

**GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN, STRES, DEPRESI DAN
MEKANISME KOPING PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK YANG
MENJALANI HEMODIALISIS DI RSUD Dr. MOEWARDI**

PROPOSAL SKRIPSI

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Ajar Skripsi



Oleh:

IDA NOVITASARI

22020111130100

**JURUSAN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG, AGUSTUS 2015**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit ginjal kronik (PGK) merupakan suatu penyakit pada sistem perkemihan yang disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat progresif dan *irreversible* sehingga tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit. Keadaan ini akan menyebabkan terjadinya uremia dan sampah nitrogen dalam darah. Pada kadar tertentu, sampah tersebut dapat meracuni tubuh kemudian menimbulkan kerusakan jaringan bahkan kematian.¹

Perubahan gaya hidup yang cenderung tidak sehat seperti mengonsumsi alkohol, merokok, makanan dan minuman yang mengandung pewarna, pemanis, pengawet menyebabkan penderita PGK dari tahun ke tahun mengalami peningkatan di seluruh dunia. Penderita PGK tertinggi terdapat di Jepang dengan jumlah 2000 orang per juta penduduk, di Eropa sebanyak 800 orang per juta penduduk sedangkan di Amerika sebanyak 1500 orang per juta penduduk. Penderita PGK di Amerika Serikat pada akhir tahun 2002 sekitar 345.000 orang. Pada tahun 2007 bertambah 80.000 orang dan diperkirakan pada tahun 2010 bertambah menjadi 660.000 orang. Hampir setiap tahunnya sekitar 70.000 orang di Amerika Serikat meninggal dunia disebabkan oleh penyakit ginjal.²

Prevalensi penderita PGK di Indonesia cukup tinggi. Data dari Persatuan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI) memperkirakan terdapat 70.000 penderita penyakit ginjal di Indonesia dan angka ini akan terus meningkat 10% setiap tahunnya. Jumlah penderita penyakit ginjal pada tahun 2011 meningkat 50% menjadi 22.304 orang yang terdiri atas 15.353 pasien baru dan 6951 pasien aktif. Sedangkan tahun 2012 terjadi peningkatan 29% dari tahun sebelumnya menjadi 28.782 yang terdiri atas 19.621 pasien baru dan 9161 pasien aktif. PERNEFRI memperkirakan jumlah penderita penyakit ginjal akan meningkat lagi pada tahun 2013 dan 2014.³

PGK sering terjadi tanpa keluhan dan sulit dideteksi tanda dan gejalanya sehingga penderita akan menyadari bahwa dirinya menderita penyakit ginjal ketika sudah memasuki stadium terminal. Selama ini dikenal dua metode dalam penanganan penyakit ginjal yaitu dengan melakukan transplantasi ginjal dan dialisis (cuci darah). Namun hemodialisis merupakan metode yang paling banyak digunakan penderita PGK untuk mempertahankan kondisi tubuhnya.³⁻

5

Hemodialisis merupakan suatu bentuk terapi pengganti fungsi ginjal dengan bantuan mesin dializer. Hemodialisis dapat dilakukan 1 sampai 3 kali dalam satu minggu sesuai dengan derajat kerusakan ginjal dan membutuhkan waktu 3-5 jam setiap kali menjalani hemodialisis. Kegiatan ini berlangsung secara rutin dan terus menerus sepanjang hidup.^{3,6} Keadaan ini akan menimbulkan berbagai permasalahan dan komplikasi pada pasien yang

menjalani hemodialisis. Komplikasi hemodialisis dapat menimbulkan ketidaknyamanan, menurunnya kualitas hidup meliputi kesehatan fisik, psikologis, spiritual, status sosial ekonomi dan dinamika keluarga.⁷ Dampak psikologis dari hemodialisis sangat kompleks dan akan mempengaruhi kesehatan fisik, sosial maupun spiritual. Dampak psikologis yang ditimbulkan meliputi kecemasan, stres, dan depresi.⁸ Penelitian yang dilakukan oleh Hmwe menjelaskan bahwa dari 108 penderita penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis yang mengalami depresi sebanyak 52 orang (48,1%), stres 38 orang (35,2%), kecemasan 55 orang (50,9%).⁹

