

KARYA TULIS ILMIAH

**GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN GAGAL
GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISA
DI RSUD Dr. PIRNGADI KOTA MEDAN
TAHUN 2022**



LEONARDO SIBREGI S.DEPARI
P07520119126

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN
PRODI D III JURUSAN KEPERAWATAN
2022

SCIENTIFIC WRITING

**DESCRIPTION OF ANXIETY LEVELS OF CHRONIC RENAL
FAILURE PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS
AT REGIONAL GENERAL HOSPITAL OF
DR. PIRNGADI MEDAN IN 2022**



LEONARDO SIBREGI S.DEPARI

P07520119126

**MEDAN HEALTH POLYTECHNIC OF MINISTRY OF HEALTH
DEPARTMENT OF NURSING
2022**

KARYA TULIS ILMIAH

**GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN GAGAL
GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISA
DI RSUD Dr. PIRNGADI KOTA MEDAN
TAHUN 2022**

*Sebagai Syarat Menyelesaikan Pendidikan Program Studi
Diplola III Keperawatan*



**LEONARDO SIBREGI S.DEPARI
P07520119126**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN
PRODI D III JURUSAN KEPERAWATAN
2022**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN GAGAL
GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISA DI
RSUD Dr. PIRNGADI KOTA MEDAN TAHUN 2022**

NAMA : LEONARDO SIBREGI S.DEPARI

NIM : P07520119126

Telah Diterima Dan Disetujui Untuk Diuji Dihadapan Penguji
Medan, 22 Juni 2022

Menyetujui
Pembimbing



Juliandi, S.Pd, S.Kep, Ns, M.Kes

NIP. 197502081997031004

**Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan**



Johani Dewita Nasution. SKM,M.Kes

NIP. 196505121999032001

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN GAGAL
GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISA DI
RSUD Dr. PIRNGADI KOTA MEDAN TAHUN 2022**

NAMA : LEONARDO SIBREGI S.DEPARI

NIM : P07520119126

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diuji pada Sidang Ujian Akhir Program
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes
Tahun 2022

Penguji I



Elny Lorensi Silalahi, S.Kep,Ns, M.Kes
NIP. 196910081993032001

Penguji II



Hj. Marlisa, S.Kep, Ns, M.Kep
NIP. 197101091993032002

Ketua Penguji



Juliandi, S.Pd, S.Kep, Ns, M.Kes
NIP. 197502081997031004

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan



Johani Dewita Nasution. SKM,M.Kes
NIP. 196505121999032001

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN MEDAN
KTI, JUNI 2022**

**LEONARDO SIBREGI S.DEPARI
P0720119126**

**GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN GAGAL GINJAL
KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RSUD Dr. PIRNGADI
KOTA MEDAN TAHUN 2022**

ABSTRAK

Gagal ginjal kronis atau penyakit renal tahap-akhir (ESRD) merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah).

Tujuan penelitian untuk mengetahui gambaran tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr.Pirngadi tahun 2022.Jenis penelitian yang di gunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif.

Hasil penelitian yang di dapat kan dari 44 responden diperoleh bahwa tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodalisa di RSUD Dr. PIRNGADI Kota Medan Tahun 2022 mayoritas responden memiliki tingkat kecemasan yang sedang yaitu sebanyak 23 responden (52.3%) dan minoritas memiliki tingkat kecemasan yang ringan yaitu sebanyak 1 responden (2.3%).

Kata Kunci : Tingkat Kecemasan, Gagal Ginjal Kronik.

**MEDAN HEALTH POLYTECHNIC OF MINISTRY OF HEALTH
DEPARTMENT OF NURSING
SCIENTIFIC WRITING, JUNE 2022**

LEONARDO SIBREGI S. DEPARI

P0720119126

**DESCRIPTION OF ANXIETY LEVELS OF CHRONIC RENAL FAILURE
PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS AT REGIONAL GENERAL
HOSPITAL OF DR. PIRNGADI MEDAN IN 2022**

ABSTRACT

Chronic kidney failure or end-stage renal disease (ESRD) is a progressive and irreversible renal function disorder in which the body fails or is unable to maintain metabolism and fluid and electrolyte balance and causes uremia (retention of urea and other nitrogenous wastes in the blood).

The purpose of this study was to describe the anxiety level of chronic kidney failure patients undergoing hemodialysis at Dr. Pirngadi in 2022. This research is a quantitative descriptive study.

Through this research, it is known that the results of the anxiety level of patients with chronic kidney failure undergoing hemolysis at RSUD Dr. PIRNGADI Medan City in 2022 as follows: out of 44 respondents, 23 respondents (52.3%) have anxiety in the moderate category, and 1 respondent (2.3%) has anxiety in the mild category.

Keywords: Anxiety Level, Chronic Kidney Failure.



PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

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

Medan , Juni 2022



Leonardo Sibregi S.Depari

Nim. P07520119126

KATA PENGANTAR

Subhanallah Walhamdulillah Walailahailallah Allahu Akbar. Segala puji hanyalah milik Allah Subhanahu Wa Ta'ala atas berkat dan rahmat-Nya, Penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul **“GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RSUD Dr. PIRNGADI KOTA MEDAN TAHUN 2022.”** Yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi D-III Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Medan.

Penulis banyak mendapat bimbingan, bantuan, arahan dan dukungan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, dari berbagai pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung. Penulis mengucapkan terima kasih terutama kepada bapak **Juliandi, S.Pd, S.Kep, Ns, M.Kes** selaku pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan, dan masukkan pada penulis sehingga dapat menyelesaikan proposal ini.

Selain itu penulis juga mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu **Dra. Ida Nurhayati, M.Kes** selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Medan.
2. Ibu **Johani Dewita Nasution, SKM, M.Kes** selaku Ketua Jurusan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jurusan Keperawatan RI Medan.
3. Ibu **Afniwati, S.Kep, Ns, M.Kes** selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Medan.
4. Ibu **Elny Lorensi Silalahi, S.Kep, Ns, M.Kes** sebagai Dosen Penguji I dan **Hj. Marlisa, S.Kep, Ns, M.Kep**, selaku Dosen Penguji II.
5. Dosen dan seluruh Staf Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Medan.
6. Terimakasih penulis ucapkan kepada kedua orang tua saya, Ayah saya **Bahrin Sembiring** dan Ibu saya **Rahmani Ginting** yang selalu

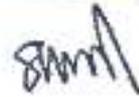
menemani dan mensupport saya. Terimakasih juga untuk Adek saya
Aldho Sibregi S.Depari

dan saudara-saudara saya yang tidak bisa saya sebut satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan bahkan jauh dari kata sempurna maka dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan saran serta masukan dari semua pihak. Harapan penulis semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Akhir kata penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan proposal ini.

Medan, 2022

Penulis



(Leonardo Sibregi S.Depari)

Nim: P07520119126

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	4
1. Bagi Masyarakat.....	4
2. Bagi Peneliti	4
3. Bagi Institusi Pendidikan	4
4. Bagi Tempat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
A. Gagal Ginjal Kronis.....	5
1. Pengertian Gagal Ginjal Kronik	5
2. Tanda Dan Gejala	5
3. Penyebab	8
4. Komplikasi	8
5. Penatalaksanaan	9
B. Hemodialisis	10
1. Pengertian Hemodialisis	10
2. Prinsip Yang Mendasari Hemodialisis	11
3. Komplikasi	12
4. Pertimbangan Psikososial	12
5. Dampak Hemodialisa.....	13
C. Konsep Kecemasan	14
1. Pengertian Kecemasan	14

2. Tanda Dan Gejala.....	15
3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi	15
4. Tingkat Kecemasan	17
5. Pengukuran Tingkat Kecemasan.....	18
D. Kerangka Konsep.....	19
E. Definisi Operasional	21
BAB III METODE PENELITIAN.....	22
A. Jenis Dan Desain Penelitian.....	22
B. Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	22
1. Lokasi Penelitian	22
2. Waktu Penelitian.....	22
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	23
D. Pengolahan dan Analisa Data	24
BAB IV: HASIL DAN PEMBAHASAN	25
A. Hasil.....	25
B. Pembahasan	27
BAB V: KESIMPULAN DAN SARAN	30
A. Kesimpulan	30
B. Saran	30
DAFTAR PUSTAKA.....	32
KUESIONER	36
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gagal ginjal kronis atau penyakit renal tahap-akhir (ESRD) merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah). Ini dapat disebabkan oleh penyakit sistemik seperti diabetes melitus; glomerulonefritis kronis; pielonefritis ; hipertensi yang tidak dapat dikontrol; obstruksi; traktusuri narius ; lesiherediter, seperti penyakit ginjal polikistik; gangguan vaskuler; infeksi dan medikasi atau agen toksik. Lingkungan dan agens berbahaya yang mempengaruhi gagal ginjal kronis mencakup timah, kadmium, merkuridan kromium. Dialisis atau transplantasi ginjal kadang-kadang diperlukan untuk kelangsungan hidup pasien (Brunner & Suddarth, 2018).

Prevalensi Gagal Ginjal Kronik telah mencapai proporsi epidemik dengan 10-13% pada populasi di Asia dan Amerika. Jumlah tersebut diperkirakan akan terus meningkat jika prevalensi diabetes mellitus dan hipertensi juga terus meningkat (Susetyowati, et al., 2017). Angka kejadian gagal ginjal kronis di Indonesia berdasarkan data dari Riskesdas 2018 yaitu sebesar 0,38 % dari jumlah penduduk Indonesia sebesar 252.124.458 jiwa maka terdapat 713.783 jiwa yang menderita gagal ginjal kronis di Indonesia (Riskesdas, 2018).

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. 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.

Gagal ginjal kronik memerlukan terapi untuk menggantikan fungsi ginjalnya, salah satunya yaitu dengan hemodialisa. Hemodialisa merupakan terapi pengganti ginjal yang bertujuan untuk mengatasi penurunan fungsi ginjal dengan menggunakan membran dialisis dengan teknologi dialisis atau filtrasi,

sehingga mengatur cairan yang disebabkan oleh penurunan laju filtrasi glomerulus. Terapi hemodialisa ini merupakan penanganan yang paling banyak digunakan di Indonesia pada pasien gagal ginjal (Muzaenah & Makiyah, 2018).

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. 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).

Menurut PERNEFRI 2018, pasien dengan gangguan ginjal akut masih terdapat 6% pasien, pasien tersebut tentunya dalam kondisi yang serius dan memerlukan terapi pengganti ginjal. Proporsi terbesar pasien membutuhkan hemodialisis kronis. Pada tahun 2018 jumlah pasien baru dan aktif terus meningkat. Pasien aktif adalah jumlah keseluruhan pasien (pasien baru atau pasien lama) yang masih menerima hemodialisis rutin pada tanggal 31 Desember 2018 sebanyak 132.142 pasien. Dibandingkan tahun 2017, jumlah pasien baru berlipat ganda. Hal ini juga menyebabkan peningkatan tajam jumlah pasien aktif dibandingkan tahun sebelumnya.

Pasien yang menjalani hemodialisa biasanya memiliki respon yang berbeda terhadap hemodialisa yang sedang dijalannya, contohnya pasien akan mengalami kecemasan. Kecemasan tersebut terjadi akibat terapi yang berlangsung seumur hidup dan pasien yang bergantung pada mesin yang pelaksanaannya rumit dan membutuhkan waktu yang lama (Lumenta 2016).

Pasien gagal ginjal kronik yang cemas akan mengalami penurunan dalam kebutuhan fisiologis, perubahan psikologis, dan interaksi sosial. Jika hal tersebut tidak ditangani dengan baik akan menyebabkan individu mengalami depresi dan akan meningkatkan angka kematian, angka kesakitan, serta angka hospitalisasi. Maka dengan itu pentingnya untuk meneliti gambaran tingkat kecemasan pada pasien hemodialisa.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rikayoni pada tahun 2017 mengenai Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Islam Siti Rahma Padang didapatkan hasil bahwa dari 30 pasien sebanyak 1 pasien (3,3%) mengalami tingkat kecemasan ringan,

tingkat kecemasan sedang sebanyak 5 pasien (16,7%), tingkat kecemasan berat sebanyak 18 pasien (60,0%) dan tingkat kecemasan berat sekali sebanyak 6 pasien (20%).

Menurut penelitian Abdul Wakhid dan Suwanti pada tahun 2019 yang berjudul Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Yang Menjalani Hemodialisa Di Semarang menunjukkan bahwa dari 88 responden didapatkan hasil yang tidak mengalami kecemasan sebanyak 11 responden (12,5%), kecemasan ringan sebanyak 27 responden (30,7%), kecemasan sedang sebanyak 20 responden (22,7%) dan kecemasan berat sebanyak 30 responden (34,1%).

Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Pirngadi Kota Medan di dapat jumlah data penderita penyakit gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis pada tahun 2021 sebanyak 198 penderita.

Berdasarkan uraian latar belakang masalah diatas maka penulis tertarik untuk melakukan suatu penelitian dengan judul "Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Dr. Pirngadi Tahun 2022".

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas adapun yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah "Bagaimanakah gambaran tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr. Pirngadi tahun 2022"

C. Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui gambaran tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr. Pirngadi tahun 2022.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi masyarakat

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan informasi sehingga masyarakat mengetahui tentang gambaran tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa

2. Bagi Peneliti

Untuk menambah pengetahuan peneliti tentang gambaran tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan bacaan mahasiswa sehingga dapat meningkatkan kualitas dan dapat digunakan sebagai referensi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya dalam mata kuliah keperawatan medical bedah.

4. Bagi tempat penelitian

Sebagai bahan masukan bagi pelaksana pelayanan kesehatan di RSUD Dr. Pirngadi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gagal Ginjal Kronis

I. Pengertian Gagal Ginjal Kronis

Gagal ginjal kronis merupakan kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolit (toksik uremik) di dalam darah (Arif, M. & Kumala, S. 2017). Gagal ginjal kronis ditandai oleh uremia yang sudah berjalan lama. Keadaan ini merupakan konsekuensi akhir dari semua penyakit gagal ginjal kronis (Robbins & Cotran, 2016).

Menurut Prince & Wilson (dalam Damanik, Wiwik Sulistyarningsih dan Cholina Trisa Siregar, 2019 : 1), berpendapat bahwa penyakit Ginjal Kronis merupakan gangguan fungsi ginjal yang terjadi ketika tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah.

Kerusakan ginjal ini mengakibatkan masalah pada kemampuan dan kekuatan tubuh yang menyebabkan aktivitas kerja terganggu, tubuh menjadi mudah lelah dan lemas sehingga akan berdampak pada kualitas hidup pasien. Penyakit ginjal kronis adalah kondisi yang terjadinya karena penurunan kemampuan ginjal dalam mempertahankan keseimbangan di dalam tubuh. Penyakit ginjal kronis satu dari beberapa penyakit yang tidak menular, dimana proses perjalanan penyakitnya membutuhkan waktu yang lama sehingga terjadi penurunan fungsinya dan tidak dapat kembali ke kondisi semula (Siregar, 2020).

Menurut Muttaqin & Sari (Dalam Damanik, 2020 : 80), berpendapat bahwa Gagal ginjal kronik merupakan suatu gejala klinis karena penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, gagal ginjal juga menyebabkan kematian apabila tidak dilakukan terapi pengganti, karena kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme dan elektrolit.

Penyakit ginjal kronis adalah kondisi yang terjadinya karena penurunan kemampuan ginjal dalam mempertahankan keseimbangan di dalam tubuh. Penyakit ginjal kronis satu dari beberapa penyakit yang tidak menular, dimana

proses perjalanan penyakitnya membutuhkan waktu yang lama sehingga terjadi penurunan fungsinya dan tidak dapat kembali ke kondisi semula (Siregar, 2020).

Gagal ginjal kronis atau penyakit renal tahap-akhir(ESRD) merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sisa nitrogen lain dalam darah). Ini dapat disebabkan oleh penyakit sistemik seperti diabetes melitus; glomerulonefritis kronis; pielonefritis ; hipertensi yang tidak dapat dikontrol; obstruksi; traktus urinarius ; lesi herediter, seperti penyakit ginjal polikistik; gangguan vaskuler; infeksi dan medikasi atau agen toksik. Lingkungan dan agens berbahaya yang mempengaruhi gagal ginjal kronis mencakup timah, kadmium, merkuri dan kromium. Dialisis atau transplantasi ginjal kadang-kadang diperlukan untuk kelangsungan hidup pasien (Brunner & Suddarth, 2018).

Tindakan medis yang dilakukan pada pasien yang mengalami Gagal Ginjal Kronik yaitu hemodialisis atau di masyarakat menyebutnya dengan cuci darah (Price, 2006). Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis rutin melakukan tindakan setiap 4 atau 5 hari. Dalam proses hemodialisis membutuhkan waktu 4-6 jam untuk setiap kali terapi (Nursalam, 2008). Kondisi sakit berdampak pada perubahan psikologis pasien dalam menyesuaikan dirinya, salah satunya adalah kecemasan (Hawari, 2008).

Saat cemas respon sistem saraf otonom yakni serabut saraf simpatis memberikan tanda pertahanan yang selanjutnya kelenjar adrenal melepaskan adrenalin (epinefrin) dan menyebabkan peningkatan pada tekanan arteri serta denyut jantung menjadi lebih tinggi. Pembuluh perifer berkonstriksi saat darah dialirkan dari gastrointestinal yang meningkatkan pemecahan glukosa lebih cepat pada otot dan sistem saraf pusat yang mengakibatkan kekuatan tubuh melemah secara cepat (Videback, 2008).

Hal ini dikaitkan dengan komplikasi intradialitik yang cukup dikenal % pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis secara rutin dengan insidensi 5-15% dimana pasien yang mengalami hipertensi saat hemodialisis memiliki peluang untuk dirawat inap dan potensi kematian lebih tinggi hingga sebesar 43% (Naysilla, 2012). Dari hasil wawancara 5 dari 10 pasien mengatakan merasa cemas dan khawatir dengan penyakit dan keadaan dirinya yang harus menjalani hemodialisis secara terus menerus, dengan gejala

kecemasan yang sering muncul seperti jantung berdebar lebih cepat sebelum tindakan hemodialisis, sulit tidur serta sering terbangun di malam hari. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Ulin Banjarmasin.

Gagal ginjal kronik atau penyakit renal tahap akhir End Stage Renal Disease (ESRD) merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan reversible dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah) (Brunner & Suddarth, 2001) dalam (Nuari & Widayati, 2017).

GGK adalah penurunan faal ginjal yang menahun mengarah pada kerusakan jaringan ginjal yang tidak reversible dan progresif. Adapun GGT (gagal ginjal terminal) adalah fase terakhir dari GGK dengan faal ginjal sudah sangat buruk. Kedua hal tersebut bias di bedakan dengan tes klirens kreatinin (Irwan, 2016) Gagal ginjal kronik adalah suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisis atau transplantasi ginjal. Uremia adalah suatu sindrom klinik dan laboratorik yang terjadi pada semua organ, akibat penurunan fungsi ginjal pada gagal ginjal kronik (Suwitra, 2014)

II. Tanda dan Gejala Gagal Ginjal Kronis

Penyakit ginjal kronis tidak menunjukkan gejala atau tanda-tanda terjadinya penurunan fungsi secara spesifik, tetapi gejala yang muncul mulai terjadi pada saat fungsi nefron mulai menurun secara berkelanjutan. Penyakit ginjal kronis dapat mengakibatkan terganggunya fungsi organ tubuh lainnya.

Penurunan fungsi ginjal yang tidak dilakukan penatalaksanaan secara baik dapat berakibat buruk dan menyebabkan kematian. Tanda gejala umum yang sering muncul dapat meliputi :

- a) Darah ditemukan dalam urin, sehingga urin berwarna gelap seperti teh (hematuria)
- b) Urin seperti berbusa (albuminuria)
- c) Urin keruh (infeksi saluran kemih)
- d) Nyeri yang dirasakan saat buang air kecil
- e) Merasa sulit saat berkemih (tidak lancar)
- f) Ditemukan pasir/ batu di dalam urin

- g) Terjadi penambahan atau pengurangan produksi urin secara signifikan
- h) Nokturia (sering buang air pada malam hari)
- i) Terasa nyeri di bagian pinggang/perut
- j) Pergelangan kaki, kelopak mata dan wajah oedem (bengkak)
- k) Terjadi peningkatan darah

Penurunan kemampuan ginjal melakukan fungsi yang terus berlanjut ke stadium akhir (GFR<25%) dapat menimbulkan gejala uremia yaitu:

- a) Buang air kecil di malam hari dan terjadi jumlah urin yang menurun
- b) Nafsu makan berkurang, merasa mual dan muntah
- c) Tubuh terasa lelah
- d) Wajah terlihat pucat (anemia)
- e) Gatal-gatal pada kulit
- f) Kenaikan tekanan darah
- g) Terasa sesak saat bernapas
- h) Edema pergelangan kaki atau kelopak mata

Gejala yang terjadi pada pasien sesuai dengan tingkat kerusakan ginjal, keadaan ini dapat mengganggu fungsi organ tubuh lainnya yaitu :

- a) Gangguan Jantung : Terjadi peningkatan tekanan darah, kardiomyopati, uremik perikarditis, gagal jantung, edema paru dan perikarditis.
- b) Gangguan Kulit : Kulit terlihat pucat, mudah lecet, rapuh, kering dan bersisik, timbul bintik-bintik hitam dan gatal akibat ureum atau kalsium yang tertimbun di kulit. Kulit berwarna putih seperti berlilin terjadi akibat pigmen kulit dipenuhi urea dan anemia. Terjadi perubahan warna rambut dan menjadi lebih rapuh. Penimbunan urea di kulit dapat mengakibatkan terjadinya pruritus.
- c) Gangguan Pencernaan : Ureum yang tertimbun di saluran pencernaan mengakibatkan terjadinya inflamasi dan ulserasi di mukosa saluran pencernaan sehingga terjadinya stomatitis, perdarahan gusi, parotitis, esophagitis, gastritis, ulseratif duodenal, lesi pada usus, pancreatitis. Reaksi sekunder yang timbul dapat berupa mual, muntah, penurunan nafsu makan, cegukan, rasa haus dan penurunan aliran saliva mengakibatkan mulut menjadi kering.
- d) Gangguan musculoskeletal : Penimbunan ureum di otot dan saraf mengakibatkan penderita sering mengeluh tungkai bawah sakit dan selalu menggerakkan kaki (restless leg syndrome) kadang terasa panas pada kaki,

gangguan saraf dapat pula berupa kelemahan, demineralisasi tulang, fraktur patologis dan klasifikasi.

- e) Gangguan Hematologi : Gangguan hematologi pada pasien diakibatkan penurunan eritropoetin dalam membentuk sel darah merah dan gangguan penurunan masa hidup sel darah merah. Tindakan hemodialisa juga mengakibatkan anemia karena perdarahan yang terjadi akibat terganggunya fungsi trombosit dan perdarahan ditandai dengan munculnya purpura, petechia dan ekimosis. Pasien penurunan fungsi ginjal juga dapat terinfeksi akibat penurunan daya imun tubuh, akibat berkurangnya kemampuan leukosit dan limfosit dalam mempertahankan pertahanan seluler.
- f) Gangguan Neurologi : Kadar ureum yang tinggi dapat menembus sawar otak sehingga mengakibatkan mental yang kacau, gangguan konsentrasi, kedutan otot, kejang dan dapat mengakibatkan penurunan tingkat kesadaran, gangguan tidur, gangguan konsentrasi, tremor.
- g) Gangguan Endokrin : Bisa mengakibatkan terjadinya gangguan infertilitas, penurunan libido, gangguan amenorrhea dan siklus haid pada wanita, impoten, penurunan pengeluaran sperma, peningkatan pengeluaran aldosterone dan mengakibatkan rusaknya metabolisme karbohidrat.
- h) Gangguan Respiratori : Dapat mengakibatkan terjadinya udem paru, nyeri pleura, sesak nafas, friction rub, krakles, sputum kental, peradangan lapisan pleura. (Siregar, 2020)

III. Penyebab Gagal Ginjal Kronis

Begitu banyak kondisi klinis yang dapat menyebabkan terjadinya gagal ginjal kronis. Akan tetapi apa pun sebabnya, respon yang terjadi adalah penurunan fungsi ginjal secara progresif. Kondisi klinis yang memungkinkan dapat mengakibatkan gagal ginjal kronis. Biasanya disebabkan dari penyakit ginjal itu sendiri dan penyakit umum diluar ginjal (Arif, M. & Kumala, S. 2017).

- a. Penyakit dari ginjal
 1. Penyakit pada saringan (glomerulus): glomerulonefritis.
 2. Infeksi kuman: pyelonefritis, ureteritis.
 3. Batu ginjal: nefrolitiasis.

4. Krista di ginjal :polycitiskidney.
 5. Trauma langsung pada ginjal.
 6. Keganasan pada ginjal.
 7. Sumbatan:batu,tumor,penyempitan/striktur.
- b. Penyakit umum diluarg injal
1. Penyakit sistemik:diabetes mellitus.Hipertensi,kolesterol tinggi.
 2. Dyslipidemia
 3. SLE
 4. Infeksidibadan :TBCparu,sifilis,malaria,hepatitis.
 5. Preeklamsi.
 6. Obat-obatan.
 7. Kehilangan banyak cairan.

