

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Berdasarkan teori dari Ratnawati pada tahun 2010 Gagal ginjal kronik (GGK) merupakan masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia dan kini diakui sebagai suatu kondisi umum yang dikaitkan dengan peningkatan risiko penyakit dan GGK. Berdasarkan estimasi Badan Kesehatan Dunia (WHO), secara global lebih dari 500 juta orang mengalami penyakit gagal ginjal kronik. Sekitar 1,5 juta orang harus menjalani hidup bergantung pada cuci darah (hemodialisis). Berdasarkan Pusat Data & Informasi Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia, jumlah pasien gagal ginjal kronik diperkirakan sekitar 50 orang per satu juta penduduk, 60 % nya adalah usia dewasa dan usia lanjut. Menurut Depkes RI 2009, pada peringatan Hari Ginjal Sedunia bahwa hingga saat ini di Indonesia terdapat sekitar 70 ribu orang pasien gagal ginjal kronik yang memerlukan penanganan terapi cuci darah.

Cuci darah (Hemodialisis, sering disingkat HD) adalah salah satu terapi pada pasien dengan gagal ginjal dalam hal ini fungsi pencucian darah yang seharusnya dilakukan oleh ginjal diganti dengan mesin. Dengan mesin ini pasien tidak perlu lagi melakukan cangkok ginjal, namun hanya perlu melakukan cuci darah secara periodik dengan jarak waktu tergantung dari keparahan dari kegagalan fungsi ginjal. Pada kasus gagal ginjal kronik dimana kerusakan fungsi ginjal bersifat permanen, maka cuci darah dilakukan seumur

hidup pasiennya yang dikemukakan oleh Ratnawati tahun 2010. Sedangkan Supriyadi pada tahun 2011 mengatakan proses hemodialisa membutuhkan waktu selama 4 – 5 jam umumnya akan menimbulkan stres fisik, pasien akan merasakan kelelahan, sakit kepala, dan keluar keringat dingin akibat tekanan darah yang menurun. Terapi HD juga akan mempengaruhi keadaan psiko logis pasien. Pasien akan mengalami gangguan proses berpikir dan konsentrasi serta gangguan dalam berhubungan sosial. Pada dimensi psikologis kualitas hidup pasien GGK sebelum menjalani HD sebagian besar merasa cemas setiap akan dilakukan tindakan dialisis. Kegelisahan pasien tampak saat akan dimulainya prosedur-prosedur tindakan HD dengan banyak bertanya kepada perawat atau akan memilih perawat yang akan melakukan insersi pada pasien. Reaksi umum terhadap stres adalah *ansietas* (kecemasan), yaitu suatu kondisi kegelisahan mental, keprihatinan, ketakutan atau firasat atau perasaan putus asa karena ancaman yang akan terhadap atau ancaman antisipasi yang tidak dapat diidentifikasi terhadap diri sendiri atau terhadap hubungan yang bermakna. Kecemasan dikaitkan dengan masa depan, bersifat tidak jelas dan merupakan akibat konflik psikologis atau emosi yang di sampaikan oleh Kozier tahun 2011. Ketidakberdayaan serta kurangnya penerimaan diri pasien menjadi faktor psikologis yang mampu mengarahkan pasien pada tingkat stres, cemas bahkan depresi. Pasien dengan hemodialisa 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 menghilang serta impotensi dan depresi akibat sakit yang kronis dan ketakutan

terhadap kematian di tuliskan oleh Ratnawati tahun 2011. Sedangkan Rahman di tahun 2013 mengatakan Gangguan psikiatrik yang sering ditemukan pada pasien dengan terapi hemodialisis adalah depresi, kecemasan, hubungan dalam perkawinan, serta ketidak kepatuhan dalam diet dan obat – oabatan. Keterbatasan pola atau kebiasaan hidup dan ancaman kematian. Menurut Brunner & Suddarth pada tahun 2002, mengatakan lima cara penting dalam menghadapi penyakit adalah mencoba merasa optimis mengenai masa depan, menggunakan dukungan sosial, menggunakan sumber spiritual, mencoba tetap mengontrol situasi maupun perasaan, dan mencoba menerima kenyataan yang ada.

Menurut Hasibuan tahun 1995 motivasi adalah suatu perangsang keinginan dan daya penggerak kemauan yang akhirnya seseorang bertindak atau berperilaku. Motivasi pada dasarnya merupakan interaksi seseorang dengan situasi tertentu yang dihadapinya. Oleh sebab itu, motivasi adalah suatu alasan seseorang untuk bertindak dalam rangka memenuhi kebutuhan hidupnya, termasuk tindakan dialisis untuk memenuhi kebutuhan kesehatannya yang di sampaikan Notoatmodjo tahun 2010.

Berdasarkan survey awal yang dilakukan oleh peneliti pada 5 dari 80 orang pasien yang menjalani hemodialisa di Ruang HD Rumah Sakit Achmad Mochtar tahun 2015, bahwa didapatkan penggunaan koping berbeda, sebagian pasien sudah menerima keadaan mereka , tapi ada beberapa pasien yang masih menyangkal dan bersikap diam untuk menghadapi masalah yang mereka hadapi. Oleh sebab itu maka peneliti tertarik untuk meneliti hubungan

mekanisme koping dan motivasi dengan kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas yang menjadi rumusan masalah pada penelitian ini adalah apakah ada hubungan mekanisme koping dan motivasi dengan kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui hubungan mekanisme koping dan motivasi dengan kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Diketuainya distribusi frekuensi kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015
- b. Diketuainya distribusi frekuensi mekanisme koping pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015

- c. Diketuainya distribusi frekuensi motivasi pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015
- d. Diketahui hubungan mekanisme koping dengan kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015
- e. Diketahui hubungan motivasi dengan kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Bagi peneliti**

Dapat menambah wawasan dan menambah pengetahuan peneliti tentang hubungan mekanisme koping dan motivasi dengan kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.

##### **1.4.2 Bagi Rumah Sakit**

Sebagai bahan masukan bagi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi pasien gagal ginjal terminal yang menjalani terapi hemodialisa dan dibuatnya program intervensi keperawatan dalam rangka meningkatkan mekanisme koping dan motivasi pasien gagal ginjal terminal yang menjalani terapi hemodialisa.

### **1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan**

Sebagai bahan bacaan bagi mahasiswa serta menambah wawasan mereka tentang hubungan mekanisme coping dan motivasi dengan kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.

### **1.5 Ruang Lingkup Penelitian**

Pada penelitian ini akan dibahas tentang hubungan mekanisme coping dan motivasi dengan kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Variabel independen adalah mekanisme coping dan motivasi, serta yang menjadi variabel dependen adalah kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Populasi adalah seluruh pasien gagal ginjal terminal yang menjalani hemodialisa di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, dengan jumlah rata-rata perbulan 80 orang pada tahun 2014. Penelitian telah dilakukan pada bulan Mei 2015 di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Pengambilan sampel dilakukan secara *total sampling*. Metode penelitian *deskriptif analitik*, dimana pengambilan data dilakukan melalui wawancara terpimpin dengan panduan kuesioner, yang kemudian diolah dan dianalisa secara komputerisasi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Gagal Ginjal Kronik**

##### **2.1.1 Pengertian**

Menurut Brunner & Suddar (2002), Gagal ginjal kronis (GGK) merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversible dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah). Sedangkan Smeltzer (2002), menjelaskan gagal ginjal kronik adalah 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).

Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa gagal ginjal kronik adalah penyakit gagal ginjal yang menyebabkan tubuh tidak mampu mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan serta elektrolit, sehingga diperlukan dialisis atau transplantasi ginjal untuk kelangsungan hidup pasien.

##### **2.1.2 Penyebab**

Menurut Terry & Weaver (2013), Gagal ginjal kronis (GGK) merupakan perubahan fungsi ginjal yang progresif dan ireversibel. Meskipun GGK bersifat irreversible tetapi prosesnya bisa diperlambat dengan obat-obatan dan diet. Pada GGK, ginjal, ginjal kehilangan kemampuannya untuk

mempertahankan homeostatis dengan keseimbangan cairan dan akumulasi sisa metabolisme sehingga menyebabkan penyakit ginjal stadium akhir dan harus didialisis. Pasien yang berisiko tinggi mengalami GGK adalah pasien-pasien diabetes melitus (DM). Sekitar 30 % pasien yang menjalani dialisis menderita DM. Hipertensi merupakan kelompok pasien terbesar kedua yang menjalani dialisis.