Kecemasan merupakan reaksi umum terhadap suatu penyakit yang diderita. Kecemasan ditandai dengan perasaan tidak tenang dan tidak tentram dimana penderita merasakan adanya bahaya yang akan datang.¹⁰ Penelitian yang dilakukan oleh Lamusa menjelaskan bahwa dari 189 penderita penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis mengalami kecemasan berat sebanyak 79 orang (34,2%), kecemasan sedang 68 orang (29,4%) dan yang mengalami kecemasan ringan 42 orang (18,2%).¹¹ Penelitian lain juga menjelaskan bahwa penderita PGK yang mengalami kecemasan berat sebanyak 15 orang (27,8%), kecemasan sedang 11 orang (20,3%), dan cemas ringan sebanyak 16 orang (29,6%).¹²

Tingkat kecemasan yang penderita penyakit ginjal alami satu dengan yang lainnya akan berbeda-beda yang dipengaruhi oleh cara mengatasi kecemasan dan dukungan dari orang sekitar. Cemas yang berkepanjangan dan terjadi secara terus-menerus dapat menyebabkan stres yang mengganggu

aktivitas sehari-hari.¹¹ Penelitian yang dilakukan oleh Sandra dkk menjelaskan bahwa penderita penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis mengalami stres ringan sebanyak 5 orang (14%), stres sedang sebanyak 17 orang (47%) dan stres berat sebanyak 14 orang (39%). Sebagian besar pasien mengeluh karena masalah kesulitan dalam mempertahankan apa yang telah menjadi miliknya seperti pekerjaan, perkawinan dan keuangan. Masalah-masalah tersebut jika tidak teratasi dapat menimbulkan masalah psikologis yang lebih serius seperti depresi.¹³

Depresi merupakan reaksi psikologis disebabkan karena rasa putus asa terhadap penyakit kronis yang tidak segera sembuh. Penelitian yang dilakukan oleh Chin-Ken Chen dkk pada tahun 2010 menunjukkan bahwa dari 200 pasien, pasien yang mengalami tanda dan gejala depresi sebanyak 35%, pasien yang berkeinginan untuk bunuh diri sebanyak 21,5%.¹⁰ Sedangkan hasil penelitian lainnya menjelaskan bahwa penderita penyakit ginjal yang mengalami depresi sebanyak 28,8% dari 59 orang, hal ini menunjukkan bahwa masih banyak penderita penyakit ginjal yang mengalami depresi. Depresi dapat disebabkan kurang melakukan mekanisme koping yang adaptif.^{13,14}

Mekanisme koping merupakan mekanisme yang digunakan individu dalam menghadapi perubahan yang diterima dalam diri penderita PGK. Mekanisme koping dapat bersifat adaptif dan maladaptif. Semakin adaptif mekanisme koping penderita penyakit ginjal maka tingkat gangguan psikologis semakin rendah, namun jika mekanisme penderita penyakit ginjal maladaptif maka tingkat gangguan psikologisnya semakin berat.^{8,15}

Kenyataan yang ada di masyarakat tidak semua penerimaan stres seperti yang diharapkan bahkan tidak sedikit pasien yang menggunakan mekanisme kopingnya maladaptif. Penolakan yang ekstrim, ketidakpatuhan menjalani hemodialisis, agresif dan percobaan bunuh diri adalah beberapa respon maladaptif yang dapat terjadi pada pasien yang menjalani hemodialisis.^{8,15}

Penelitian yang dilakukan oleh Zuhriastuti menunjukkan bahwa pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis hanya 13,7% yang respon penerimaan stresnya berada pada tahap menerima (*acceptance*). Sebagian besar respon penerimaan stress adalah *anger* sebanyak 16 orang (31,4%), bahkan masih ada pada tahap denial sebanyak 14 orang (27,5%) yang masih menyangkal kondisinya. Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian penderita penyakit ginjal kronik menggunakan mekanisme koping maladaptif lebih besar yaitu 66,7% jika dibandingkan mekanisme koping adaptif.¹⁶ Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wurara yang menunjukkan bahwa 27 orang (45,8%) pasien menggunakan koping adaptif sedangkan 32 orang (54,2%) menggunakan koping maladaptif. Mekanisme koping maladaptif ditunjukkan dengan masih banyaknya respon yang selalu khawatir dengan kondisinya, tidak mau berbagi dengan orang lain dan sering putus asa untuk melakukan pengobatan.¹⁷