IV. Komplikasi Gagal Ginjal Kronik

- a. Hiperkalemia akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik dan asupan berlebihan (diet, obat-obatan,cairan).
- b. Perikarditis, efusi perikardial, dan tamponade perikardial karena retensi produk limbah uremik dan dialisis yang tidakadekuat.
- c. Hipertensi karena retensi natrium dan air dan kerusakan sistem reninangiotensin-aldosteron
- d. Anemia akibat produksi eritropoietin yang menurun, penurunan rentang hidup RBC, pendarahan di saluran pencernaan dari toksin yang menjengkelkan dan pembentukan maag dan kehilangan darah selama hemodialisis.
- e. Penyakit tulang dan klasifikasi metastatik dan vaskuler karena retensi fosfor, level kalsium serum rendah, metabolisme vitamin D abnormal dan kadar aluminium yang meningkat (Smeltzer,2010).

V. Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronik

Pengobatan gagal ginjal kronik dapat dibagi menjadi 2 (dua) tahap, yaitu tindakan konservatif dan dialisis atau transplantasi ginjal.¹⁰ Tindakan konservatif bertujuan untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif,

pengobatannya adalah pengaturan diet protein, kalium, natrium dan cairan.

a) Pembatasan protein

Pembatasan protein tidak hanya mengurangi kadar Blood Urea Nitrogen (BUN), tetapi juga mengurangi asupan kalium dan fosfat, serta mengurangi produksi ion hydrogen yang berasal dari protein. Pembatasan asupan protein telah terbukti menormalkan kembali kelainan ini dan memperlambat terjadinya gagal ginjal. Jumlah kebutuhan protein biasanya dilonggarkan sampai 60-80g/hari, apabila penderitanya mendapatkan pengobatan dialysis teratur.

b) Diet rendah kalium

Hiperkalemia biasanya merupakan masalah pada gagal ginjal lanjut. Apabila kalium dikurangi, diet yang dianjurkan adalah 40-80 mEq/hari. Penggunaan makanan dan obat-obatan yang tinggi kadar kaliumnya dapat menyebabkan hiperkalemia.

c) Diet rendah natrium

Diet Na yang dianjurkan adalah 40-90 mEq/hari (1-2 g Na). Asupan natrium yang terlalu longgar dapat mengakibatkan retensi cairan, edema perifer, edema paru, hipertensi dan gagal jantung kongestif.

d) Pengaturan cairan

Cairan yang diminum penderita gagal ginjal tahap lanjut harus diawasi dengan seksama. Parameter yang tepat untuk diikuti selain data asupan dan pengeluaran cairan yang dicatat dengan tepat adalah pengukuran Berat badan harian. Asupan yang bebas dapat menyebabkan beban sirkulasi menjadi berlebihan dan edema. Sedangkan asupan yang terlalu rendah mengakibatkan dehidrasi, hipotensi dan gangguan fungsi ginjal.

Aturan yang dipakai untuk menentukan banyaknya asupan cairan adalah Jumlah urin yang dikeluarkan selama 24 jam terakhir + 500 ml (Insensible water loss) (Surharyanto & Madjid, 2019).

VI. Etiologi Gagal Ginjal Kronik

Menurut The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) of National Kidney Foundation (2016), ada dua penyebab utama dari penyakit ginjal kronis yaitu diabetes dan tekanan darah tinggi, yang bertanggung jawab untuk sampai

dua- pertiga kasus.

Diabetes terjadi ketika gula darah terlalu tinggi, menyebabkan kerusakan banyak organ dalam tubuh, termasuk ginjal dan jantung, serta pembuluh darah, saraf dan mata. Tekanan darah tinggi, atau hipertensi, terjadi ketika tekanan darah terhadap dinding pembuluh darah meningkat. Jika tidak terkontrol, atau kurang terkontrol, tekanan darah tinggi bisa menjadi penyebab utama serangan jantung, stroke dan penyakit ginjal kronis. Begitupun sebaliknya, penyakit ginjal kronis dapat menyebabkan tekanan darah tinggi. Penyebab gagal ginjal pasien hemodialisis baru dari data tahun 2014 berdasarkan data dari Indonesian Renal Registry (IRR) masih sama dengan tahun sebelumnya.

Penyakit ginjal hipertensi meningkat menjadi 37% diikuti oleh Nefropati diabetika sebanyak 27%. Glomerulopati primer memberi proporsi yang cukup tinggi sampai 10% dan Nefropati Obstruktif pun masih memberi angka 7% dimana pada registry di negara maju angka ini sangat rendah. Masih ada kriteria lain-lain yang memberi angka 7%, angka ini cukup tinggi hal ini bisa diminimalkan dengan menambah jenis etiologi pada IRR. Proporsi penyebab yang tidak diketahui atau E10 cukup rendah

Kerusakan yang terjadi pada ginjal dapat disebabkan oleh gangguan prerenal, renal dan post renal. Pasien yang menderita penyakit seperti Diabetes Melitus (kencing manis), Glomerulonefritis (infeksi glomeruli), Penyakit imun (lupus nefritis), Hipertensi (tekanan darah tinggi), penyakit ginjal yang diturunkan (penyakit ginjal herediter), batu ginjal, keracunan, trauma ginjal, gangguan kongenital dan keganasan dapat mengalami kerusakan ginjal. 6 Penyakit-penyakit ini sebagian besar menyerang nefron, mengakibatkan hilangnya kemampuan ginjal melakukan penyaringan. Kerusakan nefron terjadi secara cepat, bertahap dan pasien tidak merasakan terjadinya penurunan fungsi ginjal dalam jangka waktu yang lama. (Siregar, 2020).

VII. Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik

Saat ginjal mengalami penurunan fungsi sebesar 25%, belum terlihat tanda dan gejala mengalami penyakit ginjal karena sebagian nefron yang masih utuh dan berfungsi mengambil alih fungsi nefron yang telah rusak. Nefron yang masih utuh dan berfungsi akan terus meningkatkan laju filtrasi, reabsorpsi dan sekresi

sehingga akan mengalami hipertrofi dan menghasilkan filtrat dalam jumlah banyak. Reabsorpsi tubula juga meningkat walaupun laju filtrat glomerulus semakin berkurang. Kompensasi nefron yang masih utuh dapat membuat ginjal mempertahankan fungsinya sampai tiga perempat nefron yang rusak. Namun pada akhirnya nefron yang utuh dan sehat akan rusak dan tidak berfungsi lagi karena harus mengambil alih tugas nefron yang telah rusak. Akhirnya, nefron yang rusak bertambah dan terjadi oliguria akibat sisa metabolisme tidak diekskresikan.

Penurunan fungsi ginjal pada penyakit ginjal kronik mengakibatkan produk akhir metabolisme protein yang mulanya diekresikan melalui urin tertimbun di dalam darah sehingga menyebabkan uremia. Uremia mempengaruhi sistem tubuh dan menyebabkan tanda gejala penyakit ginjal yang dialami semakin berat. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit terjadi akibat urine tidak dapat diencerkan secara normal.

Penurunan laju filtrasi glomerulus menyebabkan ginjal tidak mampu membersihkan substansi darah yang menimbulkan penurunan pembersihan kreatinin sehingga kadar kreatinin serum meningkat. Hal tersebut menyebabkan anoreksia karena adanya gangguan metabolisme protein dalam usus sehingga timbul mual muntah yang pada akhirnya terjadi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Akibat mengeluarkan muatan asam yang berlebihan karena pengaruh fungsi ginjal, maka akan terjadi asidosis metabolik. Produksi hormon eritropin akan mengalami penurunan sehingga menimbulkan anemia dan kelelahan kronis yang menyebabkan penurunan oksigenasi jaringan di seluruh tubuh. Selain itu, refleks untuk meningkatkan curah jantung akan lebih aktif guna memperbaiki oksigenasi. Refleks tersebut meliputi aktivasi susunan saraf simpatis dan peningkatan curah jantung. Adanya perubahan-perubahan yang terjadi menyebabkan pasien penyakit ginjal kronik akan selalu disertai dengan faktor risiko yang terkait dengan penyakit jantung.

Gagal jantung kongestif akan terjadi akibat peningkatan natrium dan cairan yang tertahan dimana terjadi penumpukan cairan atau edema dan ascites. Sehingga

pasien akan mengalami sesak nafas akibat asupan zat oksigen dengan kebutuhan tidak seimbang. (Baradero, 2008).

Menurut Nuari & Widayati (2017) :

1. Penurunan GFR (Glomerular Filtration Rate)

Penurunan GFR dapat dideteksi dengan mendapatkan urin 24 jam untuk pemeriksaan klirens kreatinin. Akibat dari penurunan GFR, maka klirens kreatinin akan menurun, kreatinin akan meningkat, dan nitrogen urea darah (BUN) juga akan meningkat.

2. Gangguan klirens renal

Banyak masalah muncul pada gagal ginjal sebagai akibat dari penurunan jumlah glomeruli yang berfungsi, yang menyebabkan penurunan klirens (substansi darah yang seharusnya dibersihkan oleh ginjal)

3. Retensi cairan dan natrium

Ginjal kehilangan kemampuan untuk mengkonsentrasi atau mengencerkan urin secara normal. Terjadi penahanan cairan dan natrium, meningkatkan resiko terjadinya edema, gagal jantung kongestif dan hipertensi.

4. Anemia

Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecenderungan untuk terjadi perdarahan akibat status uremik pasien, terutama dari saluran.

5. Ketidakseimbangan kalsium dan fosfat

Kadar serum kalsium dan fosfat tubuh memiliki hubungan yang saling timbal balik, jika salah satunya meningkat, yang lain akan turun,. Dengan menurunnya GFR (Glomerular Filtration Rate), maka terjadi peningkatan kadar fosfat serum dan sebaliknya penurunan kadar kalsium. Penurunan kadar kalsium ini akan memicu sekresi parathormon, namun dalam kondisi gagal ginjal, tubuh tidak berespon terhadap peningkatan sekresi parathormon, akibatnya kalsium di tulang menurun menyebabkan perubahan pada tulang dan penyakit tulang.

6. Penyakit tulang uremik (osteodistrofi)

Terjadi dari perubahan kompleks kalsium, fosfat, dan keseimbangan parathormone. Patofisiologi GGK beragam, bergantung pada proses penyakit penyebab. Tanpa melihat penyebab awal, glomeruloskerosis dan inflamasi interstisial dan fibrosis adalah cirri khas GGK dan menyebabkan penurunan fungsi ginjal (Copsted & Banasik, 2010) dalam (Nuari & Widayati, 2017).

Seluruh unit nefron secara bertahap hancur. Pada tahap awal, saat nefron hilang, nefron fungsional yang masih ada mengalami hipertrofi. Aliran kapiler glomerulus dan tekanan meningkat dalam nefron ini dan lebih banyak pertikel zat larut disaring untuk mengkompensasi massa ginjal zat yang hilang. Kebutuhan yang meningkat ini menyebabkan nefron yang masih ada mengalami sklerosis (jaringan parut) glomerulus, menimbulkan kerusakan nefron pada akhirnya. Proteinuria akibat kerusakan glomerulus diduga menjadi penyebab cedera tubulus.

Proses hilangnya fungsi nefron yang kontinu ini dapat terus berlangsung meskipun setelah proses penyakit awal teratasi (Faunci et al, 2008) dalam (Nuari & Widayati, 2017). Perjalanan GGK beragam, berkembang selama periode bulanan hingga tahunan. Pada tahap awal, seringkali disebut penurunan cadangan ginjal, nefron yang tidak terkena mengkompensasi nefron yang hilang.

GFR sedikit turun dan pada pasien asimtomatik disertai BUN dan kadar kreatinin serum normal. Ketika penyakit berkembang dan GFR (Glomerular Filtration Rate) turun lebih lanjut, hipertensi dan beberapa manifestasi insufisiensi ginjal dapat muncul. Serangan berikutnya pada ginjal ditahap ini (misalnya infeksi, dehidrasi, atau obstruksi saluran kemih) dapat menurunkan fungsi dan memicu awitan gagal ginjal atau uremia nyata lebih lanjut. Kadar serum kreatinin dan BUN naik secara tajam, pasien menjadi oliguria, dan manifestasi uremia muncul. Pada (ESRD), tahap akhir GGK, GFR kurang dari 10% normal dan tetapi penggantian ginjal diperlukan untuk mempertahankan hidup (LeMone, Dkk, 2015).

