

**KARYA TULIS ILMIAH**

**GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN  
GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI  
TERAPI HEMODIALISA DI RUMAH  
SAKIT UMUM DAERAH  
GUNUNGSITOLI  
KABUPATEN  
NIAS**



**LINCE PERMATA SARI DUHA**

**16.017**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN  
PRODI D-III KEPERAWATAN GUNUNGSITOLI  
TAHUN 2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN  
GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI  
TERAPI HEMODIALISA DI RUMAH  
SAKIT UMUM DAERAH  
GUNUNGSITOLI  
KABUPATEN  
NIAS**

Sebagai Syarat Menyelesaikan Pendidikan Program Studi  
Diploma III Keperawatan



**LINCE PERMATA SARI DUHA**

**16.017**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN  
PRODI D-III KEPERAWATAN GUNUNGSITOLI  
TAHUN 2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias

Nama : Lince Permata Sari Duha

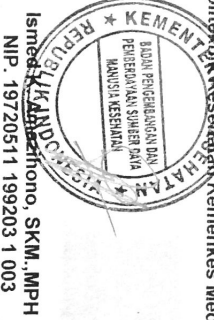
NPM : 16.017

Telah Diterima dan Disetujui Untuk Diseminarkan Dihadapan Penguji  
Gunungsitoli, 21 Juni 2019

Menyetujui  
Pembimbing

Cipta Citra Karyani Gulo, S. Kep.,Ns.,M.Kep  
NIP.19870426 201503 2 004

Ketua Prodi ~~D-III~~ Keperawatan Gunungsitoli  
Poltek ~~Kes~~ ~~Stafan~~ Kesehatan Medan



## LEMBAR PENGESAHAN

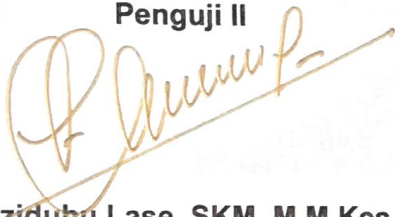
**JUDUL** : **Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias**

**Nama** : **Lince Permata Sari Duha**

**NPM** : **16.017**

**Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diuji pada Sidang Ujian Akhir Program  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan  
2019**

**Penguji II**



**Baziduhu Lase, SKM.,M.M.Kes  
NIDN. 3420105701**

**Penguji III**



**Yurman Waruwu, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,M.Si**

**Ketua Penguji**



**Cipta Citra Karyani Gulo, S.Kep,Ns.,M.Kep  
NIP.19870426 201503 2 004**

**Ketua Program Studi Keperawatan Gunungsitoli  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan**



**Ismed K. Amazinono, SKM.,MPH  
NIP. 19720511 199203 1 003**

**PERNYATAAN**

**GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN GAGAL  
GINJAL KRONIK YANG MENJALANI TERAPI  
HEMODIALISA DI RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH GUNUNGSITOLI  
KABUPATEN NIAS**

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam karya tulis ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk disuatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebut dalam daftar pustaka.

**Gunungsitoli, Juni 2019  
Yang Menyatakan**

**Lince Permata Sari Duha  
16.017**

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena dengan berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul “Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias”. Penelitian ini dibuat untuk memenuhi syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III di Poltekes Kemenkes Medan Jurusan D-III Keperawatan Gunungsitoli Tahun 2019.

Pada kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan rasa hormat dan ucapan terimakasih kepada:

1. Ibu Dra. Ida Nurhayati, M.Kes, Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan.
2. Ibu Hj. Johani Dewita Nasution, SKM.,M.Kes, Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan.
3. Bapak Ismed Krisman Amazihono, SKM.,MPH, Ketua Program Studi D-III Keperawatan Gunungsitoli .
4. Ibu Cipta Citra Karyani Gulo, S.Kep.,Ns.,M.Kep, Pembimbing dan Ketua Penguji yang telah memberikan waktu serta buah pikirannya dalam membantu peneliti menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak Baziduhu Lase, SKM., M.M.Kes, Penguji II yang telah memberikan waktu serta buah pikirannya dalam membantu peneliti menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak Yurman Waruwu, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,M.Si, Penguji III yang telah memberikan waktu serta buah pikirannya dalam membantu peneliti menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dr. Julianus Dawolo, M.Kes Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias.
8. Ibu Erni Damai S. Telaumbanua, AMK Kepala Ruangan Hemodialisa Rumah Sakit Umum Daerah Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias.
9. Bapak/Ibu Dosen dan Civitas Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan Jurusan D-III Keperawatan Gunungsitoli, yang telah memberikan dukungan dan motivasi serta membekali peneliti dengan ilmu pengetahuan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

10. Teristimewa peneliti persembahkan untuk kedua orang tua tercinta (Ayah : Yohanes Duha, Ibu : Suryani Sihura(alm)), Adek (Johandi Krisman Duha), Acim (Sadarawati Lase dan Masnidar Duha), Ace (Achun Duha), Ai (Eviana Duha), dan Tio (Oktavianus) beserta semua keluarga lainnya yang selama ini memberikan dukungan baik secara moral maupun materi serta doa restu sehingga peneliti menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sesuai dengan waktu yang ditentukan.
11. Pembina asrama putri Ibu Riati Nazara, S.Kep dan kepada adik-adik saya sekamar IV A asrama putri : Dian Trirayani lase, Ertisna Zalukhu, Marselina Laoli, Nestiniat Zebua dan Tamiz Sarumaha yang terus memberikan semangat kepada peneliti.
12. Kepada seluruh teman-teman seangkatan yang selalu memberi dukungan dan masukan demi terselesaikannya karya tulis ilmiah ini.
13. Semua pihak yang telah turut membantu dan memberi semangat hingga karya tulis ilmiah ini dapat selesai.

Semoga Tuhan Yang Maha Pengasih dan Penyayang melimpahkan berkat dan anugrahNya dengan berlipat ganda kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Dengan kerendahan hati peneliti menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan baik dalam segi penulisannya, tata bahasa maupun isi. Untuk itu, peneliti mengharapkan kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Akhir kata peneliti mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah banyak membantu, semoga karya tulis ilmiah dapat bermanfaat demi kemajuan ilmu pengetahuan khususnya profesi keperawatan.

Gunungsitoli, Juni 2019

Peneliti

Lince Permata Sari Duha

16.017

## DAFTAR ISI

### Halaman

#### **SAMPUL DEPAN**

#### **SAMPUL DALAM**

Lembar Persetujuan

Lembar Pengesahan

Pernyataan

Abstrak .....	i
Abstract .....	ii
Kata Pengantar.....	iii
Daftar Isi .....	v
Daftar Tabel.....	vii
Daftar Gambar .....	viii
Daftar Lampiran .....	ix

#### **BAB I PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian .....	6

#### **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

A. Tinjauan Pustaka .....	7
1. Konsep Gagal Ginjal Kronik .....	7
2. Konsep Hemodialisa .....	17
3. Konsep Kecemasan.....	21
B. Kerangka Konsep .....	34
C. Defenisi Operasional.....	34

#### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Jenis dan Desain Penelitian .....	35
B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	35
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	35
D. Jenis dan Cara Pengumpulan Data.....	37
E. Pengolahan dan Analisa Data.....	39



**BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	41
B. Hasil Penelitian .....	42
C. Pembahasan Hasil Penelitian .....	43

**BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan .....	46
B. Saran .....	46

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 2.1 Stadium CKD.....	10
Tabel 2.2 Respon Fisiologis terhadap Kecemasan.....	25
Tabel 2.3 Respon Perilaku, Kognitif dan Afektif terhadap Kecemasan .....	25
Tabel 2.4 Alat Ukur HRS-A ( <i>Hamilton Rating Scale For Anxiety</i> ).....	30
Tabel 2.5 Defenisi Operasional .....	34
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Pengalaman Menjalani Hemodialisa.....	42
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan.....	43

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 2.1. Anatomi Ginjal.....	8
Gambar 2.2. Rentang Respon Adaptif dan Maladaptif.....	24
Gambar 2.3. Kerangka Konsep .....	34

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: Lembar Permohonan Menjadi Responden Penelitian
Lampiran II	: Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran III	: Lembar Kuesioner Penelitian
Lampiran IV	: Dokumentasi
Lampiran V	: Surat Izin Studi Pendahuluan
Lampiran VI	: Surat Balasan Izin Studi Pendahuluan
Lampiran VII	: Kode Etik Penelitian
Lampiran VIII	: Surat izin meneliti
Lampiran IX	: Surat balasan izin meneliti
Lampiran X	: Surat pernyataan telah melaksanakan penelitian
Lampiran XI	: Lembar Konsultasi
Lampiran XII	: Master tabel
Lampiran XIII	: Biodata Peneliti
Lampiran XIV	: Jadwal Penelitian

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Gagal ginjal kronik (GGK) atau Chronic Kidney Diseases (CKD) merupakan gangguan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme, gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang berakibat pada peningkatan ureum. Pada pasien gagal ginjal kronik mempunyai karakteristik bersifat menetap, tidak bisa disembuhkan dan memerlukan pengobatan berupa hemodialisa, dialisis peritoneal, transplantasi ginjal dan rawat jalan dalam jangka waktu yang lama (Black & Hawks, 2014).

Penyakit gagal ginjal kronik (GGK) saat ini menjadi masalah besar karena termasuk penyakit yang sulit disembuhkan. Gagal ginjal bersifat *irreversible* sehingga memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap. Tanpa terapi penggantian ginjal, kematian akibat kelainan metabolik dapat terjadi dengan cepat (Wahyuni *et al*, 2014).

Pasien gagal ginjal kronik harus menjalani terapi dialysis sepanjang hidupnya, biasanya tiga kali seminggu selama paling sedikit 3 atau 4 jam per 1 kali terapi, atau sampai mendapat ginjal baru melalui transplantasi ginjal (Muttaqin, & Sari, 2011). Di dunia penyakit ginjal masih mejadi masalah besar, selain sulit disembuhkan, biaya perawatan dan pengobatan juga mahal. Tercatat penderita penyakit gagal ginjal didunia lebih dari 500 juta orang, merupakan penyakit menduduki peringkat ke-12 tertinggi penyebab kematian (WHO, 2014).

Di Amerika angka kejadian gagal ginjal kronik meningkat sebesar 50% pada tahun 2014 dan setiap tahun 200.000 orang Amerika menjalani hemodialisa (Widyastuti, 2014). Menurut Risesdas, 2016 penderita gagal ginjal di Indonesia mengalami peningkatan pada tahun 2015 dengan jumlah penderita gagal ginjal kronik sebesar 21.050 kasus dan pada tahun 2016 naik sebesar 25.446. Menurut United States Renal Data System (USRDS) Penyakit Gagal Ginjal Kronis merupakan masalah epidemik dengan perkiraan ± 36 juta kasus pada tahun 2015.

Pusat Data dan Informasi Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PDPERSI) juga menyatakan bahwa jumlah penderita Gagal Ginjal Kronis  $\pm$  50 orang per satu juta penduduk. Data penderita gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisa menurut Indonesia Renal Registry tahun (2017) di Indonesia, yaitu pasien baru yang pertama kali menjalani dialisis pada tahun 2017 berjumlah 30831 sedangkan pasien aktif adalah seluruh pasien baik pasien baru tahun 2017 maupun pasien lama dari tahun sebelumnya yang masih menjalani HD rutin dan masih hidup sampai dengan tanggal 31 Desember 2017 berjumlah 77892.

Data yang diperoleh dari Riskesdas (2013), prevalensi penyakit GGK meningkat seiring dengan bertambahnya umur, meningkat tajam pada kelompok umur 35-44 tahun (0,3%), umur 45-54 tahun (0,4%) dan umur 55-74 tahun (0,5%), tertinggi pada kelompok umur  $\geq$ 75 tahun (0,6%) dan pada data riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi penyakit ginjal kronik naik 2% dari riskesdas tahun 2013 menjadi 3,8%, prevalensi gagal ginjal kronis berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia sebesar 0,2%.

Laporan *Indonesian Renal Registry* (IRR) menunjukkan 82,4% pasien GGK di Indonesia menjalani hemodialisa pada tahun 2014 dan jumlah pasien hemodialisa mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya. Laporan IRR mencatat bahwa penyebab penyakit Ginjal kronis terbesar adalah nefropati diabetik (52%), hipertensi (24%), kelainan bawaan (6%), asam urat (1%), penyakit lupus (1%). Data Riskesdas tahun (2013) prevalensi gagal ginjal kronis di Sumatera Utara adalah 0,2%. Data Riskesdas (2013) dalam Daeli, Ines (2016) prevalensi penyakit gagal ginjal kronis di Nias dengan diagnosis dokter / tenaga kesehatan yaitu 8 dari 1.000 penduduk dan di Kota Gunungsitoli 4 dari 1.000 penduduk.

Hemodialisa merupakan terapi yang berfungsi untuk menggantikan peran ginjal yang beroperasinya menggunakan sebuah alat yang khusus untuk mengeluarkan toksik uremik dan mengatur cairan elektrolit tindakan ini juga merupakan upaya untuk meningkatkan kualitas hidup penderita gagal ginjal kronik (Infodatin, 2017). Hemodialisa merupakan terapi pengganti ginjal yang paling banyak dilakukan dan jumlahnya terus meningkat. Hemodialisa adalah metode terapi dialisis yang digunakan untuk mengeluarkan cairan atau limbah dari dalam tubuh saat ginjal sudah tidak

mampu melaksanakan fungsinya. Hemodialisa dapat memperpanjang usia, namun tindakan ini tidak akan bisa mengembalikan fungsi ginjal (Lestari, A, 2017).

Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa akan mengalami kecemasan yang disebabkan oleh berbagai stressor, diantaranya pengalaman nyeri pada daerah penusukan saat memulai hemodialisa, masalah finansial, kesulitan dalam mempertahankan masalah pekerjaan, dorongan seksual yang menghilang, depresi akibat penyakit kronis serta ketakutan terhadap kematian (Brunner & Suddarth, 2014). Pada pasien gagal ginjal yang sudah sering melakukan hemodialisa tingkat kecemasan lebih ringan, berbeda dengan pasien gagal ginjal yang baru pertama kali melakukan hemodialisa akan mengalami kecemasan yang lebih tinggi, hal ini disebabkan karena dengan lamanya seseorang menjalani Hemodialisa, maka seseorang akan lebih adaptif dengan alat/unit hemodialisa (Tangian, Kandou dan Munayang, 2015).

Kecemasan adalah suatu sinyal yang menyadarkan, memperingatkan adanya bahaya yang mengancam dan memungkinkan seseorang mengambil tindakan mengatasi ancaman (Tokala, *et al.*, 2015). Menurut Kaplan (2010) kecemasan yang dirasakan oleh seseorang yang menjalani suatu rangkaian perawatan penyakit sangatlah sering terjadi, semua orang yang menjalani pengobatan memiliki rasa khawatir karena belum memahami bagaimana proses pengobatan tersebut.

Menurut Alfiannur (2015) mengemukakan bahwa pasien yang menjalani hemodialisa biasanya memiliki respon yang berbeda terhadap hemodialisa yang sedang dijalannya, contohnya pasien akan merasa cemas yang disebabkan oleh krisis situasional, ancaman kematian dan tidak mengetahui hasil akhir dari terapi yang dilakukan tersebut. Pasien dihadapkan pada ketidakpastian berapa lama hemodialisa diperlukan sepanjang hidupnya serta memerlukan biaya yang besar.

Pasien yang melakukan terapi hemodialisa mengalami kecemasan, mereka cemas dengan terapi yang dijalannya, cemas terhadap mesin, selang-selang dialiri darah, cemas ditusuk dan juga cemas terhadap biaya yang akan dikeluarkan selama proses hemodialisa, cemas tidak akan bekerja seperti biasa, tampak raut putus asa di wajah pasien, pasien

mengatakan bingung dan cemas memikirkan sampai kapan terapi hemodialisa akan dijalannya. Ketika merasa cemas saat diruangan hemodialisa seketika tekanan darah pasien akan meningkat dan terkadang hal itu dapat menyebabkan pasien merasa sangat pusing dan tidak bisa melanjutkan hemodialisa yang sedang berlangsung (Arifin, 2014).