Menurut Kowalak dkk (2003), gagal ginjal kronik dapat disebabkan oleh :

- a. Penyakit glomerulus yang kronis
- b. Infeksi kronis
- c. Penyakit polikistik ginjal
- d. Penyakit vaskuler (hipertensi, nefrosklerosis)
- e. Obstruksi renal (batu ginjal)
- f. Penyakit kolagen (lupus)
- g. Preparat nefrotoksik (terapi aminoglikosid yang lama)
- h. Preparat endokrin (nefropati diabetik)

### **2.1.3 Tanda dan Gejala**

Menurut Terry & Weaver (2013), GGK menyebabkan uremia, yang mempengaruhi seluruh sistem tubuh. Banyak gejala tergantung level GGK. Perubahan-perubahan yang mungkin terjadi pada pasien GGK dengan uremia adalah :

- a. Sistem pernafasan : pernapasan kussmaul sebagai respon asidosis metabolik, efusi pleura, edema paru dan penumonitis
- b. Sistem kardiovaskular: hipertensi, disritmia, perikarditis uremikum, gagal jantung

- c. Sistem neurologi : sakit kepala, kesulitan tidur, perubahan tingkat kesadaran sampai ke koma, tremor di tangan dan neuropati perifer
- d. Sistem hematologi: anemia dengan Hb sangat rendah, peningkatan perdarahan, kerusakan fungsi sel darah putih menyebabkan infeksi
- e. Sistem gastro intestinal: mual dan muntah, diare, konstipasi, sariawan, fetor uremikum (ditandai bau mulut yang khas ketika bernafas)
- f. Sistem skletal : nyeri sendi dan bengkak, nyeri tulang dan fraktur patologis karena kadar kalsium yang rendah
- g. Sistem integumen: kulit gatal dan kering, edema karena gagal jantung kanan, pucat karena anemia
- h. Sistem reproduksi : penurunan libido, laki-laki (impotensi, ginekomastia dan penurunan jumlah sperma), perempuan (penurunan gairan seksual, amenorea dan dismenorea).

#### **2.1.4 Komplikasi**

Menurut Kowalak dkk (2003), komplikasi yang mungkin terjadi pada gagal ginjal kronis meliputi :

- a. Anemia
- b. Neuropati perifer
- c. Komplikasi kardiopulmoner
- d. Komplikasi GI
- e. Disfungsi seksual
- f. Dedek skeletal
- g. Paristesia
- h. Disfungsi saraf motorik

### 2.1.5 Pentalaksanaan

Menurut Brunner & Suddar (2002), penatalaksanaan gagal ginjal kronik bertujuan untuk mempertahankan fungsi ginjal dan menunda dialisis.

Beberapa jenis terapi pengganti ginjal menurut Price dan Wilson (2005), yaitu :

#### 1. Hemodialisis (HD = cuci darah)

Pada hemodialisis darah dipompa keluar dari tubuh lalu masuk kedalam mesin dialiser (yang berfungsi sebagai ginjal buatan) untuk dibersihkan dari zat-zat racun melalui proses difusi dan ultrafiltrasi oleh cairan khusus untuk dialisis. Setelah dibersihkan, darah dialirkan kembali kedalam tubuh.

#### 2. Dialisis Peritoneal (cuci darah lewat perut)

proses cuci darah dilakukan didalam tubuh melalui selaput peritoneum (selaput rongga perut). Dialisis peritoneal diawali dengan memasukkan cairan dialisis kedalam rongga perut melalui selang kateter yang telah ditanam dalam rongga perut. Teknik ini memanfaatkan selaput rongga perut untuk menyaring dan membersihkan darah. Ketika cairan dialisis berada dalam rongga perut, zat-zat racun didalam darah akan dibersihkan, juga kelebihan air akan ditarik. Proses dialisis peritoneal ini tidak menimbulkan rasa sakit dan hanya membutuhkan waktu yang singkat, terdiri dari 3 langkah : memasukkan dialisat (cairan dialisis) berlangsung selama 10 menit, dimana sesudah cairan dimasukkan, cairan dibiarkan dalam rongga perut untuk selama periode tertentu (5-6 jam) mengeluarkan cairan yang berlangsung selama 20 menit.

### 3. Transplantasi ginjal (pencangkokan)

Penurunan semua fungsi ginjal akan diikuti penimbunan sisa metabolisme protein, gangguan asam basa dan elektrolit.

## **2.2 Hemodialisis**

### **2.2.1 Pengertian**

Menurut Ratnawati (2014), Cuci darah (Hemodialisis, sering disingkat HD) adalah salah satu terapi pada pasien dengan gagal ginjal dalam hal ini fungsi pencucian darah yang seharusnya dilakukan oleh ginjal diganti dengan mesin. Dengan mesin ini pasien tidak perlu lagi melakukan cangkok ginjal, namun hanya perlu melakukan cuci darah secara periodik dengan jarak waktu tergantung dari keparahan dari kegagalan fungsi ginjal. Cuci darah dilakukan jika ginjal tidak dapat melaksanakan fungsinya dengan baik atau biasa disebut dengan gagal ginjal. Kegagalan ginjal ini dapat terjadi secara mendadak (gagal ginjal akut) maupun yang terjadi secara perlahan (gagal ginjal kronik) dan sudah menyebabkan gangguan pada organ tubuh atau sistem dalam tubuh lain. Hal ini terjadi karena racun – racun yang seharusnya dikeluarkan oleh ginjal tidak dapat dikeluarkan karena rusaknya ginjal.

### **2.2.2 Tujuan**

Menurut Brunner & Suddarth (2002), tujuan dilakukannya hemodialisis adalah :

- a. Membuang produk metabolisme protein seperti urea, kreatinin dan asam urat. Ini berguna untuk mencegah manifestasi klinik yang

berhubungan dengan retensi dan akumulasi toksik uremia seperti ensefalopati, perikarditis, *uremic lung* dan sebagainya

- b. Membuang kelebihan air
- c. Mempertahankan dan mengembalikan system buffer tubuh
- d. Mempertahankan atau mengembalikan kadar elektrolit tubuh.

### **2.2.3 Prinsip Hemodialisis**

Menurut Brunner & Suddarth (2002), tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisa yaitu :

- a. Difusi, toksin dan zat limbah didalam darah dikeluarkan dengan cara bergerak dari darah ke cairan dialisat
- b. Osmosis, air yang berlebihan dikeluarkan dari dalam tubuh dengan menciptakan gradien tekanan
- c. Ultrafiltrasi, gradien yang ditingkatkan dengan menambahkan tekanan negatif pada mesin dialisa.

Hemodialisis dilakukan dengan mengalirkan darah kedalam suatu tabung ginjal buatan (dialiser) yang terdiri dari dua kompartemen yang terpisah. Darah pasien dipompa dan dialirkan ke kompartemen darah yang dibatasi oleh selaput semi permeabel buatan (artifisial) dengan kompartemen dialisat. Kompartemen dialisat dialiri cairan dialisis yang bebas pirogen, berisi larutan dengan komposisi elektrolit mirip serum normal dan tidak mengandung sisa metabolisme nitrogen. Cairan dialisis dan darah yang terpisah akan mengalami perubahan konsentrasi karena zat terlarut berpindah dari konsentrasi yang tinggi ke arah konsentrasi yang rendah

sampai konsentrasi zat terlarut sama di kedua kompartemen (difusi) menurut PAPDI (2001).

#### **2.2.4 Efek Samping Hemodialisa**

Menurut Brunner dan Suddarth (2002), efek samping hemodialisa sebagai berikut:

a. Hipotensi

hipotensi dapat terjadi selama terapi dialisis ketika cairan di keluarkan dan karena pemakaian dialisat asetat, rendahnya dialisat natrium.

b. Kram otot

Kram otot yang nyeri terjadi ketika cairan dan eletrolit dengan cepat meninggalkan ruang ekstra sel.

c. Kelelahan

Kelelahan adalah perasaan subyektif yang tidak menyenangkan berupa kelemahan dan penurunan energi.

d. Kecemasan

Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya, merupakan keluhan yang sering dikeluhkan oleh pasien yang menjalani hemodialisa.

### **2.3 Kecemasan**

#### **2.3.1 Pengertian**

Menurut Halgin & Withbourne (2010), Kecemasan lebih berorientasi masa depan dan bersifat umum, mengacu kepada kondisi ketika individu mengalami kekhawatiran/ kegelisahan, ketegangan dan rasa tidak nyaman

yang tidak terkendali mengenai kemungkinan akan terjadinya sesuatu yang buruk. Sedangkan menurut Stuart & Sundden (2007), Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya. Selain itu Menurut Videbeck (2008), Kecemasan (ansietas) adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. ketika merasa cemas, individu merasa tidak nyaman atau takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi.

### 2.3.2 **Tingkat Kecemasan**

Menurut Stuart (2007), membagi tingkat kecemasan menjadi empat tingkat antara lain:

#### a. Kecemasan Ringan

Kecemasan ini berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, kecemasan ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas. Respon fisiologis ditandai dengan sesekali nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, gejala ringan pada lambung, muka berkerut, bibir bergetar. Respon kognitif merupakan lapang persepsi luas, mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif. Respon perilaku dan emosi seperti tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan, suara kadang-kadang meningkat.

#### b. Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan perhatian pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang terarah. Respon fisiologis: sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, mulut kering, diare, gelisah. Respon kognitif; lapang persepsi menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya. Respon perilaku dan emosi ; meremas tangan, bicara banyak dan lebih cepat, susah tidur dan perasaan tidak enak.