Secara ringkas patofisiologi gagal ginjal kronis dimulai pada fase awal gangguan keseimbangan cairan, penanganan gram, serta penimbunan zat-zat sisa masih bervariasi yang bergantung pada bagian ginjal yang sakit. Sampai fungsi ginjal turun kurang dari 25% normal, manifestasi klinis gagal ginjal kronik mungkin

minimal karena nefron-nefron yang sehat mengambil alih fungsi nefron yang rusak.

Nefron yang tersisa meningkatkan kecepatan filtrasi, reabsorpsi, dan sekresinya, serta mengalami hipertrofi (Muttaqin & Sari, 2011). Seiring dengan makin banyaknya nefron yang mati, maka nefron yang tersisa menghadapi tugas yang semakin berat sehingga nefron-nefron yang ada untuk meningkatkan reabsorpsi protein. Pada saat penyusutan progresif nefron-nefron, terjadi pembentukan jaringan parut dan aliran darah ginjal akan berkurang. Pelepasan rennin akan meningkat bersama dengan kelebihan beban cairan sehingga dapat menyebabkan hipertensi.

Hipertensi akan memperburuk kondisi gagal ginjal, dengan tujuan agar terjadi peningkatan filtrasi protein-protein plasma. Kondisi akan bertambah buruk dengan semakin banyak terbentuk jaringan parut sebagai respon dari kerusakan nefron dan secara progresif fungsi ginjal menurun secara drastis dengan manifestasi penumpukan metabolit-metabolit yang seharusnya dikeluarkan dari sirkulasi sehingga akan terjadi sindrom uremia berat yang memberikan banyak manifestasi pada setiap organ tubuh (Muttaqin & Sari, 2011).

VIII. Kriteria Gagal Ginjal Kronik

1. 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 :

- a. Kelainan patologis
- b. Terdapat tanda kelainan ginjal, termasuk kelainan dalam komposisi darah atau urin, atau kelainan dalam tes pencitraan (imaging test).

2. Laju filtrasi glomerulus (LFG) kurang dari 60ml/menit/1,73m² selama 3 bulan, dengan atau tanpa kerusakan ginjal. Pada keadaan tidak terdapat kerusakan ginjal lebih dari 3 bulan, dan LFG sama atau lebih dari 60, l/menit/1,73 m², tidak termasuk kriteria gagal ginjal kronik (Suwarta, 2014).

Menurut National Kidney Foundation Classification of Chronic Kidney Disease, GJK dibagi dalam lima stadium (Tabel 1) (Black & Hawks, 2005) dalam

(Bayhakki, 2012). Stadium GGK (Black & Hawks, 2005) dalam (Bayhakki, 2012). Stadium Deskripsi Istilah lain GFR (ml/mnt/1,73m²) I Kerusakan ginjal dengan GFR Normal Beresiko >90 II Kerusakan ginjal dengan GFR turun ringan Infusensi ginjal kronik (IGK) 60-89 III GFR turun sedang IGK, gagal ginjal kronik 30-59 IV GFR turun berat Gagal ginjal Kronik 15-29 V Gagal ginjal Gagal ginjal tahap Akhir (End Stage Renal Disease

IX. Pemeriksaan Diagnostik

Hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium yang mendukung diagnosis GGK, antara lain (Verrelli, 2006) dalam (Bayhakki, 2012) :

1. Peningkatan kadar ureum dari kreatinin serum.
2. Hiperkalemia, penurunan bikarbonat serum, hipokalsemia, hiperfosfatemia, hiponatremia (pada GGK tanpa Overload).
3. Hipoalbuminemia disebabkan oleh banyak protein yang keluar bersama urin.
4. Anemia normokrom normostik disebabkan oleh penurunan produksi hormone eritropoetin.
5. Urinalisis : Proteinuria, diduga akibat gangguan pada glomerulus atau tubulointerstitial.
6. Sel darah merah pada sedimen urine, diduga ada glomerulonefritis proliferative. Piuria dan atau sel darah merah dalam urine, diduga adalah nefritis interstitial (terutama jika terjadi eosinofiluria) atau infeksi saluran kemih.
7. Urin 24 jam untuk memeriksa CCT (clean coal technology) dan protein total.
8. Elektroforesis protein urin dan serum untuk melihat protein monoklon, kemungkinan adanya myeloma multiple.
9. Antibody antinuklir (antinuclear antibody, ANA), kadar anti- doublestranded DNA untuk melihat adanya lupus eritematosus sistemik (systemic lupus erythematosus, SLE). 10. Kadar komplemen serum untuk menunjukkan glomerulonephritis.

11. C-ANCA (cytoplasmic anti-neutrophilic cytoplasmic antibody) and PANCA (perinuclear anti-neutrophilic cytoplasmic antibody) untuk diagnosis granulomatosis Wegener dan poliartritis nodosa atau poliangitis mikroskopik.

12. Serologi Hepatitis B dan C, HIV, Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) : Berhubungan dengan glomerulonefritis. Pemeriksaan atau hasil pemeriksaan diagnostic yang mendukung diagnosis GGK adalah (Verrelli, 2006) dalam (Bayhakki, 2012) :

1. Sinar-X Abdomen

Melihat gambaran batu radio atau nefrokalsinosis.

2. Pielogramintravena

Jarang dilakukan karena potensi toksin, sering digunakan untuk diagnosis batu ginjal.

3. Ultrasonografi ginjal

Untuk melihat ginjal polikistik dan hidronefrosis, yang tidak terlihat pada awal obstruksi, Ukuran ginjal biasanya normal pada nefropati diabetic.

4. CT Scan

Untuk melihat massa dan batu ginjal yang dapat menjadi penyebab GGK

5. MRI

Untuk diagnosis thrombosis vena ginjal. Angiografi untuk diagnosis stenosis arteri ginjal, meskipun arteriografi ginjal masih menjadi pemeriksaan standart.

6. Voding cystourethogram (VCUG)

Pemeriksaan standart untuk diagnosis refluk vesikoureteral.

5. Hemodialisis

a. Pengertian Hemodialisa

Hemodialisis merupakan salah satu terapi pada pasien dengan gagal ginjal dimana dalam hal ini berfungsi sebagai “pencucian darah” yang seharusnya dilakukan oleh ginjal diganti dengan mesin. Dengan mesin ini pasien tidak perlu lagi melakukan cangkok ginjal, pasien hanya perlu melakukan cuci darah secara periodik dengan jarak waktu tergantung dari keparahan dari kegagalan fungsi ginjal (Yahmin, Setiawan .2016).

Hemodialisis merupakan proses pembersihan darah oleh akumulasi

sampah buangan. Hemodialisis biasanya digunakan pada pasien dengan tahap akhir gagal ginjal atau pasien berpenyakit akut yang membutuhkan dialisis waktu singkat.

Tujuan Hemodialisis adalah untuk mengambil zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebihan, dimanadalam keadaan normal di dikeluarkan oleh ginjal sehat.Pada hemodialisis,aliran darah yang penuh dengan toksin dan limbah nitrogen dialihkan daritubuh pasienke dialiser tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan lagi ketubuh pasien (Brunner & Suddarth, 2018).

Hemodialisis merupakan salah satu terapi dialisis,dimana dialisis digunakan sebagai tindakan sementara pada pasien berusia muda selagi menunggu pencangkokan ginjal. Tindakan ini juga bisa menjadi permanen bagi mereka dengan gagal ginjal kronis ketika pencangkokan ginjal tidak memungkinkan karena faktor usia atau alasan medis lain. Untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal, idealnya diperlukan beberapa kali cuci darah dalam seminggu. Berapa lama setiap sesi cuci darah tergantung pada berbagai faktor, antara lain berat badan, mesin yang dipakai, serta seberapa banyak racun yang terkumpul dalam ginjal sejak sesi cuci darah sebelumnya (Anna,Lusia Kus, 2022).

Tujuan dialisis adalah untuk mempertahankan kehidupan dan kesejahteraan pasien sampai fungsi ginjal pulih kembali. Dialisis juga dilakukan pada pasien dengan edema yang membandel (tidak responsive terhadap terapi), komahepatikum, hiperkalemia, hipertensidanuremia (Brunner & Suddarth, 2018).

Dialisis akut diperlukan bila terdapat kadar kalium yang tinggi atau yang meningkat, kelebihan muatan cairan atau edemapul moner yang mengancam, asidosis yang meningkat, perikarditis dan konfusi yang berat.Tindakan ini juga dapat dikerjakan untuk menghilangkan obat-obat tertentu atau toksin lain (keracunan atau dosis obat yang berlebihan) (Brunner & Suddarth, 2018).

Sedangkan dialisis kronis atau pemeliharaan dibutuhkan pada gagal ginjal kronis (penyakit ginjal stadium terminal) dalam keadaan berikut terjadinya tanda dan gejala uremia yang mengenai seluruh system tubuh(mual serta muntah, anoreksia berat, peningkatan letargi, konfusi mental), kadar kalium serum yang meningkat, muatan cairan yang berlebihan yang tidak responsive terhadap terapi diuretic serta pembatasan cairan, dan penurunan status

kesehatan yang umum. Di samping itu terdengarnya suara gesekan pericardium (*pericardialfrictionrub*) melalui auskultasi merupakan indikasi yang mendesak untuk dilakukan dialisis untuk pasien gagal ginjal kronis (Brunner & Suddarth, 2018).

b. Prinsip yang Mendasari Hemodialisis

Ada tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis, yaitu difusi, osmosis, dan ultrafiltrasi (Brunner & Suddarth, 2018).

a. Difusi

Toksin dan zat limbah di dalam darah dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah, yang memiliki konsentrasi yang lebih tinggi, ke cairan dialisis dengan konsentrasi yang lebih rendah.

b. Osmosis

Air yang berlebihan di keluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradient tekanan, dengan kata lain, air bergerak dari tekanan yang lebih tinggi (tubuh pasien) ke tekanan yang lebih rendah (cairan dialisis).

c. Ultrafiltrasi

Gradient tekanan pada prinsip osmosis dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negatif yang dikenal sebagai ultrafiltrasi pada mesin dialisis. Tekanan negatif diterapkan pada alat ini sebagai kekuatan pengisap pada membran dan memfasilitasi pengeluaran air, karena pasien tidak dapat mengekskresikan air, kekuatan ini diperlukan, untuk mengeluarkan cairan hingga tercapai isovolemia (keseimbangan cairan).

c. Komplikasi Hemodialisis

Komplikasi yang terjadi ketika menjalani terapi dialisis, mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a. Hipotensi, dapat terjadi selama terapi dialisis ketika cairan dikeluarkan.
- b. Emboli udara, merupakan komplikasi yang jarang tetapi dapat saja terjadi jika udara memasuki sistem vaskular pasien.

- c. Nyeri dada, dapat terjadi karena PCO_2 menurun bersamaan dengan terjadinya sirkulasi darah di luar tubuh.
 - d. Pruritus, dapat terjadi selama terapi dialisis ketika produk akhir metabolisme memeninggalkan kulit.
 - e. 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.
 - f. Kram otot yang nyeri, terjadi ketika cairan dan elektrolit dengan cepat meninggalkan ruang ekstrasel.
- Mual dan muntah, merupakan peristiwa yang sering terjadi (Brunner & Suddarth, 2018).

d. Pertimbangan Psikososial

Individu dengan Hemodialisis jangka panjang sering merasa khawatir akan kondisi sakitnya yang tidak dapat diramalkan dan gangguan dalam kehidupannya. Mereka biasanya menghadapi masalah finansial, kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual yang hilang serta impotensi, depresi akibat sakit yang kronis dan ketakutan terhadap kematian. Pasien-pasien yang berusia lebih muda khawatir terhadap perkawinan mereka, anak-anak yang dimilikinya dan beban yang ditimbulkan oleh keluarga mereka. Gaya hidup terencana berhubungan dengan terapi dialisis dan pembatasan asupan makanan serta cairan sering menghilangkan semangat hidup pasien dan keluarganya (Brunner & Suddarth, 2018).

Hemodialisis menyebabkan perubahan gaya hidup pada keluarga. Waktu yang diperlukan untuk hemodialisis akan mengurangi waktu yang tersedia untuk melakukan aktivitas sosial dan dapat menciptakan konflik, frustrasi, rasa bersalah serta depresi di dalam keluarga. Keluarga pasien dan sahabat-sahabatnya, mungkin memandang pasien sebagai "orang yang tidak berdaya" dengan harapan hidup yang terbatas. Barangkali sulit bagi pasien, pasangan dan keluarganya untuk mengungkapkan rasa marah serta perasaan negatif. Meskipun perasaan tersebut normal dalam situasi ini, namun perasaan tersebut sering meluap sehingga diperlukan konseling dan psikoterapi.

