasan, tegangan, panik, dan kekhawatiran. Individu yang mengalami kecemasan memiliki perasaan akan adanya hukuman dan bencana yang mengancam dari suatu sumber tertentu yang tidak diketahui. Simtom-simtom suasana hati yang lain adalah depresi dan sifat mudah marah. Depresi dapat terjadi karena individu mungkin tidak melihat suatu pemecahan terhadap masalahnya serta cepat menyerah dan mengaku bersalah. Orang yang mengalami

kecemasan tidak bisa tidur dan dengan demikian dapat menyebabkan sifat mudah marah. Depresi dan sifat mudah marah dilihat sebagai simtom-simtom sekunder karena keduanya disebabkan oleh kecemasan yang merupakan simtom primer.

b. Simtom kognitif

Simtom-simtom kognitif dalam gangguan –gangguan kecemasan menunjukkan kekhawatiran dan keprihatinan mengenai bencana yang diantisipasi oleh individu. Misalnya seseorang individu yang merasa takut berada di tengah khalayak ramai (agorafobia) menghabiskan banyak waktu untuk khawatir mengenai hal-hal yang tidak menyenangkan (mengerikan) yang mungkin terjadi dan kemudian dia merencanakan bagaimana dia harus menghindari hal-hal tersebut. Perhatian yang dipusatkan hanya pada masalah-masalah tersebut menyebabkan seseorang tidak fokus terhadap masalah-masalah nyata yang ada sehingga seseorang merasa sering tidak bekerja atau belajar secara efektif dan akhirnya merasa cemas.

c. Simtom somatik

Simtom-simtom somatik dari kecemasan dapat dibagi menjadi dua kelompok. Pertama adalah simtom-simtom langsung yang terdiri dari keringat, mulut kering, bernafas pendek, denyut nadi cepat, tekanan darah meningkat, kepala terasa berdenyut-denyut, dan otot terasa tegang. Simtom-simtom ini menunjukkan tingkat rangsangan

dari saraf otonomi tinggi dan respon-respon yang sama juga terjadi pada ketakutan. Simtom-simtom tambahan dapat terjadi karena orang tersebut mulai bernafas terlalu cepat (hiperventilasi). Hiperventilasi menyebabkan kepala pusing, jantung berdenyut dengan cepat, dada terasa sakit dan kehabisan nafas. Kedua, apabila kecemasan itu berkepanjangan maka simtom-simtom tambahan seperti tekanan darah meningkat secara kronis, sakit kepala, otot melemah, dan gangguan fungsi usus (kesulitan pencernaan dan rasa nyeri pada perut) mungkin dapat terjadi. Tidak semua orang yang mengalami kecemasan akan mengalami simtom-simtom fisik yang sama. Hal ini terjadi karena perbedaan-perbedaan individual dalam pemolaan reaktivitas otonomi.

4. Klasifikasi Kecemasan

Freud membedakan tiga macam kecemasan yakni kecemasan *realitas*, kecemasan *neurotik*, dan kecemasan *moral* atau perasaan-perasaan bersalah (Hall and Lindsey, 2009)

a. Kecemasan realitas

Tipe pokoknya adalah kecemasan realitas atau rasa takut akan bahaya-bahaya nyata di dunia luar, kedua tipe kecemasan lain berasal dari realitas ini.

b. Kecemasan neurotik

Kecemasan neurotik adalah rasa takut jangan-jangan insting-insting akan lepas dari kendali dan menyebabkan sang pribadi

berbuat sesuatu yang bisa membuatnya dihukum. Kecemasan neurotik bukanlah ketakutan terhadap hukuman yang mungkin terjadi jika suatu insting dipuaskan. Kecemasan neurotik mempunyai dasar dalam kenyataan sebab dunia sebagaimana diwakili oleh orang tua dan berbagai otoritas lain akan menghukum anak bila ia melakukan tindakan-tindakan impulsif.

c. Kecemasan moral

Kecemasan moral adalah rasa takut terhadap suara hati. Orang-orang yang superegonya berkembang dengan baik cenderung merasa bersalah jika mereka yang bertentangan dengan norma moral. Kecemasan moral juga mempunyai dasar dalam realitas di masa lalu jika melanggar norma moral dapat diberikan hukuman.

5. Pengukuran kecemasan

Kecemasan dapat diukur menggunakan skala ukur yang sudah dibakukan misalnya HARS (*Hamilton Anxiety Range of Scale*) yang sudah melalui proses uji validitas dan realibilitas sehingga sudah valid untuk digunakan bagi siapapun dan dimanapun. Penilaian kecemasan dibedakan menjadi : Tidak Cemas <14 , Cemas Ringan 14-20, Cemas Sedang 21-27, Cemas Berat 28- 41, Panik 42-56 (WHO, 2015).

2.1.4. Mekanisme Koping

1. Pengertian

Mekanisme koping adalah upaya untuk mengatasi stresor-stresor yang mengakibatkan rasa takut dan cemas. Mekanisme koping dapat

menjadi efektif bila didukung oleh kekuatan lain dan adanya keyakinan pada individu yang bersangkutan bahwa mekanisme koping yang digunakan dapat mengatasi kecemasannya. Sumber koping merupakan modal kemampuan yang dimiliki individu guna mengatasi ansietas (Asmadi, 2008).