Menurut Erna D. (2013), kecemasan adalah hal normal sebagai manusia, tetapi bagi beberapa individu kecemasan dapat keluar kendali sampai mengacaukan gaya hidup. Ini biasanya terjadi saat si penderita menjadi sangat ketakutan terhadap gejala-gejala fisik yang dirasakan dan mulai menghindari tempat-tempat atau situasi-situasi yang akan memunculkan gejala-gejala itu. Rasa khawatir, gelisah, takut, was-was, tidak tenteram, panik dan sebagainya merupakan gejala umum akibat cemas. Bila kecemasan hebat sekali mungkin terjadi panik. Individu dalam keadaan ini menjadi berbahaya dengan sikap yang agresif dan mengancam. Kecemasan dengan berbagai macam gejalanya dapat mengganggu konsentrasi individu dalam bekerja dan dapat membuat individu kesulitan untuk berinteraksi dengan lingkungan sosialnya. Menurut Hawari Dadang (2013), pengalaman pasien menjalani pengobatan juga dapat menimbulkan kecemasan pada pasien tersebut, kemungkinan dari pengalaman tersebut ada suatu hal yang membuat dirinya merasa khawatir dan mengalami cemas.

Menurut Wartilisna, dkk., (2015) kecemasan adalah suatu keadaan patologik yang ditandai oleh perasaan ketakutan diikuti dan disertai tanda somatik, kecemasan juga respon terhadap suatu ancaman yang sumbernya tidak diketahui, internal, atau konfliktual, salah satu penyebab kecemasan pasien adalah tindakan hemodialisis. Cukor *et al.*, (2008) dalam Patimah, Suryani & Nuraeni (2015) menjelaskan bahwa jika kecemasan tidak ditangani dengan baik akan menimbulkan beberapa dampak diantaranya seseorang cenderung mempunyai penilaian negatif tentang makna hidup, perubahan emosional seperti depresi kronis serta gangguan psikosa. hasil penelitian yang dilakukan Inasan Kamil (2018) di RSUD Ulin Banjarmasin, didapatkan hasil deskriptif dari 183 responden menunjukkan tingkat kecemasan dalam kecemasan ringan sebanyak 100%.



Hasil penelitian Ida Royani (2014) di RSUD Dr. Hardjono Ponorogo terdapat 50 responden yang diteliti, diperoleh sebanyak 40% responden memiliki tingkat kecemasan sedang, 32% responden tingkat kecemasan berat, 20% responden tingkat kecemasan ringan, 8% panik. Hasil penelitian yang di lakukan Wartilisna, dkk., (2015) di ruang dahlia pada pasien yang menjalani tindakan hemodialisa di RSUP Prof Dr.R.D Kandou Manado dari 189 pasien terdapat 79 orang mengalami tingkat kecemasan berat (34,2%), sedang 68 (29,4%), dan yang mengalami tingkat kecemasan ringan 42 orang (18,2%).

Data dari Rekam Medis RSUD Gunungsitoli pada tahun 2018 yang menderita penyakit gagal ginjal kronis yaitu sebanyak 88 orang dan rata-rata jumlah pasien yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Gunungsitoli dalam kurun waktu tahun 2018 adalah sebanyak 45 orang (Rekam Medik RSUD Gunungsitoli, 2018). Studi pendahuluan yang dilakukan di ruang Instalasi Hemodialisa Rumah Sakit Umum Daerah Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias didapatkan data bahwa jumlah pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa pada bulan Januari 2019 sebanyak 54 orang dan hasil wawancara dengan 8 orang pasien, 2 pasien yang sudah menjalani hemodialisa mengatakan sudah tidak takut dan tidak cemas saat melakukan tindakan hemodialisa dikarenakan sudah lebih dari 4 tahun menjalani hemodialisa, 5 pasien mengatakan merasa takut dan cemas tentang keadaan penyakitnya yang tidak kunjung sembuh dan harus melakukan tindakan hemodialisa secara terus menerus seumur hidupnya. Sedangkan 1 pasien merasa takut dan khawatir dengan tindakan hemodialisa karena baru melakukan tindakan hemodialisa sebanyak 3 kali dan cemas melihat selang-selang yang dialiri darah, biaya yang harus dikeluarkan setiap menjalani terapi, cemas karena akan ditusuk, dan ketidakpastian akan kesembuhan.

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang "Gambaran Tingkat Kecemasan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias Tahun 2019".

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan uraian di atas, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah Bagaimanakah Gambaran Tingkat Kecemasan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias ?

## **C. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Gambaran Tingkat Kecemasan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias.

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1) Bagi RSUD Gunungsitoli

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan dan merencanakan perawatan agar meminimalkan tingkat kecemasan pasien dengan memberikan promosi kesehatan tentang hemodialisa dan hal yang berkaitan dengan penyakit pasien agar pasien paham tentang manfaat terapi.

### 2) Bagi Responden

Diharapkan dapat memberikan informasi kepada pasien bahwa kondisi psikologis seperti kecemasan kemungkinan dapat memperburuk kondisi fisik. Dengan informasi yang diberikan, diharapkan pasien tidak bersikap pesimis terhadap kondisinya.

### 3) Bagi Poltekkes Kemenkes Medan

Sebagai referensi dan tambahan informasi serta untuk studi kepustakaan tentang gambaran tingkat kecemasan pada pasien yang menjalani hemodialisa.

### 4) Bagi Peneliti Selanjutnya

Dengan adanya penelitian ini dijadikan sebagai sumber informasi dan data tambahan dalam penelitian keperawatan dan untuk dikembangkan bagi peneliti selanjutnya dalam ruang lingkup yang sama.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Pustaka

##### 1. Konsep Gagal Ginjal Kronik

###### a. Defenisi Gagal Ginjal Kronik

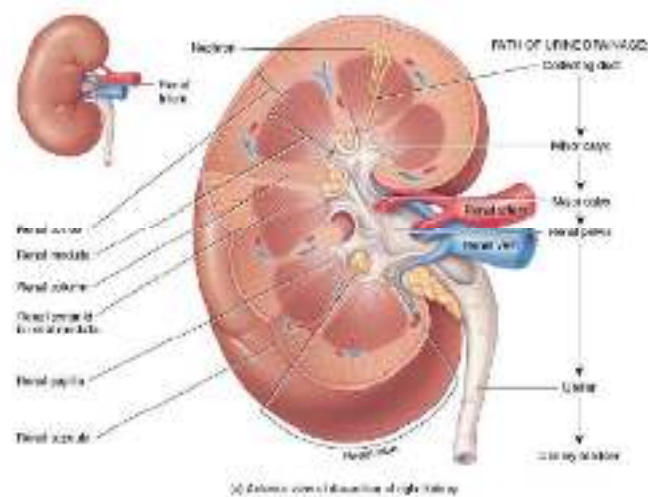
Gagal ginjal kronik (GGK) adalah kegagalan fungsi ginjal dalam mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolit (toksik uremik) didalam darah yang terjadi selama bertahun-tahun (Muttaqin dan Sari, 2011). Prabowo dan Pranata (2014) mendefinisikan dampak dari kerusakan gagal ginjal adalah kondisi over proteinuria, abnormalitas sedimentasi dan abnormalitas gambaran ginjal.

*Chronic kidney disease* (CKD) adalah keadaan penurunan fungsi ginjal yang ditunjukkan dengan penurunan GFR kurang dari 60 mL/min/1,73m<sup>2</sup> dan penanda kerusakan ginjal, atau salah satunya, berdasarkan penyebab yang mendasarinya (Webster *et al.*, 2016). Chronic kidney disease (CKD) yaitu ginjal kehilangan kemampuannya untuk mempertahankan volume dan komposisi cairan tubuh dalam keadaan asupan makanan normal. Gagal ginjal biasanya dibagi menjadi dua kategori yaitu kronik dan akut. Gagal ginjal kronik merupakan perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lambat pada setiap nefron (biasanya berlangsung beberapa tahun dan tidak *reversibel*), gagal ginjal akut sering kali berkaitan dengan penyakit kritis, berkembang cepat dalam hitungan beberapa hari hingga minggu, dan biasanya *reversibel* bila pasien dapat bertahan dengan penyakit kritisnya (Nanda, 2015).

Gagal ginjal kronik adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Gagal ginjal adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan menurunnya fungsi ginjal yang bersifat *irreversible*, dan memerlukan terapi pengganti ginjal yaitu berupa dialisis atau

transplantasi ginjal. Selain itu gagal ginjal kronik juga dapat diartikan dengan terjadinya kerusakan ginjal (*renal damage*) yang terjadi lebih dari 3 bulan, berupa kelainan struktural atau fungsional, dengan atau tanpa penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG), dengan manifestasi adanya kelainan patologis, adanya kelainan ginjal seperti kelainan dalam komposisi darah atau urin serta adanya kelainan pada tes pencitraan (*imaging tests*) serta laju filtrasi glomerulus (LFG) kurang dari 60 ml/mnt/1.73 m<sup>2</sup> (Nurchayati, 2010).

## b. Anatomi Ginjal



**Gambar 2.1. Anatomi Ginjal**

(diunduh dari <http://higheredbcs.wiley.com/legacy/college/tortora/>)

Ginjal merupakan suatu organ yang terletak retroperitoneal pada dinding abdomen di kanan dan kiri columna vertebralis setinggi vertebra T12 hingga L3. Ginjal kanan terletak lebih rendah dari yang kiri karena besarnya lobus hepar. Ginjal dibungkus oleh tiga lapis jaringan. Jaringan yang terdalam adalah kapsula renalis, jaringan pada lapisan kedua adalah adiposa, dan jaringan terluar adalah fascia renal. Ketiga lapis jaringan ini berfungsi sebagai pelindung dari trauma dan memfiksasi ginjal (Tortora, 2011).

Ginjal memiliki korteks ginjal di bagian luar yang berwarna coklat terang dan medula ginjal di bagian dalam yang berwarna coklat gelap. Korteks ginjal mengandung jutaan alat penyaring disebut nefron. Setiap nefron terdiri dari glomerulus dan tubulus. Medula ginjal terdiri dari beberapa massa-massa triangular disebut piramida ginjal dengan basis menghadap korteks dan bagian apeks yang menonjol ke medial. Piramida ginjal berguna untuk mengumpulkan hasil ekskresi yang kemudian disalurkan ke tubulus kolektivus menuju pelvis ginjal (Tortora, 2011).

### **c. Fisiologi Ginjal**

Ginjal menjalankan fungsi yang vital sebagai pengatur volume dan komposisi kimia darah dan lingkungan dalam tubuh dengan mengekskresikan zat terlarut dan air secara selektif. Fungsi vital ginjal dicapai dengan filtrasi plasma darah melalui glomerulus dengan reabsorpsi sejumlah zat terlarut dan air dalam jumlah yang sesuai di sepanjang tubulus ginjal. Kelebihan zat terlarut dan air di ekskresikan keluar tubuh dalam urin melalui sistem pengumpulan urin (Price dan Wilson, 2012).

Menurut Sherwood (2011), ginjal memiliki fungsi yaitu:

- 1) Mempertahankan keseimbangan H<sub>2</sub>O dalam tubuh.
- 2) Memelihara volume plasma yang sesuai sehingga sangat berperan dalam pengaturan jangka panjang tekanan darah arteri.
- 3) Membantu memelihara keseimbangan asam basa pada tubuh.
- 4) Mengekskresikan produk-produk sisa metabolisme tubuh.
- 5) Mengekskresikan senyawa asing seperti obat-obatan.

Ginjal mendapatkan darah yang harus disaring dari arteri. Ginjal kemudian akan mengambil zat-zat yang berbahaya dari darah. Zat-zat yang diambil dari darah pun diubah menjadi urin. Urin lalu akan dikumpulkan dan dialirkan ke ureter. Setelah ureter, urin akan ditampung terlebih dahulu di kandung kemih. Bila orang

tersebut merasakan keinginan berkemih dan keadaan memungkinkan, maka urin yang ditampung dikandung kemih akan di keluarkan lewat uretra (Sherwood, 2011).

Tiga proses utama akan terjadi di nefron dalam pembentukan urin, yaitu filtrasi, reabsorpsi dan sekresi. Pembentukan urin dimulai dengan filtrasi sejumlah besar cairan yang hampir bebas protein dari kapiler glomerulus ke kapsula Bowman. Kebanyakan zat dalam plasma, kecuali protein, di filtrasi secara bebas sehingga konsentrasinya pada filtrat glomerulus dalam kapsula bowman hampir sama dengan plasma. Awalnya zat akan difiltrasi secara bebas oleh kapiler glomerulus tetapi tidak difiltrasi, kemudian di reabsorpsi parsial, reabsorpsi lengkap dan kemudian akan dieksresi (Sherwood, 2011).

#### d. Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik

Menurut Pernefri (2015), Pada individu dengan penyakit ginjal kronik, klasifikasi stadium ditentukan oleh nilai laju filtrasi glomerulus (LFG) yaitu stadium yang lebih tinggi menunjukkan nilai laju filtrasi glomerulus yang lebih rendah. Menurut The Kidney Disease Outcomes Quality Inisiative (KDOQI) dalam Wijaya & Putri (2013), batasan dan stadium penyakit ginjal kronik (PGK) dibagi atas 5 (lima) stadium, yaitu:

**Tabel 2.1. Stadium CKD**

<b>Stadium</b>	<b>Deskripsi</b>	<b>GFR (mL/menit/1.73 m<sup>2</sup>)</b>
1	Fungsi ginjal normal, tetapi temuan urin, abnormalitas struktur atau ciri genetik menunjukkan adanya penyakit ginjal	≥ 90mL/ menit.
2	Penurunan ringan fungsi ginjal, dan temuan lain (seperti pada stadium 1) menunjukkan adanya penyakit ginjal	60-89mL/ menit.

3	Penurunan sedang fungsi ginjal	30-59mL/ menit.
4	Penurunan fungsi ginjal berat	15-29 mL/ menit
5	Gagal ginjal	< 15 mL/ menit atau dalam dialisis

Sumber: (The Renal Association, 2013)

Rumus GFR (*Glomerulus Filtration Rate*) ini untuk menentukan tingkatan kegagalan suatu gagal ginjal kronik sesuai pada tahapan tabel di atas:

$$\text{CCT (creatinin Clearance Test)} = \frac{(140 - \text{umur}) \times \text{BB(kg)}}{\text{Kreatinin serum}} \times 72$$

$$\text{GFR untuyk wanita : } 0,85 \times \text{CCT}$$

#### e. Etiologi Gagal Ginjal Kronik

Penyebab tersering terjadinya CKD adalah diabetes dan tekanan darah tinggi, yaitu sekitar dua pertiga dari seluruh kasus (National Kidney Foundation, 2015). Menurut Wijaya & Puteri (2013), penyakit ginjal kronik dapat disebabkan oleh hal-hal berikut, yaitu:

##### 1) Gangguan pembuluh darah ginjal

Berbagai jenis lesi vaskuler dapat menyebabkan iskemik ginjal dan kematian jaringan ginjal. Lesi yang paling sering adalah aterosklerosis pada arteri renalis yang besar, dengan konstiksi skleratik progresif pada pembuluh darah. Hiperplasia fibromuskular pada satu atau lebih arteri besar yang juga menimbulkan sumbatan pembuluh darah. Nefrosklerosis yaitu suatu kondisi yang disebabkan oleh hipertensi lama yang tidak diobati, dikarakteristikan oleh penebalan, hilangnya elastisitas sistem, perubahan darah ginjal mengakibatkan penurunan aliran darah dan akhirnya gagal ginjal.

2) Gangguan Imunologis

Seperti glomerulonefritis dan SLE.