Depresi dapat terjadi dan memerlukan antidepresan, keadaan ini juga membantu mengarahkan pasien dan keluarganya kepada sumber-sumber yang

ada untuk mendapatkan bantuan serta dukungan. Keluarga harus terlibat sebanyak mungkin dalam pengambilan keputusan (Brunner & Suddarth, 2018).

Pasien harus diberi kesempatan untuk mengungkapkan setiap perasaan marah dan keprihatinan terhadap berbagai pembatasan yang harus dipatuhi akibat penyakit serta terapinya disamping masalah keuangan, ketidakpastian pekerjaan, rasa sakit dan gangguan rasa nyaman yang mungkin timbul.

Perasaan kehilangan yang dihadapi pasien jangan diabaikan, karena setiap aspek dari kehidupan normal yang pernah dimiliki pasien telah terganggu. Jika rasa marah tersebut tidak diungkapkan, mungkin perasaan ini akan diproyeksikan ke dalam diri sendiri dan menimbulkan depresi, rasa putus asa serta upaya bunuh diri. Sebagian pasien menggunakan mekanisme pengingkaran dalam menghadapi rangkaian masalah medik yang timbul.

Perawat dapat memberikan dukungan kepada pasien dalam mengidentifikasi strategi koping yang efektif dan aman dalam masalah serta rasa takut. Perawat dapat membantu pasien dan keluarganya dalam menghadapi perubahan yang ditimbulkan oleh gagal ginjal dan terapi hemodialisis (Brunner & Suddarth, 2018).

e. Dampak Hemodialisa

Ketergantungan terhadap terapi hemodialisa dalam jangka waktu yang panjang dapat membuat perubahan-perubahan dari aspek biologis, psikososial, dan spiritual yang saling berhubungan, diantaranya :

a. Biologis

Terjadinya gangguan pada fungsi bagian tubuh membuat pasien harus menyesuaikan diri secara terus menerus selama sisa hidupnya. Dalam keterbatasan fisiknya, pasien harus mengatur pola hidupnya seperti makan, pembatasan cairan, pola aktivitas istirahat yang seimbang. Akibatnya pasien akan mengalami kelemahan fisik yang membuat pasien merasa tidak berdaya.

b) Psikososial

Ketidakberdayaan karena keterbatasan fisiknya, membuat pasien menjadi malu atau minder, tidak mau bertemu dengan orang lain, tidak melakukan kegiatan sosial atau mengalami perubahan sosial. Dampak psikososial merupakan dampak yang paling dirasakan pasien yang menjalani hemodialisa dalam jangka panjang. Rasa khawatir akan kondisi sakitnya yang tidak dapat disembuhkan, ketakutan

terhadap kematian, masalah finansial, kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual yang menghilang serta impotensi, gangguan citra tubuh, aktivitas sosial yang terbatas karena pasien harus menjalani terapi hemodialisa dua sampai tiga kali dalam seminggu dengan waktu paling sedikit tiga atau empat jam sekali dialisis dapat membuat pasien depresi dan putus asa. Sehingga pasien berupaya untuk bunuh diri.

c) Spiritual

Akibat dari diagnosis penyakit yang tidak dapat disembuhkan membuat pasien mengalami distress spiritual. Distres spiritual merupakan suatu tantangan terhadap kesehatan atau kesejahteraan spiritual atau terhadap sistem keyakinan yang memberikan kekuatan, harapan dan makna hidup.

6. Konsep Kecemasan

a. Pengertian Kecemasan

Kecemasan (Ansietas) juga dapat didefinisikan sebagai suatu keadaan dimana seseorang merasa tidak nyaman dan adanya tekanan sistem saraf otonom dalam aktivitas rangsang akibat ancaman yang tidak diketahui dan sumbernya biasanya tidak dikenal secara pasti .

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

Tanda dan gejala umum penderita yang mengalami kecemasan ditunjukkan dengan nyeri kepala, berkeringat, hipertensi, gelisah, tremor, gangguan lambung, diare, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak

tenang, gangguan pola tidur dan gangguan konsentrasi. Seseorang yang cemas mungkin juga merasa gelisah seperti yang dinyatakan oleh ketidakmampuan untuk duduk atau berdiri lama. Kumpulan gejala tertentu yang ditemukan selama kecemasan cenderung bervariasi dari orang ke orang.

c. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

Menurut Suliswati 2015, faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan adalah sebagai berikut :

i. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat timbulnya kecemasan. Ketegangan dalam selama kehidupan tersebut dapat berupa:

- 1) Peristiwa traumatik yang dapat memicu terjadinya kecemasan berkaitan dengan krisis yang dialami individu baik krisis perkembangan atau situasional.
- 2) Konflik emosional yang dialami individu dan tidak terselesaikan dengan baik.
Konflik antara keinginan dan kenyataan dapat menimbulkan kecemasan pada individu.
- 3) Konsep diri terganggu akan menimbulkan rasa ketidakmampuan individu berpikir secara realitas sehingga akan menimbulkan kecemasan.
- 4) Frustrasi akan menimbulkan rasa ketidakberdayaan untuk mengambil keputusan yang dampak terhadap ego.
- 5) Gangguan fisik akan menimbulkan kecemasan karena merupakan ancaman terhadap integritas fisik yang dapat mempengaruhi konsep diri individu.
- 6) Pola mekanisme koping keluarga atau pola keluarga menangani stress akan mempengaruhi individu dalam berespons terhadap konflik yang dialami karena pola mekanis koping individu banyak dipelajari dalam keluarga.
- 7) Riwayat gangguan kecemasan dalam keluarga akan mempengaruhi respon individu dalam berespons terhadap konflik dan mengatasi kecemasannya.
- 8) Medikasi yang dapat memicu terjadinya kecemasan adalah pengobatan yang mengandung benzodizepin, karena benzopin dapat menekan

neurotransmitter Gamma Amino Butyric Acid (GABA) yang mengontrol aktivitas neuron di otak yang bertanggung jawab menghasilkan kecemasan.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat mencetuskan timbulnya kecemasan. Faktor presipitasi kecemasan dikelompokkan menjadi dua bagian: 1) Ancaman terhadap integritas fisik ketegangan yang mengancam integritas fisik yang meliputi:

- a) Sumber internal, meliputi kegagalan mekanisme fisiologis sistem imun, regulasi suhu tubuh, perubahan biologis normal (misalnya: hamil).
- b) Sumber eksternal, meliputi paparan terhadap infeksi virus dan bakteri, kekurangan nutrisi tidak adekuatnya tempat tinggal.

2) Ancaman terhadap harga diri meliputi sumber internal dan eksternal.

- a) Sumber internal: kesulitan dalam hubungan interpersonal di rumah dan di tempat kerja, penyesuaian terhadap peran baru. Berbagai ancaman terhadap integritas fisik juga dapat mengancam harga diri.
- b) Sumber eksternal: kehilangan orang yang dicintai, perceraian, perubahan status pekerjaan, tekanan kelompok, sosial budaya.

d. Tingkat Kecemasan

Klasifikasi tingkat kecemasan adalah sebagai berikut :

1. Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan tekanan kehidupan sehari-hari, pada tahap ini seseorang menjadi waspada dan lapangan persepsi meningkat. Penglihatan, pendengaran dan pemahaman melebihi sebelumnya. Tipe kecemasan ini dapat memotivasi seseorang untuk belajar dan tumbuh kreatif, namun akan membawa dampak pada diri individu yaitu pada kecemasan ini waspada akan terjadi, mampu menghadapi situasi yang bermasalah, ingin tahu, mengulang pertanyaan dan kurang tidur

2. Kecemasan sedang

Fokus perhatian hanya pada yang dekat, meliputi lapangan persepsi menyempit, lebih sempit dari penglihatan, pendengaran dan pemahaman orang lain. Dia mengalami hambatan dalam memperhatikan hal-hal tertentu, tetapi dapat melakukan atau memperhatikan hal-hal itu bila disuruh, cukup kesulitan berkonsentrasi, kesulitan dalam beradaptasi dan menganalisis, perubahan suara atau nada, pernapasan dan denyut nadi meningkat serta tremor

3. Kecemasan berat

Lapangan pandang atau persepsi individu menurun, hanya memfokuskan pada hal-hal yang khusus dan tidak mampu berpikir lebih berat lagi, dan membutuhkan pengaturan atau suruhan untuk memfokuskan pada hal-hal lain, tidak dapat lebih memperhatikan meskipun diberi instruksi, pembelajaran sangat terganggu; kebingungan, tidak mampu berkonsentrasi, penurunan fungsi; kesulitan untuk memahami situasi yang dihadapi saat ini, kesulitan untuk memahami dalam berkomunikasi; serta takikardi, sakit kepala, mual dan pusing.

4. Panik

Berhubungan dengan ketakutan. Pada tahap ini hal-hal kecil terabaikan dan tidak lagi dapat diatur atau disuruh. Terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, penyimpangan persepsi, tidak mampu mengintegrasikan pengalaman; tidak fokus pada saat ini, tidak mampu melihat dan memahami situasi, kehilangan cara untuk mengungkapkan apa yang dipikirkan. (Jaya, 2020).

5. Pengukuran Tingkat Kecemasan

Kecemasan seseorang dapat diukur dengan menggunakan beberapa instrument antara lain Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Analog Anxiety Scale, Zung Self Rating Anxiety Scale (ZSAS) dan Trait Anxiety Inventory Form Z-I. Dari beberapa kuesioner tersebut, Zung Self Rating Anxiety Scale merupakan instrument yang dirancang untuk meneliti tingkat kecemasan kuantitatif pada pasien dewasa. Kuesioner ini didesain untuk mencatat adanya kecemasan dan menilai kuantitas tingkat kecemasan. Zung telah mengevaluasi validitas dan reliabilitasnya dan hasilnya baik. Penelitian menunjukkan bahwa konsistensi internalnya pada sampel psikiatrik dan non-psikiatrik adekuat dengan korelasi keseluruhan butir-butir pertanyaan yang baik dan reliabilitas uji yang

baik. Kuesioner ini mengandung 20 pertanyaan, terdapat 15 pertanyaan kearah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan kearah penurunan kecemasan.

Setiap butir pertanyaan dinilai berdasarkan frekuensi dan durasi gejala yang timbul: (1) jarang atau tidak pernah sama sekali, (2) kadangkadang, (3) sering, dan (4) hampir selalu mengalami gejala tersebut. Total dari skor pada tiap pertanyaan maksimal 80 dan minimal 20, skor yang tinggi mengindikasikan tingkat kecemasan yang tinggi. Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS) telah digunakan secara luas sebagai alat skrining kecemasan.

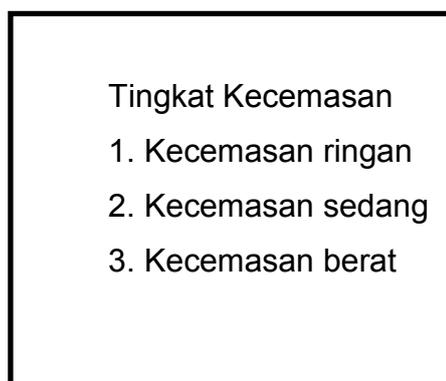
Kuesioner Pengukuran Kecemasan Zung's Self

No	Uraian	Tidak Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1	Saya merasa lebih gugup dan cemas dari biasanya				
2	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas				
3	Saya merasa seakan tubuh saya berantakan atau hancur				
4	Saya mudah marah, teringgung, atau panic				
5	Saya merasa semua akan baik dan tidak ada hal buruk yang akan terjadi				
6	Kedua tangan dan kaki saya sering gemetar				
7	Saya sering terganggu oleh sakit kepala, nyeri leher dan nyeri punggung				
8	Saya merasa lemah dan mudah lelah				
9	Saya merasa tenang dan dapat duduk tenang dengan mudah				
10	Saya dapat merasakan jantung saya berdebar				
11	Saya terganggu oleh rasa mudah pusing				

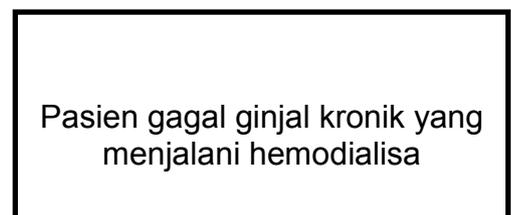
12	Saya mudah pingsan atau sedang merasakan pingsan				
13	Saya dapat menarik dan mnegeluarkan napas dengan mudah				
14	Saya dapat perasaan mati rasa kesemutan pada jari tangan dan jari kaki				
15	Saya terganggu oleh sakit perut atau gangguan pencernaan				
16	Saya harus buang air kecil lebih dari biasanya				
17	Tangan saya biasanya kering dan hangat				
18	Wajah saya menjadi panas dan memerah				
19	Saya mudah tertidur dan tidur malam dengan nyenyak				
20	Saya sering bermimpi buruk				

7. Kerangka Konsep

Variabel Independen



Variabel Dependen



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

1. Variabel Independen

Merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (terikat), variabel ini dikenal dengan nama variabel bebas artinya bebas memengaruhi variabel lain. Yang menjadi variabel independen pada penelitian ini adalah kecemasan ringan, kecemasan sedang dan kecemasan berat.