2. Klasifikasi

Secara umum mekanisme koping terhadap ansietas diklasifikasikan ke dalam dua kategori yaitu strategi pemecahan masalah (*problem solving stratregic*) dan mekanisme pertahanan diri (*defence mechanism*) (Asmadi, 2008)..

a. Strategi pemecahan masalah (*problem solving stratregic*)

Strategi pemecahan bertujuan mengatasi satau menanggulagi masalah atau ancaman yang ada dengan kemampuan pengamatan secara realitis. Beberapa contoh strategi pemecahan masalah yang dapat digunakan antara lain :

- 1) Meminta bantuan kepada orang lain
- 2) Secara besar hati, mampu mengungkapkan perasaab sesuai dengan situasi yang ada
- 3) Mencari lebih banyak informasi yang terkait dengan masalah yang dihadapi sehingga masalah tersebut dapat diatasi secara realitis.
- 4) Menyusun beberapa rencana untuk memecahkan masalah.

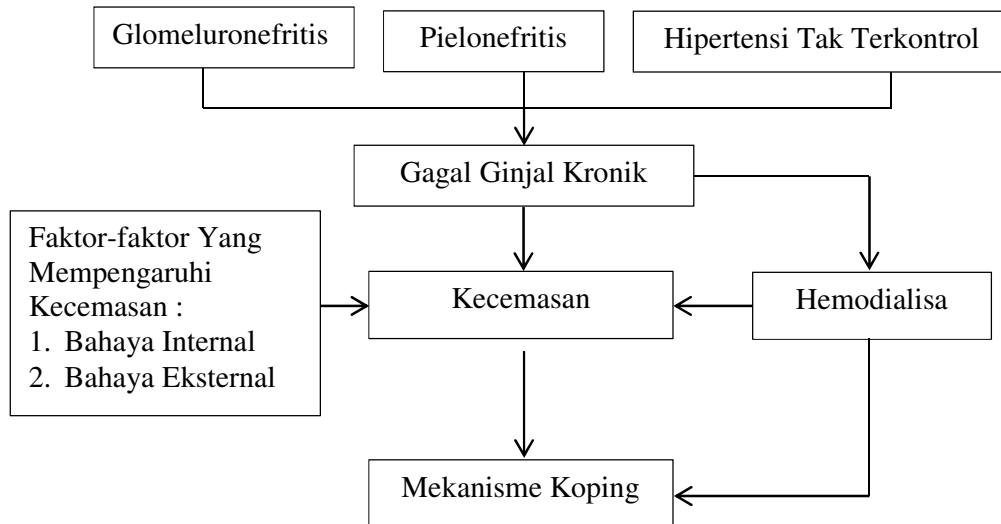
b. Mekanisme pertahanan diri (*defence mechanism*)

Mekanisme pertahanan diri digunakan untuk mencegah diri dari rasa cemas yang berat dengan menggunakan pemikiran yang rasional serta dapat memikirkan sesuatu dengan tenang.

c. Pengukuran mekanisme koping

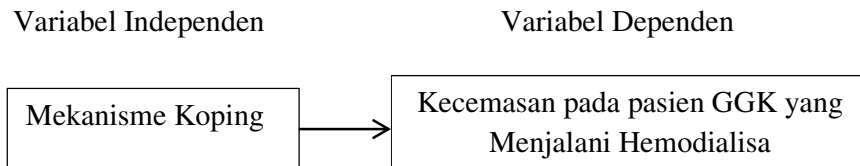
Mekanisme koping dapat diukur menggunakan sebuah kuesioner atau butir-butir pertanyaan yang berisi tentang mekanisme seseorang dalam menghadapi sebuah masalah atau kecemasan yang dialami (Asmadi, 2008). Penilaian mekanisme koping dapat dibedakan menjadi Nilai 0-6 = Kurang, Nilai 7-13 = Sedang, Nilai 14-20 = Baik.

2.2. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori
(Sumber : Baradero (2009), Hall & Linndsey (2009), Asmadi (2008))

2.3. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

2.4. Hipotesis

H_0 : Tidak ada hubungan mekanisme koping individu dengan tingkat kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD DR. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri

H_1 : Ada hubungan mekanisme koping individu dengan tingkat kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD DR. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri.

2.5. Keaslian Penelitian

Tabel 2.1 Keaslian Penelitian

No	Nama Pengarang	Judul	Metodologi penelitian	Hasil penelitian
1	Sabrian Febriana, Ardi Septiyan dan Erwin (2013)	Hubungan Mekanisme Koping Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana Di Ruang Rawat Inap	Penelitian ini menggunakan deskriptif korelasi	Hasil penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar mekanisme koping yang digunakan untuk mengatasi stress kerja adalah mekanisme koping adaptif sebesar 50,8%, selain itu hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat pelaksana memiliki kinerja tinggi sebesar

				55,6%. Hasil uji <i>Chi-square</i> didapatkan <i>p value</i> 0,121 > α (0,05), hal ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara mekanisme koping terhadap kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap.
2	Hamel Rivelino, Yanes P, Mulyadi (2014)	Hubungan tingkat kecemasan dengan mekanisme koping pada penderita DM Tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Tobelo Kabupaten Halmahera Utara	Penelitian ini adalah penelitian <i>cross sectional</i> dimana waktu pengukuran atau pengamatan data variabel independen dan dependen sekaligus pada satu saat.	Berdasarkan hasil penelitian diketahui ada hubungan antara tingkat kecemasan dengan mekanisme koping pada penderita DM tipe 2.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian korelasional menggunakan *Cross Sectional*. Penelitian *Cross Sectional* adalah jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi dari variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat. Pada penelitian ini variabel independen dan dependen dinilai secara simultan pada satu saat sehingga tidak ada tindak lanjut (Nursalam, 2014). Penelitian ini akan menghubungkan antara tingkat kecemasan yang menggunakan kuesioner HARS (*Hamilton Anxiety Range Scale*) dengan mekanisme coping yang dimiliki menggunakan kuesioner.