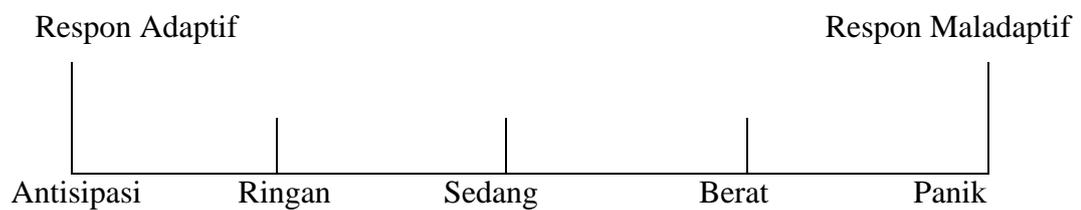
#### c. Kecemasan Berat

Sangat mengurangi lapang persepsi seseorang terhadap sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal yang lain. Semua perilaku ditujukan untuk menghentikan ketegangan individu dengan kecemasan berat memerlukan banyak pengarahannya untuk dapat memusatkan pikiran pada suatu area lain. Respon fisiologi : nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, berkeringat, ketegangan dan sakit kepala. Respon kognitif : lapang persepsi amat sempit, tidak mampu menyelesaikan masalah. Respon perilaku dan emosi : perasaan ancaman meningkat.

d. Panik

Individu kehilangan kendali diri dan detail perhatian hilang. Hilangnya kontrol, menyebabkan individu tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan perintah. Respon fisiologis : nafas pendek, rasa tercekik, sakit dada, pucat, hipotensi, koordinasi motorik rendah. Respon kognitif : lapang persepsi sangat sempit, tidak dapat berpikir logis. Respon perilaku dan emosi: mengamuk dan marah, ketakutan, kehilangan kendali.

**Gambar 2.1**  
**Rentang Respon Kecemasan**



(Sumber : Stuart dan Sundden, 2007)

### 2.3.3 Penyebab Terjadinya Kecemasan

Menurut Stuart & Sundden (2007), ada 2 faktor yang mempengaruhi kecemasan :

#### a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat menyebabkan timbulnya kecemasan, yang berupa ;

- 1) Peristiwa traumatik yang dapat memicu terjadinya kecemasan berkaitan dengan krisis yang dialami individu
- 2) Konflik emosional yang dialami individu dan terselesaikan dengan baik.
- 3) Konsep diri terganggu akan menimbulkan ketidakmampuan individu berpikir secara realitas sehingga akan menimbulkan kecemasan
- 4) Frustrasi akan menimbulkan rasa ketidak berdayaan untuk mengambil keputusan
- 5) Gangguan fisik menimbulkan kecemasan karena merupakan ancaman terhadap integritas fisik yang mempengaruhi konsep diri

#### b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah ketegangan dalam kehidupan yang dapat mencetuskan timbulnya kecemasan, yang dikelompokkan menjadi dua;

- 1) Ancaman terhadap integritas fisik meliputi ;

Sumber internal : kegagalan mekanisme\* fisiologi system, imun, regulasi suhu tubuh, perubahan biologis normal (hamil)

Sumber eksternal : paparan terhadap infeksi virus dan bakteri, polutan lingkungan, kecelakaan, kekurangan nutrisi, tidak adekuatnya tempat tinggal

- 2) Ancaman terhadap harga diri meliputi sumber internal dan eksternal ;

Sumber internal : kesulitan dalam berhubungan interpersonal dirumah dan tempat kerja, penyesuaian terhadap tempat baru

Sumber eksternal : kehilangan orang yang dicintai, perceraian, perubahan status pekerjaan, tekanan kelompok

#### **2.3.4 Pengukuran Tingkat Kecemasan**

Menurut Carpenito (2006), Pengukuran tingkat kecemasan dapat dilihat dari gejala-gejala fisiologis seperti :

- a. Peningkatan frekuensi jantung
- b. Peningkatan tekanan darah
- c. Peningkatan frekuensi pernafasan
- d. Gelisah
- e. Gemetar
- f. Berdebar-debar
- g. Sering berkemih
- h. Insomnia
- i. Keletihan dan kelemahan
- j. Pucat atau kemerahan
- k. Mulut kering, mual dan muntah
- l. Sakit dan nyeri tubuh

- m. Pusing / mau pingsan
- n. Ruam panas atau dingin
- o. Anoreksia

penilaian kecemasan dengan menggunakan *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) adalah sebagai berikut :

0: tidak pernah

1: kadang- kadang

2: sering

3: selalu

**Tabel 2.1**  
**Kecemasan *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS)**

No.	Aspek penilaian	Skor			
		0	1	2	3
1.	Menjadi marah karena hal sepele				
2.	Mulut terasa kering				
3.	Tidak dapat melihat hal yang positif suatu kejadian				
4.	Merasakan gangguan dalam bernafas				
5.	Merasa tidak kuat lagi melakukan suatu kegiatan				
6.	Cenderung bereaksi berlebihan pada situasi				
7.	Kelemahan pada anggota tubuh				
8.	Kesulitan untuk relaksasi / bersantai				
9.	Cemas yang berlebihan dalam situasi namun bisa lega jika hal / situasi itu berakhir				
10.	Pesimis				
11.	Mudah merasa kesal				
12.	Merasa banyak menghabiskan energi karena cemas				
13.	Merasa sedih dan depresi				
14.	Tidak sabaran				
15.	Kelelahan				
16.	Kehilangan minat pada banyak hal misalnya makan				
17.	Merasa diri tidak layak				
18.	Mudah tersinggung				
19.	Berkeringat (misal: tangan berkeringat)				
20.	Ketakutan tanpa alasan yang jelas				
21.	Merasa hidup tidak bahagia				
22.	Sulit untuk beristirahat				
23.	Kesulitan untuk menelan				

24.	Tidak dapat menikmati hal-hal yang saya lakukan
25.	Perubahan kegiatan jantung dan denyut nadi tanpa stimulasi oleh latihan fisik
26.	Merasa hilang harapan dan putus asa
27.	Mudah marah
28.	Mudah panik
29.	Kesulitan untuk tenang setelah sesuatu mengganggu
30.	Takut terhambat oleh tugas-tugas yang tidak bisa dilakukan
31.	Sulit untuk antusias pada suatu hal
32.	Sulit mentoleransi gangguan-gangguan terhadap hal yang sedang dilakukan
33.	Berada pada keadaan tegang
34.	Merasa tidak berharga
35.	Tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi anda untuk menyelesaikan hal yang sedang anda lakukan
36.	Ketakutan
37.	Tidak ada harapan untuk masa depan
38.	Merasa hidup tidak berarti
39.	Mudah gelisah
40.	Khawatir dengan situasi saat diri anda mungkin menjadi panik
41.	Gemetar
42.	Sulit untuk meningkatkan inisiatif dalam melakukan sesuatu

*Sumber : Nursalam (2011)*

Skor penilaian kecemasan berdasarkan DASS :

Normal	: 0 - 29
Kecemasan ringan	: 30 - 59
Kecemasan sedang	: 60 - 89
Kecemasan berat	: 90 – 119
Sangat berat	: > 120

### 2.3.5 Gangguan Terkait Kecemasan

Menurut Videbeck (2008), ada beberapa gangguan terkait kecemasan diantaranya :

a. Gangguan kecemasan lain

Yaitu gangguan kecemasan terkait dengan penggunaan obat-obatan atau zat lain, peristiwa traumatik, atau penyakit. Kecemasan ini juga mengganggu kehidupan, hubungan, pekerjaan dan fungsi sosial individu.

b. Gangguan kecemasan umum

Yaitu individu merasa sangat khawatir dan merasa sangat cemas sekurang-kurangnya separuh waktu dari periode enam bulan atau lebih. Karena tidak mampu mengendalikan fokus kekhawatiran, individu mengalami tiga atau lebih gejala seperti gelisah, iritabilitas, otot tegang, letih, sulit berpikir, dan gangguan tidur.

c. Gangguan kecemasan akibat kondisi medis umum

Merupakan suatu kategori diagnostik ketika gangguan kecemasan, gangguan kecemasan umum, atau serangan panik secara langsung dikaitkan dengan kondisi medis umum individu. Gangguan kecemasan dapat terjadi akibat obat-obatan, toksin, atau penyalahgunaan zat. Gejala dapat muncul selama penggunaan zat atau selama putus zat, yang terlihat melalui perilaku yang terkait dengan salah satu gangguan kecemasan.

d. Gangguan stres pasca trauma

Dapat terjadi pada individu yang menyaksikan sebuah peristiwa yang berpotensi mematikan dan sangat menakutkan.

e. Gangguan stres akut

Gangguan ini sama dengan gangguan pasca traumatik, tetapi respons yang muncul bersifat lebih disosiatif. Individu merasa bahwa peristiwa tersebut tidak nyata, berpikir bahwa ia tidak nyata, dan melupakan beberapa aspek peristiwa tersebut melalui amnesia, keterpisahan emosional dan ketidak sabaran yang membingungkan terhadap lingkungan.

f. Gangguan mekanisme koping

Gangguan ini seperti kondisi individu mengalami kekhawatiran, kegelisahan yang tidak terkendali mengenai kemungkinan akan terjadi sesuatu yang buruk.

## **2.4 Mekanisme Koping**

### **2.4.1 Pengertian**

Menurut Smeltzer (2002), Mekanisme Koping merupakan usaha kognitif dan perilaku yang dilakukan untuk mengatur kebutuhan eksternal dan internal tertentu yang membatasi sumber seseorang. Sedangkan menurut Stuart (2007), Koping adalah tiap upaya yang ditujukan untuk penatalaksanaan stress, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan ego yang digunakan untuk melindungi diri sendiri.