Fenomena pada tiga pasien yang menderita penyakit ginjal kronik yang dijumpai peneliti selama melakukan praktik akademik di rumah sakit dijelaskan bahwa pasien pertama baru menderita penyakit ginjal kronik dan baru menjalani terapi hemodialisis satu kali, pasien kedua menderita penyakit

ginjal kronik selama 3 bulan dan sudah menjalani terapi hemodialisis 24 kali, sedangkan pasien ketiga menderita penyakit ginjal kronik selama 7 bulan dan sudah menjalani terapi hemodialisis 28 kali. Pasien pertama mengatakan belum bisa menerima kondisinya yang diharuskan rutin melakukan cuci darah lebih sering menyendiri dan jarang bersosialisasi dengan tetangga sekitar, selain itu pasien pertama juga menjadi mudah marah dengan anggota keluarga yang lain ataupun dengan petugas kesehatan. Pasien kedua lebih sering diam, jarang berkomunikasi dengan orang lain terlebih lagi dengan petugas kesehatan, selain itu pasien kedua juga sering menangis sendiri jika mengingat dirinya dinyatakan menderita gagal ginjal. Sedangkan pasien ketiga mengaku sering merasa sedih dan malu karena menderita penyakit, merasa tidak berharga di depan anggota keluarga lainnya, dan lebih membatasi diri bersosialisasi dengan orang lain.

Pernyataan di atas memberikan gambaran bahwa pasien penyakit ginjal kronik yang sedang menjalani terapi hemodialisis mengalami masalah psikologis seperti kecemasan, stres serta depresi. Selain itu dari ketiga pasien tersebut masih menggunakan mekanisme koping maladaptif seperti tidak rutin menjalani hemodialisis, menyalahkan diri sendiri, menganggap Tuhan tidak adil memberikan penyakit pada dirinya dan melakukan pengobatan tradisional. Hal ini menunjukkan pasien belum sepenuhnya menerima kondisinya sekarang ini. Mekanisme koping maladaptif akan meningkatkan masalah psikologis yang dialami sehingga akan menurunkan kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik.

Mengingat pentingnya masalah tersebut, penulis tertarik untuk mengetahui lebih lanjut dengan melakukan penelitian mengenai gambaran tingkat kecemasan, stres, depresi dan mekanisme koping pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. Hal ini dikarenakan penelitian ini belum pernah dilakukan penelitian sebelumnya. Penelitian sebelumnya belum meneliti ketiga masalah psikologis (kecemasan, stres, depresi) sekaligus karena penelitian sebelumnya hanya mengambil salah satu dari ketiga masalah psikologis tersebut.

B. Rumusan Masalah

Jumlah pasien PGK di RSUD Dr. Moewardi yang cenderung meningkat setiap tahunnya menyebabkan masalah pasien PGK juga semakin kompleks, tidak hanya menimbulkan masalah fisik tetapi juga masalah psikologis. Masalah psikologis yang dialami pasien PGK seperti kecemasan, stres, dan depresi yang tinggi yang menyebabkan kualitas hidup pasien menurun. Berdasarkan fenomena dan pengalaman selama melakukan praktik akademik didapatkan bahwa pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis mengalami berbagai perubahan sikap dan emosi. Selain itu, di RSUD Dr. Moewardi selama ini belum ada yang melakukan penelitian masalah psikologis yang meliputi kecemasan, stres, depresi pasien dengan PGK. Hal ini mendorong peneliti untuk melakukan penelitian untuk menggambarkan tingkat kecemasan, stres, depresi dan mekanisme koping pasien PGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Dr. Moewardi.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui gambaran tingkat kecemasan, stres, depresi serta mekanisme coping pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Dr. Moewardi.

2. Tujuan khusus

- a. Mendeskripsikan gambaran karakteristik demografi pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Dr. Moewardi berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama menjalani hemodialisis.
- b. Mendeskripsikan gambaran tingkat kecemasan pasien PGK yang menjalani hemodialisis.
- c. Mendeskripsikan gambaran tingkat stres pasien PGK yang menjalani hemodialisis.
- d. Mendeskripsikan gambaran tingkat depresi ringan pasien PGK yang menjalani hemodialisis.
- e. Mendeskripsikan mekanisme coping pasien PGK yang menjalani hemodialisis.

D. Manfaat penelitian

1. Bagi tenaga keperawatan

Membantu perawat dalam memberikan perawatan secara menyeluruh baik fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual kepada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis maupun kepada keluarga pasien untuk selalu membangun komunikasi yang baik sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan pasien.