3.2. Populasi dan Sampel

Populasi adalah kumpulan subjek yang dijadikan sebagai responden suatu penelitian (Nursalam, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien yang mengalami gagal ginjal kronik di DR. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri. Populasi dalam penelitian ini yaitu 32 pasien gagal ginjal kronik yang menjalani HD rutin.

Sampel adalah beberapa subjek yang dijadikan sebagai responden penelitian. Pada penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel *purposive sampling* yaitu responden dipilih berdasarkan atas kriteria yang

ditetapkan oleh peneliti (Nursalam, 2014). Kriteria-kriteria sampel pada penelitian ini adalah :

Kriteria Inklusi :

1. Pasien yang menderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa
2. Pasien yang bersedia menjadi responden

Kriteria Eksklusi :

1. Pasien yang tidak bersedia dijadikan responden

Rumus Penghitungan Sampel

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan :

n : Sampel

N : Populasi

d : Konstanta tingkat kesalahan (0,05)

$$n = \frac{32}{1 + 32(0,05^2)} = 29,6 = 30 \text{ Responden}$$

Sampel pada penelitian ini menggunakan 30 Responden yang menderita gagal ginjal kronik dan mengalami kecemasan yang menjalani hemodialisa.

3.3. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit DR. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri pada bulan Desember 2015 di Ruang Teratai.

3.4. Variabel, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran

Tabel 3.1 Variabel, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran

Variabel	Definisi	Alat ukur	Penilaian	Skala
Tingkat Kecemasan	suatu keadaan tegangan atau perasaan tegang yang disebabkan karena faktor-faktor luar bukan dari gangguan kondisi-kondisi jaringan tubuh	Kuesioner HARS	0 = Tidak Cemas <14 1 = Cemas Ringan (14-20) 2 = Cemas Sedang (21-27) 3 = Cemas Berat (28- 41) 4 = Panik (42-56)	Ordinal
Mekanisme Koping	Mekanisme koping adalah upaya untuk mengatasi stresor-stresor yang mengakibatkan rasa takut dan cemas	Kuesioner	1.Nilai 0-6 = Kurang 2.Nilai 7-13 = Sedang 3.Nilai 14-20 = Baik	Ordinal

3.5. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

3.5.1. Alat penelitian

1. HARS (*Hamilton Anxiety Range of Scale*)

Alat penelitian yang digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan pasien (WHO, 2015).

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 1-14 dengan hasil:

a. Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan.

b. Skor 7 – 14 = kecemasan ringan

2. Kuesioner Mekanisme Koping

Alat penelitian yang dilakukan untuk mengukur mekanisme koping yang dimiliki oleh seseorang dalam menghadapi sebuah kecemasan. Kuesioner terdiri dari 20 soal yang telah di uji validitasnya di RSUD Dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri dan didapatkan 14 soal yang valid yaitu soal no. 2,3,5,6,7,8,11,14,15,17,18,19,20 dengan nilai reliabilitas 0,830 yang artinya instrumen layak untuk digunakan penelitian.

3.5.2. Cara Pengumpulan Data

1. Membuat F 04 untuk persyaratan ijin melakukan studi pendahuluan
2. Surat ijin studi pendahuluan digunakan untuk mencari data di Rumah Sakit Dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri pada bulan September-Oktober 2015 di Ruang Teratai.
3. Peneliti mengajukan surat permohonan ijin penelitian dari institusi kepada Kepala Ruang Rumah Sakit DR. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri pada bulan September-Oktober 2015 di Ruang Teratai.

4. Setelah mendapatkan surat persetujuan dari Kepala Ruang Rumah Sakit DR. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri dan 2 peneliti melakukan studi pendahuluan.
5. Peneliti melakukan penelitian Rumah Sakit DR. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri
6. Mencari sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi
7. Peneliti memberikan penjelasan penelitian dan meminta responden untuk menandatangani *inform consent* jika responden mau dijadikan sebagai objek penelitian
8. Meminta responden untuk mengisi kuesioner yang diberikan (bisa didampingi peneliti)
9. Mencatat hasil kuesioner dan mengolah data.

3.6. Teknik Pengolahan dan Analisa Data

3.6.1. Pengolahan Data

Dalam penelitian ini dilakukan pengolahan data dengan tahap sebagai berikut :

1. *Editing*

Pada tahap ini peneliti melakukan koreksi data untuk melihat kebenaran pengisian dan kelengkapan jawaban kuesioner dari responden. Hal ini dilakukan di tempat pengumpulan data sehingga bila ada kekurangan segera dapat dilengkapi. Selama proses penelitian ada beberapa data yang tidak terisi sehingga peneliti meminta

responden untuk melengkapinya sehingga didapatkan data yang lengkap.

2. *Coding*

Peneliti melakukan pemberian kode pada data untuk mempermudah mengolah data, hanya 1 variabel diberi kode yaitu variabel dependen (Nursalam 2013). Kuesioner HARS kode “0” diberikan pada pernyataan “tidak ada”, kode “1” diberikan pada pernyataan “ringan”, kode “2” diberikan pada pernyataan “sedang”, kode “3” diberikan pada pernyataan “berat”, kode “4” diberikan pada pernyataan “berat sekali”. Kuesioner mekanisme koping diberikan kode “1” jika pernyataan “Ya” dan “0” jika pernyataan “Tidak”.

3. *Entry data*

Merupakan suatu proses pemasukan data kedalam komputer untuk selanjutnya dilakukan analisa data dengan menggunakan program komputer.

4. *Cleaning*

Cleaning adalah memastikan bahwa seluruh data yang dimasukkan kedalam mesin pengolah data sudah sesuai dengan sebenarnya atau proses pembersihan data. Dalam proses ini peneliti melakukan pengecekan ulang untuk memastikan bahwa semua data yang dimasukkan dalam program komputer telah sesuai dengan data asli yang didapat di lapangan.