Koping dapat berfokus emosi atau berfokus masalah. Koping berfokus emosi dilakukan untuk membuat seseorang merasa lebih nyaman dan memperkecil gangguan emosi yang dirasakan. Koping berfokus masalah bertujuan untuk membuat perubahan langsung dalam lingkungan sehingga situasi dapat diterima dengan lebih efektif.

#### **2.4.2 Sumber Koping**

Menurut Smeltzer (2002), sumber sumber mekanisme koping sebagai berikut :

##### **a. Sumber-sumber pribadi**

Penilaian dan koping dipengaruhi oleh karakter eksternal seseorang, meliputi kesehatan dan energi, begitu juga sistem kepercayaan, komitmen atau tujuan hidup, dan perasaan seseorang seperti harga diri, kontrol dan kemahiran (pengetahuan), keterampilan pemecahan masalah dan keterampilan sosial dalam berkomunikasi dan berinteraksi dengan orang lain.

##### **b. Sumber-sumber eksternal**

Dukungan sosial adalah sumber daya eksternal utama. Sifat dukungan sosial dan pengaruhnya pada penyelesaian masalah telah diteliti secara ekstensif dan telah terbukti sebagai moderator stress kehidupan yang efektif. Menurut Cobb (1976), melalui dukungan seseorang akan percaya bahwa dirinya diperhatikan atau dicintai, melalui adanya dukungan emosional. Seseorang akan merasa bahwa dirinya dianggap atau dihargai dengan adanya dukungan harga diri. Dukungan sosial

memfasilitasi perilaku koping seseorang, namun hal ini kondisional pada sifat dukungan sosial.

Sumber material adalah sumber dukungan eksternal lain dan meliputi barang dan jasa yang dapat dibeli. Mengatasi keterbatasan masalah lingkungan akan lebih mudah bagi individu yang mempunyai sumber finansial yang memadai karena perasaan ketidak berdayaan terhadap ancaman menjadi berkurang.

### **2.4.3 Koping terhadap Penyakit**

Menurut Jalowiec (1993) dalam Smeltzer (2002), mekanisme koping terhadap penyakit yang banyak digunakan adalah :

- a. Mencoba merasa optimis mengenai masa depan
- b. Menggunakan dukungan sosial
- c. Menggunakan sumber spiritual
- d. Mencoba tetap mengontrol situasi maupun perasaan
- e. Mencoba menerima kenyataan yang ada

Dalam mekanisme koping ini, baik pasien maupun anggota keluarga menggunakan kombinasi antara koping yang berfokus pada emosi maupun yang berfokus pada masalah dalam menghadapi stresor yang berhubungan dengan penyakit.

- f. Pencarian informasi
- g. Menyusun ulang prioritas kebutuhan dan peran
- h. Menurunkan tingkat harapan
- i. Melakukan kompromi
- j. Membandingkan dengan orang lain

- k. Perencanaan aktivitas untuk menghemat energi
- l. Melakukan satu persatu
- m. Memahami tubuh
- n. Melakukan bicara sendiri untuk meningkatkan keberanian diri

#### **2.4.4 Faktor – factor yang mempengaruhi mekanisme koping**

- a. Optimisme

Sebuah penelitian menunjukkan adanya hubungan antara optimisme dengan kesehatan yang baik. Misalnya individu yang mempunyai pemikiran yang lebih pesimis selama masa sakitnya akan lebih menderita dan mengalami distress menurut Gill dkk (1990). Pikiran yang optimis dapat membuat keadaan yang stressfull sebagai suatu hal yang harus dihadapi dan di selesaikan, oleh karena itu, individu lebih akan memilih menyelesaikan dan menghadapi masalah yang ada dibandingkan dengan individu yang mempunyai pikiran yang pesimis.

- b. Dukungan social

Menurut Taylor (1999), individu dengan dukungan sosial tinggi akan mengalami stress yang rendah ketika mereka mengalami stress, dan mereka akan mengatasi stress atau melakukan koping dengan lebih baik.

- c. Pendidikan

Menurut Notoatmodjo (2005), pendidikan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan untuk memelihara, dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu tingkat pendidikan individu memberikan kesempatan lebih

banyak terhadap diterimanya pengetahuan baru termasuk informasi kesehatan

d. Pengetahuan

Menurut Glanz (2002), perilaku kesehatan akan tumbuh dari keinginan individu untuk menghindari suatu penyakit dan kepercayaan bahwa tindakan kesehatan yang tersedia akan mencegah suatu penyakit. Ketidak seimbangan antara koping individu dengan banyaknya informasi yang tersedia dapat menghambat kesembuhan

e. Harapan akan *self-efficacy*

Menurut Bandura (1986), harapan akan *self-efficacy* berkenaan dengan harapan kita terhadap kemampuan diri dalam mengatasi tantangan yang kita hadapi, harapan terhadap kemampuan diri untuk menampilkan tingkah laku terampil, dan harapan terhadap kemampuan diri untuk dapat menghasilkan perubahan hidup yang positif.

#### **2.4.5 Jenis mekanisme koping**

Menurut Kelliat (1999) koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan dan respon terhadap situasi yang mengancam. Upaya individu dapat berupa perubahan cara berfikir (kognitif), perubahan perilaku, atau perubahan lingkungan yang bertujuan untuk menyesuaikan stress yang dihadapi.

Mekanisme koping ada dua macam yaitu :

- 1) Mekanisme koping adaptif adalah suatu usaha yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah akibat adanya stressor atau tekanan yang bersifat positif, rasional, dan konstruktif

2) Mekanisme koping maladaptif adalah suatu usaha yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah akibat adanya stressor atau tekanan yang bersifat negative, merugikan dan destruktif serta tidak dapat menyelesaikan masalah secara tuntas.

Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang di sadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi tuntutan situasi stress secara realistis, seperti perilaku menyera, menarik diri dan kompromi. Mekanisme pertahanan ego membantu mengatasi kecemasan ringan sedang dan berat. Intervensi terhadap tingkat kecemasan sedang yaitu dengan membantu memiliki koping terhadap ancaman. Dorong klien untuk menggunakan koping adaptif dan efektif yang telah berhasil digunakan. Tetapi karena mekanisme tersebut berlangsung secara relative pada tingkat tidak sadar dan mencangkup penipuan diri dan distorsi realitas, mekanisme ini dapat menjadi respons maladaptive terhadap stress. Motivasi klien untuk melakukan aktifitas. Dorong klien untuk melakukan aktifitas yang disukainya, hal ini akan membatasi kemungkinan klien menggunakan mekanisme koping yang tidak adekuat dan meningkatkan partisipasi dan perasaan puas menurut Suliswati (2005).

## **2.5 Motivasi**

### **2.5.1 Pengertian**

Menurut Semiun (2006), Motivasi merupakan suatu istilah umum yang mencakup tingkah laku yang mencari tujuan dan yang berkembang karena adanya tujuan-tujuan. Motif adalah suatu proses yang agak spesifik dan yang telah dipelajari, diarahkan pada suatu tujuan. Motivasi juga dapat

diartikan proses menggiatkan, mempertahankan dan mengarahkan tingkah laku pada suatu tujuan tertentu yang diinginkan, dan menjauhi situasi yang tidak menyenangkan bagi individu yang bersangkutan.

Sedangkan menurut Notoatmodjo (2010), Motivasi berasal dari kata Latin *moreve* yang berarti dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku. Pengertian motivasi yang dirumuskan oleh Terry G adalah keinginan yang terdapat pada diri seseorang individu yang mendorongnya untuk melakukan perbuatan-perbuatan atau perilaku.

Menurut Suarli & Bahtiar (2010). Motivasi adalah karakteristik psikologis manusia yang memberi kontribusi pada tingkat komitmen seseorang. Hal ini termasuk faktor-faktor yang menyebabkan, menyalurkan dan mempertahankan tingkah laku manusia dalam arah tekad tertentu.

Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa motivasi adalah dorongan yang datang dari dalam dan luar diri seseorang untuk mengarahkan tingkah laku pada suatu tujuan yang diinginkan dan menjauhi situasi yang tidak menyenangkan bagi individu yang bersangkutan.

### **2.5.2 Pendekatan dalam Mempelajari Motivasi**

Menurut Notoatmodjo (2010), ada beberapa pendekatan dalam mempelajari motivasi yaitu :

#### **a. Pendekatan instink**

Instink adalah pola perilaku yang dibawah sejak lahir yang secara biologis diturunkan. Beberapa instink mendasar adalah instink untuk menyelamatkan diri dan instink untuk hidup.

b. Pendekatan pemuasan kebutuhan

Teori yang menekankan pada apa yang menarik seseorang untuk berperilaku ini menjelaskan motivasi dalam suatu gerak sirkuler. Manusia terdorong untuk berperilaku tertentu guna mencapai tujuannya sehingga tercapailah keseimbangan. Misalnya jika kita sakit kepala terjadi ketidakseimbangan dalam tubuh, kita merasa tidak nyaman sehingga memunculkan perilaku untuk minum obat dengan tujuan untuk menghilangkan sakit kepala tersebut. Orang sakit akan lebih mudah termotivasi untuk mengubah perilakunya, karena kesehatan menjadi kebutuhannya. Jika kebutuhan sudah terpenuhi, maka ketegangan akan menurun dan kondisi menjadi seimbang kembali.

c. Pendekatan insentif

Pendekatan ini mempelajari motif yang berasal dari luar diri individu yang bersangkutan atau disebut juga sebagai motif ekstrinsik.

d. Pendekatan ariusal

Pendekatan ini mencari jawaban atas tingkah laku dimana tujuan dari perilaku ini adalah untuk memelihara atau meningkatkan rasa ketegangan. Pandangan hedonistik mengatakan bahwa manusia selalu mencari kenikmatan atau hal-hal yang membuatnya merasa senang dan menghindari hal-hal yang tidak menyenangkan.

e. Pendekatan kognitif

Pendekatan ini menjelaskan bahwa motivasi adalah merupakan produk dari pikiran, harapan dan tujuan seseorang. Motif intrinsik akan

mendorong kita untuk melakukan sesuatu aktifitas guna memenuhi kesenangan kita dan bukan karena ingin mendapatkan pujian.