3) Infeksi

Dapat disebabkan oleh beberapa jenis bakteri terutama *E. Coli* yang berasal dari kontaminasi tinja pada *traktus urinarius* (saluran perkemihan). Bakteri ini mencapai ginjal melalui aliran darah atau yang lebih sering secara *assenden* (bergerak ke atas) dari *traktus urinarius* bagian bawah lewat ureter ke ginjal sehingga dapat menimbulkan kerusakan *irreversibel* ginjal yang disebut *pielonefritis* (radang pada ginjal dan saluran kemih bagian atas).

4) Gangguan metabolik

Seperti Diabetes Mellitus yang menyebabkan mobilisasi lemak meningkat sehingga terjadi penebalan membran kapiler ginjal dan berlanjut dengan difungsi endotel sehingga terjadi nefropati amiloidosis yang disebabkan oleh endapan zat-zat proteinemia abnormal pada dinding pembuluh darah secara serius merusak membran glomerulus

5) Gangguan Tubulus primer

Terjadinya nefrotoksik akibat analgetik atau logam berat.

6) Obstruksi traktus urinarius

Oleh batu ginjal, hipertrofi prostat dan konstiksi uretra.

7) Kelainan congenital dan herediter

Penyakit polistik, kondisi keturunan yang dikarakteristik oleh terjadinya kista/kantong berisi cairan di dalam ginjal dan organ lain, serta tidak adanya jaringan ginjal yang bersifat kongenital.



## **f. Manifestasi klinik Gagal Ginjal Kronik**

Gambaran klinis pada pasien dengan gagal ginjal kronik, yaitu (Sudoyo, 2014):

- 1) Sesuai dengan penyakit yang mendasari seperti diabetes mellitus, infeksi traktus urinarius, batu traktus urinarius, hipertensi, hiperuremia, Lupus Erimatosus Sistemik (LES) dan lain sebagainya.
- 2) Sindrom uremia, yang terdiri dari lemah, letargi, anoreksia, mual muntah, nokturia, kelebihan volume cairan (volume overload), neuropati perifer, pruritus, uremic frost, perikarditis, kejang-kejang sampai koma.
- 3) Gejala komplikasinya antara lain, hipertensi, anemia, osteodistrofi renal, payah jantung, asidosis metabolik, gangguan keseimbangan elektrolit (sodium, kalium dan klorida).

## **g. Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik**

Patofisiologi GGK pada awalnya tergantung dari penyakit yang mendasarinya. Namun, setelah itu proses yang terjadi adalah sama. Pada diabetes mellitus terjadi hambatan aliran pembuluh darah sehingga terjadi nefropati diabetik, dimana terjadi peningkatan tekanan glomerular sehingga terjadi ekspansi mesangial, hipertrofi glomerular. Semua itu akan menyebabkan berkurangnya area filtrasi yang mengarah pada glomerulosklerosis (Sudoyo, 2009). Tingginya tekanan darah juga menyebabkan terjadi GGK. Tekanan darah yang tinggi menyebabkan perlukaan pada arteriol aferen ginjal sehingga dapat terjadi penurunan filtrasi (NIDDK, 2014).

Pada glomerulonefritis, saat antigen dari luar memicu antibodi spesifik dan membentuk kompleks imun yang terdiri dari antigen, antibodi dan sistem komplemen. Endapan kompleks imun akan memicu proses inflamasi dalam glomerulus. Endapan kompleks imun akan mengaktifasi jalur klasik dan menghasilkan

*Membrane Attack Complex* yang menyebabkan lisisnya sel epitel glomerulus (Sudoyo, 2009).

Terdapat mekanisme progresif berupa hiperfiltrasi dan hipertrofi pada nefron yang masih sehat sebagai kompensasi ginjal akibat pengurangan nefron. Namun, proses kompensasi ini berlangsung singkat yang akhirnya diikuti oleh proses maladaptif berupa nekrosis nefron yang tersisa (Harrison, 2012). Proses tersebut akan menyebabkan penurunan fungsi nefron secara progresif. Selain itu, aktivitas dari renin-angiotensin-aldosteron juga berkontribusi terjadinya hiperfiltrasi, sklerosis dan progresivitas dari nefron (Sudoyo, 2009). Hal ini disebabkan karena aktivitas renin-angiotensin-aldosteron menyebabkan peningkatan tekanan darah dan vasokonstriksi dari arteriol aferen (Tortora, 2011).

Pada pasien GGK, terjadi peningkatan kadar air dan natrium dalam tubuh. Hal ini disebabkan karena gangguan ginjal dapat mengganggu keseimbangan glomerulotubular sehingga terjadi peningkatan *intake* natrium yang akan menyebabkan retensi natrium dan meningkatkan volume cairan ekstrasel (Harrison, 2012). Reabsorpsi natrium akan menstimulasi osmosis air dari lumen tubulus menuju kapiler peritubular sehingga dapat terjadi hipertensi (Tortora, 2011). Hipertensi akan menyebabkan kerja jantung meningkat dan merusak pembuluh darah ginjal. Rusaknya pembuluh darah ginjal mengakibatkan gangguan filtrasi dan meningkatkan keparahan dari hipertensi (Saad, 2014).

Gangguan proses filtrasi menyebabkan banyak substansi dapat melewati glomerulus dan keluar bersamaan dengan urin, contohnya seperti eritrosit, leukosit dan protein (Harrison, 2012). Penurunan kadar protein dalam tubuh mengakibatkan edema karena terjadi penurunan tekanan osmotik plasma sehingga cairan dapat berpindah dari intravaskular menuju interstitial (*Kidney Failure*, 2013). Sistem renin-angiotensin-aldosteron juga memiliki peranan dalam hal ini. Perpindahan cairan dari intravaskular menuju interstitial menyebabkan penurunan aliran darah ke ginjal.

Turunnya aliran darah ke ginjal akan mengaktifasi sistem renin-angiotensin-aldosteron sehingga terjadi peningkatan aliran darah (Tortora, 2011).

Gagal ginjal kronik menyebabkan insufisiensi produksi eritropoetin (EPO). Eritropoetin merupakan faktor pertumbuhan hemopoetik yang mengatur diferensiasi dan proliferasi prekursor eritrosit. Gangguan pada EPO menyebabkan terjadinya penurunan produksi eritrosit dan mengakibatkan anemia (Harrison, 2012).

#### **h. Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronik**

Menurut Margareth (2012) penatalaksanaan gagal ginjal kronik adalah :

- 1) Optimalisasi dan pertahankan keseimbangan cairan dan garam biasanya diusahakan hingga tekanan vena jugularis sedikit meningkat dan terdapat edema betis ringan. Pengawasan dilakukan melalui berat badan, urine dan pencatatan keseimbangan cairan.
- 2) Diet tinggi kalori dan rendah protein, diet rendah protein (20-40 g/hari) dan tinggi kalori menghilangkan gejala anoreksia dan nausea dari uremia, menyebabkan penurunan uremia. Hindari masukan berlebih dari kalium dan garam.
- 3) Kontrol hipertensi, pada pasien hipertensi dengan penyakit ginjal, keseimbangan garam dan cairan diatur tersendiri tanpa tergantung tekanan darah.
- 4) Kontrol ketidakseimbangan elektrolit, yang sering ditemukan adalah hiperkalemia dan asidosis berat. Untuk mencegah hiperkalemia, dihindari masukan kalium yang besar (batasi hingga 6,0 mmol/hari)
- 5) Mencegah dan tatalaksana penyakit tulang ginjal hiperfosfatemia dikontrol dengan obat yang mengikat fosfat seperti aluminium hidroksida (300-1800) atau kalsium karbonat (500-3000 mg) pada setiap makan.

- 6) Deteksi dini dan terapi infeksi, pasien uremia harus diterapi sebagai pasien immunosupresif dan terapi lebih ketat.
- 7) Modifikasi terapi obat dengan fungsi ginjal, banyak obat-obatan yang harus diturunkan dosisnya karena metabolitnya toksik dan dikeluarkan oleh ginjal.
- 8) Deteksi dini dan terapi komplikasi awasi dengan ketat kemungkinan ensefalopati uremia, perikarditis, neuropati perifer, hiperkalemia yang meningkat, kelebihan cairan yang meningkat, infeksi yang mengancam jiwa, kegagalan untuk bertahan, sehingga diperlukan dialisis.
- 9) Persiapkan dialisis dan program pransplantasi, segera dipersiapkan setelah gagal ginjal kronik dideteksi, indikasi dilakukan dialisis biasanya adalah gagal ginjal dengan gejala klinis yang jelas meski telah dilakukan terapi konservatif atau terjadi komplikasi.

#### **i. Komplikasi Gagal Ginjal Kronik**

Komplikasi yang mungkin terjadi pada gagal ginjal kronik menurut Kowalak (2012) meliputi:

- 1) Anemia
- 2) Neuropati perifer
- 3) Komplikasi kardiopulmoner
- 4) Komplikasi GI
- 5) Disfungsi seksual
- 6) Defek skeletal
- 7) Parestesia
- 8) Disfungsi saraf motorik, seperti foot drop dan paralisis flasid
- 9) Fraktur patologis

## 2. Konsep Hemodialisa

### a. Defenisi Hemodialisa

Hemodialisa adalah proses pembuangan zat-zat sisa metabolisme, zat toksis lainnya melalui membran semipermeabel sebagai pemisah antara darah dan cairan dialisis yang sengaja dibuat dalam dialiser. Membran semipermeabel adalah lembar tipis, berpori-pori terbuat dari selulosa atau bahan sintetik. Ukuran pori-pori membran memungkinkan difusi zat dengan berat molekul rendah seperti urea, kreatinin dan asam urat berdifusi. Molekul air juga sangat kecil dan bergerak bebas melalui membran, tetapi kebanyakan protein plasma, bakteri dan sel-sel darah terlalu besar untuk melewati pori-pori membran (Wijaya, dkk., 2013).

Hemodialisa adalah suatu teknologi tinggi sebagai terapi pengganti fungsi ginjal untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hidrogen, urea, kreatinin, asam urat dan zat-zat lain melalui membran semi permeabel sebagai pemisah darah dan cairan dialisis pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultra filtrasi (Kusuma. H & Huda. A., 2012).

Hemodialisa merupakan suatu proses terapi pengganti ginjal dengan menggunakan selaput membran semi permeabel (dialiser) yang berfungsi seperti nefron sehingga dapat mengeluarkan produk sisa metabolisme dan mengoreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit pada pasien gagal ginjal (Ignatavicius, 2006 dalam Hayani, 2014). Hemodialisa adalah proses pembuangan zat-zat sisa metabolisme, zat toksik lainnya melalui membran semi permeabel sebagai pemisah antara darah dan cairan dialisis yang sengaja dibuat dalam dialiser (Wijaya dan Putri, 2013)

Hemodialisa adalah dialisis dengan menggunakan mesin dialiser yang berfungsi sebagai ginjal buatan. Pada hemodialisa darah dipompa keluar dari tubuh, masuk ke dalam mesin dialiser. Di dalam mesin dialiser darah dibersihkan dari zat-zat racun melalui

proses difusi dan ultrafiltrasi oleh dialisat (suatu cairan khusus untuk dialisis), lalu dialirkan kembali dalam tubuh. Proses hemodialisa dilakukan 1-3 kali seminggu dirumah sakit dan setiap kalinya membutuhkan waktu sekitar 2-4 jam (Mahdiana, 2011).

## **b. Tujuan hemodialisa**

Tujuan hemodialisa pada pasien gagal ginjal kronik adalah (Wijaya dan Putri, 2013) :

- 1) Membuang sisa metabolisme protein seperti : urea, kreatinin, dan asam urat
- 2) Mengembalikan kelebihan cairan mempengaruhi tekanan banding antara darah dan bagian cairan
- 3) Mempertahankan atau mengembalikan sistem buffer tubuh
- 4) Mempertahankan atau mengembalikan kadar elektrolit tubuh
- 5) Mempertahankan kelangsungan hidup penyakit gagal ginjal kronis

## **c. Penatalaksanaan Hemodialisa**

Penatalaksanaan pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa (Rendy & Margareth, 2012) :

- 1) Intervensi diet diperlukan dengan pengaturan yang cermat terhadap masukan protein, masukan cairan untuk menyumbangkan kelebihan cairan, masukan natrium dan perbatasan kalium.
- 2) Pastikan masukan kalori dan suplemen vitamin yang adekuat.
- 3) Batasan protein, masukan yang diperbolehkan harus tinggi kandungan biologisnya : produk yang berasal dari susu, telur dan daging.
- 4) Cairan yang diperbolehkan adalah 500ml atau lebih dari keluaran urine 24 jam.
- 5) Suplai kalori dengan karbohidrat dan lemak untuk mencegah polisutan otot.

- 6) Berikan suplemen vitamin.
- 7) Tangani hipertensi dengan control volume intrasvaskuler dan obat anti hipertensif.
- 8) Amati terhadap tanda dini abnormalitas neurologis (mis : sakit kepala).
- 9) Pantau tekanan darah.
- 10) Transplantasi ginjal.

#### **d. Prinsip Hemodialisa**

Menurut Wijaya dan Putri (2013) prinsip hemodialisa adalah :

- 1) Difusi

Dihubungkan dengan pergeseran partikel-partikel dari daerah konsentrasi tinggi ke konsentrasi rendah oleh tenaga yang ditimbulkan oleh perbedaan konsentrasi zat-zat terlarut di kedua sisi membran dialysis, difusi menyebabkan pergeseran urea, kreatinin dan asam urat dari darah klien ke larutan dialisat

- 2) Osmosa

Mengangkut pergeseran cairan lewat membran semi permeabel dari daerah yang kadar partikel-partikel rendah ke daerah yang kadar partikel lebih tinggi.

- 3) Ultrafiltrasi

Terdiri dari pergeseran cairan lewat membran semi permeabel dampak dari bertambahnya tekanan yang dideviasikan secara buatan.

#### **e. Indikasi Hemodialisa**

Menurut Wijaya dkk (2013) indikasi hemodialisa adalah sebagai berikut:

- 1) Pasien yang memerlukan hemodialisa adalah pasien GGK dan GGA untuk sementara sampai fungsi ginjalnya pulih (laju filtrasi glomerulus < 5ml).

- 2) Pasien-pasien tersebut dinyatakan memerlukan hemodialisa apabila terdapat indikasi:
  - Hiperkalemia ( $K^+$  darah  $> 6$  mEq/l)
  - Asidosis
  - kegagalan terapi konservatif
  - kadar ureum/kreatinin tinggi dalam darah (Ureum  $>200$ mg/dl, Kreatinin serum  $>65$  mEq/L)
  - kelebihan cairan
  - mual dan muntah hebat
- 3) Intoksikasi obat dan zat kimia
- 4) Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit berat
- 5) Sindrom hepatorenal dengan kriteria :
  - a)  $K^+$  pH darah  $< 7,10 \rightarrow$  asidosis
  - b) Oliguria/anuria  $> 5$  hari
  - c) GFR  $< 5$  ml/l pada GGK
  - d) Ureum darah  $> 200$  mg/dl

#### **f. Kontra Indikasi Hemodialisa**

Menurut Wijaya, dkk (2013) menyebutkan kontra indikasi pasien yang hemodialisa adalah sebagai berikut:

- 1) Hipertensi berat (TD  $> 200/100$  mmHg).
- 2) Hipotensi (TD  $< 100$  mmHg).
- 3) Adanya perdarahan hebat.
- 4) Demam tinggi.

#### **g. Komplikasi Hemodialisa**

Komplikasi yang dapat diakibatkan oleh pelaksanaan terapi hemodialisa (Hirmawaty, 2014) adalah:

- 1) Hipotensi dapat terjadi selama dialisis ketika cairan dikeluarkan.
- 2) Emboli udara merupakan komplikasi yang jarang tetapi dapat saja terjadi jika udara memasuki sistem vaskuler pasien.