5. *Tabulating*

Kegiatan memasukkan data hasil penelitian kedalam tabel kemudian diolah dengan bantuan komputer.

3.6.2. Analisa Data

Analisa data dilakukan untuk menjawab hipotesis penelitian. Data yang diperoleh dianalisa dengan menggunakan teknik statistik kuantitatif dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat. Pada penelitian ini menggunakan sistem komputer dalam penghitungan data. Adapun analisa yang digunakan sebagai berikut :

1. Analisa Univariat

Analisa univariat merupakan suatu analisa yang digunakan untuk menganalisis tiap-tiap variabel dari hasil penelitian yang menghasilkan suatu distribusi frekuensi dan prosentase dari masing-masing variabel (Nursalam, 2014).

Analisa univariat dalam penelitian ini adalah distribusi tentang pendidikan, umur, jenis kelamin, tingkat kecemasan dan mekanisme coping.

2. Analisa Bivariat

Analisis bivariat menggunakan uji korelasi *Spearman*, merupakan salah satu uji non parametrik yang bertujuan untuk menghubungkan dua variabel yang memiliki skala ordinal. Pada penelitian ini akan menghubungkan dua variabel yaitu variabel

mekanisme koping (independen) dengan variabel tingkat kecemasan (dependen) (Nursalam, 2014).

Analisa hasil uji statistik : Apabila $p \text{ value} > 0,05$ maka H_0 diterima dan H_1 ditolak artinya tidak ada hubungan mekanisme koping individu dengan tingkat kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD DR. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri. Apabila $p \text{ value} < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 terima artinya ada hubungan mekanisme koping individu dengan tingkat kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD DR. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri. Kriteria hubungan (koefisien korelasi) antar variabel berkisar antara $\pm 0,00$ sampai $\pm 1,00$ tanda + adalah positif dan tanda – adalah negatif. Adapun kriteria penafsirannya adalah (Nursalam, 2014):

- a) 0,00 sampai 0,20, artinya: hampir tidak ada korelasi
- b) 0,21 sampai 0,40, artinya: korelasi rendah
- c) 0,41 sampai 0,60, artinya: korelasi sedang
- d) 0,61 sampai 0,80, artinya: korelasi tinggi
- e) 0,81 sampai 1,00, artinya: korelasi sempurna

3.7. Etika Penelitian

Ada beberapa etika yang dilakukan untuk mendukung kelancaran penelitian ini antara lain sebagai berikut (Nursalam, 2013) :

1. *Informed consent* (Lembar Persetujuan)

Informed consent merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan calon responden dengan memberikan lembar persetujuan. Peneliti menjelaskan tujuan penelitian kepada calon responden. Calon responden bersedia menjadi responden maka dipersilahkan menandatangani lembar persetujuan.

2. *Anonymity* (Kerahasiaan Identitas)

Anonymity merupakan etika penelitian dimana peneliti tidak mencantumkan nama responden dan tanda tangan pada lembar alat ukur, tetapi hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data. Kode yang digunakan berupa nama responden.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan Informasi)

Peneliti menjamin kerahasiaan hasil penelitian baik informasi atau masalah lain yang menyangkut *privacy* klien. Hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil penelitian.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1. Analisis Univariat

4.1.1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin (n=30)

Kategori	Jumlah	Presentase (%)
Laki-Laki	15	50.0
Perempuan	15	50.0
Total	30	100.0

Berdasarkan Tabel 4.1 karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin didapatkan 15 (50%) responden berjenis kelamin laki-laki dan 15 (50%) responden perempuan.

4.1.2. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur (n=30)

Kategori Umur	Jumlah	Presentase (%)
17-25 Tahun	2	6.7
26-35 Tahun	6	20.0
36-45 Tahun	7	23.3
46-55 Tahun	6	20.0
56-65 Tahun	3	10.0
>65 Tahun	6	20.0
Total	30	100.0

Berdasarkan Tabel 4.2 karakteristik responden berdasarkan umur didapatkan paling banyak berumur 36-45 tahun sebanyak 7 (23,3%) responden.

4.1.3. Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 4.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan
(n=30)

Kategori	Jumlah	Presentase (%)
Tidak Sekolah	0	0
SD	9	30.0
SMP	7	23.3
SMA	14	46.7
Total	30	100.0

Berdasarkan Tabel 4.3 karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan didapatkan paling banyak berpendidikan SMA sebanyak 14 (46,7%) responden.

4.1.4. Karakteristik Responden Berdasarkan Mekanisme Koping

Tabel 4.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Mekanisme Koping
(n=30)

Kategori	Jumlah	Presentase (%)
Kurang	0	0
Sedang	29	96.7
Baik	1	3.3
Total	30	100.0

Berdasarkan Tabel 4.4 karakteristik responden berdasarkan mekanisme koping didapatkan paling banyak memiliki tingkat mekanisme koping sedang sebanyak 29 (96,7%) responden.

4.1.5. Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan

Tabel 4.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan
(n=30)

Kategori	Jumlah	Presentase (%)
Tidak Cemas	0	0
Cemas Ringan	0	0
Cemas Sedang	0	0
Cemas Berat	0	0
Panik	30	100.0
Total	30	100.0

Berdasarkan Tabel 4.5 karakteristik responden berdasarkan tingkat kecemasan diketahui semua responden 30 (100%) memiliki tingkat kecemasan panik.