2. Bagi Institusi pendidikan

Menjadi sumber referensi ilmiah mengenai gambaran tingkat kecemasan, stres, depresi dan mekanisme coping pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

3. Bagi penelitian selanjutnya

Memberikan pengetahuan, gambaran dan informasi sehingga dapat digunakan sebagai media atau acuan untuk mengembangkan penelitian selanjutnya.

4. Bagi Pasien

Pasien menjadi lebih termotivasi dalam menjalani terapi diet penyakit ginjal, menjalani hemodialisis dan lebih menggunakan coping adaptif dalam mengatasi masalah psikologis yang dialami.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Penyakit Ginjal Kronik

1. Pengertian penyakit ginjal kronik

Penyakit ginjal kronik (PGK) merupakan keadaan terjadinya penurunan fungsi ginjal yang bersifat progresif dan *irreversible* sehingga tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit.⁴ Penyakit ginjal kronik adalah penyimpangan fungsi ginjal yang tidak dapat pulih sehingga kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit mengalami kegagalan yang mengakibatkan uremia.¹⁸ Penyakit ginjal kronik adalah destruksi struktur ginjal yang progresif dan terus menerus.⁵ Kesimpulan dari beberapa pengertian diatas, penyakit ginjal kronik (PGK) adalah suatu gangguan pada fungsi ginjal yang bersifat terus-menerus (progresif) dan tidak dapat kembali seperti semula (*irreversible*) sehingga tubuh tidak bisa mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia.

2. Tahap perkembangan penyakit ginjal kronik

b. Stadium 1

Pada pemeriksaan darah, fungsi ginjal tampak masih baik, ginjal hanya mulai menunjukkan pembengkakan atau pembesaran ringan karena glukosa dalam peredaran darah ginjal bertambah. Stadium 1 gagal ginjal terjadi penurunan fungsi ginjal sekitar 40-75% nefron

tidak berfungsi, lanjut filtrasi glomerulus 40-50% normal, BUN dan kreatinin serum masih normal, selain itu penderita belum menyadari bahwa dirinya menderita penyakit ginjal.^{6,19}

c. Stadium 2

Pada stadium 2 sudah terjadi gagal ginjal, 75-80% nefron tidak berfungsi, laju filtrasi glomerulus 20-40% normal, BUN dan kreatinin serum mulai meningkat, penderita akan mengalami anemia ringan, nokturia dan polyuria.⁶

d. Stadium 3

Stadium 3 ini terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus 10-20%, BUN dan kreatinin serum meningkat, terjadi anemia, asidosis metabolik, peningkatan berat jenis urine, polyuria dan nokturia.⁶

e. Stadium 4

Pada stadium 4 disebut juga ESRD (*end-stage renal disease*) ditandai dengan >85% nefron tidak berfungsi, laju filtrasi glomerulus kurang dari 10%, BUN dan kreatinin tinggi, anemia, azotemia, dan asidosis metabolik, berat jenis urine tetap 1,010, dan penderita oliguria.⁶

3. Penyebab penyakit ginjal kronik

Penyebab utama dari penyakit ginjal kronik adalah glomerulonefritis (45%), diabetes mellitus (32%) dan hipertensi (28%).⁶

a. Glomerulonefritis

Glomerulonefritis merupakan penyebab gagal ginjal pada sepertiga pasien yang membutuhkan dialisis atau transplantasi. Pada pemeriksaan USG, pasien penyakit ginjal kronik dapat memiliki ginjal yang kecil dan menyusut, serta perubahan gambaran fibrotik kronis dengan glomerulosklerosis pada biopsi. Penyakit tersebut semakin diperkuat apabila terdapat riwayat proteinuria atau hematuria sebelumnya.⁶

b. Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus dapat menyebabkan lesi ginjal yang ditandai dengan adanya mikroalbuminuria yang kemudian berkembang menjadi sindrom nefrotik. Sehingga dapat terjadi penurunan fungsi ekskresi ginjal secara bertahap yang berakibat meningkatnya kreatinin dan ureum dalam darah.⁶

f. Hipertensi

Hipertensi dapat menyebabkan kerusakan renovaskular atau kerusakan glomerulus. Mekanisme pengendalian tekanan darah apabila tekanan darah turun maka ginjal akan mengeluarkan zat yang

menaikkan tekanan darah. Hipertensi berhubungan erat dengan fungsi ginjal. Kelainan fungsi ginjal yang dapat mengakibatkan gagal ginjal.⁶

4. Patofisiologi

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.^{5,6}

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.⁶

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 keletihan 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.^{5,6}

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.⁶

5. Menifestasi klinis penyakit ginjal kronik

Setiap pasien yang menderita PGK akan menunjukkan beberapa tanda dan gejala yang berbeda sesuai dengan tingkat kerusakan ginjal.