2. Variabel Dependen

Merupakan variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel tergantung pada aspek tingkah laku yang diamati dari suatu organisme yang dikenal stimulus, yang termasuk variabel dependen dalam penelitian ini adalah pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa

E. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Independen: Kecemasan	Perasaan takut dan tidak menentu sebagai sinyal yang menyadarkan bahwa peringatan tentang bahaya akan datang dan memperkuat individu mengambil tindakan menghadapi ancaman	Kuesioner	-Skor 20-44 : Tidak Cemas -Skor 45-59 : Kecemasan Ringan -Skor 60-74 : Kecemasan sedang -Skor 75-80 : Kecemasan berat (Zung Self – Rating Anxiety Scale)	Nominal
2	Dependen: Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa	Seseorang yang memiliki kondisi penurunan laju penyaringan atau filtrasi ginjal selama lebih dari 3 bulan dan melakukan terapi hemodialisa mempertahankan kehidupannya	Kuesioner	Pasien telah menjalani hemodialisa	Nominal

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif, yang bertujuan untuk melihat gambaran tingkat kecemasan pasien hemodialisa yang menjalani hemodialisa.

B. Lokasi Dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Juli 2022.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Menurut Arikunto 2013 populasi adalah keseluruhan dari subjek penelitian. Populasi merupakan individu yang memiliki sifat yang sama walaupun presentase kesamaan itu sedikit atau dengan kata lain seluruh individu yang akan dijadikan sebagai obyek penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien GGK di Ruang Hemodialisa yang ada di RSUD Dr. Pirngadi Medan dari tahun 2021 sampai tahun 2022 yang berjumlah 8039.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Tehnik pengambilan sampel dilakukan dengan cara non random sampling dengan teknik Accidental Sampling, pengambilan sampel secara accidental ini dilakukan dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia di tempat sesuai konteks penelitian (Notoadmojo, 2012).

Adapun pengambilan sampel ini dengan menggunakan rumus slovin

Rumus :

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

Keterangan :

N: Besar Populasi

n : Besar Sampel

d : Tingkat determinasi kepercayaan

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

$$n = \frac{8039}{1 + 8039 (0,15^2)}$$

$$n = \frac{8039}{1 + 180,8775}$$

$$= \frac{8039}{181,8775}$$

$$n = 44,2$$

$$n = 44$$

D. Jenis Dan Cara Pengumpulan Data

1. Jenis data

Jenis data yang dikumpul kan dalam penelitian ini meliputi data primer dan sekunder yaitu:

- Data primer dalam penelitian ini adalah data yang di peroleh langsung dari responden dengan menggunakan kuisioner yaitu berupa data usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan dan kecemasan pada klien gagal ginjal kronik di RSUD Dr.Pirngadi.
- Data sekunder dalam penelitian ini adalah data yang tidak langsung diperoleh atau diambil oleh peneliti tetapi diperoleh dari data yang sudah ada yaitu pengumpulan informasi dari RSUD Dr.Pirngadi.

2. Cara pengumpulan data

Cara pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan memberikan kuisioner yang berisi pertanyaan tertulis kepada responden.

E. Pengolahan Dan Analisa Data

1. Pengolahan Data

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

a. Coding

Kegiatan memberikan jawaban secara angka/kode atau pemberian kode pada setiap kuisioner yang telah diisi.

b. Skoring

Memberikan skor pada hasil jawaban kuisioner dari hasil responden.

c. Editing

Upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan.

d. Tabulating

Menyusun data-data kedalam table sesuai dengan kategori untuk selanjutnya.

2. Analisa Data

Data yang diperoleh dikumpulkan, dianalisa, diolah dan disajikan dalam bentuk tulisan. Analisis secara kuantitatif untuk menggambarkan serta mendeskripsikan dari masing-masing variabel penelitian dengan menggunakan pengolahan data secara manual, selanjutnya disajikan menggunakan tabel.

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Hasil Penelitian

Pengumpulan data dilakukan secara langsung terhadap responden. Selanjutnya peneliti mengadakan pendekatan kepada responden kemudian memberikan penjelasan sesuai dengan etika penelitian. Apabila responden bersedia maka dipersilahkan menandatangani lembar kuesioner untuk diisi atau dijawab pada saat itu juga kemudian diolah dan disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi. Hasil penelitian dan pengolahan data dapat dilihat sebagai berikut :

A.1. Analisis Univariat

Yang dianalisis univariat adalah karakteristik responden (usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, dan tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr. Pirngadi tahun 2022. Untuk hasil penelitian dapat dilihat berikut ini.

a. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Agama, Pendidikan, Pekerjaan, Dan Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Dr. Pirngadi tahun 2022

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Usia Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Dr. Pirngadi tahun 2022

Usia	Frekuensi	Persentase (%)
Masa dewasa akhir (36 – 45 tahun)	3	6.8
Masa lansia awal (46 – 55 tahun)	29	65.9
Masa lansia akhir (56 – 65 tahun)	12	27.3
Total	44	100

Pada tabel 4.1. diatas dapat diketahui bahwa, berdasarkan usia mayoritas responden berusia masa lansia awal (46 – 55 tahun) yaitu sebanyak 29 responden (65.9%) dan minoritas responden berusia masa dewasa akhir (36 – 45 tahun) yaitu sebanyak 3 responden (6.8%).

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Dr. Pirngadi tahun 2022

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-laki	24	54.5
Perempuan	20	45.5
Total	44	100

Berdasarkan tabel 4.2 didapat bahwa mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 24 responden (54.5%) dan minoritas responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 20 responden (45.5%).

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Agama Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Dr. Pirngadi tahun 2022

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Islam	24	54.5
Kristen	13	29.5
Katolik	5	11.4
Hindu	1	2.3
Budha	1	2.3
Total	44	100

Berdasarkan tabel 4.3 didapat bahwa mayoritas responden beragama islam yaitu sebanyak 24 responden (54.5%) dan minoritas responden beragama Hindu dan Budha yaitu masing-masing sebanyak 1 responden (2.3%).

Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Pendidikan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Dr. Pirngadi tahun 2022

Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
Dasar	11	25.0
Menengah	23	52.3
Perguruan Tinggi	10	22.7
Total	44	100

Pada tabel 4.4. diatas dapat diketahui bahwa, berdasarkan pendidikan mayoritas responden berpendidikan Menengah (SMA/SMK) yaitu sebanyak 23 responden (52.3%) dan minoritas responden berpendidikan perguruan tinggi yaitu sebanyak 10 responden (22.7%).

Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Pekerjaan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Dr. Pirngadi tahun 2022

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
Bekerja	17	38.6
Tidak Bekerja	27	61.4
Total	44	100

Pada tabel 4.5. diatas dapat diketahui bahwa, berdasarkan pekerjaan mayoritas responden tidak bekerja yaitu sebanyak 27 responden (61.4%) dan minoritas bekerja yaitu sebanyak 17 responden (38.6%).

Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Dr. Pirngadi tahun 2022

Tingkat Kecemasan	Frekuensi	Persentase (%)
Ringan	1	2.3
Sedang	23	52.3
Berat	20	45.5
Total	44	100

Pada tabel 4.6. diatas dapat diketahui bahwa, berdasarkan tingkat kecemasan mayoritas responden memiliki tingkat kecemasan yang sedang yaitu sebanyak 23 responden (52.3%) dan minoritas memiliki tingkat kecemasan yang ringan yaitu sebanyak 1 responden (2.3%).

B. Pembahasan

Penelitian ini membahas tentang gambaran tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr. Pirngadi tahun 2022.

B.1 Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Dr. Pirngadi Tahun 2022

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.6. diatas dapat diketahui bahwa, berdasarkan tingkat kecemasan mayoritas responden memiliki tingkat kecemasan yang sedang yaitu sebanyak 23 responden (52.3%) dan minoritas memiliki tingkat kecemasan yang ringan yaitu sebanyak 1 responden (2.3%).

Pasien yang menjalani hemodialisa biasanya memiliki respon yang berbeda terhadap hemodialisa yang sedang dijalannya, contohnya pasien akan mengalami kecemasan. Kecemasan tersebut terjadi akibat terapi yang berlangsung seumur hidup dan pasien yang bergantung pada mesin yang pelaksanaannya rumit dan membutuhkan waktu yang lama (Lumenta 2016).

Pasien gagal ginjal kronik yang cemas akan mengalami penurunan dalam kebutuhan fisiologis, perubahan psikologis, dan interaksi sosial. Jika hal tersebut tidak ditangani dengan baik akan menyebabkan individu mengalami depresi dan akan meningkatkan angka kematian, angka kesakitan, serta angka hospitalisasi. Maka dengan itu pentingnya untuk meneliti gambaran tingkat kecemasan pada pasien hemodialisa.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rikayoni pada tahun 2017 mengenai Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Islam Siti Rahma Padang didapatkan hasil bahwa dari 30 pasien sebanyak 1 pasien (3,3%) mengalami tingkat kecemasan ringan, tingkat kecemasan sedang sebanyak 5 pasien (16,7%), tingkat kecemasan berat sebanyak 18 pasien (60,0%) dan tingkat kecemasan berat sekali sebanyak 6 pasien (20%).

Menurut penelitian Abdul Wakhid dan Suwanti pada tahun 2019 yang berjudul Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Yang Menjalani Hemodialisa Di Semarang menunjukkan bahwa dari 88 responden didapatkan hasil yang tidak mengalami kecemasan sebanyak 11 responden (12,5%), kecemasan ringan sebanyak 27 responden (30,7%), kecemasan sedang sebanyak 20 responden (22,7%) dan kecemasan berat sebanyak 30 responden (34,1%).

Faktor kecemasan responden adalah mayoritas sedang. Hal ini jika dilihat dari karakteristik responden bahwa berdasarkan usia mayoritas responden berusia masa lansia awal (46 – 55 tahun) yaitu sebanyak 29 responden (65,9%) dan minoritas responden berusia masa dewasa akhir (36 – 45 tahun) yaitu sebanyak 3 responden (6,8%). Menurut Isaac dalam Untari (2018) seseorang yang mempunyai usia lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan kecemasan daripada seseorang yang lebih tua. Pada usia dewasa seseorang sudah memiliki kematangan baik fisik maupun mental dan pengalaman yang lebih dalam memecahkan masalah sehingga mampu menekan kecemasan yang dirasakan. Semakin tua umur seseorang akan terjadi proses penurunan

kemampuan fungsi organ tubuh (regenerative) hal ini akan mempengaruhi dalam mengambil keputusan terutama dalam menangani penyakit gagal ginjal kronik dengan terapi hemodialisis.

Pada usia tua seseorang dapat menerima segala penyakitnya dengan mudah karena di usia tua seseorang cenderung berfikir bahwa secara spiritual tua harus dijalani dan dihadapi sebagai salah satu hilangnya nikmat sehat secara perlahan. Hal ini didukung oleh penelitian Julianti, Yustina & Ardinata (2015) yang menunjukkan adanya hubungan antara usia dengan tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Pirngadi Medan.

Faktor tingkat kecemasan sedang pada pasien ditinjau dari pendidikan, bahwa mayoritas pasien berpendidikan menengah (SMA/SMK) yaitu sebanyak 23 responden (52.3%).Tingkat pendidikan seseorang berhubungan dengan kemampuan orang tersebut memahami suatu informasi kesehatan. Penelitian Galveia, Cruz & Deep (2018) tentang pengaruh faktor demografis kepatuhan klien diabetes dalam pengelolaan stres, kecemasan dan distress.

Tingkat kecemasan yang sedang dapat dipengaruhi oleh faktor jenis kelamin responden yang sebagian besar laki-laki sebanyak 24 responden (54.5%). Laki-laki bersifat lebih kuat secara fisik dan mental, laki-laki dapat dengan mudah mengatasi sebuah stressor oleh karena itu laki-laki lebih rileks dalam menghadapi sebuah masalah, sedangkan perempuan memiliki sifat lebih sensitive dan sulit menghadapi sebuah stressor sehingga perempuan lebih mudah merasa cemas dan takut dalam berbagai hal misalnya seperti dalam menghadapi kenyataan bahwa harus menjalani pengobatan secara terus menerus untuk kelangsungan hidupnya (Damanik, 2020).