4.2. Analisis Bivariat

4.2.1. Hubungan Mekanisme Koping dengan Tingkat Kecemasan

Tabel 4.4 Analisis <i>Rank Spearman</i> (n=30)						
Mekanisme Koping	Tingkat Kecemasan				Panik	<i>p-value</i>
	Tidak Cemas	Cemas Ringan	Cemas Sedang	Cemas Berat		
Kurang	0	0	0	0	0	0,664**
Sedang	0	0	0	0	29	
Baik	0	0	0	0	1	

Berdasarkan Tabel 4.4 hasil analisis *Rank Spearman* diketahui korelasi mekanisme koping dengan tingkat kecemasan sebesar 0.664 dengan nilai *sig.* 0.000 (*p-value* < 0,05) yang berarti mekanisme koping berkorelasi kuat dengan kecemasan.

BAB V

PEMBAHASAN

5.1. Karakteristik Responden

5.1.1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin menurut tabel 4.1 didapatkan 15 (50%) responden berjenis kelamin laki-laki dan 15 (50%) responden perempuan.

Hasil penelitian Romani (2012) menunjukkan bahwa distribusi frekuensi jenis kelamin pasien GGK tertinggi adalah pasien dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 29 orang (51,8%) dan tidak berbeda secara signifikan dengan jenis kelamin perempuan. Usia meningkatkan atau menurunkan kerentanan terhadap penyakit tertentu. Penelitian Yuliaw (2009) menyatakan, bahwa responden memiliki karakteristik individu yang baik hal ini bisa dilihat dari jenis kelamin, bahwa perempuan lebih banyak menderita penyakit gagal ginjal kronik, sedangkan laki-laki lebih rendah dan responden laki-laki mempunyai kualitas hidup lebih jelek dibandingkan perempuan, semakin lama menjalani terapi hemodialisa akan semakin rendah kualitas hidup penderita. Hasil penelitian diatas berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan karena jumlah responden laki-laki dan perempuan seimbang.

5.1.2. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Karakteristik responden berdasarkan umur menurut tabel 4.2 didapatkan paling sedikit berumur 17-25 tahun sebanyak 2 (6,7%) responden dan yang paling banyak berumur 36-45 tahun sebanyak 7 (23,3%) responden.

Hasil penelitian Romani (2012) menunjukkan bahwa responden penelitian ini didominasi oleh pasien GGK dengan umur 41-50 tahun sebanyak 17 orang (30,4%). Pada umumnya kualitas hidup menurun dengan meningkatnya umur. Penderita gagal ginjal kronik usia muda akan mempunyai kualitas hidup yang lebih baik oleh karena biasanya kondisi fisiknya yang lebih baik dibandingkan yang berusia tua.

Penderita yang dalam usia produktif merasa terpacu untuk sembuh mengingat dia masih muda mempunyai harapan hidup yang lebih tinggi, sebagai tulang punggung keluarga, sementara yang tua menyerahkan keputusan pada keluarga atau anak-anaknya. Tidak sedikit dari mereka merasa sudah tua, capek hanya menunggu waktu, akibatnya mereka kurang motivasi dalam menjalani terapi hemodialisa. Usia juga erat kaitannya dengan prognose penyakit dan harapan hidup mereka yang berusia diatas 55 tahun kecenderungan untuk terjadi berbagai komplikasi yang memperberat fungsi ginjal sangat besar bila dibandingkan dengan yang berusia dibawah 40 tahun (Butar, 2008).

5.1.3. Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan menurut tabel 4.3 didapatkan paling sedikit berpendidikan SMP sebanyak 7 (23,3%) responden dan yang paling banyak berpendidikan SMA sebanyak 14 (46,7%) responden.

Yulaw (2009) dalam penelitiannya mengatakan bahwa, pada penderita yang memiliki pendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas juga memungkinkan pasien itu dapat mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang di hadapi, mempunyai rasa percaya diri yang tinggi, berpengalaman, dan mempunyai perkiraan yang tepat bagaimana mengatasi kejadian, mudah mengerti tentang apa yang dianjurkan oleh petugas kesehatan, serta dapat mengurangi kecemasan sehingga dapat membantu individu tersebut dalam membuat keputusan. Hasil penelitian ini didukung dengan teori dimana pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang penting untuk terbentuknya tindakan, perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng dari pada yang tidak didasari pengetahuan (Notoatmodjo, 2010).

5.2. Tingkat Kecemasan Pasien HD

Hasil penelitian didapatkan semua pasien mengalami tingkat kecemasan panik. Hasil penelitian berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Romani (2012) yang didominasi oleh responden yang memiliki kecemasan sedang sebanyak 28 responden (50%). Penelitian lain yang

dilakukan oleh Tanginan (2015) didapati sebagian besar responden tidak mengalami kecemasan sebanyak 19 responden (55,9%).

Menurut Isaac dalam Untari (2014) faktor yang mempengaruhi respon individu terhadap kecemasan antara individu dan individu yang lain dapat berbeda, tergantung faktor-faktor seperti usia, jenis kelamin, tahap perkembangan, tipe kepribadian, pendidikan, status kesehatan, makna yang dirasakan, nilai budaya/ spiritual, dukungan sosial, mekanisme koping dan pekerjaan. Semakin meningkat usia seseorang semakin baik tingkat kematangan seseorang untuk menghadapi kecemasan. Faktor Jenis kelamin gangguan kecemasan lebih sering dialami wanita dibandingkan pria. Perempuan memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan subjek yang berjenis kelamin laki-laki, dikarenakan perempuan lebih peka terhadap emosinya yang pada akhirnya peka juga terhadap perasaan cemasnya. Perempuan cenderung melihat hidup atau peristiwa yang dialami dari segi detail sedangkan laki-laki cenderung global atau tidak detail.

Setiap tahap dalam usia perkembangan sangat berpengaruh pada perkembangan jiwa termasuk didalamnya konsep diri yang akan mempengaruhi ide, pikiran, kepercayaan dan pandangan individu tentang dirinya dan dapat mempengaruhi individu tersebut. Individu dengan konsep diri yang negatif rentang terhadap kecemasan.