- 3) Nyeri dada dapat terjadi karena pCO<sub>2</sub> menurun bersamaan dengan terjadinya sirkulasi darah diluar tubuh.
- 4) Pruritus dapat terjadi selama terapi dialisis selama produk akhir metabolisme meninggalkan kulit.
- 5) Gangguan keseimbangan dialisis terjadi karena perpindahan cairan serebral dan muncul sebagai serangan kejang. Komplikasi ini kemungkinan terjadi lebih besar jika terdapat gejala uremia yang berat.
- 6) Kram otot yang nyeri terjadi ketika cairan dan elektrolit dan cepat meninggalkan ruang ekstrasel.
- 7) Mual dan muntah merupakan hal yang sering terjadi.

### **3. Konsep Kecemasan**

#### **a. Definisi Kecemasan**

Kecemasan adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon otonom (sumber tidak diketahui oleh individu) sehingga individu akan meningkatkan kewaspadaan untuk mengantisipasi (NANDA, 2015).

Menurut Yusuf (2015) kecemasan adalah perasaan takut dan tidak menentu sebagai sinyal yang menyadarkan bahwa peringatan tentang bahaya akan datang dan memperkuat individu mengambil tindakan menghadapi ancaman. Kecemasan merupakan keadaan perasaan efektif yang tidak menyenangkan yang disertai dengan sensasi fisik yang memperingatkan orang terhadap bahaya yang akan datang. Keadaan yang tidak menyenangkan itu sering kabur dan sulit menunjukkan dengan tepat, tetapi kecemasan itu sendiri selalu dirasakan (Lestari, 2015)

## **b. Penyebab Kecemasan**

Menurut Andaners (Stuart, 2013) terdapat tiga faktor penyebab terjadinya kecemasan, yaitu:

- 1) Faktor biologis/fisiologis, berupa ancaman yang mengancam akan kebutuhan sehari-hari seperti kekurangan makanan, minuman, perlindungan dan keamanan. Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gamaaminobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme terjadinya kecemasan. selain itu riwayat keluarga mengalami kecemasan memiliki efek sebagai faktor predisposisi kecemasan.
- 2) Faktor psikososial, yaitu ancaman terhadap konsep diri, kehilangan benda/orang berharga dan perubahan status social/ekonomi.
- 3) Faktor perkembangan, yaitu ancaman yang menghadapi sesuai usia perkembangan, yaitu pada masa bayi, masa remaja dan masa dewasa.

## **c. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Respon Kecemasan**

Menurut Hawari Dadang (2017), faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan individu antara lain :

- 1) Jenis Kelamin  
Gangguan panik merupakan suatu gangguan cemas yang ditandai oleh kecemasan yang spontan dan episodik. Gangguan ini lebih sering dialami oleh wanita daripada pria.
- 2) Lingkungan  
Seseorang yang berada di lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami kecemasan dibanding bila dia berada di lingkungan yang biasa dia tempati.
- 3) Pengalaman  
Pengalaman masa lalu individu dalam menghadapi kecemasan dapat mempengaruhi individu ketika menghadapi stressor yang sama karena individu memiliki kemampuan beradaptasi atau

mekanisme koping yang lebih baik, sehingga tingkat kecemasan pun akan berbeda dan dapat menunjukkan tingkat kecemasan yang lebih ringan.

4) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah akan menyebabkan orang tersebut mudah mengalami kecemasan. Tingkat pendidikan seseorang atau individu akan berpengaruh terhadap kemampuan berpikir, semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berfikir rasional dan menangkap informasi baru termasuk dalam menguraikan masalah yang baru.

5) Umur

Seseorang yang mempunyai umur lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan dari pada seseorang yang lebih tua, tetapi ada juga yang berpendapat sebaliknya.

#### **d. Patofisiologi Kecemasan**

Sistem syaraf pusat menerima suatu persepsi ancaman. Persepsi ini timbul akibat adanya rangsangan dari luar dan dalam yang berupa pengalaman masa lalu dan faktor genetik. Kemudian rangsangan dipersepsi oleh panca indra, diteruskan dan direspon oleh sistem syaraf pusat melibatkan jalur *cortex cerebri – limbic system – reticular activating system – hypothalamus* yang memberikan impuls kepada kelenjar hipofise untuk mensekresi mediator hormonal terhadap target organ yaitu kelenjar adrenal yang kemudian memicu saraf otonom melalui mediator hormonal yang lain (Owen, 2016).

### e. Jenis-Jenis Kecemasan

Kecemasan merupakan suatu perubahan suasana hati, perubahan di dalam dirinya sendiri yang timbul dari dalam tanpa adanya rangsangan dari luar. Ada tiga jenis kecemasan menurut Hawari Dadang (2017) yaitu :

1) Kecemasan Rasional

Merupakan suatu ketakutan akibat adanya objek yang memang mengancam, misalnya ketika menunggu hasil ujian. Ketakutan ini dianggap sebagai suatu unsur pokok normal dari mekanisme pertahanan dasarnya kita.

2) Kecemasan Irasional

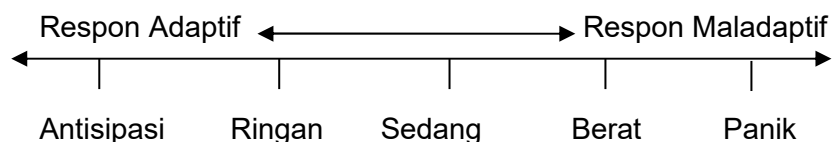
Yang berarti bahwa mereka mengalami emosi ini di bawah keadaan-keadaan spesifik yang biasanya tidak dipandang mengancam.

3) Kecemasan Fundamental

Kecemasan fundamental merupakan suatu pertanyaan tentang siapa dirinya, untuk apa hidupnya dan akan kemanakah kelak hidupnya berlanjut. Kecemasan ini disebut sebagai kecemasan eksistensial yang mempunyai peran fundamental bagi kehidupan manusia.

### f. Rentang Respon Kecemasan

Menurut Sundeen dan Stuart (2013), respon rentang kecemasan yaitu respon tentang sehat-sakit yang dapat dipakai untuk menggambarkan respon adaptif-maladaptif pada kecemasan yang dapat digambarkan sebagai berikut :



**Gambar 2.2. Rentang respon adaptif dan maladaptive**

### g. Respons terhadap Kecemasan

Menurut Stuart (2013) ada 4 respons tubuh terkait kecemasan yaitu respons fisiologis, respons perilaku, respons afektif dan respons kognitif.

**Tabel 2.2.**  
**Respon Fisiologis terhadap Kecemasan**

<b>Sistem Tubuh</b>	<b>Respon</b>
Kardiovaskuler	Palpitasi Jantung berdebar Tekanan darah meningkat Rasa ingin pingsan
Pernapasan	Napas cepat Sesak napas Tekanan pada dada Napas dangkal Pembengkakkan pada tenggorokkan Sensasi tercekik Terengah-engah
Neuromaskuler	Refleks meningkat Reaksi tekejut Mata berkedip-kedip Insomnia Tremor Gelisah, modar-mandir Wajah tegang Kelemahan umum Tungkai lemah Gerakan yang janggal
Gastrointestinal	Kehilangan nafsu makan Menolak makanan Rasa tidak nyaman pada abdomen Mual Nyeri di ulu hati Diare
Saluran perkemihan	Tidak dapat menahan kencing

**Tabel 2.3.**  
**Respons Perilaku, Kognitif dan Afektif terhadap Kecemasan**

<b>Sistem</b>	<b>Respons</b>
Perilaku	Gelisah Ketegangan fisik Reaksi terkejut Bicara cepat Kurang koordinasi

	Menarik diri Hiperventilasi Sangat waspada
Kognitif	Konsentrasi buruk Pelupa Hambatan berpikir Lapang persepsi menurun Kreativitas menurun Bingung Mimpi buruk
Afektif	Tidak sabar Mudah terganggu Gelisah Gugup Ketakutan Kekhawatiran Rasa bersalah

#### h. Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart (2016) mengidentifikasi empat tingkat kecemasan dengan penjelasan efeknya yaitu :

1) Tidak Ada Kecemasan

Suatu Keadaan yang tidak memiliki tanda dan gejala kecemasan.

2) Kecemasan ringan

Terjadi saat ketegangan hidup sehari-hari. Selama tahap ini seseorang waspada dan lapang persepsi meningkat. Kemampuan seseorang untuk melihat, mendengar dan menangkap lebih dari sebelumnya. Jenis kecemasan ringan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

3) Kecemasan sedang

Dimana seseorang hanya berfokus pada hal yang penting saja, lapang persepsi menyempit sehingga kurang melihat, mendengar dan menangkap. Seseorang memblokir area tertentu tetapi masih mampu mengikuti perintah jika diarahkan untuk melakukannya.

#### 4) Kecemasan berat

Ditandai dengan penurunan yang signifikan di lapang persepsi. Cenderung memfokuskan pada hal yang detail dan tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi kecemasan dan banyak arahan yang dibutuhkan untuk fokus pada area lain.

#### 5) Panik

Dikaitkan dengan rasa takut dan teror, sebagian orang yang mengalami kepanikan tidak dapat melakukan hal-hal bukan dengan arahan. Gejala panik adalah peningkatan aktivitas motorik, penurunan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyempit dan kehilangan pemikiran rasional. Orang panik tidak mampu berkomunikasi atau berfungsi secara efektif. Tingkat kecemasan ini tidak dapat bertahan tanpa batas waktu, karena tidak kompatibel dengan kehidupan. Kondisi panik yang berkepanjangan akan menghasilkan kelelahan dan kematian. Tapi panik dapat diobati dengan aman dan efektif.

### **i. Ciri-Ciri Kecemasan**

Menurut Purba Jenny (2010) Ciri-ciri kecemasan adalah :

- 1) Kecemasan Ringan
  - a) Meningkatkan kesadaran
  - b) Terangsang untuk melakukan tindakan
  - c) Termotivasi secara positif
  - d) Sedikit mengalami peningkatan tanda-tanda vital
- 2) Kecemasan Sedang
  - a) Lebih tegang
  - b) Menurunnya konsentrasi dan persepsi
  - c) Sadar, tapi fokusnya sempit
  - d) Sedikit mengalami tanda-tanda vital
  - e) Gejala-gejala fisik tidak berkembang : sakit kepala, sering berkemih, mual, palpitasi, letih.

- 3) Kecemasan Berat
  - a) Persepsi menjadi terganggu
  - b) Perasaan tentang terancam atau takut meningkat
  - c) Komunikasi menjadi terganggu
  - d) Mengalami peningkatan tanda-tanda vital lebih dramatis, diare, palpitasi, nyeri dada, muntah.
- 4) Panik
  - a) Perasaan terancam
  - b) Gangguan realitas
  - c) Tidak mudah untuk berkomunikasi
  - d) Kombinasi dari gejala-gejala fisik yang disebutkan diatas dengan peningkatan tanda-tanda vital akan lebih awal dari tanda panik, tetapi akan lebih buruk jika intervensi yang dilakukan gagal.
  - e) Dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain.

#### **j. Dampak Kecemasan**

Rasa takut dan cemas dapat menetap bahkan meningkat meskipun situasi yang betul-betul mengancam tidak ada dan ketika emosi-emosi ini tumbuh berlebihan dibandingkan dengan bahaya yang sesungguhnya, emosi ini menjadi tidak adaptif. Kecemasan yang berlebihan dapat mempunyai dampak yang merugikan pada pikiran serta tubuh bahkan dapat menimbulkan penyakit-penyakit fisik.

Menurut Hawari Dadang (2017), ada beberapa dampak dari kecemasan ke dalam beberapa simtom, antara lain:

##### **1) Simtom Suasana Hati**

Individu yang mengalami kesulitan memiliki perasaan akan adanya hukuman dan bencana yang mengancam dari suatu sumber tertentu yang tidak diketahui. Orang yang mengalami kecemasan tidak bisa tidur dan dengan demikian dapat menyebabkan sifat mudah marah.



## 2) Simtom Kognitif

Kecemasan dapat menyebabkan kekhawatiran dan keprihatinan pada individu mengenai hal-hal yang tidak menyenangkan yang mungkin terjadi. Individu tersebut tidak memperhatikan masalah-masalah real yang ada, sehingga individu sering tidak bekerja atau belajar secara efektif dan akhirnya dia akan menjadi lebih merasa cemas.

## 3) Simtom Motorik

Orang-orang yang mengalami kecemasan sering merasa tidak tenang, gugup, kegiatan motor menjadi tanpa arti dan tujuan, misalnya jari-jari kaki mengetuk-ngetuk dan sangat kaget terhadap suara yang terjadi secara tiba-tiba. Simtom motor merupakan gambaran rangsangan kognitif yang tinggi pada individu dan merupakan usaha untuk melindungi dirinya dari apa saja yang dirasakannya mengancam.

### **k. Pengukuran Kecemasan**

Menurut Hawari Dadang (2017), untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat atau berat sekali digunakan alat ukur yang dikenal dengan nama *Hamilton Rating Scale For Anxiety* (HRS-A). Alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang spesifik. Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (*score*) antara 0-4, yang artinya adalah :

- 1) Nilai 0 = tidak ada gejala (keluhan)
- 2) Nilai 1 = gejala ringan
- 3) Nilai 2 = gejala sedang
- 4) Nilai 3 = gejala berat
- 5) Nilai 4 = gejala berat sekali / panik.

Masing-masing nilai angka (*score*) dari ke-14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang yaitu Total nilai (*score*) <14 tidak ada kecemasan, nilai 14- 20 kecemasan ringan,

nilai 21-27 kecemasan sedang, nilai 28-41 kecemasan berat dan nilai 42-56 disebut panik.

**Tabel 2.4.**  
**Alat Ukur HRS-A (*Hamilton Rating Scale For Anxiety*)**

No.	Gejala Kecemasan	Nilai Angka (Skor)				
1.	Perasaan Cemas a. Cemas b. Firasat buruk c. Takut akan pikiran sendiri d. Mudah tersinggung	0	1	2	3	4
2.	Ketegangan a. Merasa tegang b. Lesu c. Tidak bisa istirahat tenang d. Mudah terkejut e. Mudah menangis f. Gemetar g. Gelisah	0	1	2	3	4
3.	Ketakutan a. Pada gelap b. Pada orang asing c. Ditinggal sendiri d. Pada binatang besar e. Pada keramaian lalu lintas f. Pada kerumunan orang banyak	0	1	2	3	4
4.	Gangguan tidur a. Sukar tidur b. Terbangun malam hari c. Tidur tidak nyenyak d. Bangun dengan lesu e. Banyak mimpi-mimpi (mimpi buruk)	0	1	2	3	4
5.	Gangguan kecerdasan a. Sukar konsentrasi b. Daya ingat menurun c. Daya ingat buruk	0	1	2	3	4
6.	Perasaan Depresi (murung) a. Hilangnya minat b. Berkurangnya kesenangan pada hobi c. Sedih d. Bangun dini hari e. Perasaan berubah-ubah	0	1	2	3	4
7.	Gejala somatik/fisik (otot) a. Sakit dan nyeri di otot-otot b. Kaku c. Kedutan otot	0	1	2	3	4

	d. Gigi gemerutuk					
	e. Suara tidak stabil					
8.	Gejala somatik/ fisik (sensorik)	0	1	2	3	4
	a. Tinitus (telinga berdenging)					
	b. Penglihatan kabur					
	c. Muka merah atau pucat					
	d. Merasa lemas					
	e. perasaan ditusuk-tusuk					
9.	Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah)	0	1	2	3	4
	a. Takikardia (denyut jantung cepat)					
	b. Berdebar debar					
	c. Nyeri di dada					
	d. Denyut nadi mengeras					
	e. Rasa lesu/lemas seperti mau pingsan					
	f. Denyut jantung menghilang (berhenti sekejap)					
10.	Gejala respiratori (pernafasan)	0	1	2	3	4
	a. Rasa tertekan atau sempit di dada					
	b. Rasa tercekik					
	c. Sering menahan nafas					
	d. Nafas pendek/sesak					
11	Gejala gastrointestinal (pencernaan)	0	1	2	3	4
	a. Sulit menelan					
	b. Perut melilit					
	c. Gangguan pencernaan					
	d. Nyeri sesudah atau sebelum makan					
	e. Perasaan terbakar diperut					
	f. Rasa penuh dan kembung					
	g. Mual					
	h. muntah					
	i. Buang air besar lembek					
	j. Sukar buang air besar atau konstipasi					
	k. Kehilangan BB					
12	Gejala urogenital (perkemihan)	0	1	2	3	4
	a. Sering buang air kecil					
	b. Tidak dapat menahan air seni					
	c. Tidak datang bulan (tidak ada haid)					
	d. Darah haid berlebihan					
	e. Darah haid amat sedikit					
	f. Masa haid berkepanjangan					

	g. Masa hid amat pendek					
	h. Haid beberapa kali dalam sebulan					
	i. Menjadi dingin					
	j. Ejakulasi dini					
	k. Ereksi melemah					
	l. Ereksi hilang					
	m. impotensi					
13	Gejala autonom	0	1	2	3	4
	a. Mulut kering					
	b. Muka merah					
	c. Mudah berkeringat					
	d. Kepala pusing					
	e. Kepala terasa berat					
	f. Kepala terasa sakit					
	g. Bulu-bulu berdiri					
14	Tingkah laku	0	1	2	3	4
	a. Gelisah					
	b. Tidak tenang					
	c. Jari gemetar					
	d. Kerut kening					
	e. Muka tegang					
	f. Otot tegang/mengeras					
	g. Nafas pendek dan cepat					
	h. Muka merah					

Sumber : Buku Manajemen stres, cemas dan depresi (Hawari Dadang, 2017)

## I. Strategi Pemecahan Masalah (*problem solving strategy*)

### Kecemasan

Menurut Asmadi (2009), Strategi pemecahan masalah yang dapat digunakan adalah dengan metode STOP, yaitu:

#### 1) *Source*

Mencari dan mengidentifikasi apa yang menjadi sumber masalah.