### **2.5.3 Tujuan Motivasi**

Menurut purwanto (2004), motivasi berkaitan erat dengan tujuan. Secara umum dapat dikatakan bahwa tujuan motivasi adalah untuk menggerakkan atau menggugah seseorang agar timbul keinginan dan kemauan untuk melakukan sesuatu sehingga dapat memperoleh hasil atau mencapai tujuan tertentu. Sudah jelas bahwa setiap tindakan motivasi mempunyai tujuan. Semakin jelas tujuan yang diharapkan atau yang akan dicapai, makin jelas pula bagaimana tindakan motivasi dilakukan.

### **2.5.4 Fungsi Motivasi**

Menurut Sardiman (2003), ada tiga fungsi motivasi yaitu :

- a. Mendorong manusia untuk berbuat, jadi sebagai penggerak atau motor yang melepaskan energy. Motivasi dalam hal ini merupakan motor penggerak dari setiap kegiatan yang akan di kerjakan.
- b. Menentukan arah perbuatan yakni kearah suatu yang hendak dicapai. Dengan demikian motivasi dapat memberikan arah dan kegiatan yang harus dikerjakan sesuai dengan rumusan tujuannya.
- c. Menyeleksi perbuatan, yakni menentukan perbuatan-perbuatan apa yang harus dikerjakan yang serasi guna mencapai tujuan, dengan menyisihkan perbuatan-perbuatan yang tidak bermanfaat bagi tujuan tersebut.

### 2.5.5 Teori Motivasi

Maslow mengungkapkan konsep “Heirarki prapotensi” yang berarti bahwa suatu kebutuhan yang tingkatnya lebih tinggi tidak bisa muncul sebelum kebutuhan yang lebih prapoten dipuaskan. Menurut Maslow kebutuhan tersebut disusun menurut tingkatan berikut :

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan ini merupakan titik tolak untuk motivasi. Kebutuhan untuk mempertahankan kesejahteraan fisik dan untuk memuaskan tegangan-tegangan yang disebabkan oleh lapar, haus, letih, seks, stres, sakit fisik dan kurang tidur merupakan kebutuhan fisiologis.

b. Kebutuhan akan rasa aman

Apabila kebutuhan fisiologis telah dipuaskan, maka muncul kebutuhan akan rasa aman. Kebutuhan ini juga berperan dan dominan, tetapi tidak begitu kuat jika dibandingkan kebutuhan fisiologis. Pentingnya memuaskan kebutuhan akan rasa aman dapat terlihat dengan lebih jelas pada anak-anak dari pada orang dewasa.

c. Kebutuhan akan cinta dan memiliki

Kebutuhan akan cinta sangat terasa apabila kekasih, istri, suami atau anak-anak tidak ada. Kebutuhan akan cinta bisa terungkap dalam keinginan akan teman-teman atau dalam keinginan akan hubungan-hubungan afektif dengan orang lain. Makin lama makin sulit memuaskan kebutuhan akan cinta dan memiliki karena mobilitas.

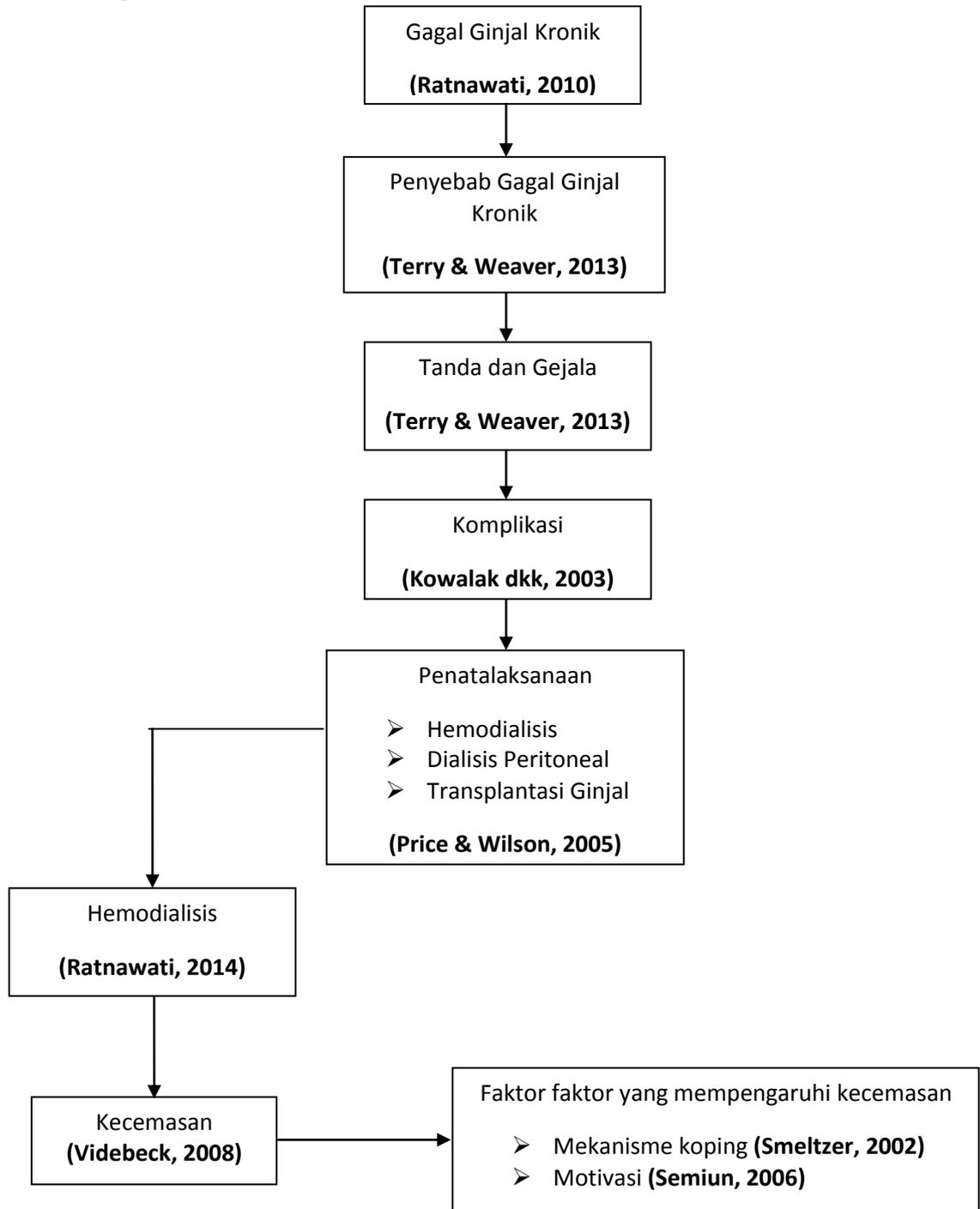
d. Kebutuhan akan penghargaan

Kebutuhan akan penghargaan dapat berasal dari diri sendiri ataupun orang lain. Penghargaan yang berasal dari luar dapat berdasarkan reputasi, kekaguman, status, popularitas, prestise atau keberhasilan dalam masyarakat. Sedangkan penghargaan terhadap diri sendiri adalah dengan mengetahui diri kita dengan baik dan mampu menilai secara objektif kebaikan ataupun kelemahan diri.

e. Kebutuhan akan aktualisasi diri

Aktualisasi dapat didefinisikan sebagai perkembangan yang paling tinggi dan penggunaan semua bakat seseorang. Aktualisasi diri dapat didefinisikan sebagai perkembangan yang paling tinggi dan penggunaan semua bakat (Semiun, 2006).