Seseorang dengan pendidikan yang rendah mudah mengalami kecemasan, karena semakin tinggi pendidikan akan mempengaruhi kemampuan berfikir seseorang. Status kesehatan seseorang yang sakit dapat

menurunkan kapasitas seseorang dalam menghadapi stres. Menurut Kuntjoro (2002) dalam Lailasari (2009) setelah orang memasuki masa lansia umumnya mulai dihindangi adanya kondisi fisik yang bersikap patologis berganda (*multiple pathology*) misalnya tenaga berkurang, energi menurun, kulit makin keriput, gigi makin rontok, tulang makin rapuh, dan sebagainya. Secara umum kondisi fisik seseorang yang sudah memasuki masa lansia mengalami penurunan secara berlipat ganda.

Jika stresor dipersepsikan akan berakibat baik maka tingkat kecemasan yang akan dirasakan akan berat. sebaliknya jika stresor dipersepsikan tidak mengancam dan individu mampu mengatasinya maka tingkat kecemasan yang dirasakan akan lebih ringan. Nilai-nilai budaya dan spiritual dapat mempengaruhi cara berpikir dan tingkah laku seseorang.

Dukungan sosial dan lingkungan sekitar dapat mempengaruhi cara berpikir seseorang tentang diri sendiri dan orang lain. Hal ini dapat disebabkan oleh pengalaman seseorang dengan keluarga, sahabat, rekan kerja dan lain-lain. Kecemasan akan timbul jika seseorang merasa tidak aman terhadap lingkungan. Ketika mengalami kecemasan, individu akan menggunakan mekanisme koping untuk mengatasinya dan ketidakmampuan mengatasi kecemasan secara konstruktif menyebabkan terjadinya perilaku patologis. Pekerjaan adalah sesuatu yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber ketenangan tetapi dengan bekerja bisa diperoleh pengetahuan.

5.3. Mekanisme Koping Pasien HD

Hasil penelitian didapatkan sebagian besar responden memiliki mekanisme koping sedang. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Romani (2012) sebagian besar responden GGK memiliki koping yang adaptif sebanyak 40 responden (71,4%).

Faktor-faktor yang mempengaruhi mekanisme koping seseorang yang pertama adalah harapan akan *self-efficacy* yaitu berkenaan dengan harapan kita terhadap kemampuan diri dalam mengatasi tantangan yang kita hadapi, harapan terhadap kemampuan diri untuk menampilkan tingkah laku terampil dan harapan terhadap kemampuan diri untuk dapat menghasilkan perubahan hidup yang positif. Faktor yang kedua yaitu dukungan sosial, peran dukungan sosial sebagai penahan munculnya stres telah dibuktikan kebenarannya (Wills & Filer Fegan, 2001) dalam Mutoharoh (2012) percaya bahwa memiliki kontak sosial yang luas membantu melindungi sistem kekebalan tubuh terhadap stres. Individu dengan dukungan sosial tinggi akan mengalami stres yang rendah ketika mereka mengalami stres, dan mereka akan mengatasi stres atau melakukan koping lebih baik. Dukungan sosial juga mempunyai hubungan positif yang dapat mempengaruhi kesehatan individu dan kesejahteraannya atau dapat meningkatkan kreativitas individu dalam kemampuan penyesuaian yang adaptif terhadap stres dan rasa sakit yang dialami.

Faktor ketiga yaitu optimisme, pikiran yang optimis dapat menghadapi suatu masalah lebih efektif dibanding pikiran yang pesimis berdasarkan cara

individu melihat suatu ancaman. Pikiran yang optimis dapat membuat keadaan yang stresful sebagai sesuatu hal yang harus dihadapi dan diselesaikan, oleh karena itu individu lebih akan memilih menyelesaikan dan menghadapi masalah yang ada dibandingkan dengan individu yang mempunyai pikiran yang pesimis (Matthews, 2008).

Pendidikan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan (praktik) untuk memelihara (mengatasi masalah-masalah), dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu tingkat pendidikan individu memberikan kesempatan yang lebih banyak terhadap diterimanya pengetahuan baru termasuk informasi kesehatan (Notoatmodjo, 2010). Faktor lainnya yaitu pengetahuan, ketidakseimbangan antara coping individu dengan banyaknya informasi yang tersedia dapat menghambat kesembuhan.

Faktor terakhir yaitu jenis kelamin, ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam mengontrol diri. Anak laki-laki lebih sering menunjukkan perilaku-perilaku yang kita anggap sulit yaitu gembira berlebihan dan kadang-kadang melakukan kegiatan yang agresif, menantang, menolak otoritas. Perempuan diberi penghargaan atas sensitivitas, kelembutan dan perasaan kasih, sedangkan laki-laki didorong untuk menonjolkan emosinya, juga menyembunyikan sisi lembut mereka dan kebutuhan mereka akan kasih sayang serta kehangatan. Bagi sebagian anak laki-laki, kemarahan adalah reaksi emosional terhadap rasa frustrasi yang paling bisa diterima secara luas (Affandi, 2009).

5.4. Hubungan Mekanisme Koping dengan Tingkat Kecemasan

Hasil analisis *Rank Spearman* diketahui korelasi mekanisme koping dengan tingkat kecemasan sebesar 0.664 dengan nilai *sig.* 0.000 yang berarti *p value* < 0.005 maka terdapat hubungan mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien yang menjalani hemodialisa.