#### 2) *Trial and Error*

Mencoba berbagai rencana pemecahan masalah yang telah disusun. Bila satu metode tidak berhasil, maka mencoba lagi dengan metode lain. Hal yang perlu dihindari adalah adanya rasa keputusasaan terhadap kegagalan yang dialami.

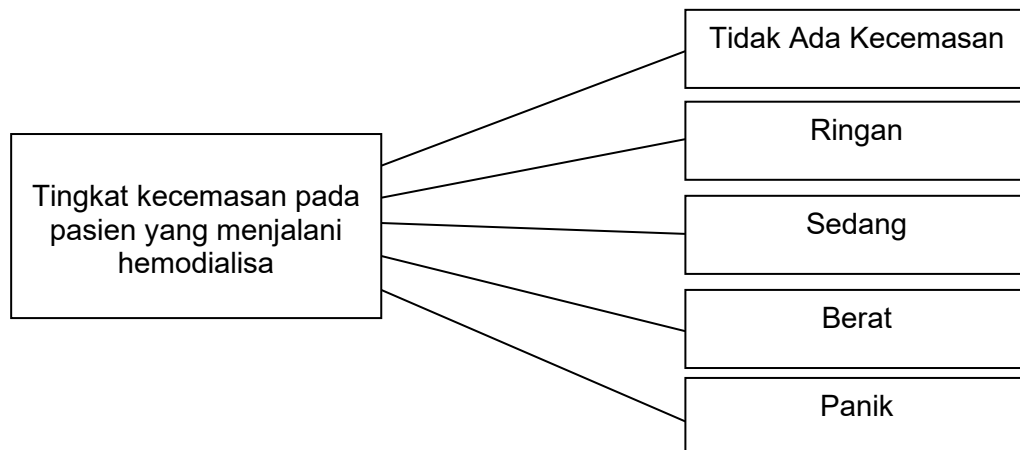
3) *Others*

Minta bantuan orang lain bila diri sendiri tidak mampu.

4) *Pray and Patient*

Berdoa kepada Tuhan sebab Dia adalah Maha mengetahui segala sesuatu yang ada di dunia ini. Dia pula yang memberikan jalan yang terbaik buat manusia sebab manusia memiliki banyak keterbatasan. Dengan berdoa, maka hati, jiwa dan pikiran seseorang akan menjadi tentram dan tenang,. Juga harus sabar dengan berlapang dada menerima kenyataan yang ada pada dirinya.

## B. Kerangka Konsep



Gambar 2.3. Kerangka Konsep

## C. Defenisi Operasional

Defenisi operasional adalah uraian tentang batas variabel yang dimaksud atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan. (Notoatmodjo, 2012).

Defenisi operasional yang digunakan oleh peneliti adalah :

Tabel 2.5.  
Definisi Operasional

Variabel	Defenisi operasional	Cara pengukuran	Skala	Hasil ukur
Kecemasan pada pasien hemodialisa	suatu keadaan yang dialami oleh pasien yang menjalani terapi hemodialisa ketika berpikir tentang sesuatu yang tidak menyenangkan terjadi	Quesioner (HRS-A)	Ordinal	a. Tidak ada kecemasan (<14) b. Ringan (14-20) c. Sedang (21-27) d. Berat (28-41) e. Panik (42-56)

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias.

#### **B. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi yang menjadi tempat penelitian ini adalah ruangan Instalasi Hemodialisa Rumah Sakit Daerah Gunungsitoli. Penelitian ini dimulai dari bulan Februari sampai dengan bulan Mei 2019.

#### **C. Populasi dan Sampel Penelitian**

##### **1. Populasi**

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2012). Maka yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Gunungsitoli. Dari data yang didapat pada studi pendahuluan, jumlah populasi pada bulan Januari 2019 sebanyak 54 orang.

##### **2. Sampel**

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2012). Penulis menggunakan teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *accidental sampling*. Pengambilan sample secara *accidental* ini dilakukan dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia disuatu tempat sesuai dengan konteks penelitian (Notoatmodjo, 2010). Untuk itu sampel yang diambil dari populasi harus betul-betul representatif (Sugiyono, 2017).

Pengambilan sampel menggunakan rumus Slovin, sebagai berikut :

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

Keterangan :

n = besar sampel

N = besar populasi

d = tingkat kepercayaan atau ketetapan yang diinginkan 10%

Sehingga dengan populasi sebanyak 54 orang, besar sampel diperoleh sebagai berikut :

$$\begin{aligned} n &= \frac{N}{54.(0,1)^2+1} \\ &= \frac{54}{54.(0.01)+1} \\ &= \frac{54}{1,54} \end{aligned}$$

= 35,06 dibulatkan menjadi 35 orang

Adapun kriteria yang dijadikan sebagai sampel penelitian yaitu :

a) Kriteria inklusi

- 1) Semua pasien yang menderita gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Gunungsitoli.
- 2) Bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
- 3) Pasien rawat jalan dan rawat inap yang menjalani terapi hemodialisa.

b) Kriteria eksklusi

- 1) Pasien yang keadaannya memburuk pada saat penelitian.
- 2) Pasien hemodialisa yang melakukan kunjungan ulang.



## D. Jenis dan Cara Pengumpulan Data

### 1. Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 2 bagian yaitu :

#### a. Data Primer

Data primer yaitu data yang langsung di peroleh/diambil oleh penulis melalui kuesioner yang langsung diisi oleh responden. Kuesioner yang digunakan adalah HRS-A (*Hamilton Rating Scale For Anxiety*). Menurut Hawari (2017), untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat dan berat sekali (panik) orang menggunakan alat ukur (instrument) yang dikenal dengan nama *Hamilton Rating Scale For Anxiety* (HRS-A). Alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing 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 dan nilai 4 gejala berat sekali (panik).

Alat ukur HRS-A merupakan alat ukur tingkat kecemasan yang sudah baku dan diterima secara internasional. Hal ini menunjukkan bahwa *Hamilton Rating Scale For Anxiety* (HRS-A) cukup valid dan reliable digunakan sebagai instrument. Penilaian terhadap masing-masing kelompok diberi penilaian angka (*score*) antara 0-4, dengan masing-masing score sebagai berikut skor 0 tidak ada kecemasan (<12), skor 1 : ringan (13-25), skor 2 sedang (26-50), skor 3 berat (51-75), skor 4 panik (76-100).

Catatan :

$$Skor = \frac{jumlah\ gejala\ yang\ dimiliki}{total\ gejala} \times 100$$

Masing-masing nilai angka (*score*) dari 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan dapat diketahui derajat seseorang, Tidak ada kecemasan jika total nilai kurang dari 14, kecemasan ringan jika total nilai antara 14 sampai 20, kecemasan sedang jika total nilai antara 21 sampai 27, kecemasan berat jika total nilai antara 28 sampai 41 dan kecemasan berat sekali atau panik jika total nilai antara 42 sampai 56.

Secara umum teknik dalam pemberian skor yang digunakan dalam kuesioner penelitian ini adalah teknik Skala Likert. Skala Likert adalah alat untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang. Menurut Sugiyono (2013) mengemukakan bahwa macam-macam skala pengukuran dapat berupa: skala nominal, skala ordinal, skala interval, dan skala rasio, dari skala pengukuran itu akan diperoleh data nominal, ordinal, interval, dan rasio. Penelitian ini menggunakan skala ordinal. Menurut Sugiyono (2010) skala ordinal adalah skala pengukuran yang tidak hanya menyatakan kategori, tetapi juga menyatakan peringkat *construct* yang diukur.

## **b. Data Sekunder**

Data sekunder, yaitu data yang tidak langsung di peroleh/diambil oleh penulis akan tetapi diperoleh dari data yang sudah ada yang didapatkan dari Rekam Medik di RSUD Gunungsitoli, yaitu pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Gunungsitoli berjumlah 54 orang.

## **2. Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dilakukan dengan memberikan kuesioner terbuka yaitu HRS-A (*Hamilton Rating Scale For Anxiety*), yang merupakan alat ukur untuk mengukur tingkat kecemasan yang terdiri dari beberapa pertanyaan.

## E. Pengolahan dan Analisis Data

### 1. Pengolahan Data

Dalam melakukan pengolahan data terlebih dahulu data harus diolah dengan tujuan mengubah data menjadi bentuk informasi yang dipergunakan untuk proses pengambilan keputusan, dalam proses data terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh:

#### 1. *Editing*

Dilakukan dengan pengecekan data yang telah terkumpul, bila terdapat kesalahan dan kekeliruan dalam pengumpulan data, diperbaiki dan dilakukan pendataan ulang terhadap responden, sehingga dalam pengolahan data memberikan hasil dalam menyelesaikan masalah yang diteliti.

#### 2. *Scoring*

*Scoring* atau pemberian skor ialah pemberian nilai yang dilakukan oleh peneliti terhadap isian kuesioner yang diisi oleh responden. 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 dan nilai 4 gejala berat sekali / panik.

#### 3. *Coding*

Kegiatan memberikan jawaban secara angka atau kode atau pemberian kode numerik terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Hasil jawaban dari setiap pertanyaan diberi sesuai kode petunjuk. Kode 0 tidak ada kecemasan, kode 1 kecemasan ringan, kode 2 kecemasan sedang, kode 3 kecemasan berat, dan kode 4 kecemasan panik.

#### 4. *Transferring*

Memindahkan jawaban/kode ke dalam media pengolahan atau kegiatan memasukkan data ke komputer. Untuk mempermudah analisa data, pengolahan data, dan pengambilan kesimpulan maka hasilnya dimasukkan dalam distribusi frekuensi.

5. *Tabulating*

Untuk mempermudah pengolahan data, data dimasukkan dalam bentuk distribusi frekuensi dengan memberikan skor terhadap jawaban-jawaban responden pada kuesioner. Tabulasi datanya menggunakan manual, *software*, *SPSS*, *Ms. Excel*.

6. *Saving*

Menyimpan data yang telah diolah.

## **2. Teknik Analisa Data**

Analisa data dalam penelitian ini dilakukan secara komputerisasi dengan menggunakan analisis univariat. Seluruh data diolah menggunakan aplikasi SPSS. Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di RSUD Gunungsitoli Kabupaten Nias merupakan satu-satunya rumah sakit umum milik pemerintah dan sebagai rujukan regional di Kepulauan Nias. Rumah Sakit Umum Daerah Gunungsitoli terletak di Jln. dr. Ciptomangunkusumo no. 15 dimana sebelah barat berbatasan dengan rumah penduduk, sebelah timur berbatasan dengan kantor Bank BRI Gunungsitoli, sebelah Utara berbatasan dengan kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Nias, dan sebelah Selatan berbatasan dengan Kantor Bank Sumut Gunungsitoli.

Rumah Sakit Umum Daerah Gunungsitoli adalah salah satu Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dengan akreditasi paripurna, yang memberikan pelayanan kesehatan dan di samping itu juga merupakan wadah bagi mahasiswa/i dari beberapa institusi/ lembaga pendidikan seperti: Prodi D-III Keperawatan Gunungsitoli Poltekkes Kemenkes Medan, Akademi Kebidanan Harapan Keluarga, dan SMK Darma Caraka untuk melakukan praktik keperawatan dan kebidanan. Dimana rumah sakit ini yang terdiri dari dua gedung yaitu: gedung persalinan dan gedung rawat inap. Gedung persalinan terdiri dari tiga lantai I-III, lantai I terdiri dari kamar bersalin/VK dan ruang Z.r Sitia Zega (perinatologi), lantai II terdiri dari ruang dr. H. Daeli, Sp. OG (nifas), dan lantai III adalah kantor yang terdiri dari: ruang bagian umum, ruang tata usaha, ruang bidang program, ruang rapat, ruang pelayanan, ruang direktur, dan sebagainya.

Gedung rawat inap terdiri dari dua lantai I-II, lantai I terdiri dari ruang Insatalasi Gawat Darurat, Radiologi, ICU (Intensive Care Unit), dr. M.G Thomsen (ruang perawatan bedah), dr. Juliana Zebua (ruang penyakit dalam), Laboratorium, Apotik, Poli, Kasir, Fisioterapi, ASKES. Lantai II terdiri dari ruang dr. Hadi Abednego (ruang VIP), Kamar *Hemodialisis* (Kamar cuci darah), Instalasi Bedah Sentral (Kamar Operasi), *Training Center*, dan *Medical Record* (MR). Penelitian ini difokuskan di ruang *Hemodialisis* (Kamar cuci darah).

Adapun yang menjadi visi dan misi RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias tahun 2019 yaitu:

1. Visi

Rumah sakit kelas B dengan pelayanan profesional, berkualitas, mandiri dan terpercaya di kepulauan Nias.

2. Misi

- a. Meningkatkan pelayanan medik sesuai dengan standar Rumah Sakit kelas B.
- b. Meningkatkan pemenuhan ketersediaan fasilitas sarana dan prasarana pelayanan Rumah Sakit
- c. Meningkatkan kemandirian manajemen, tata kelola BLUD dan Akreditasi Rumah sakit
- d. Meningkatkan kuantitas dan kualitas sumber daya manusia Rumah sakit yang profesional dan kompeten dalam bidangnya.

## B. Hasil Penelitian

**Tabel 4.1.**  
**Distribusi Frekuensi Pengalaman Menjalani Hemodialisa Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Gunungsitoli Kabupaten Nias Tahun 2019 (n=35)**

No.	Lama Menjalani Hemodialisis	Frekuensi (F)	Persentasi (%)
1.	< 1 tahun	10	28.57
2.	> 1 tahun	25	71.43
<b>Total</b>		35	100

Berdasarkan tabel 4.1. menunjukkan bahwa dari 35 responden, mayoritas responden adalah responden yang lama menjalani hemodialisis >1 tahun dengan jumlah 25 orang (71.43%).