## 2.6 Kerangka Teori



**BAGAN 2.6 Kerangka Teori**

**Hubungan Mekanisme Koping dan Motivasi dengan Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa**

## BAB III

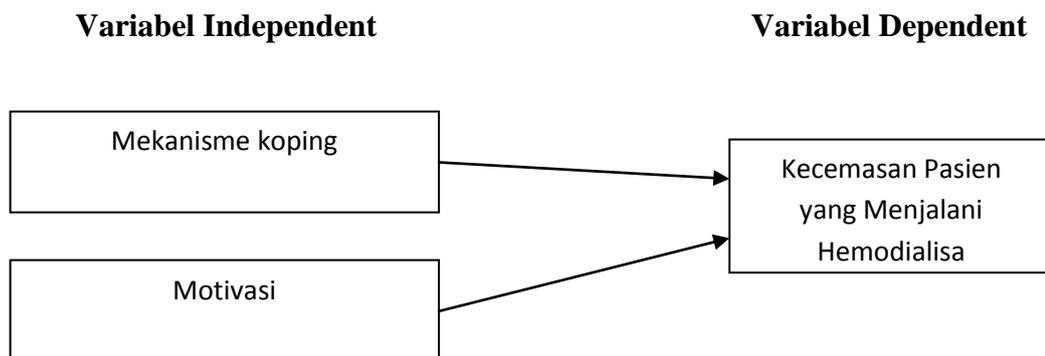
### KERANGKA KONSEP

#### 3.1 Kerangka Konsep

Menurut Notoatmodjo (2011), Kerangka konsep merupakan formulasi dari teori-teori yang mendukung penelitian, yang terangkum dalam variabel independent dan variabel dependent. Variabel independen adalah variabel bebas, sedangkan variabel dependen adalah variabel terikat yang dapat dipengaruhi oleh variabel independen. Pada penelitian ini yang menjadi variabel independent yaitu mekanisme coping dan motivasi. Dan yang menjadi variabel dependent adalah kecemasan pasien yang menjalani hemodialisa. Adapun kerangka konsep pada penelitian ini tergambar pada skema berikut:

Skema 3.1

#### Kerangka Konsep



### 3.2 Defenisi Operasional

**Tabel 3.1**  
**Defenisi Operasional**

No.	Variabel	Defenisi Operasional	Alat ukur	Cara Ukur	Skala	Hasil Ukur
1.	<b>Dependent</b> Kecemasan	Respon psikologis pasien terhadap penyakit dan terapi hemodialisa yang harus dijalani	Kuisisioner berdasarkan DASS <i>Depression Anxiety Stress Scale</i> )	Wawancara terpimpin	Ordinal	Ringan : 1-60 Sedang : 61-120  (Nursalam,2011)
2	<b><u>Independen</u></b> Mekanisme koping	Usaha kognitif atau perilaku yang dilakukan pasien hemodialisa agar dapat menerima keadaannya	Kuesioner	Wawancara Terpimpin	Ordinal	Adaptif: $\geq$ mean (58) Maladaptif: $<$ mean (58)  (Hastono, 2010)
3.	Motivasi	Dorongan yang datang dari dalam dan luar diri pasien hemodialisa untuk menjalani hidup dengan ketergantungan pada hemodialisa	Kuesioner	Wawancara terpimpin	Ordinal	Tinggi : $\geq$ mean (17) Rendah: $<$ mean (17)  (Hastono, 2010)

### **3.3 Hipotesis**

#### **3.3.1 Definisi Hipotesis**

Menurut Notoadmodjo (2005), hipotesis adalah jawaban sementara penelitian, patokan duga atau dalil sementara yang kebenarannya akan diteliti dan dibuktikan dalam penelitian tersebut.

#### **3.3.2 Ha :**

- a. Ada hubungan mekanisme koping dengan kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015
- b. Ada hubungan motivasi dengan kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1 Jenis dan Desain Penelitian**

Menurut Notoatmodjo (2010), Penelitian ini menggunakan metode *deskriptif analitik* dengan desain *cross sectional* yaitu suatu penelitian yang bertujuan untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat. Penelitian dilakukan terhadap variabel yang diduga berhubungan, yaitu hubungan mekanisme koping dan motivasi dengan kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa, dimana pengumpulan data dilakukan sekaligus pada waktu yang sama.

#### **4.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian direncanakan di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, dengan alasan bahwa Rumah Sakit tersebut merupakan Rumah Sakit pendidikan dengan pelayanan hemodialisa yang cukup lengkap. Peneliti memilih tempat penelitian ini karena banyaknya pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit ini dan rata-rata kunjungan pasien hemodialisa 80 orang per bulan. Penelitian akan dilaksanakan pada bulan Mei 2015.

### **4.3 Populasi, Sampel dan Teknik sampling**

#### **4.3.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian (Notoatmojo, 2010).

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, dengan jumlah rata-rata per bulan sebanyak 80 orang pasien per bulan pada tahun 2014.

#### **4.3.2 Sampel**

Menurut Notoatmodjo (2010), Sampel adalah sebagian dari populasi atau keseluruhan objek yang akan diteliti dan dianggap mewakili dari populasi.

Pengambilan sampel dilakukan secara *accidental sampling*, yaitu pengambilan sampel yang kebetulan ada pada waktu penelitian. Adapun kriteria sampel adalah :

a. Kriteria Inklusi :

- 1) Pasien Gagal Ginjal yang menjalani terapi hemodialisa pertama sampai ketiga kali
- 2) Ditemui selama penelitian di unit hemodialisa
- 3) Dapat berkomunikasi dengan baik
- 4) Bersedia menjadi responden

b. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Pasien yang tidak datang hemodialisis dalam waktu penelitian
- 2) Pasien yang tidak bersedia diteliti
- 3) Pasien dalam keadaan kritis

Besarnya sampel dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan rumus:

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

Keterangan :

n = Besar sampel

N = Besar Populasi

d = Tingkat kepercayaan / ketepatan yang diinginkan (90%)

maka :

$$n = \frac{80}{1 - 80(0,1^2)}$$

$$n = \frac{80}{1 - 0,8}$$

$$n = \frac{80}{1,8}$$

$$n = 44,44$$

$$n = 45$$

### 4.3.3 Teknik Sampling

Menurut Nursalam (2011), Sampling adalah suatu proses yang akan menyeleksi proporsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Sedangkan teknik sampling menurut Hidayat (2008), adalah suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada. Teknik sampling yang peneliti gunakan adalah *accidental* sampling yaitu pengambilan sampel yang dilakukan secara kebetulan bertemu. Apabila dijumpai ada maka sampel tersebut diambil dan langsung dijadikan sebagai sampel utama. (Hidayat, 2008)

#### **4.4 Teknik Pengumpulan Data**

##### **4.4.1 Data Primer**

Data primer yaitu data yang diperoleh langsung dari responden. Pengumpulan data dilakukan dengan cara pengukuran langsung yaitu melalui wawancara terpimpin dengan panduan kuesioner. Sebelumnya diajukan surat permohonan menjadi responden, setelah setuju menjadi responden dan menandatangani surat persetujuan kemudian dilakukan pengumpulan data dengan mengajukan pertanyaan kepada responden.

##### **4.4.2 Data Sekunder**

Data sekunder yaitu data yang diambil dari rekam medik RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi untuk mengetahui pasien yang menjalani terapi hemodialisa.

#### **4.5 Teknik Pengolahan dan Analisa Data**

##### **4.5.1 Teknik Pengolahan**

###### **a. Mengedit (*Editing*)**

Setelah kuesioner selesai diisi, maka setiap kuesioner diperiksa apakah diisi dengan benar dan lengkap, kemudian apakah tiap pernyataan sudah dijawab oleh responden.

###### **b. Mengkode data (*coding*)**

Memberikan kode tertentu pada setiap data yang dikumpulkan. Pada variabel kecemasan pasien dikategorikan 1 berarti kecemasan ringan, 2 berarti kecemasan sedang, 3 berarti berat. Variabel mekanisme koping, kategori maladaptif diberi kode 1 dan adaptif

diberi kode 2. Untuk motivasi, kategori rendah diberi kode 1 dan motivasi tinggi diberi kode 2.

c. Proses (*processing*)

Pada tahap ini dilakukan kegiatan proses data terhadap semua kuisioner yang lengkap dan benar untuk dianalisis. Pengolahan data dengan bantuan program komputer yang dimulai dengan entry data ke dalam program komputer menggunakan rumus chi-square.

d. Pembersihan data (*cleaning*)

Pengecekan kembali data yang telah dimasukkan ke komputer untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan, ketidaklengkapan data dsb (Notoatmodjo, 2010).

#### 4.5.2 Teknik Analisa Data

a. Analisa *Univariat*

Analisa *univariat* bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian, yang disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan persentase (Notoatmodjo, 2010).

Kemudian hasil yang didapatkan adalah distribusi tiap variabel dengan menggunakan rumus:

$$P = \frac{F}{n} \times 100\%$$

Keterangan:

P : Persentase

F: frekuensi jawaban ( jumlah skor dalam seluruh responden)

N: jumlah responden ( Arikunto, 2001)

b. Analisa *Bivariat*

Menurut Trihendradi.C (2009), Analisa *bivariat* dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan. Analisis hasil uji statistic menggunakan *Chi-Square* test untuk menyimpulkan adanya hubungan 2 variabel. Analisa data menggunakan derajat kemaknaan signifikan 0,05. Hasil analisa chi-square dibandingkan dengan nilai p, dimana bila  $p \leq 0,05$  artinya secara statistik bermakna dan apabila nilai  $p > 0,05$  artinya secara statistik tidak bermakna.