Tanda dan gejala penyakit ginjal kronik meliputi:^{4,18}

- a. Gejala-gejala pada sistem kardiovaskular meliputi hipertensi, gagal ginjal kongestif, edema pulmonal, perikarditis.
- b. Gejala-gejala dermatologis meliputi gatal-gatal hebat (pruritus), serangan uremik tidak umum karena pengobatan dini dan agresif.
- c. Gejala-gejala gastrointestinal meliputi anoreksia, mual, muntah dan cegukan, penurunan aliran saliva, rasa haus, kehilangan kemampuan penghidu dan pengecap, dan parotitis atau stomatitis.
- d. Perubahan neuromuskular meliputi perubahan tingkat kesadaran, mental kacau, ketidakmampuan berkonsentrasi, kedutan otot dan kejang.
- e. Perubahan hematologis meliputi kecenderungan perdarahan.
- f. Keletihan dan letargi, sakit kepala, kelemahan umum.
- g. Pasien secara bertahap akan lebih mengantuk, karakter pernafasan menjadi kussmaul, dan terjadi koma, sering dengan konvulsi (kedutan mioklonik) atau kedutan otot.

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien penyakit ginjal kronik secara umum meliputi pencegahan dan pengobatan penyakit ginjal kronik serta komplikasinya, menghambat laju penurunan fungsi ginjal secara profresif, pencegahan dan

pengobatan terhadap penyakit kardiovaskuler serta persiapan dan pemilihan terapi pengganti ginjal terutama jika terjadi tanda dan gejala uremia.²⁰

Terapi farmakologis dan nonfarmakologis pada pasien penyakit ginjal harus diperhatikan. Terapi farmakologis antara lain yaitu mengontrol tekan darah, kadar kreatinin, kadar gula darah pasien diabetes mellitus dengan menghindari mengkonsumsi metformin dan obat-obatan sulfonilurea, mengecek hemoglobin, kadar kalsium karbonat atau kalsium asetat serta terapi pengganti ginjal.²⁰

Terapi nonfarmakologis meliputi pengaturan asupan diet seperti protein, kalori, lemak, karbohidrat, garam dan mineral serta cairan.^{1,20}

Asupan protein pasien nondialisis 0,6-0,75 g/kgBB ideal/hari sesuai dengan toleransi pasien, sedangkan pasien hemodialisis sebanyak 1-1,2 g/kgBB ideal/hari dan pasien peritoneal dialisis 1,3 g/kgBB ideal/hari. Pengaturan asupan kalori sebesar 35 Kal/kgBB ideal/hari, asupan lemak sebanyak 30-40% dari kalori total dan mengandung jumlah yang sama antara lemak bebas jenuh maupun lemak tidak jenuh. Asupan karbohidrat sebesar 50-60% dari kalori total, pengaturan asupan garam dan mineral terdiri dari garam (NaCl) 2-3 g/hari, kalium 40-70 mEq/kgBB/hari, pasien hemodialisis 17 mg/hari, kalsium 1400-1600 mg/hari, zat besi 10-18 mg/hari, magnesium 200-300 mg/hari. Asam folat pasien hemodialisis sebanyak 5 mg serta air terhitung dari jumlah urine 24 jam + 500 ml (*insensible water loss*).²⁰

7. Komplikasi penyakit ginjal kronik

Penyakit ginjal kronik dapat menyebabkan beberapa komplikasi antara lain adalah:

a. Osteodistrofi ginjal

Osteodistrofi ginjal merupakan kelainan tulang yang disebabkan karena tulang kehilangan kalsium akibat gangguan metabolisme mineral. Jika kadar kalsium dan fosfat dalam darah sangat tinggi, akan terjadi pengendapan garam kalsium fosfat di berbagai jaringan lunak. Kelainan ini dapat ditandai dengan nyeri pada persendian (*arthritis*), batu ginjal (*nefrolaksonosis*), pengerasan dan penyumbatan pembuluh darah, gangguan irama jantung dan gangguan penglihatan.^{5,21} Terapi untuk penderita penyakit tulang yaitu dengan membatasi mengkonsumsi makanan yang mengandung fosfat atau tanpa pengikat fosfat (kalsium karbonat).²²