**Tabel 4.2.**  
**Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUD Gunungsitoli Kabupaten Nias Tahun 2019 (n=35)**

No.	Tingkat Kecemasan	Frekuensi (F)	Persentasi (%)
1.	Kecemasan Ringan	11	31.43
2.	Kecemasan Sedang	20	57.14
3.	Kecemasan Berat	4	11.43
<b>Total</b>		<b>35</b>	<b>100</b>

*Sumber: Hasil Penelitian di Ruang Hemodialisis RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias*

Tabel 4.2. menunjukkan bahwa hasil penelitian didapatkan distribusi frekuensi tingkat kecemasan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias Tahun 2019 dari jumlah 35 responden, yang memiliki cemas berat sebanyak 4 orang (11.43%), responden yang memiliki cemas sedang sebanyak 20 orang (57.14%), dan responden yang memiliki cemas ringan sebanyak 11 orang (31.43%).

### C. Pembahasan Hasil Penelitian

Hasil penelitian pada tabel 4.2 dapat diketahui bahwa mayoritas pasien yang menjalani hemodialisis memiliki tingkat kecemasan sedang sebanyak 20 orang (57.14%), hal ini disebabkan pasien sudah tidak memiliki keyakinan akan kesembuhan total dan hemodialisis yang sudah berlangsung lama tidak memberi pengaruh besar dalam mencapai kesembuhan. Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wartilisna, (2015) di ruang Dahlia pada pasien yang menjalani tindakan hemodialisa di RSUP Prof Dr.R.D Kandou Manado dari 189 pasien tingkat kecemasan sedang 46 (68%), di peroleh dari respon fisiologik (ketegangan pada otot, penglihatan kabur), dari respon kognitif (menurunnya konsentrasi) serta dilihat dari respon perilaku dan emosi (merasa gelisah, sedih, lemas dan muka memerah)

Tingkat kecemasan pasien hemodialisa di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias yang kategori kecemasan ringan sebanyak 11

orang (31.43%) hal ini disebabkan karena pasien sudah tidak takut dan tidak cemas saat melakukan tindakan hemodialisa dan sudah lebih dari 1 tahun menjalani hemodialisa, sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Insan Kamil (2018) di RSUD Ulin Banjarmasin, didapatkan hasil deskriptif dari 183 responden menunjukkan tingkat kecemasan dalam kecemasan ringan sebanyak 100%. Hal ini dikarenakan pasien gagal ginjal kronik sudah terbiasa akan tindakan hemodialisis yang dijalannya dalam waktu yang sudah lama. Mereka sudah paham benar akan prosedur hemodialisis sehingga pengendalian akan stressor dapat ditangani, namun beberapa hal diluar dari hemodialisis menjadi beban pikiran mereka yang terbawa ketika melakukan hemodialisa.

Tingkat kecemasan pasien hemodialisa di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias yang kategori kecemasan berat sebanyak 4 orang (11.43%) hal ini disebabkan karena pasien baru beberapa kali melakukan tindakan hemodialisa sehingga cemas melihat selang-selang yang dialiri darah, biaya yang harus dikeluarkan setiap menjalani terapi, cemas karena akan ditusuk, pasien masih belum menerima kenyataan bahwa terapi hemodialisa akan dijalani seumur hidupnya dan ketidakpastian akan kesembuhan. Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Rikayoni (2017) di Rumah Sakit Islam Siti Rahmah Padang bahwa dari 30 pasien didapatkan kecemasan berat sebanyak 18 pasien (60.0%) disebabkan karena pertama kali pasien dengan penyakit ginjal kronik harus menjalani dialysis jangka panjang, pasien akan merasa khawatir atas kondisi sakit serta pengobatan jangka panjangnya dan juga disebabkan pasien banyak yang masih belum menerima kenyataan bahwa terapi hemodialisa akan dijalani sampai seumur hidupnya, pasien masih takut akan proses hemodialisa, dan pasien masih cemas memikirkan penyakitnya yang tak kunjung bisa disembuhkan.

Pasien yang mengalami gagal ginjal akut maupun kronis memerlukan pengobatan khusus dengan terapi. Kecemasan adalah suatu keadaan patologik yang ditandai oleh perasaan ketakutan diikuti dan disertai tanda somatik, kecemasan juga respon terhadap suatu ancaman yang sumbernya tidak diketahui, internal atau konfliktual, salah satu penyebab kecemasan pasien adalah tindakan hemodialisis (Wartalisna, dkk., 2015). Pengalaman



pasien menjalani pengobatan juga dapat menimbulkan kecemasan pada pasien tersebut, kemungkinan dari pengalaman tersebut ada suatu hal yang membuat dirinya merasa khawatir dan mengalami cemas (Hawari Dadang 2013).

Menurut Alfiannur (2015) mengemukakan bahwa pasien yang menjalani hemodialisa biasanya memiliki respon yang berbeda terhadap hemodialisa yang sedang dijalannya, contohnya pasien akan merasa cemas yang disebabkan oleh krisis situasional, ancaman kematian dan tidak mengetahui hasil akhir dari terapi yang dilakukan tersebut. Pasien dihadapkan pada ketidakpastian berapa lama hemodialisa diperlukan sepanjang hidupnya serta memerlukan biaya yang besar.

Menurut Arifin (2014), pasien yang melakukan terapi hemodialisa mengalami kecemasan, mereka cemas dengan terapi yang dijalannya, cemas terhadap mesin, selang-selang dialiri darah, cemas ditusuk dan juga cemas terhadap biaya yang akan dikeluarkan selama proses hemodialisa, cemas tidak akan bekerja seperti biasa, tampak raut putus asa di wajah pasien, pasien mengatakan bingung dan cemas memikirkan sampai kapan terapi hemodialisa akan dijalannya.

Menurut asumsi peneliti berdasarkan penelitian yang dilakukan di Ruang Hemodialisa RSUD Gunungsitoli Kabupaten Nias tahun 2019 dapat diketahui bahwa kebanyakan responden memiliki tingkat kecemasan sedang dikarenakan sebagian pasien sudah tidak memiliki keyakinan akan kesembuhan total dan hemodialisa yang sudah berlangsung lama serta pasien yang menjalani hemodialisa berpikir tidak memberi pengaruh besar dalam mencapai kesembuhan, tetapi sebagian diantaranya memiliki harapan besar akan kesembuhan dari penyakit yang dihadapi dan menjalani proses hemodialisis tanpa mengeluh dan juga adanya keluarga yang selalu ada mendampingi klien selama proses hemodialisis berlangsung.

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

Data hasil penelitian yang peneliti lakukan terhadap 35 responden di Rumah Sakit Umum Daerah Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias tentang Tingkat Kecemasan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa pada tahun 2019 menunjukkan mayoritas responden mengalami kecemasan sedang sebanyak 20 orang (57.14%).

#### **B. Saran**

##### 1. Bagi RSUD Gunungsitoli

Dapat memberikan konseling kepada pasien dan keluarga yang menjalani terapi hemodialisa agar diberi informasi dan pemahaman mengenai terapi hemodialisa serta dapat dilakukan pemutaran musik instrumental di ruang hemodialisa selama proses hemodialisa berlangsung agar pasien dapat lebih rileks menjalani terapi hemodialisa sehingga tingkat kecemasan pasien dapat menurun.

##### 2. Bagi Responden

Dianjurkan kepada pasien untuk menjalani hemodialisa sesuai dengan jadwal yang telah ada dan keluarga yang menjalani hemodialisa agar mengetahui dan memahami dampak hemodialisa.

##### 3. Bagi Poltekkes Kemenkes Medan

Dapat menambah informasi dan pengetahuan mengenai tingkat kecemasan pada pasien yang menjalani hemodialisa dan sebagai bahan acuan untuk menambah referensi di perpustakaan Prodi D-III Keperawatan Gunungsitoli Poltekkes Kemenkes Medan.

##### 4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Dapat menjadi referensi dan pengetahuan untuk peneliti selanjutnya yang lebih mendalam tentang gambaran tingkat kecemasan dengan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa dan untuk peneliti selanjutnya dapat lebih mengembangkan lagi jumlah sampel dan penelitian dapat lebih diperluas dengan memperhatikan faktor-faktor internal dan eksternal yang dapat mempengaruhi kecemasan pada pasien yang menjalani hemodialisa.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alfiannur, F., 2015. Hubungan Antara Kecerdasan Spriritual Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa. JOM Vol 2 No. 2, Februari 2019
- Arifin, Zainal., 2014. *Penelitian Pendidikan: Metode dan Paradigma Baru*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Aru, W. Sudoyo., 2009. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, jilid II, edisi V*. Jakarta: Interna Publishing.
- \_\_\_\_\_. 2014. *Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid 1. Interna Publishing. Jakarta
- Asmadi., 2009. *Teknik Prosedural Keperawatan Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika
- Black dan Hawk., 2014. *Medikal Surgical Nursing Clinical Management for Positive outcomes (Ed. 7)*. St. Louis : Missouri Elsevier Saunders.
- Brunner dan Suddarth., 2014. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC
- Daeli, Ines., 2016. Gambaran Riwayat Konsumsi Tuak pada Pasien Gagal Ginjal di RSUD Gunungsitoli. *Skripsi*. Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara. Diakses tanggal 20 Februari 2019.
- Depkes. Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI Situasi Penyakit Ginjal Kronis., 2017. [www.depkes.go.id/download.php?file.../infodatin/infodatin\\_ginjal\\_2017.pdf](http://www.depkes.go.id/download.php?file.../infodatin/infodatin_ginjal_2017.pdf)
- Erna, Dwi., 2013. Kecerdasan Emosi dan kecemasan menghadapi pensiun pada PNS, *e-journal psikologi*, FISIP Universitas Mulawarman, 324 – 331
- Harrison, R., 2012. *Management of Chronic Kidney Disease, UMHS Chronic Kidney Disease Guideline*, p:1-25.
- Hawari, Dadang., 2013. *Manajemen Stres Cemas Dan Depresi*, Edisi ke-2, Cetakan ke-4. Jakarta : FKUI
- \_\_\_\_\_. 2017. *Manajemen Stres Cemas Dan Depresi*, Edisi ke-2, Cetakan ke-5. Jakarta : FKUI
- Hirmawaty, Tatu., 2014. Pengaruh Metode Pendidikan Kesehatan Terhadap Kepatuhan dalam Pembatasan Asupan Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD Tarakan, <http://www.pengaruhmetodepenkesterhadapkepatuhandImpembatasancairanpasienggk,rsudtarakan>, Diakses Tanggal 04 Februari 2019.
- Ida, Royani., 2015. 'Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal yang Menjalani Proses Hemodialisa di RSUD Dr. Hardjono Ponorogo. *ejournal*

*Keperawatan (e-Kp)* Volume 3. Nomor 1. Februari 2015 diakses pada Februari 2019

Ignatavicius dalam Hayani, Nora., 2014. Hubungan Dukungan Sosial dengan Tingkat Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Kota Medan, Sumatera Utara, <http://www.hbgndukungansosialdgntingkatdepresiggk.mdn>, Diakses Tanggal 04 Februari 2019.

Insan, Kamil., 2018. 'Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di RSUD Ulin Banjarmasin'. *ejournal Keperawatan (e-Kp)* Vol 9 No. 2 Desember 2018 diakses pada Februari 2019

Indonesian Renal Registry., 2014. *Fiveth Report of Indonesian Registry*, Jakarta.

———2017. *Fiveth Report of Indonesian Registry*, Jakarta.

Kaplan *et al.*, dalam Tokala *et al.*, 2015. 'Hubungan antara lamanya menjalani hemodialisis dengan tingkatkecemasan pada pasien dengan penyakit ginjal kronik di RSUD Prof. Dr. R. D. Kandou Manado'. *Jurnal e-Clinic*, Vol. 3, No.1: 402-407

Kaplan, H.I., Sadock, B.J., 2010. *Sinopsis Psikiatri, Jilid 2* (Dr. Widjaja Kusuma, Trans.). Ciputat - Tangerang: Binarupa Aksara. (Buku asli diterbitkan 1991)

Kidney Failure., 2013. Edema in Chronic Kidney Disease. Diakses dari <http://www.kidneyfailureweb.com/ckd/889.html>. Pada tanggal 04 Februari 2019.

Kowalak, Jeninnifer, P., 2012. *Buku Ajar Patofisiologi*, Jakarta: EGC

Kusuma, Hardhi dan Amin, Huda Nurarif., 2012. *Handbook for Health Student*. Yogyakarta: Mediacion Publishing.

Lestari, A., 2017. Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Berdasarkan Kuesioner Zung Anxiety Self Assesment Scale For Anxiety di RSUD Wates Tahun 2017. *Skripsi*. Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jendral Achmad.

Lestari, T., 2015. *Kumpulan Teori Untuk Kajian Pustaka Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Mahdiana, R., 2011. *Panduan Kesehatan Jantung dan Ginjal*. Yogyakarta: Citra Medical Yogyakarta.

Manado, Tangian, A. F., Kandou, L. F. J., Munayang, H., 2015. Hubungan lamanya menjalani hemodialisis dengan tingkat kecemasan pada pasangan hidup pasien yang menderita penyakit gagal ginjal kronik di

RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Skripsi*. Universitas Sam Ratulangi Manado

Margareth., 2012. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika

Muttaqin, A. dan Sari, K., 2011. *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*, Salemba Medika, Jakarta.

Nanda International., 2015. *Diagnosa keperawatan : Defenisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Alih Bahasa Sumarwati, Subekti. Jakarta : EGC

National Institute for Diabetes and Digestive and Kidney Diseases NIDDK., 2014. Treatment methods for kidney failure: Hemodialysis. [http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-topics/kidneydisease/hemodialysis/Documents/hemodialysis\\_508.pdf](http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-topics/kidneydisease/hemodialysis/Documents/hemodialysis_508.pdf). Diperoleh pada tanggal 04 Februari 2019.

National Kidney Foundation., 2015. About Chronic Kidney Disease. Diakses dari: <https://www.kidney.org/kidneydisease/aboutckd>. Diunduh pada 04 Februari 2019.

Notoatmodjo, Soekidjo., 2010. *Metodologi penelitian kesehatan*. Ed. Rev. Rineka Cipta: Jakarta

\_\_\_\_\_, 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Ardi Mahasatya

Nurchayati, S., 2010. "Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di Rumah Sakit Islam Fatmawati Cilacap dan Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas", *Tesis*, Universitas Indonesia, Depok

Owen, Hans Kristian., 2016. 'Hubungan Usia dan Jenis Kelamin Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 terhadap Tingkat Kecemasan Pasien di RDS dr. Soebandi Jember'. *Jurnal Kedokteran Universitas Jember*. Agustus 2016. Universitas Jember.

Patimah, I. Suryani dan Nuraeni. A., 2015. Pengaruh Relaksasi Dzikir Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisa, **3** (1) April 2015. <http://jkip.fkep.unpad.ac.id/index.php/jkip/article/view/95>, di akses pada 08 Februari 2019.

PERNEFRI., 2015. 8th Report Of Indonesian Renal Registry 2015. Diakses dari: <https://www.indonesianrenalregistry.org/data/INDONESIAN%20RENAL%20REGISTRY%202015.pdf>. Diunduh pada 04 Februari 2019.

Prabowo dan Pranata., 2014. *Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan*. Cetakan Pertama. Yogyakarta :Nuha Medika

- Price, S. A. dan Wilson, L. M., 2012. *Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit*. Edisi VI. Jakarta: EGC.
- Purba, Jenny, dkk., 2010. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Masalah Psikososial Dan Gangguan Jiwa*. Medan : USU Pres
- Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI., 2017. "Infodatin".  
Kementerian Kesehatan R.I (Online).  
<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin%20ginjal%202017.pdf> diunduh pada 04 Februari 2019
- Rekam Medis RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias., 2018
- Rendy, MC. dan Margareth TH., 2012. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Rikayoni., 2017. Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Islam Siti Rahmah Padang. *ejournal Keperawatan (e-Kp)* Vol. XII No.5 April 2018 diakses pada Februari 2019
- Riset kesehatan dasar., 2013. Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- \_\_\_\_\_.2016. Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Saad, K. et al., 2014. *Lymphocyte populations and apoptosis of peripheral blood B and T lymphocytes in children with end stage renal disease*. Diperoleh pada tanggal 04 Februari 2019.
- Sherwood, L., 2011. *Fisiologi manusia dari sel ke sistem*. Jakarta: EGC.
- Stuart, W Gail., 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Edisi 5, Jakarta : EGC
- \_\_\_\_\_.2013. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Edisi.5. Jakarta : EGC
- \_\_\_\_\_.2016. *Prinsip Dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*, Jakarta: Elsevier
- Sudoyo, A. et al., 2009. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- \_\_\_\_\_.2014. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. VI. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Sugiyono., 2010. *Metode penelitian pendidikan:pendekatan kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Bandung:Alfabeta.
- \_\_\_\_\_. , 2013. *Metode penelitian pendidikan:pendekatan kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Bandung:Alfabeta.