Hubungan antar dua variable penelitian dengan uji statistic Chi Square test dengan rumus :

$$X^2 = \sum \frac{O - E^2}{E}$$

Keterangan :

$X^2$  = Chi Square

O = Nilai observasi atau nilai yang diperoleh dari penelitian

E = Nilai yang diharapkan

#### **4.6 Etika Penelitian**

Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan izin kepada responden untuk mendapatkan persetujuan penelitian. Setelah mendapatkan persetujuan barulah peneliti melakukan penelitian dengan menegakkan masalah etika. Menurut (Hidayat 2007). Masalah etika dalam penelitian ini meliputi :

#### **4.6.1 *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)**

Merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai judul penelitian dan manfaat penelitian. Jika responden menolak maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

#### **4.6.2 *Anonymity* (Tanpa Nama)**

Merupakan masalah etika dalam penelitian dengan cara tidak memberikan nama responden pada lembar pengumpulan data. Lembar tersebut hanya diberi inisial tertentu.

#### **4.6.3 *Confidentiality* (Kerahasiaan)**

Merupakan masalah etika dengan menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya, semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti.

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **5.1 Hasil Penelitian**

##### **5.1.1 Pelaksanaan Penelitian**

Penelitian yang berjudul “Hubungan Mekanisme Koping Dan Motivasi Dengan Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015 ” ini dilaksanakan dari 13 sampai dengan 26 Juli 2015.

Adapun responden dalam penelitian ini sebanyak 45 orang pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah dengan angket dan wawancara. Hasil penelitian ini dianalisis dengan analisa univariat dan analisa bivariante. Analisa univariat digunakan untuk melihat distribusi frekuensi kecemasan pasien, distribusi frekuensi mekanisme koping dan distribusi frekuensi motivasi pasien. Sedangkan analisa bivariante untuk melihat hubungan hubungan mekanisme koping dan motivasi dengan kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Setelah data dikumpulkan kemudian diolah dengan menggunakan sistem komputerisasi.

##### **5.1.2 Hasil Analisa Univariat**

Analisa univariat digunakan untuk menganalisa distribusi frekuensi kecemasan pasien, distribusi frekuensi mekanisme koping dan distribusi frekuensi motivasi pasien.

**5.1.2.1** Distribusi Frekuensi Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015

**Tabel 5.1**  
**Distribusi Frekuensi Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015**

<b>Kecemasan</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Ringan	20	44,6
Sedang	25	55,6
Total	45	100

Berdasarkan table 5.1 menunjukkan bahwa lebih dari separoh (55,6%) responden gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa mengalami cemas pada tingkat sedang.

**5.1.2.2** Distribusi Frekuensi Mekanime Koping Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015

**Tabel 5.2**  
**Distribusi Frekuensi Mekanime Koping Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015**

<b>Mekanime Koping</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Adaptif	17	37,8
Maladaptive	28	62,2
Total	45	100

Berdasarkan table 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar (62,2%) responden gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa memiliki koping maladaptif.

**5.1.2.3 Distribusi Frekuensi Motivasi Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015**

**Tabel 5.3**  
**Distribusi Frekuensi Motivasi Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015**

Motivasi	f	%
Tinggi	12	26,7
Rendah	33	73,3
Total	45	100

Berdasarkan table 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar (73,3%) responden gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa memiliki motivasi yang rendah.

**5.1.3 Hasil Analisa Bivariat**

**5.1.3.1 Hubungan Mekanisme koping dengan Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015**

**Tabel 5.4**  
**Hubungan Mekanisme koping dengan Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015**

Mekanisme koping	Kecemasan				Total		p	OR
	Sedang		Ringan		f	%		
	f	%	f	%				
Maladaptif	24	85,7	4	14,3	28	100	0,00	96,00
Adaptif	1	5,9	16	94,1	17	100		
Total	25	55,6	20	44,4	45	100		

Berdasarkan table 5.4 menunjukkan bahwa dari 28 responden yang dihemodialisa yang memiliki mekanisme koping maladaptif mengalami kecemasan sedang 85,7% dan kecemasan ringan 14,3% sedangkan dari 17 responden yang memiliki mekanisme koping maladaptif mengalami kecemasan ringan sebanyak 94,1% dan kecemasan sedang 5,9% , dan didapat p value 0,000 yang berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara mekanisme koping dengan kecemasan pada pasien yang menjalani hemodialisa di ruang hemodialisa RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi 2015, dengan OR (odds ratio) 96,00, artinya bahwa pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa yang memiliki mekanisme koping maladaptif berpeluang 96 kali mengalami kecemasan sedang dibandingkan pasien yang memiliki mekanisme koping adaptif. .

**Tabel 5.5**  
**Hubungan Motivasi dengan Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik**  
**Yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi**  
**Tahun 2015**

Motivasi	Kecemasan				Total		p	OR
	Sedang		Ringan		f	%		
	f	%	f	%				
Rendah	23	69,7	10	30,3	33	100	0,005	11,50
Tinggi	2	16,7	10	83,3	12	100		
Total	25	55,6	20	44,4	45	100		

Berdasarkan table 5.5 didapatkan bahwa dari 33 responden yang menjalani hemodialisa didapat 23 responden yang memiliki motivasi rendah mengalami kecemasan sedang 69,7% dan 30,3% mengalami kecemasan ringan. Sedangkan dari 12 responden memiliki motivasi tinggi mengalami kecemasan ringan sebanyak 83,3% dan kecemasan sedang 16,7%. Dari

hasil analisis diperoleh nilai  $p=0,005$  ( $p<0,05$ ) yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara motivasi dengan kecemasan responden gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa dengan OR (odds ratio) =11,500 yang berarti bahwa pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa yang memiliki motivasi rendah berpeluang 11,5 kali mengalami kecemasan ringan dibandingkan dengan pasien yang memiliki motivasi tinggi.

## **5.2 Pembahasan**

### **5.2.1 Analisa Univariat**

#### **5.2.1.1. Distribusi Frekuensi Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015**

Berdasarkan table 5.1 ditunjukkan bahwa Lebih dari separoh atau sebanyak 55,6% pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa mengalami cemas pada tingkat sedang.

Penelitian yang dilakukan Ainivi F. Tangian (2015), tentang lama menjalani hemodialisa dengan kecemasan pasangan hidup pasien gagal ginjal kronik di RSUP Prof dr.R. D. Kandou Manado, dalam penelitian ini sampel sebanyak 34 pasangan hidup, hasil penelitian sebagian besar 19 responden (55,9%) tidak mengalami kecemasan. Hasil uji korelasi *Chi Square* adalah  $p$  value  $0,064 > 0,05$  yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara lamanya menjalani hemodialisa dengan tingkat

kecemasan pada pasien yang menderita gagal ginjal kronik di RSUP Prof dr.R. D. Kandou Manado.

Kecemasan adalah sesuatu yang menimpa hampir setiap orang pada waktu tertentu dalam kehidupannya. Kecemasan merupakan reaksi normal terhadap situasi yang sangat menekan kehidupan seseorang (Ramaiah, 2003). Teori psikoanalitis klasik menyatakan bahwa pada saat individu menghadapi situasi yang dianggapnya mengancam, maka secara umum ia akan memiliki reaksi yang biasanya berupa rasa takut. Kebingungan menghadapi stimulus yang berlebihan dan tidak berhasil diselesaikan oleh ego, maka ego akan diliputi kecemasan. Kecemasan sebagai syarat bagi ego untuk melakukan tindakan-tindakan yang tepat (Zaviera, 2007). Seseorang dapat mengatasi stres dan kecemasan dengan menggerakkan sumber koping di lingkungan yang berupa modal ekonomi, kemampuan penyelesaian masalah, dukungan sosial dan keyakinan budaya (Stuart, 2007).

Menurut analisis peneliti, cemas pada pasien dengan gagal ginjal kronis merupakan hal yang umum terjadi, Oleh sebab itu, peran perawat sangat penting untuk mengatasi ansietas. Perawat harus melihat pasien secara komprehensif (bio, psiko, sosio, spiritual dan kultural).

### **5.2.2.2 Distribusi Frekuensi Mekanisme Koping Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015**

Berdasarkan table 5.2 ditunjukkan bahwa lebih dari separoh atau sebanyak 62,2% pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa memiliki koping maladaptif.

Perilaku koping sangat diperlukan dalam menghadapi kecemasan atau situasi yang mengancam. Pola koping yang kurang baik dapat meningkatkan resiko penyakit (Smeltzer, 2001). Respon individu dapat bervariasi tergantung pengetahuannya tentang perilaku koping. Mekanisme koping dapat berfokus pada masalah atau menghadapi masalah secara langsung dan ada yang menyelesaikan masalah dengan mengandalkan emosinya. Pada pasien gagal ginjal kronik, perilaku koping yang kurang baik akan dapat memperparah kondisi pasien seperti pasien akan gelisah yang berlebihan sampai berteriak-teriak, sesak nafas, tekanan darah meningkat, denyut nadi cepat dan tidak patuh dalam pengobatan sehingga penyakitnya tidak kunjung sembuh. Selain itu pasien mengalami gangguan dalam istirahat, terkadang terjadi halusinasi.

Koping dilihat sebagai proses yang dinamis dari usaha pemecahan masalah. Perilaku koping sebagai respon yang dimunculkan akan berbeda antara individu satu dengan individu lain. Perbedaan kemampuan yang dimiliki masing – masing individu akan memunculkan mekanisme koping yang berbeda pula.

### **5.2.2.3 Distribusi Frekuensi Motivasi Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa di RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015**

Berdasarkan table 5.3 ditunjukkan bahwa mayoritas atau sebanyak 73,3% pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa memiliki motivasi yang rendah.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Surjatno (2007), yang melakukan penelitian pada penderita diabetes mellitus dengan hasil penderita diabetes mellitus dengan motivasi tinggi memiliki peluang sembuh sebesar 5,378.