b. Penyakit kardiovaskuler

Penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab mortalitas tertinggi pada pasien penyakit ginjal kronik. Pada penyakit ini, jantung kehilangan kemampuan untuk memompa darah dalam jumlah yang memadai untuk dialirkan ke seluruh tubuh tetapi jantung tetap bekerja walaupun kekuatan memompa atau daya tampungnya berkurang. Gagal jantung pada penderita penyakit ginjal kronik diawali dari anemia yang mengakibatkan jantung harus bekerja lebih keras sehingga terjadi pelebaran pada ventrikel kiri. Jika terjadi pelebaran

ventrikel kiri secara terus menerus akan menyebabkan otot jantung melemah dan tidak mampu lagi memompa darah sebagaimana mestinya.^{21,22}

c. Anemia

Anemia pada penderita penyakit ginjal terjadi karena gangguan pada produksi hormon eritropoietin yang bertugas mematangkan sel darah agar tubuh dapat menghasilkan energi yang dibutuhkan untuk mendukung kegiatan sehari-hari. Akibat gangguan tersebut, tubuh kekurangan energi karena sel darah merah yang bertugas mengangkut energi ke seluruh tubuh dan jaringan tidak mencukupi. Gejala gangguan sirkulasi darah lain yaitu kesemutan, kurang energi, cepat lelah, luka sembuh lebih lama, kehilangan rasa (baal) pada kaki dan tangan.^{21,22}

d. Disfungsi seksual

Penyakit ginjal kronik dapat menyebabkan disfungsi seksual seperti penurunan libido, impoten dan disfungsi ereksi.²² Disfungsi ereksi pada penderita penyakit ginjal kronis dapat disebabkan karena abnormalitas sistem *control neurohormonal* pada sistem hormon ereksi di *hypothalamic-pituitary-gonadal axis*, hiperparatiroid, gangguan pada korpora spongium penis dan terjadinya penurunan pasokan arteri atau vena pada penis. Selain itu, disfungsi ereksi penderita dipengaruhi oleh psikologis penderita yang mengalami perubahan emosi sehingga menguras energi dan cenderung tidak ingin

melakukan hubungan seksual. Disfungsi ereksi hampir diderita semua pasien penyakit ginjal kronik pada derajat terakhir.^{21,23}

B. Hemodialisis

1. Pengertian hemodialisis

Hemodialisis adalah pengalihan darah pasien dari tubuhnya melalui dialiser yang terjadi secara difusi dan ultrafiltrasi, kemudian darah kembali lagi ke dalam tubuh pasien.⁵ Hemodialisis merupakan suatu proses yang menggunakan sistem dialisis eksternal untuk membuang cairan yang berlebihan dan toksin dari darah dan mengoreksi ketidakseimbangan elektrolit.²⁴ Jadi, hemodialisis adalah proses penyaringan darah untuk membuang kelebihan cairan dan toksin dalam darah dengan tujuan untuk menyeimbangkan elektrolit yang dilakukan dengan bantuan dialiser melalui proses difusi dan ultrafiltrasi.

2. Prinsip hemodialisis

Hemodialisis memerlukan akses ke sirkulasi darah pasien, suatu mekanisme untuk membawa darah pasien ke dan dari dializer (tempat terjadi pertukaran cairan, elektrolit dan zat sisa tubuh) serta dialiser. Ada lima cara memperoleh akses ke sirkulasi darah pasien yaitu *fistula arteriovena*, *graft arteriovena*, *shunt (pirai) arteriovena eksternal*, kateterisasi *vena femoralis*, kateterisasi *vena subklavikula*. Secara garis besar, hemodialisis terjadi dalam 3 proses utama yaitu:⁶

- a. Proses difusi adalah perpindahan bahan terlarut karena perubahan kadar dalam di dalam darah dan di dalam dialisat. Semakin tinggi

perbedaan kadar dalam darah maka semakin banyak bahan yang dipindahkan ke dalam dialisat.

- b. Proses ultrafiltrasi adalah proses perpindahan air dan bahan terlarut karena perbedaan tekanan hidrostatik dalam darah dan dialisat.
- c. Proses osmosis adalah proses berpindahnya air karena tekanan kimia yaitu perbedaan osmolaritas darah dan dialisat.