Hasil penelitian Romani (2012) menunjukkan bahwa dari 56 orang responden, sebanyak 40 orang (71,43%) responden dengan mekanisme koping Adaptif memiliki kecemasan sedang sebanyak 20 orang (50%). Hasil analisa bivariat yaitu dari statistik *Chi Square* menunjukkan *p-value* 0,001 < 0,05 yang berarti ada hubungan mekanisme koping individu dengan tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronis di Unit Hemodialisa RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Pasien GGK yang menggunakan mekanisme koping adaptif lebih cenderung mengalami kecemasan ringan. Sebaliknya pasien GGK yang menggunakan mekanisme koping maladaptif lebih cenderung mengalami kecemasan sedang dan berat.

Pada penelitian yang dilakukan Romani (2012) tidak ada pasien GGK yang mengalami kecemasan berat sekali/ panik. Sumber koping yang dimanfaatkan dengan baik dapat membantu pasien GGK mengembangkan mekanisme koping yang adaptif, sehingga pasien GGK dapat menanggulangi kecemasannya ditandai dengan tingkat kecemasan yang ringan dan sedang. Hal ini terlihat pada hasil penelitian yaitu penggunaan sumber koping seperti dukungan sosial, aset materi dan nilai keyakinan individu membantu individu

mengembangkan koping yang adaptif sehingga kecemasan yang dirasakan oleh individu cenderung ringan dan sedang, dan demikian juga sebaliknya.

Koping merupakan respon individu terhadap situasi yang mengancam dirinya baik fisik maupun psikologik. Stuart dan Sundeen (2009) mengemukakan bahwa kemampuan koping dipengaruhi oleh antara lain faktor internal meliputi umur, kepribadian, intelegensi, pendidikan, nilai, kepercayaan, budaya, emosi dan kognitif dan faktor eksternal, meliputi suport sistem, lingkungan, keadaan finansial penyakit. Stuart (2009) menyatakan bahwa salah satu sumber koping yaitu aset ekonomi dapat membantu meningkatkan koping individu dalam menghadapi situasi stressful. Semua responden dengan pekerjaan yang berbeda cenderung menggunakan koping adaptif. Kemungkinan hal ini dikarenakan rata-rata pasien yang melakukan hemodialisa di Unit Hemodialisa RSUD Dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri menggunakan jamkesmas dan askes untuk membiayai cuci darah mereka. Hal ini adalah salah satu sumber koping dari aset materi yang membantu koping pasien kearah adaptif karena dapat mengatasi stressor dari segi biaya.

Pendidikan yang tinggi dapat memiliki pengetahuan yang luas dan pemikiran yang lebih realistis dalam pemecahan masalah yaitu salah satunya tentang kesehatan sehingga dapat menerapkan gaya hidup sehat agar terhindar dari penyakit (Notoatmodjo, 2010). Responden dengan pendidikan dasar dan menengah yang menggunakan mekanisme koping maladaptif jumlahnya lebih banyak dibandingkan dengan responden yang berpendidikan tinggi. Hal ini

dikarenakan perbedaan kemampuan individu dalam menilai masalah maupun pengalaman tentang penyakit yang terdahulu sehingga berdampak pada pola koping yang digunakan.

Responden dengan status menikah paling dominan menggunakan mekanisme koping adaptif. Bentuk dukungan yang diberikan terlihat saat menjalani cuci darah di Unit Hemodialisa RSUD Dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri, sebagian besar responden yang sudah menikah ditemani saat cuci darah oleh pasangannya walaupun terkadang ada beberapa responden yang tidak ditemani oleh pasangannya tetap ditemani oleh keluarga (anak, saudara). Hal ini dikarenakan dengan adanya pasangan (suami/istri) merupakan salah satu sumber dukungan sosial dari responden.

Pasien GGK yang memiliki penyakit penyerta seperti hipertensi, diabetes mellitus, pielonefritis, batu ginjal maupun asam urat, cenderung menggunakan koping adaptif. Adanya penyakit merupakan salah satu faktor eksternal yang mempengaruhi koping. Banyaknya penyakit yang diderita akan menjadi stressor tersendiri bagi pasien sehingga menambah beban pikiran pasien yang akan mempengaruhi koping yang digunakan. Stuart dan Sundeen (2009) mengungkapkan adanya penyakit merupakan salah satu faktor eksternal yang mempengaruhi koping.

Responden dengan suport sistem lebih cenderung yang menggunakan koping adaptif. Dukungan tersebut tidak hanya diperoleh dari keluarga, kerabat maupun tenaga kesehatan, tetapi juga dari sesama pasien hemodialisa. Hal ini terlihat saat peneliti melakukan penelitian. Stuart (2009) menyatakan

bahwa salah satu sumber koping yaitu dukungan sosial membantu individu dalam memecahkan masalah melalui pemberian dukungan.

Kecemasan dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara intrapersonal. Kecemasan yang dialami oleh seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain umur, pengalaman pasien menjalani pengobatan, keadaan fisik, tingkat pendidikan, proses adaptasi. Kaplan dan Sadock (2007) mengungkapkan bahwa orang yang mempunyai pendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional dibandingkan mereka yang berpendidikan lebih rendah atau mereka yang tidak berpendidikan.

Hasil penelitian yang dilakukan peneliti, semua responden memiliki tingkat kecemasan panik. Asumsi peneliti kepanikan responden di pengaruhi oleh mekanisme responden yang kurang baik, hal ini dapat dilihat pada 29 responden yang memiliki mekanisme koping sedang.

Pasien GGK yang sakit kurang dari enam bulan cenderung mengalami kecemasan sedang dan berat. Pasien GGK yang baru menjalani hemodialisa sangat besar kemungkinan mengalami kecemasan dikarenakan belum mengenal alat dan cara kerja mesin hemodialisa, kurang adekuatnya informasi dari tenaga kesehatan terkait prosedur hemodialisa maupun kecemasan akan keberhasilan proses hemodialisa saat itu. Hal ini dapat menjadi stressor yang meningkatkan kecemasan pasien GGK. Stuart (2009) mengungkapkan bahwa penyakit merupakan sumber kecemasan yaitu ancaman terhadap integritas fisik meliputi disabilitas fisiologis.