Disamping faktor-faktor di atas pekerjaan responden yang sebagian besar tidak bekerja yaitu sebanyak 27 responden (61.4%) juga merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan responden. Pekerjaan berkaitan dengan status ekonomi seseorang.Seseorang dengan status sosioekonomi yang lebih rendah memiliki risiko yang lebih besar dibandingkan dengan mereka dengan status sosioekonomi yang lebih baik. Hal ini dikarenakan seseorang dengan status ekonomi yang lebih rendah akan menyebabkan kebutuhan gizi yang kurang sehingga mudah terkena depresi (Santoso & Ismail, 2019).

Sehingga penulis dapat menyimpulkan bahwa gambaran kecemasan

yang dialami pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr. Pirngadi Tahun 2022 adalah sedang hal ini karena dipengaruhi oleh karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Dari hasil penelitian tentang gambaran tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr. Pirngadi Tahun 2022, dapat ditemukan suatu hasil kesimpulan, yaitu : gambaran tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr. PIRNGADI Kota Medan Tahun 2022 mayoritas responden memiliki tingkat kecemasan yang sedang yaitu sebanyak 23 responden (52.3%) dan minoritas memiliki tingkat kecemasan yang ringan yaitu sebanyak 1 responden (2.3%).

B. SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat di berikan saran sebagai berikut :

1. Bagi Rumah Sakit

Diperlukan pelayanan yang lebih baik, terutama dalam hal pemberian dukungan pasien yang berkaitan dengan peningkatan kualitas hidup pasien. Dalam rangka membatu psikologis pasien yang akan menjalani terapi hemodialisis perlu adanya konsultasi untuk memberikan pengetahuan dan menjadikan pengalaman yang berharga bagi pasien sehingga secara emosional pasien tidak mengalami kecemasan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini juga memiliki implikasi bagi pendidikan keperawatan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan peserta didik dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dari segi psikologis dan memberikan edukasi bagi pasien yang akan menjalani terapi hemodialisis serta dapat mengembangkan kurikulum untuk pendidikan berkelanjutan khususnya tentang nefrologi.

3. Bagi peneliti

Belajar mengasah kemampuan meneliti dan peduli terhadap profesi perawat dan mendorong penulis untuk memulai dan terus mampu

mengembangkan diri, berpandangan luas, melatih indept interview dan melatih komunikasi.

4. Bagi peneliti Selanjutnya

Berdasarkan simpulan hasil penelitian tersebut, penulis memberikan saran kepada peneliti lain dalam bidang sejenis yang ingin melanjutkan dan mengembangkan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Anna, Lusiana Kus. Kapan Diperlukan Cuci Darah?*. [http://health.kompas.com/read/2013/06/08/14393327/](http://health.kompas.com/read/2013/06/08/14393327/Kapan.Diperlukan.Cuci.Darah) Kapan Diperlukan. Cuci Darah. diakses tanggal 29 Mei 2022
- Arif, M. & Kumala, S. 2017. *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika
- Brunner & Suddarth. 2018. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Edisi 8. Jakarta: EGC
- Damanik. 2020. Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Dalam Menjalani Hemodialisa Di Rumah Sakit Imelda Pekerja Indonesia. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Imelda* Vol. 6, No. 1, Maret 2020 <http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JURNALKEPERAWATAN> e-ISSN 2597-7172, p-ISSN 2442-8108.
- Galveia, Cruz & Deep (2018). The Depression Anxiety Scales (DASS). Normative Data and Latent Structure in Large Non Clinical Sample. *British Journal of Clinical Psychology*.
- Infodatin pusat data dan informasi kementerian kesehatan RI. CKD. (2018) Kementerian Kesehatan RI. Jakarta
- Indonesian Renal Registry (IRR). 2018. 11th Report Of Indonesian Renal Registry.
- Julianty, S.A., Yustina, I & Ardinata, D. (2015), Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Hemodialisis Di RSUD Dr. Pirngadi Medan, *Idea Nursing Journal*, ISSN: 2087-2879. <http://jurnal.unsyiah.ac.id/INJ/article/viewFile/6736/5520> di akses pada 20 Agustus 2022.
- Lestari, T., 2015. *Kumpulan Teori Untuk Kajian Pustaka Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Muzaenah, T., & Makiyah, S. N. N. (2018). Pentingnya Aspek Spiritual Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hemodialisa: a Literature Review. *HerbMedicine Journal*, 1(2). <https://doi.org/10.30595/hmj.v1i2.3004>
- Notoatmodjo, Soekidjo., 2010. *Metodologi penelitian kesehatan*. Ed. Rev. Rineka Cipta: Jakarta
- Nursalam. 2016. *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika.
- Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernefri). Annual Report of Indonesian Renal Registry. *Pernefri*. 2018:9:1–46.

- Rikayoni.(2018). Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Islam Siti Rahmah Padang Tahun 2017.MENARA Ilmu,12(5), 119-128.
- Riskesdas, (2018), About Chhronic Kidney Disease dari <http://litbet.Depkes.go.id>.
- Ritandiyono dan Retnaningsih. 2007. Aktualisasi Diri : Seri Diklat Kuliah.Jakarta: Universitas Gunadarma
- Robbins&Cortron.2016.*BukuSakuDasarPatologisPenyakit*.Edisi:7.Jakarta:EGC
- Santoso. H. (2019), Memahami Krisis Lanjut Usia, Jakarta, Gunung Mulia.
- Siregar, Cholina Trisa. (2020). Buku Ajar Manajemen Komplikasi Pasien Hemodialisa. Yogyakarta: CV Budi Utama.
- Suliswati et al, 2015, Konsep Dasar Keperawatan, Jakarta, EGC
- Surharyanto, Toto dan Abdul Madjid.(2019). Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Perkemihan. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Susetyowati, Faza, Farah & Andari, Izzati Hayu. 2017. Gizi Pada Penyakit Ginjal Kronis. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press
- Untari.I & Rohmawati. (2018), FaktorFaktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pada Usia Pertengahan Dalam Menghadapi Proses Menua (Aging Proses), Jurnal Keperawatan Akper 17 Karanganyer, 1 (2).<http://jurnal.akper17.ac.id/index.php/ JK17/article/view/9> di akses pada 20 Agustus 2022.
- Yahmin,Setiawan .2016.
MengenalCuciDarah(Hemodialisa).<http://www.lkc.or.id/2016/06/11/mengenal-cuci-darah-hemodialisa/>.
- Wakhid,Abdul dan Suwanti. (2019). Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien yang Menjalani Hemodialisa.Jurnal Ilmiah Permas:Jurnal Ilmiah STIKES Kendal, 9(2), 95-102

KUESIONER TINGKAT KECEMASAN

Data Responden dan Kuesioner

Nama :

Usia :

Tanggal lahir :

Lamanya menjalani hemodialisa :

Jenis kelamin : Laki

Perempuan

Agama : Islam Kristen Katolik Hindu Buddha

Pendidikan terakhir :

SD

SMP

SMA

Perguruan Tinggi

Pekerjaan : Tidak bekerja Swasta RIRT

Kuesioner Pengukuran Kecemasan Zung's Self

No	Uraian	Tidak Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1	Saya merasa lebih gugup dan cemas dari biasanya	1	2	3	4
2	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas	1	2	3	4
3	Saya merasa seakan tubuh saya berantakan atau hancur	1	2	3	4
4	Saya mudah marah, teringgung, atau panic	1	2	3	4
5	Saya merasa semua akan baik dan tidak ada hal buruk yang akan terjadi	4	3	2	1

6	Kedua tangan dan kaki saya sering gemetar	1	2	3	4
7	Saya sering terganggu oleh sakit kepala, nyeri leher dan nyeri punggung	1	2	3	4
8	Saya merasa lemah dan mudah lelah	1	2	3	4
9	Saya merasa tenang dan dapat duduk tenang dengan mudah	4	3	2	1
10	Saya dapat merasakan jantung saya berdebar	1	2	3	4
11	Saya terganggu oleh rasa mudah pusing	1	2	3	4
12	Saya mudah pingsan atau sedang merasakan pingsan	1	2	3	4
13	Saya dapat menarik dan mnegeluarkan napas dengan mudah	4	3	2	1
14	Saya dapat perasaan mati rasa kesemutan pada jari tangan dan jari kaki	1	2	3	4
15	Saya terganggu oleh sakit perut atau gangguan pencernaan	1	2	3	4
16	Saya harus buang air kecil lebih dari biasanya	1	2	3	4
17	Tangan saya biasanya kering dan hangat	4	3	2	1
18	Wajah saya menjadi panas dan memerah	1	2	3	4
19	Saya mudah tertidur dan tidur malam dengan nyenyak	4	3	2	1
20	Saya sering bermimpi buruk	1	2	3	4

MASTER TABEL

No	Nama	Usia	Kode	Jenis Kelamin	Kode	Agama	Kode	Pendidikan	Kode	Pekerjaan	Kode
1	Ny. W	57	3	P	2	Islam	1	Perguruan Tinggi	3	IRT	2
2	Tn.K	51	2	L	1	Kristen	2	SMP	1	Tidak Bekerja	2
3	Ny. G	58	3	p	2	Islam	1	SMA	2	IRT	2
4	Tn. I	60	3	L	1	Kristen	2	SMA	2	Tidak Bekerja	2
5	Ny. H	59	3	p	2	Islam	1	SMP	1	IRT	2
6	Tn.F	61	3	L	1	Katolik	3	SMA	2	Swasta	1
7	Ny. S	49	2	P	2	Islam	1	Perguruan Tinggi	3	PNS	1
8	Tn. N	56	3	L	1	Islam	1	SMA	2	Swasta	1
9	Ny. Y	53	2	P	2	Kristen	2	SMP	1	IRT	2
10	Tn. A	55	2	L	1	Islam	1	Perguruan Tinggi	3	Swasta	1
11	Ny.N	52	2	P	2	Katolik	3	SMA	2	Tidak Bekerja	2
12	nY.R	54	2	p	2	Kristen	2	SMA	2	IRT	2
13	Tn. D	50	2	L	1	Islam	1	Perguruan Tinggi	3	PNS	1
14	SA	55	2	P	2	Islam	1	SMA	2	IRT	2
15	SJ	57	3	L	1	Islam	1	SMA	2	Swasta	1
16	JS	50	2	L	1	Islam	1	SMP	1	Swasta	1
17	SJ	41	1	P	2	Katolik	3	SMA	2	IRT	2
18	G	60	3	L	1	Islam	1	SMP	1	PNS	1
19	NB	50	2	L	1	Kristen	2	SMA	2	PNS	1
20	Y	41	1	L	1	Kristen	2	SMA	2	PNS	1
21	SD	52	2	P	2	Islam	1	SD	1	Tidak Bekerja	2
22	RR	50	2	L	1	Kristen	2	SMP	1	Tidak Bekerja	2
23	T	54	2	L	1	Islam	1	SMA	2	PNS	1
24	VB	47	2	L	1	Islam	1	SMA	2	PNS	1
25	OM	52	2	P	2	Kristen	2	SMA	2	IRT	2
26	NM	51	2	P	2	Katolik	3	SMA	2	Tidak Bekerja	2
27	NN	52	2	L	1	Islam	1	Perguruan Tinggi	3	Tidak Bekerja	2
28	CK	49	2	L	1	Islam	1	Perguruan Tinggi	3	PNS	1
29	JO	51	2	P	2	Kristen	2	SMP	1	IRT	2
30	WB	57	3	P	2	Kristen	2	SMP	1	Tidak Bekerja	2
31	CB	63	3	L	1	Islam	1	SMA	2	Tidak Bekerja	2
32	PP	51	2	P	2	Kristen	2	Perguruan Tinggi	3	Tidak Bekerja	2
33	SW	56	3	P	2	Hindu	4	SMA	2	Tidak Bekerja	2
34	AT	56	3	L	1	Islam	1	Perguruan Tinggi	3	PNS	1
35	KO	47	2	P	2	Katolik	3	SMP	1	Tidak Bekerja	2
36	OW	53	2	L	1	Islam	1	SMA	2	Swasta	1
37	WJ	49	2	P	2	Budha	5	SMP	1	Tidak Bekerja	2
38	KH	40	1	L	1	Kristen	2	SMA	2	PNS	1
39	PJ	43	2	L	1	Islam	1	Perguruan Tinggi	3	Tidak Bekerja	2
40	RS	52	2	P	2	Islam	1	SMA	2	IRT	2
41	S	49	2	L	1	Islam	1	Perguruan Tinggi	3	IRT	2
42	F	53	2	P	2	Kristen	2	SMA	2	IRT	2
43	FH	49	2	L	1	Islam	1	SMA	2	PNS	1
44	R	47	2	L	1	Islam	1	SMA	2	Tidak Bekerja	2