\_\_\_\_\_. , 2017. *Metode penelitian pendidikan:pendekatan kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Bandung:Alfabeta.

Sundeen dan Stuart., 2015. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

The Renal Association., 2013. CKD Stages. Diakses dari: <http://www.renal.org/information-resources/the-uk-ekkd-guide/ckdstages#sthash.frm4MEB8.dpbs>. Diunduh pada 04 Februari 2019.

Tokala, B.F. Kandou. L.F.J. dan Dundu. A.E., 2015. Hubungan Antara Lamanya Menjalani Hemodialisis Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Dengan Penyakit Ginjal Kronik Di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado, *Jurnal e Clinic (eCI)*, **3** (1).  
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/eclinic/article/view/7395>, di akses pada 08 Februari 2019.

Tortora, G. J. dan Derrickson, B., 2011. *Principles of Anatomy & Physiology*. Edisi ke-13. USA: Willey.

USRDS., 2017. Annual data report. United States Renal Data System; [updated 2017]. [https://www.usrds.org/2017/view/v1\\_01.aspx#Figure\\_1\\_2](https://www.usrds.org/2017/view/v1_01.aspx#Figure_1_2) – Diakses Februari 2019

Wahyuni, Irwanti, W. dan Indrayana S., 2014. Korelasi Penambahan Berat Badan Diantara Dua Waktu Dialysis Dengan Kualitas Hidup Pasien Menjalani Hemodialisa, *JNKI*, **2**(2).  
[jurnal.almaata.ac.id/index.php/JNKI/article/download/25/24](http://jurnal.almaata.ac.id/index.php/JNKI/article/download/25/24), diakses tanggal 04 Februari 2019.

Wartilisna, dkk., 2015. 'Hubungan Tindakan Hemodialisa Dengan Tingkat Kecemasan Klien Gagal Ginjal Di Ruang Dahlia RSUP Prof Dr.R. Kandou Manado'. *ejournal Keperawatan (e-Kp)* Volume 3. Nomor 1. Februari 2015 diakses pada Februari 2019

Webster, A. C. *at al.*, 2016. *Chronic Kidney Disease. Lancet Glob Health*. 6736(16): 1–15.

Widyastuti, R., 2014. 'Korelasi lama menjalani hemodialisis dengan indeks massa tubuh pasien gagal ginjal kronik di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau'. *Jurnal Gizi*, **1**(2).

Wijaya, A. S. dan Putri Y. M., 2013. *Keperawatan Medical Bedah*. Jakarta: Nuha Medika

World Health Organization., 2014. Management of substance abuse: WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). <http://www/who.int> (Diakses 04 Februari 2019).

Yusuf, dkk., 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika

Lampiran IV

## Dokumentasi















*Lampiran I*

## **PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Bapak/Ibu yang saya hormati, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Lince Permata Sari Duha

NIM : 16.017

Alamat : Jln. Sudirman no. 86

Saya mahasiswa Poltekkes Kemenkes Medan Prodi D-III Keperawatan Gunungsitoli yang sedang melakukan penelitian yang berjudul "Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias".

Dengan segala kerendahan hati, peneliti memohon dengan hormat kepada bapak/ibu untuk berkenan meluangkan waktu untuk mengisi daftar pertanyaan yang peneliti ajukan sesuai dengan pengetahuan yang bapak/ibu miliki. Jawaban bapak/ibu sangat diperlukan sebagai data penelitian dan semata-mata untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan tidak ada maksud yang lain. Jawaban yang telah diberikan akan saya jaga kerahasiaannya.

Demikian permohonan ini saya sampaikan, atas perhatian dan partisipasi bapak/ibu dalam kelancaran penelitian saya ucapkan terimakasih

Gunungsitoli, Juni 2019

Peneliti

Lince Permata Sari Duha

NPM. 16.017

*Lampiran II*

## **PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat:

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang berjudul : "Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias".

Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya sampaikan dengan sadar tanpa unsur paksaan dari pihak lain

Responden

( )

Lampiran III

**INSTRUMEN PENELITIAN**

**Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang  
Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah  
Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias**

**A. Karakteristik Responden**

1. Nomor Responden :

2. Pengalaman hemodialisa sebelumnya :  < 1 Tahun  
 > 1 Tahun

**B. Tingkat Kecemasan dengan Menggunakan Alat Ukur HRS-A  
(Hamilton Rating Scale For Anxiety)**

Silakan anda memberi tanda check list (√) di kolom dan isi sesuai dengan yang anda rasakan saat ini dengan skala penilaian :

Skor 0 : tidak ada gejala (keluhan)

Skor 1: gejala ringan

Skor 2 : gejala sedang

Skor 3 : gejala berat

Skor 4 : gejala berat sekali

**Alat Ukur HRS-A (Hamilton Rating Scale For Anxiety)**

NO.	GEJALA KECEMASAN	SKOR HRS-A				
1.	<b>Perasaan Cemas</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	a. Cemas					
	b. Firasat buruk					
	c. Takut akan pikiran sendiri					
	d. Mudah tersinggung					



2.	<b>Ketegangan</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	a. Merasa tegang					
	b. Lesu					
	c. Tidak bisa istirahat tenang					
	d. Mudah terkejut					
	e. Mudah menangis					
	f. Gemetar					
	g. Gelisah					
3.	<b>Ketakutan</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	a. Pada gelap					
	b. Pada orang asing					
	c. Ditinggal sendiri					
	d. Pada binatang besar					
	e. Pada keramaian lalu lintas					
	f. Pada kerumunan orang banyak					
4.	<b>Gangguan tidur</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	a. Sukar tidur					
	b. Terbangun malam hari					
	c. Tidur tidak nyenyak					
	d. Bangun dengan lesu					
	e. Banyak mimpi-mimpi					
	f. mimpi buruk					
	g. mimpi menakutkan					
5.	<b>Gangguan kecerdasan</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	a. Sukar konsentrasi					
	b. Daya ingat menurun					

	c. Daya ingat buruk					
6.	<b>Perasaan Depresi (murung)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	a. Hilangnya minat					
	b. Berkurangnya kesenangan pada hobi					
	c. Sedih					
	d. Bangun dini hari					
	e. Perasaan berubah-ubah sepanjang hari					
7.	<b>Gejala somatik/fisik (otot)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	a. Sakit dan nyeri di otot-otot					
	b. Kaku					
	c. Kedutan otot					
	d. Gigi gemerutuk					
	e. Suara tidak stabil					
8.	<b>Gejala somatik/ fisik (sensorik)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	a. Tinitus (telinga berdenging)					
	b. Penglihatan kabur					
	c. Muka merah atau pucat					
	d. Merasa lemas					
	e. perasaan ditusuk-tusuk					
9.	<b>Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	a. Takikardia (denyut jantung cepat)					
	b. Berdebar debar					
	c. Nyeri di dada					
	d. Denyut nadi mengeras					
	e. Rasa lesu/lemas seperti mau pingsan					

	f. Denyut jantung menghilang (berhenti sekejap)					
10.	<b>Gejala respiratori (pernafasan)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	a. Rasa tertekan atau sempit di dada					
	b. Rasa tercekik					
	c. Sering menarik nafas					
	d. Nafas pendek/sesak					
11	<b>Gejala gastrointestinal (pencernaan)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	a. Sulit menelan					
	b. Perut melilit					
	c. Gangguan pencernaan					
	d. Nyeri sesudah atau sebelum makan					
	e. Perasaan terbakar diperut					
	f. Rasa penuh dan kembung					
	g. Mual					
	h. Muntah					
	i. Buang air besar lembek					
	j. Sukar buang air besar atau konstipasi					
	k. Kehilangan berat badan					
12	<b>Gejala urogenital (perkemihan)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	a. Sering buang air kecil					
	b. Tidak dapat menahan air seni					
	c. Tidak datang bulan (tidak ada haid)					
	d. Darah haid berlebihan					
	e. Darah haid amat sedikit					
	f. Masa haid berkepanjangan					

	g. Masa haid amat pendek					
	h. Haid beberapa kali dalam sebulan					
	i. Menjadi dingin					
	j. Ejakulasi dini					
	k. Ereksi melemah					
	l. Ereksi hilang					
	m. Impotensi					
13	<b>Gejala autonom</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	a. Mulut kering					
	b. Muka merah					
	c. Mudah berkeringat					
	d. Kepala pusing					
	e. Kepala terasa berat					
	f. Kepala terasa sakit					
	g. Bulu-bulu berdiri					
14	<b>Tingkah laku</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	a. Gelisah					
	b. Tidak tenang					
	c. Jari gemetar					
	d. Kerut kening					
	e. Muka tegang					
	f. Otot tegang/mengeras					
	g. Nafas pendek dan cepat					
	h. Muka merah					



# PEMERINTAH KABUPATEN NIAS

## SURAT IZIN PENELITIAN

Nomor : 050/ 251 / Litbangrenc/Bappeda

TENTANG

**IZIN PENELITIAN APRINTO LAFAU NPM 16.005, dkk (11 Orang)  
MAHASISWA PRODI D-III KEPERAWATAN GUNUNGSITOLI POLTEKKES KEMENKES  
MEDAN**

Dasar : Surat Ketua Prodi D-III Keperawatan Gunungsitoli Nomor :  
KH.03.02/227/2019 tanggal 3 Mei 2019, Perihal Izin Penelitian.

Dengan ini Bupati Nias

### **MEMBERI IZIN**

Kepada :

NO	NAMA MAHASISWA	NPM	JUDUL
1.	Aprinto Lafau	16.0005	Gambaran Pengetahuan Perempuan Usia Subur Tentang Metode Kontrasepsi di UPTD Puskesmas Bawolato Kabupaten Nias
2.	Lince Permata Sari Duha	16.017	Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Gunungsitoli Kabupaten Nias
3.	Noberdin Fataro Waruwu	15.027	Gambaran Tingkat Pengetahuan Ibu Nifas Tentang Perawatan Payudara Di Puskesmas Ma'u Kabupaten Nias
4.	Dodi Setiawan Waruwu	16.009	Gambaran Tingkat Kemandirian Lansia Dalam Pemenuhan Aktivitas Sehari-hari Kec. Sogacadu Kabupaten Nias
5.	Andi Krisman Zai	16.003	Gambar Tingkat Kecemasan Pada Pasien Hipertensi di UPTD Puskesmas Bawolato Kecamatan Bawolato Kabupaten Nias
6.	Putra Irawan Zebua	16.020	Gambaran Pengetahuan Perawat Patient Safety di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias
7.	Riki Sapriyanto Gea	16.021	Gambaran Penerapan Komunikasi Efektif di Ruang dr. MG. Thomsen RSUD Gunungsitoli Kabupaten Nias
8.	Kartono Wardinata Zendrato	16.016	Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RSUD Gunungsitoli Kabupaten Nias
9.	Elisama Lafau	16.013	Gambaran Kepuasan Pasien di Puskesmas Bawolato Kecamatan Bawolato Kabupaten Nias

10.	Ekajoni Andeans Lombu	16.011	Gambaran Pengetahuan Ibu Tentang Perkembangan Anak Usia Balita di Puskesmas Rawat Inap Hiliweto Gido Kecamatan Gido Kabupaten Nias
11.	Citra Merniwati Telaumbanua	16.035	Gambaran Pengetahuan Ibu tentang Pemberian Obat Cacing pada Anak Usia 2-5 Tahun di Desa Ononamolo Talafu Kecamatan Botomuzoi Kabupaten Nias
12.	Yuli Sabartini Telaumbanua	16.073	Gambaran Pengetahuan Ibu tentang Pemberian MP-ASI pada Umur 6-24 Bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Bozihona Kecamatan Idanogawo Kabupaten Nias

Untuk : Melakukan Riset Tugas Belajar sebagai bahan penulisan tugas akhir

Jadwal Penelitian : Bulan Mei 2019

Setelah melakukan penelitian hasilnya wajib disampaikan 1(satu) set kepada Bupati Nias melalui Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Nias.

Ditetapkan di Gunungsitoli Selatan

Pada tanggal 13 Mei 2019

a.n **BUPATI NIAS**  
**SEKRETARIS DAERAH,**



**DR. F. YANUS LAROSA, M.AP**  
REMBINA UTAMA MADYA  
NIP. 19640112 198712 1 002



**PEMERINTAH KABUPATEN NIAS**  
**RSUD GUNUNGSITOLI**

Jl. Dr. Ciptomangunkusumo No.15 Telp. (0639) 21474  
Website: [rsud.niaskab.go.id](http://rsud.niaskab.go.id)/E-mail : [rsudgusit@yahoo.co.id](mailto:rsudgusit@yahoo.co.id) 0136  
GUNUNGSITOLI

Kode Pos : 22815

Gunungsitoli, 21 Mei 2019

Nomor : 800/2872 /Peg  
Sifat : Biasa  
Lamp. : 1 (satu) berkas  
Hal : Pemberitahuan Melaksanakan  
Penelitian a.n. Lince Permata  
Sari Duha dkk

Kepada:

- Yth. 1. Pejabat Struktural  
2. Kepala Instalasi / Kepala Ruang  
Lingkup RSUD Gunungsitoli  
Kabupaten Nias

di

Tempat

Untuk: .....

Sehubungan dengan surat Sekretaris Daerah Kabupaten Nias nomor 050/251/Litbangrenc/Bappeda tanggal 13 Mei 2019 tentang Izin Penelitian Aprinto Lafau NPM 16.005, dkk Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Gunungsitoli Poltekkes Kemenkes Medan, maka dengan ini diminta bantuan Saudara untuk memfasilitasi kegiatan penelitian dimaksud kepada mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Gunungsitoli Poltekkes Kemenkes Medan (daftar terlampir).

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama yang baik diucapkan terima kasih.



Direktur RSUD Gunungsitoli Kab. Nias,

**dr. JULIANUS DAWOLO, M.Kes**  
Pembina Tk.I

NIP. 19640713 199603 1 001

Tembusan Yth.:

Masing-masing mahasiswa yang bersangkutan.

Lampiran 1

• **DAFTAR NAMA MAHASISWA PRODI D-III KEPERAWATAN GUNUNGSITOLI  
POLTEKKES KEMENKES MEDAN YANG MELAKSANAKAN PENELITIAN  
DI RSUD GUNUNGSITOLI KABUPATEN NIAS**

<b>NO</b>	<b>NAMA MAHASISWA</b>	<b>NPM</b>	<b>JUDUL KTI</b>	<b>JADWAL PENELITIAN</b>
1	Lince Permata Sari Duha	16.017	Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Gunungsitoli Kabupaten Nias	Mei 2019
2	Putra Irawan Zebua	16.020	Gambaran Pengetahuan Perawat Patient Safety di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias	Mei 2019
3	Riki Sapriyanto Gea	16.021	Gambaran Penerapan Komunikasi Efektif di Ruang dr. MG. Thomsen RSUD Gunungsitoli Kabupaten Nias	Mei 2019
4	Kartono Wardinata Zendrato	16.016	Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RSUD Gunungsitoli Kabupaten Nias	Mei 2019

Gunungsitoli, Mei 2019  
Direktur RSUD Gunungsitoli Kab. Nias,  
  
\_\_\_\_\_  
dr. JULIANUS DAWOLO, M.Kes  
Pembina Tk.I  
NIP. 19640713 199603 1 001



**LEMBARAN KONSULTASI REVISI KARYA TULIS ILMIAH PRODI D-III  
KEPERAWATAN GUNUNGSITOLI POLTEKKES KEMENKES MEDAN  
T.A 2018/2019**

---



Nama : Lince Permata Sari Duha  
NPM : 16.017  
Judul Penelitian : Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien  
Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi  
Hemodialisa di RSUD Gunungsitoli Pemerintah  
Kabupaten Nias  
Ketua Penguji/Penguji I : Cipta Citra Karyani Gulo, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

No	Tanggal	Saran Ketua Penguji/Penguji I	TandaTangan
1.	27 Juni 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perbaiki presentasi pada hasil penelitian</li><li>- Perbaiki kata pengantar</li><li>- Perbaiki penulisan yang salah</li></ul>	
2.	28 Juni 2019	ACC	
3.			
4.			