BAB VI

PENUTUP

6.1. Kesimpulan

1. Karakteristik responden sebanyak 15 (50%) responden berjenis kelamin laki-laki dan 15 (50%) responden berjenis kelamin perempuan, umur responden terbanyak yaitu 36-45 Tahun sebanyak 7 (23,3%), tingkat pendidikan responden terbanyak yaitu SMA sebanyak 14 (46,7%).
2. Mekanisme Koping Individu pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di Bangsal Teratai RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri yang paling banyak memiliki tingkat mekanisme koping sedang sebanyak 29 (96,7%) responden.
3. Semua responden 30 (100%) yang Menjalani Hemodialisa di Bangsal Teratai RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri memiliki tingkat kecemasan panik.
4. Berdasarkan analisis *Rank Spearman* terdapat hubungan mekanisme koping individu dengan tingkat kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di bangsal teratai RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri sebesar 0.664 dengan nilai *sig.* 0.000 yang berarti *p value* < 0.005.

6.2. Saran

1. Rumah Sakit

Rumah sakit memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dalam hal penanganan masalah psikologis yang timbul akibat penyakit kronik.

2. Institusi Pendidikan

Penelitian ini dapat dijadikan sumber pustaka yang berkaitan dengan penelitian penyakit kronik dan status psikologis khususnya masalah tingkat kecemasan dan mekanisme koping.

3. Peneliti Lain

Penelitian ini dapat memotivasi peneliti lain untuk meneliti tentang GGK serta sebagai sumber referensi bagi peneliti lain yang akan meneliti tentang penyakit GGK.

4. Penderita

Penelitian ini dapat digunakan sebagai motivasi bagi pasien HD dan keluarga dalam meningkatkan kualitas hidup pasien dengan mematuhi diit cairan sesuai anjuran.

DAFTAR PUSTAKA

- Amrulloh, I. (2010) *Strategi Koping Pasien Gagal Ginjal Kronik di Instalasi Dialisis RSUP DR. Sardjito Tahun 2010*. Karya Tulis Ilmiah. Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta Jurusan Keperawatan.
- Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien* .Jakarta: Salemba Medika.
- Baradero, Mari, dkk. (2009). *Seri Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Ginjal*. Jakarta: EGC.
- Baughman, Diane C. (2010). *Keperawatan Medikal Bedah : Buku Saku untuk Brunner dan Suddart* .Jakarta : EGC
- Butar Aguswina, Cholina Trisa Siregar. (2012). Karakteristik Pasien Dan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa. Medan Universitas Sumatera Utara.
- Daugirdas, J.T., Blake, P.G., Ing, T.S. (2007). *Handbook of Dialysis*. 4th ed. Philadelphia. Lipincott William & Wilkins.
- Efendi. (2013). Nefrologi Klinik,Tata Laksana Gagal Ginjal Kronik.FK Unsri. Palembang.
- Gunarsah, Singgih D & Gunarsah, Ny.Singgih. D. (2008). *Psikologi Keperawatan*. Jakarta : Gunung Mulia.
- Kaplan & Sadock. (2007). *Buku Ajar Psikiatri Klinis*. Ed Ke- 2. EGC: Jakarta.
- Nadia. (2007). Kecemasan pada Penderita Gagal Ginjal Kronis di Laboratorium Dialisis Rumah Sakit Pusat TNI AU Dr. Esnawan Antariksa. Diakses pada 2 Mei 2012. <http://www.gunadarma.ac.id> diakses pada tanggal 14 Januari 2016.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2014). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Price, Sylvia A. (2006). *Patofisiologi : Konsep klinis proses-proses penyakit (edisi 6)*. Jakarta: EGC.
- Rahmatul, A. (2008). Hubungan mekanisme koping dengan stres pada pasien kanker dalam mengatasi efek samping kemoterapi di ruang bedah wanita RSUD M.Djamil. Diperoleh pada tanggal 15 Juni 2015 dari <http://repository.unand.ac.id/5658>.
- Romani, Ni Ketut, Hendarsih, Sri & Lathu Asmarani, Fajarina. (2013). Hubungan Mekanisme Koping Individu Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Di Unit Hemodialisa Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Artikel Ilmiah. Yogyakarta : Universitas Respati Yogyakarta.
- Semiun, Yustinus. (2010). *Kesehatan Mental 2*. Yogyakarta: Kasinius.
- Septian, dkk. (2014). Hubungan Mekanisme Koping Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap. Artikel Ilmiah .Riau: Universitas Riau
- Siswanto. (2007). Kesehatan Mental, Konsep, Cakupan dan Perkembangannya. Yogyakarta: Andi Publisher.
- Stuart, G. W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing 9th edition*. Canada: Mosby Elsevier.
- WHO. (2015). Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32:50–55.
- Yanes P. Taluta, Mulyadi & Rivelino S. Hamel. (2014). Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mekanisme Koping pada Penderita Diabetes Melitus Tipe II di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Tobelo Kabupaten Halmahera Utara. *ejournal keperawatan* Vol.2 No.1.
- Yuliaw, A. (2009). Hubungan Karakteristik Individu dengan Kualitas Hidup Dimensi Fisik pasien Gagal Ginjal Kronik di RS Dr. Kariadi Semarang. Diakses dari digilib.unimus.ac.id/files/disk1/106/jtpunimus-gdl-annyyuliaw-5289-2-bab2.pdf diakses pada tanggal 14 Januari 2016.