Keterangan :

Usia :

1. Masa dewasa akhir = 36 – 45 th
2. Masa lansia awal = 46 – 55 th
3. Masa lansia akhir = 56 – 65 th
4. Masa manula = > 65 th

Jenis Kelamin :

1. Laki-laki
2. Perempuan

Agama :

1. Islam
2. Kristen
3. Katolik
4. Hindu
5. Budha

Pendidikan :

1. Dasar (SD/SMP)
2. Menengah (SMA/SMK)
3. Tinggi (Perguruan Tinggi)

Pekerjaan :

1. Bekerja
2. Tidak Bekerja

Kecemasan																				Total Skor	Kategori
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20		
3	2	1	2	2	1	2	3	4	1	4	1	2	1	1	2	2	1	3	1	39	2
2	3	1	4	4	3	4	3	4	2	2	1	2	4	1	1	2	2	3	3	51	2
2	3	1	2	2	2	3	2	1	2	1	1	3	2	3	4	3	1	2	1	41	2
1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	1	2	1	26	1
3	4	2	1	1	4	4	3	2	2	4	1	4	1	2	3	4	1	1	4	51	2
2	2	3	1	2	1	2	2	4	4	2	3	2	2	1	3	3	1	4	3	47	2
1	2	1	1	1	1	4	3	2	2	3	1	3	1	1	2	1	2	2	1	35	2
1	2	3	2	1	1	1	2	1	2	1	3	4	3	1	2	2	1	3	3	39	2
3	4	4	3	4	3	4	2	4	2	3	2	2	4	2	1	2	1	2	2	54	2
3	4	1	2	2	1	2	3	4	1	2	4	4	2	3	1	3	4	1	2	49	2
1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	4	1	1	3	1	2	3	1	33	2
3	2	1	4	3	3	2	2	2	2	3	1	3	4	1	3	2	1	4	1	47	2
2	3	1	2	1	2	2	3	1	1	2	1	1	1	1	2	4	1	3	1	35	2
2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	43	2
2	2	2	2	4	4	3	3	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	4	4	63	3
3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	77	3
3	3	4	3	4	4	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	70	3
3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	73	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	80	3
3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	4	3	3	3	3	66	3
4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	4	69	3
3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	70	3
3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	4	3	4	4	68	3
3	4	3	4	2	3	3	4	2	3	2	3	2	3	3	2	1	3	2	4	56	3
3	2	3	2	1	3	3	3	1	3	3	2	1	2	3	3	1	2	2	3	46	2
4	3	3	3	3	3	4	3	1	3	2	3	2	3	4	3	2	4	2	3	58	3
4	1	1	1	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	1	49	2
2	3	4	3	1	2	3	4	2	4	3	4	2	4	3	4	2	4	2	4	60	3
2	3	4	4	1	3	3	4	2	3	4	3	1	3	2	2	2	4	2	4	56	3
2	3	3	4	2	2	3	4	3	3	1	1	4	1	2	3	2	2	2	4	51	2
2	3	4	3	2	3	2	3	2	3	4	3	1	3	3	3	1	3	1	3	52	2
2	3	4	3	1	2	3	4	2	4	2	3	1	2	3	4	3	4	3	4	57	3
2	3	4	4	1	4	3	4	2	4	2	3	1	2	3	1	2	2	2	4	53	2
2	3	4	2	2	2	2	3	1	2	3	4	3	3	4	2	2	4	3	4	55	3
4	3	4	4	3	4	2	3	1	3	4	3	1	3	4	3	1	3	1	3	57	3
1	2	3	2	1	1	2	1	2	4	3	2	3	3	3	2	3	2	2	4	46	2
3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	1	3	3	49	2
4	3	4	3	1	3	4	3	1	4	3	3	1	4	3	3	2	3	2	3	57	2
4	3	4	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	54	2
4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	53	2
3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	71	3
4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	71	3
3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	68	3

- Kecemasan :
1. Ringan (1-27)
 2. Sedang (28-54)
 3. Berat (55-80)

Frequencies

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masa dewasa akhir = 36 – 45 th	3	6.8	6.8	6.8
	Masa lansia awal = 46 – 55 th	29	65.9	65.9	72.7
	Masa lansia akhir = 56 – 65 th	12	27.3	27.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	24	54.5	54.5	54.5
	Perempuan	20	45.5	45.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Agama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	24	54.5	54.5	54.5
	Kristen	13	29.5	29.5	84.1
	Katolik	5	11.4	11.4	95.5
	Hindu	1	2.3	2.3	97.7
	Budha	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dasar (SD/SMP)	11	25.0	25.0	25.0
	Menengah (SMA/SMK)	23	52.3	52.3	77.3
	Tinggi (Perguruan Tinggi)	10	22.7	22.7	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	17	38.6	38.6	38.6
	Tidak Bekerja	27	61.4	61.4	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Kecemasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ringan	1	2.3	2.3	2.3
	Sedang	23	52.3	52.3	52.3
	Berat	20	45.5	45.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

RSUD Dr. PIRNGADI KOTA MEDAN
BIDANG PENELITIAN & PENGEMBANGAN
Jalan : Prof. H. M. Yamin SH No. 47 Medan
Telp (061) 4158701 (Ext.775) - Fax. (061) 4521223

Nomor : *Vp /B.LitBang/2022* Medan : 12 Juli 2022
Sifat :
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Survey Pendahuluan
An. Leonardo Sibregi S. Depari

Kepada Yth:
Wadir Bidang Sumber Daya Manusia Dan Pendidikan
c.q Kabid Pengolahan Data Dan Rekam Medik
RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan
Di- Tempat

Dengan hormat,
Sesuai dengan persetujuan Direktur RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan dengan ini kami hadapkan mahasiswa :

NAMA : **LEONARDO SIBREGI S. DEPARI**
NIM : **P07520119126**
Institusi : **D-III Keperawatan Poltekes Kemenkes Medan**

Untuk mengadakan Survey Pendahuluan di tempat Bapak/Ibu dari tanggal 12 Juli 2022 sampai dengan tanggal 12 Agustus 2022 dengan judul :

Gangguan Konsep Diri Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan Tahun 2022.

Untuk terlaksananya Survey Pendahuluan tersebut, kiranya Bapak/Ibu dapat membantunya, jika yang bersangkutan telah menyelesaikan tugasnya agar dikembalikan kepada kami.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kabid Penelitian & Pengembangan
RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan



Linny Lumongga Hrp, S. Kep, Ners, M. Kes
Pembina
NIP.19730915 199702 2 001

Tembusan :
1. Wadir Bidang SDM Dan Pendidikan
2. Arsip



Medan, 30 Juli 2023

No: KP.02/01/00/01/001/2023
 Lamp: satu copy
 Lbl: dua lembar

Kepada Yth: Direktur RSUD Dr. PERINGADI KOTA MEDAN
 di:

Tempat:

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan Program pembelajaran Jurusan Keperawatan Poltekkes Kementerian Kesehatan Tki, Di Ta. 2022 - 2023 diwajibkan menyusun Karya Tulis Ilmiah (KTI) di bidang keperawatan, maka untuk keperluan hal tersebut kami mohon agar pimpinan dan instansi yang saudara pimpin untuk Macamnya tersebut di bawah ini

No.	Nama	NIM	Judul
1.	Armanda Sibero S. Dapet	007520119126	GAMBARAN TINGKAT KELEMASAN PASIEN GAGAK LUNAL KRONIK YANG MENJALAN HEMODIALISA RSUD Dr. PERINGADI KOTA MEDAN TAHUN 2021

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih

Kota, Jurusan Keperawatan

 Johani Dewita Newton SKM, M.Kes
 NIP. 195903121988032001





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN



Jl. Jamin Ginting Km. 13,5 Kel. Lau Cih Medan Tuntungan Kode Pos 20136
Telepon: 061-8368633 Fax: 061-8368644
email : kepk.poltekkesmedan@dirmail.com

PERSETUJUAN KEPK TENTANG
PELAKSANAAN PENELITIAN BIDANG KESEHATAN
Nomor: 09/KEPK/POLTEKES KEMENKES MEDAN 2022

Yang beranda tangan di bawah ini, Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Medan, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian usulan penelitian yang
berjudul :

**"Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang
Menjalani Hemodialisa Di RSUD Dr. Pirngadi
Kota Medan Tahun 2022"**

Yang menggunakan manusia dan hewan sebagai subjek penelitian dengan ketua Pelaksana/
Peneliti Utama : Leonardo Sihongi S. Dapari
Dari Instansi : DIII Koperawatan Poltekkes Kemenkes Medan

Dapat disetujui pelaksanaannya dengan syarat :

- Tidak bertentangan dengan nilai – nilai kemanusiaan dan kode etik penelitian.
- Melaporkan jika ada amandemen protokol penelitian.
- Melaporkan penyimpangan/ pelanggaran terhadap protokol penelitian.
- Melaporkan secara periodik perkembangan penelitian dan laporan akhir.
- Melaporkan kejadian yang tidak diinginkan.

Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian
seperti tertera dalam protokol dengan masa berlaku maksimal selama 1 (satu) tahun

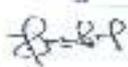
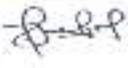
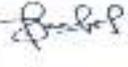
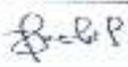
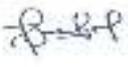
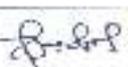
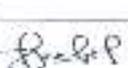
Medan, Agustus 2022
Komisi Etik Penelitian Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Medan

Ketua

Dr. Ir. Zuraidah Nazriah, M.Kes
NIP. 196101101989102001

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

JUDUL : Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD dr. Pirmgadi Kota Medan Tahun 2022
NAMA : Leonardo Sibregi S.Depari
NIM : P07520119126
PEMBIMBING : Juliandi. S.kep. Ns, M.Kep

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran pembimbing	Paraf pembimbing	Paraf mahasiswa
1	Senin, 17 Januari 2022	Konsul Judul	Cari dan baca beberapa jurnal terbaru		
2	Rabu, 19 Januari 2022	Konsul Judul	ACC judul lanjut mengerjakan Bab I		
3	Senin, 24 Januari 2022	Konsul Bab I	Cari teori dan jurnal lanjut mengerjakan Bab II		
4	Selasa, 25 Januari 2022	Konsul perbaikan Bab I, Bab II	Perbaikan Bab I		
5	Senin, 31 Januari 2022	Konsul perbaikan Bab I, Bab II, Bab III	Perbaikan Bab I, Bab II		
6	Kamis, 17 Februari 2022	Konsul perbaikan Bab I, Bab II, Bab III	Perbaikan Bab I, Bab II		
7	Jumat, 18 Februari 2022	Konsul perbaikan Bab I, Bab II, Bab III	Perbaikan Bab I, Bab II, Bab III		

8	Selasa, 22 Februari 2022	Konsul Bab I, II, III, kata pengantar dan daftar pustaka	Perbaiki Bab I, Bab II, Bab III	Bab I	sumi
9	Kamis, 24 Februari 2022	Konsul Bab I, II, III, kata pengantar dan daftar pustaka	Perbaiki Bab I, Bab II, Bab III	Bab I	sumi
10	Jumat, 25 Februari 2022	ACC Proposal	ACC Proposal	Bab I	sumi
11	Selasa, 16 Agustus 2022	Bimbingan KTI Bab 4	Rapikan penulisan sesuai kaidah, Lengkapi	Bab I	sumi
12	Rabu, 17 Agustus 2022	Revisi Bab 4	Lengkapi isi	Bab I	sumi
13	Jumat, 19 Agustus 2022	Revisi Bab 4	ACC Bab 4 lanjut Bab 5	Bab I	sumi
14	Senin, 22 Agustus 2022	Bimbingan Bab 5	Lengkapi kesimpulan	Bab I	sumi
15	Rabu, 24 Agustus 2022	Revisi Bab 5	Lengkapi saran	Bab I	sumi
16	Jumat, 26 Agustus 2022	ACC KTI	ACC KTI	Bab I	sumi

16	Senin, 13 Juni 2022	ACC KTI	Rapikan judul tabel		
17	Rabu, 15 Juni 2022	Revisi Bab 4	Rapikan kesimpulan dan saran.		
18	Kamis, 16 Juni 2022	Revisi Bab 5	ACC KTI		

Medan, Juni 2022
Kaprodi


(Afn/wati, S.Kep. Ns, M.Kes)
Nip. 196610101989032002