Menurut pendapat hidayat (2010), motivasi adalah proses aktualisasi dari sumber penggerak atau pendorong tersebut. Motivasi sebagai proses psikologis adalah refleksi kekuatan interaksi antara kognisi, pengalaman dan kebutuhan. Selain itu sugiyono (2006), mengatakan bahwa motivasi hidup sebagai pendorong dalam usaha memenuhi keinginan, maksud dan tujuan hidup memiliki hubungan dalam perang penting dengan kecemasan pada pasien yang akan melakukan pemasangan traksi. Motivasi yang tinggi mempengaruhi tingkat kecemasan pada pasien yang akan melakukan pemasangan traksi akan mengalami emosi yang positif dan mampu mengatasi situasi penuh tekanan sehingga tingkat keemasannya menurun, serta berusaha mencapai tujuan yang diharapkan.

Menurut analisis peneliti, tingginya motivasi pada pasien GGK yang menjalani hemodialisa tidak hanya timbul dari dirinya, tapi juga bisa

disebabkan oleh dukungan dari keluarga. Pendapat ini sejalan dengan penelitian Kozlaft (2009) yang mengatakan pasien gagal ginjal kronis yang mendapat dukungan dari keluarga memiliki motivasi untuk sembuh lebih tinggi dari pada pasien yang tidak mendapat dukungan dari keluarga.

## **5.2.2 Analisa Bivariat**

### **5.2.2.1 Hubungan Mekanisme koping dengan Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015**

Berdasarkan table 5.4 menunjukkan bahwa dari 28 responden yang dihemodialisa yang memiliki mekanisme koping maladaptif mengalami kecemasan sedang 85,7% dan kecemasan ringan 14,3% sedangkan dari 17 responden yang memiliki mekanisme koping maladaptif mengalami kecemasan ringan sebanyak 94,1% dan kecemasan sedang 5,9% , dan didapat p value 0,000 yang berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara mekanisme koping dengan kecemasan pada pasien yang menjalani hemodialisa di ruang hemodialisa RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi 2015, dengan OR (odds ratio) 96,00, artinya bahwa pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa yang memiliki mekanisme koping maladaptif berpeluang 96 kali mengalami kecemasan sedang dibandingkan pasien yang memiliki mekanisme koping adaptif.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Niketut Romani, tentang mekanisme koping individu dengan tingkat kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik, didapat hasil p value  $0,001 < 0,05$  yang berarti ada

hubungan yang bernakna antara mekanisme koping individu dengan tingkat kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik di unit hemodialisa RSUP Dr. Soeadji Tritonegoro Klaten.

Penelitian yang dilakukan oleh Khuwaja di Karachi Pakistan, menyimpulkan bahwa sebagian besar pasien hemodialisa mengalami kecemasan maka penanganan terhadap kecemasan merupakan salah satu komponen dalam perawatan bagi penderita GGK (Khuwaja, 2010).

Mekanisme koping adaptif paling tinggi digunakan pada pasien GGK yang telah lama sakit 1-3 tahun. Pasien GGK dengan hemodialisa jangka panjang, mereka telah berada pada tahap resolusi sehingga sudah terbiasa dan mulai dapat menerima kenyataan serta dapat menerapkan koping adaptif. Hudak & Gallo (2006), mengemukakan teori respons psikologis yang meliputi tahap terkejut atau tidak percaya, tahap mengembangkan kesadaran, tahap resusitasi dan tahap resolusi. Pasien GGK yang memiliki penyakit penyerta seperti hipertensi, diabetes mellitus, pielonefritis, batu ginjal maupun asam urat, cenderung menggunakan koping adaptif. Adanya penyakit merupakan salah satu faktor eksternal yang mempengaruhi koping. Banyaknya penyakit yang diderita akan menjadi stressor tersendiri bagi pasien sehingga menambah beban pikiran pasien yang akan mempengaruhi koping yang digunakan. Stuart dan Sundeen (2008), mengungkapkan adanya penyakit merupakan salah satu faktor eksternal yang mempengaruhi koping. Stuart (2009), menyatakan bahwa salah satu sumber koping yaitu dukungan sosial membantu individu dalam memecahkan masalah melalui pemberian dukungan.

Menurut analisis peneliti, dari hasil analisa data didapatkan responden dengan mekanisme coping adaptif mengalami kecemasan sedang 5,9% hal ini disebabkan karena kurangnya dukungan social , kurangnya pendidikan, kurangnya pengetahuan, dan kurangnya optimisme pada diri sendiri. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit memiliki peranan penting dalam memberikan asuhan keperawatan dalam mengatasi kecemasan. Menurut Doenges, Townsend dan Moorhouse (2007), intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah bantu pasien mengenali kecemasannya sendiri, bantu meningkatkan pengetahuan tentang kecemasan dan faktor yang berkaitan, beri kesempatan untuk belajar coping adaptif, libatkan pasien dan keluarga dalam aktivitas, pendidikan kesehatan dan dukungan.

#### **5.2.2.2 Hubungan Motivasi dengan Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015**

Berdasarkan table 5.5 didapatkan bahwa dari 33 responden yang menjalani hemodialisa didapat 23 responden yang memiliki motivasi rendah mengalami kecemasan sedang 69,7% dan 30,3% mengalami kecemasan ringan. Sedangkan dari 12 responden memiliki motivasi tinggi mengalami kecemasan ringan sebanyak 83,3% dan kecemasan sedang 16,7%. Dari hasil analisis diperoleh nilai  $p=0,005$  ( $p<0,05$ ) yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara mekanisme coping dengan kecemasan responden gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa dengan OR (odds ratio) =11,500 yang berarti bahwa pasien gagal ginjal kronik yang

menjalani hemodialisa yang memiliki motivasi rendah berpeluang 11,5 kali mengalami kecemasan ringan dibandingkan dengan pasien yang memiliki motivasi tinggi.

Menurut Suarli & Bahtiar (2010), motivasi adalah karakteristik psikologis manusia yang memberi kontribusi pada tingkat komitmen seseorang. Hal ini termasuk faktor-faktor yang menyebabkan, menyalurkan dan mempertahankan tingkah laku manusia dalam arah tekad tertentu.

Penelitian yang dilakukan oleh Utami (2013), kepada penerima kanker menyatakan dengan adanya motivasi yang tinggi, maka pasien akan merasa lebih tenang dan nyaman dalam menjalani masa kemoterapi, hal ini sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Friedman (1998), bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat akibat dari kesehatan) pun ditemukan. Efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan meningkatnya motivasi, menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit.

Menurut analisis peneliti, dari hasil analisa data didapat responden dengan motivasi tinggi masih mengalami kecemasan sedang 16,7% hal ini disebabkan oleh kurangnya pengetahuan, kurangnya dukungan keluarga. Motivasi yang tinggi memberikan sugesti positif kepada pasien. Perasaan positif yang dimiliki oleh pasien. Sehingga keinginan pasien untuk sembuh

lebih tinggi. Motivasi yang tinggi dari pasien untuk sembuh bisa ditingkatkan melalui dukungan dari anggota keluarga. Tinggi atau rendahnya motivasi pasien untuk sembuh juga akan mempengaruhi perilaku dan gaya hidup pasien. Karena untuk pasien dengan gagal ginjal kronis, perilaku dan gaya hidup sangat mempengaruhi proses pengobatan.

## BAB VI

### PENUTUP

#### 6.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian ini adalah:

- 6.1.1 Diketahui lebih dari separoh 55,6% pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa mengalami cemas pada tingkat sedang.
- 6.1.2 Diketahui sebagian besar 62,2% pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa memiliki coping adaptif.
- 6.1.3 Diketahui sebagian besar 73% pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa memiliki motivasi yang tinggi.
- 6.1.4 Dari hasil analisis diperoleh nilai  $p=0,00$  ( $p<0,05$ ) yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara mekanisme coping dengan kecemasan pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa dengan  $OR= 96,00$  Ada hubungan antara mekanisme coping dengan kecemasan pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa dengan peluang 96,00
- 6.1.5 Dari hasil analisis diperoleh nilai  $p=0,005$  ( $p<0,05$ ) yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara motivasi dengan kecemasan pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa dengan  $OR= 11,50$  Ada hubungan antara Motivasi dengan kecemasan pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa dengan peluang 11,50

## **6.2 Saran**

### **6.2.1 Bagi Institusi Pendidikan**

Penelitian ini diharapkan bisa menjadi informasi tambahan dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan medical bedah. Dan diharapkan hasil penelitian ini bisa dijadikan salah satu masukan bahwa dalam pemberian asuhan keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan bersifat komprehensif (bio, psiko, sosio, spiritual, kultural).

### **6.2.2 Bagi Lahan**

Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi masukan bagi rumah sakit dalam menentukan dan menerapkan terapi dan prosedur tindakan yang diberikan khususnya kepada pasien dengan hemodialisa.

### **6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan untuk peneliti selanjutnya dapat melakukan pengembangan penelitian untuk kajian yang lebih dalam dan jumlah sampel yang lebih banyak sehingga keakuratan hasil penelitian lebih terjamin.