**LEMBARAN KONSULTASI REVISI KARYA TULIS ILMIAH PRODI D-III  
KEPERAWATAN GUNUNGSITOLI POLTEKKES KEMENKES MEDAN  
T.A 2018/2019**

---

Nama : Lince Permata Sari Duha  
NPM : 16.017  
Judul Penelitian : Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien  
Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi  
Hemodialisa di RSUD Gunungsitoli Pemerintah  
Kabupaten Nias  
Penguji III : Yurman Waruwu, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,M.Si

No	Tanggal	Saran Penguji III	TandaTangan
1.	25 Juni 2019	Revisi pembahasan	
2.	27 Juni 2019	ACC	
3.			
4.			





**LEMBARAN KONSULTASI REVISI KARYA TULIS ILMIAH PRODI D-III  
KEPERAWATAN GUNUNGSITOLI POLTEKKES KEMENKES MEDAN  
T.A 2018/2019**





Nama : Lince Permata Sari Duha  
NPM : 16.017  
Judul Penelitian : Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien  
Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi  
Hemodialisa di RSUD Gunungsitoli Pemerintah  
Kabupaten Nias  
Penguji II : Baziduhu Lase, SKM., M.M.Kes.

No	Tanggal	Saran Penguji II	TandaTangan
1.	24 Juni 2019	Revisi kesimpulan dan saran	
2.	26 Juni 2019	ACC Jilid Lux	
3.			
4.			

**LEMBARAN KONSULTASI PROPOSAL PRODI D-III KEPERAWATAN  
GUNUNGSITOLI POLTEKES KEMENKES MEDAN  
T.A 2018/2019**






Nama : Lince Permata Sari Duha  
 NPM : 16.017  
 Judul Penelitian : Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa di Ruang Instalasi Hemodialisa RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias Tahun 2019  
 Pembimbing : Cipta Citra Karyani Gulo, Ns., M.Kep.

No	Tanggal	Saran Pembimbing I	TandaTangan
1.	06/02/2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ACC judul penelitian</li> <li>- Buat latar belakang sesuai dengan masalah penelitian</li> <li>- Pedomani buku panduan</li> </ul>	
2.	10/02/2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Survey awal penelitian pada latar belakang</li> <li>- Perbaiki populasi dan sampel</li> <li>- Lengkapi kuesioner penelitian</li> <li>- Perbaiki penulisan tabel</li> </ul>	
3.	13/02/2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan data survey awal di tempat penelitian</li> <li>- Perbaiki penulisan tabel dan spasi di setiap tabel</li> <li>- Perbaiki kuesioner</li> </ul>	
4.	19/02/2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki latar belakang tentang survey awal penelitian</li> <li>- Perbaiki kerangka konsep</li> <li>- Perbaiki kuesioner dan DO</li> <li>- Perbaiki tujuan penelitian</li> </ul>	

5.	21/02/2019	- Buat <i>Quesioner</i> penelitian	
6.	22/02/2019	- Perbaiki Defenisi Operasional - Buat kata pengantar - Lengkapi Proposal dari awal	
7.	27/02/2019	- Konsisten dalam penggunaan kata "penulis" atau peneliti - Perbaiki <i>quesioner</i> penelitian	
8.	02/03/2019	- Lengkapi KTI dari awal sampai akhir - Pelajari KTI sebelum diseminarkan - Buat powerpoint - ACC untuk diseminarkan	

**LEMBARAN KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH PRODI D-III  
KEPERAWATAN GUNUNGSITOLI POLTEKKES KEMENKES MEDAN  
T.A 2018/2019**

Nama : Lince Permata Sari Duha  
 NPM : 16.017  
 Judul Penelitian : Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias  
 Pembimbing : Cipta Citra Karyani Gulo, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

No	Tanggal	Saran Pembimbing	TandaTangan
1.	Selasa, 04/06/2019	- Tambahkan Karakteristik Responden pada BAB IV dan Hasil SPSS-nya	
2.	Rabu, 06/06/2019	- Perbaiki Abstrak - Perbaiki Penjelasan Karakteristik Responden - Perbaiki Saran	
3.	Kamis, 07/06/2019	- Lengkapi KTI - Sesuaikan Halaman dengan Daftar Isi	
4.	Jumat, 08/06/2019	- Tambahkan Lampiran KTI	
5.	Senin, 10/06/2019	ACC	

**LEMBARAN KONSULTASI REVISI PROPOSAL PRODI D-III  
KEPERAWATAN GUNUNGSITOLI POLTEKKES KEMENKES MEDAN  
T.A 2018/2019**


Nama : Lince Permata Sari Duha  
NPM : 16.017  
Judul Penelitian : Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien  
Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi  
Hemodialisa di RSUD Gunungsitoli Pemerintah  
Kabupaten Nias  
Ketua Penguji/Penguji I : Cipta Citra Karyani Gulo, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

No	Tanggal	Saran Ketua Penguji/Penguji I	TandaTangan
1.	19 Maret 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perbaiki kata pengantar</li><li>- Perbaiki survei pendahuluan pada latar belakang</li></ul>	
2.	26 Maret 2019	ACC revisi proposal	
3.			
4.			

**LEMBARAN KONSULTASI REVISI PROPOSAL PRODI D-III  
KEPERAWATAN GUNUNGSITOLI POLTEKKES KEMENKES MEDAN  
T.A 2018/2019**

---

Nama : Lince Permata Sari Duha  
NPM : 16.017  
Judul Penelitian : Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien  
Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi  
Hemodialisa di RSUD Gunungsitoli Pemerintah  
Kabupaten Nias  
Penguji II : Baziduhu Lase, SKM., M.M.Kes.


No	Tanggal	Saran Penguji II	TandaTangan
1.	18 Maret 2019	ACC	
2.			
3.			
4.			



**LEMBARAN KONSULTASI REVISI PROPOSAL PRODI D-III  
KEPERAWATAN GUNUNGSITOLI POLTEKKES KEMENKES MEDAN  
T.A 2018/2019**

---

Nama : Lince Permata Sari Duha  
NPM : 16.017  
Judul Penelitian : Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien  
Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi  
Hemodialisa di RSUD Gunungsitoli Pemerintah  
Kabupaten Nias  
  
Penguji III : Yurman Waruwu, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,M.Si

No	Tanggal	Saran Penguji III	TandaTangan
1.	21 Maret 2019	ACC	
2.			
3.			
4.			



**PEMERINTAH KABUPATEN NIAS**  
**RSUD GUNUNGSITOLI**

Jalan Dr. Ciptomangunkusumo No. 15 Telp/Fax.0639-21474  
E-mail : rsudgusit@yahoo.co.id  
GUNUNGSITOLI

Kode Pos : 22815

Gunungsitoli, 14 Februari 2019

Nomor : 893.3/1009 /Diklat/II/2019  
Sifat : Biasa  
Lamp. : -  
Hal : **Izin Melaksanakan Studi  
Pendahuluan a.n. Linche  
Permata Sari Duha, dkk**

Kepada:  
Yth. Ketua Prodi D-III Keperawatan  
Gunungsitoli Politeknik  
Kesehatan Kemenkes Medan

di Tempat

Dengan hormat, sehubungan dengan surat Saudara nomor KH/03.02/022/2019 tanggal 11 Februari 2019, hal Mohon Izin Studi Pendahuluan Mahasiswa a.n. Linche Permata Sari Duha, dkk, dengan ini Direktur Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Gunung Sitolu Kabupaten Nias memberikan izin melaksanakan Studi Pendahuluan kepada:

No	Nama Mahasiswa/ NPM	Judul Proposal Penelitian	Jadwal Pelaksanaan
1	Linche Permata Sari Duha/ NPM. 16.017	Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Gunung Sitolu Kabupaten Nias	15 s.d 19 Februari 2019
2	Riky Sapriyanto Gea/ NPM. 16.021	Gambaran Penerapan Komunikasi Efektif di Poli Umum Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Gunung Sitolu Kabupaten Nias	15 s.d 19 Februari 2019

Demikian disampaikan, atas kerja sama yang baik diucapkan terima kasih.

Direktur RSUD Gunung Sitolu Kab. Nias,



dr. JULIANUS DAWOLO, M.Kes  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19640713 199603 1 001

Tembusan Yth.:  
Masing-masing Mahasiswa.



Gunungsitoli, 11 Februari 2019

Nomor : KH / 03.02 / 022 / 2019  
Lampiran : -  
Perihal : Mohon Ijin Studi  
Pendahuluan Mahasiswa  
a.n. Lince Permata Sari  
Duha, dkk

Kepada Yth.  
Direktur Rumah Sakit Umum (RSUD)  
Gunungsitoli Kabupaten Nias

di  
Tempat

Sehubungan dengan kegiatan mahasiswa Poltekkes Kemenkes RI Medan Prodi D-III Keperawatan Gunungsitoli pada Penyusunan Proposal Penelitian dan Karya Tulis Ilmiah Tahun Akademik 2018/2019, yang namanya tertera di bawah ini :

No.	NAMA / NPM	JUDUL PENELITIAN	TEMPAT PENELITIAN
1.	Lince Permata Sari Duha Npm. 16.017	Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Gunungsitoli Kabupaten Nias	Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Gunungsitoli Kabupaten Nias
2.	Riky Sapriyanto Gea Npm. 16.021	Gambaran Penerapan Komunikasi Efektif di Poli Umum Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Gunungsitoli Kabupaten Nias	Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Gunungsitoli Kabupaten Nias

Untuk itu dimohon kepada Bapak kiranya berkenan memberikan Ijin Studi Pendahuluan kepada mahasiswa yang namanya tersebut di atas berupa informasi, dan data yang dibutuhkan selama 4 hari dari tanggal 12 s/d 15 Pebruari 2019 data tersebut akan digunakan untuk penyusunan proposal penelitian.

Demikian disampaikan atas perhatian dan bantuan Bapak diucapkan terima kasih.

Plt. Ketua Prodi D-III Keperawatan Gunungsitoli,



ISMED KRISMAN AMAZIHONO, SKM, MPH  
PEMBUKA KANDON  
NIP. 19720511 199203 1 003

Tembusan Yth:

1. Direktur Poltekkes Kemenkes RI Medan
2. Wakil Direktur I Poltekkes Kemenkes RI Medan



**PEMERINTAH KABUPATEN NIAS**  
**RSUD GUNUNGSITOLI**

JL. Dr. Ciptomangunkusumo No. 15 Gunungsitoli Nias  
Telp./Fax.(0639)21474  
e-mail : rsudgusit@yahoo.co.id

**SURAT PERNYATAAN MELAKSANAKAN PENELITIAN**

Nomor :

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Erni Damai S. Telaumbanua, AMK  
Jabatan : Kepala Ruangan Hemodialisa RSUD Gunungsitoli

Dengan ini menyatakan :

Nama : Lince Permata Sari Duha  
NPM : 16.017  
Program Studi : D-III Keperawatan Gunungsitoli

Telah secara nyata melaksanakan penelitian di Ruangan Hemodialisa RSUD Gunungsitoli dalam rangka menyelesaikan perkuliahan di Program Studi D-III Keperawatan Gunungsitoli Poltekkes Kemenkes Medan, dengan judul penelitian "**Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUD Gunungsitoli Pemerintah Kabupaten Nias**".

Demikian pernyataan ini di buat dengan sesungguhnya, untuk dapat dipergunakan seperlunya.

Gunungsitoli, Juni 2019  
Kepala Ruangan Hemodialisa RSUD Gunungsitoli

**Erni Damai S. Telaumbanua, AMK**  
NIP. 19781217 200605 2 001

Tembusan :

1. Sdr. Lince Permata Sari Duha
2. Arsip

**MASTER TABEL**  
**GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI TERAPI HEMODIALISA**  
**DI RSUD GUNUNGSITOLI PEMERINTAH KABUPATEN NIAS**

No. Resd.	TINGKAT KECEMASAN														TOTAL_TK	KAT_TK	
	Plm_HD	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13			P14
1	2	1	2	0	1	2	2	1	2	2	2	2	0	2	1	20	1
2	2	2	2	1	2	3	3	2	3	1	1	2	0	2	2	26	2
3	2	1	2	0	2	4	2	3	1	2	2	1	0	3	2	25	2
4	2	3	3	1	3	3	2	3	3	2	3	1	0	3	2	32	2
5	2	2	1	2	1	0	1	1	1	2	2	3	1	1	0	18	1
6	1	3	1	2	3	3	1	3	1	3	1	1	3	1	3	29	3
7	2	2	1	1	1	0	1	1	1	2	2	1	1	1	0	15	1
8	2	3	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	0	19	1
9	2	2	2	2	3	2	2	2	2	0	0	1	0	3	2	23	2
10	2	3	3	2	3	2	1	2	1	0	0	0	1	3	2	23	2
11	2	3	1	1	3	3	1	2	1	1	1	1	0	1	1	20	1
12	2	2	3	1	3	3	1	2	1	1	0	2	1	2	2	24	2
13	2	2	1	1	1	4	1	2	1	2	2	0	0	2	1	20	1
14	1	2	2	0	2	2	2	3	2	2	3	3	2	3	1	29	3
15	2	0	3	2	3	2	2	2	1	2	1	1	1	1	3	24	2
16	2	3	3	1	1	2	1	2	1	0	2	0	0	1	1	18	1
17	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	0	2	2	2	2	22	2
18	2	2	3	0	2	2	1	2	2	2	2	2	0	3	2	25	2
19	1	3	1	2	1	3	3	1	2	3	3	2	1	1	1	27	2
20	1	3	2	3	3	0	2	2	3	2	0	3	1	2	3	29	3
21	2	0	1	1	1	0	1	0	2	3	2	2	1	1	0	15	1
22	1	2	1	1	2	2	3	1	2	3	2	2	0	2	3	26	2
23	2	1	3	1	3	2	2	2	2	2	1	3	0	2	3	27	2

24	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	0	2	0	2	1	16	1
25	2	2	2	0	2	3	1	2	1	1	1	3	1	2	2	23	2
26	2	3	3	2	4	2	2	2	1	0	2	2	0	1	3	27	2
27	2	2	2	2	3	2	2	1	1	3	1	2	1	2	2	26	2
28	1	2	2	0	2	2	1	2	2	1	1	2	1	3	2	23	2
29	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	0	1	1	19	1
30	1	2	1	0	2	3	3	2	0	1	2	3	1	1	3	24	2
31	1	1	1	1	3	2	2	3	1	2	1	2	2	1	1	23	2
32	1	2	2	0	3	2	2	2	2	1	1	3	1	2	1	24	2
33	2	2	1	2	1	2	0	2	1	2	1	2	1	2	3	22	2
34	1	2	3	1	2	2	3	1	4	2	3	3	0	3	2	31	3
35	2	3	2	0	2	2	2	1	2	0	0	0	0	2	1	17	1

Keterangan :

- No. Resp. = Nomor Responden
- P\_TK1 = Pertanyaan Tingkat Kecemasan
- TOTAL\_TK = Total Tingkat Kecemasan
- KAT\_TK = Kategori Tingkat Kecemasan
- PIm\_HD = Pengalaman Hemodialisa