Proses hemodialisis yaitu darah ditarik dari dalam tubuh dan dipompa melalui suatu ginjal buatan atau alat dialisis dan kemudian dikembalikan ke dalam tubuh. Darah mengalir ke salah satu sisi membran semipermeabel dan fluida khusus yang disebut dialisat yang mengalir pada sisi yang lain. Dialisat sebagian besar terdiri dari air tetapi dapat juga mengandung substansi lain seperti glukosa dan bikarbonat.²⁵

Molekul-molekul besar seperti sel darah merah dan protein tidak dapat melewati membran alat dialisis. Namun demikian, membran ini dapat dilewati molekul kecil, seperti ion kalium, kreatinin dan urea dengan cara difusi menuruni gradient konsentrasinya. Molekul-molekul kecil dapat berdifusi dari darah ke dialisat (urea, kalium, dan kreatinin) atau dari dialisat ke darah (glukosa dan bikarbonat) yang dipengaruhi oleh konsentrasinya. Dialisat dipompa secara terus menerus dan alirannya berlawanan dengan aliran darah untuk mempertahankan gradient konsentrasi.²⁵

Gradien tekanan terdapat pada setiap sisi membran dialisis dan dideskripsikan sebagai tekanan transmembran. Hal ini memungkinkan

terjadinya filtrasi air dan zat terlarut lainnya dari darah. Perubahan gradient tekanan memungkinkan pengaturan air yang dikeluarkan dari darah saat bergerak melalui alat dialisis. Dialisis merupakan terapi yang terus dilakukan dan rata-rata dilakukan tiga kali seminggu, setiap sesi berlangsung 3-5 jam tergantung pada pasien. Segera setelah proses dialisis selesai kemudian dilakukan penimbangan berat badan pasien, pengukuran tanda-tanda vital diperiksa, pengambilan spesimen darah untuk mengetahui kadar elektrolit serum dan zat sisa tubuh.²⁵

3. Komplikasi hemodialisis

Proses hemodialisis dapat menyebabkan beberapa komplikasi diantaranya adalah hipotensi yang dapat terjadi selama terapi hemodialisis ketika cairan dikeluarkan, emboli udara terjadi ketika udara memasuki sistem vaskuler, nyeri dada terjadi ketika PCO_2 menurun bersama dengan terjadinya sirkulasi darah diluar tubuh, pruritus terjadi selama terapi hemodialisis, gangguan keseimbangan dialisis terjadi ketika perpindahan cairan serebral dan muncul sebagai serangan kejang, kram otot, dan mual muntah.²⁶

4. Dampak psikologis dari hemodialisis

Dampak hemodialisis antara adalah menimbulkan ketidaknyamanan, menurunnya kualitas hidup meliputi kesehatan fisik, psikologis, spiritual, status sosial ekonomi dan dinamika keluarga. Dampak psikologis dari hemodialisis sangat kompleks dan akan mempengaruhi kesehatan fisik, sosial maupun spiritual. Dampak psikologis ditandai dengan rasa putus

asa, malu, merasa bersalah, cemas, stres, dan depresi. Farida menyatakan bahwa semakin tinggi kejadian cemas dan depresi maka kualitas hidup hidup semakin rendah.⁷

C. Kecemasan

1. Pengertian kecemasan

Cemas atau ansietas merupakan reaksi emosional yang timbul tanpa penyebab yang tidak pasti dan tidak spesifik yang dapat menimbulkan perasaan tidak nyaman dan merasa terancam. Cemas dapat berupa perasaan khawatir, perasaan tidak enak, tidak pasti atau merasa sangat takut sebagai akibat dari suatu ancaman atau perasaan yang mengancam dimana sumber nyata dari kecemasan tersebut tidak diketahui dengan pasti.²⁷ Kecemasan adalah suatu ketegangan yang timbul dari kondisi-kondisi jaringan di dalam tubuh yang sebenarnya ditimbulkan oleh sebab-sebab dari luar.²⁸ Jadi kecemasan adalah reaksi emosional yang menimbulkan ketegangan yang disebabkan faktor di luar tubuh sehingga menimbulkan perasaan tidak nyaman dan merasa terancam.

2. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala umum penderita yang mengalami kecemasan ditunjukkan dengan perasaan ketakutan, konsentrasi terganggu, merasa tegang dan gelisah, antisipasi yang buruk, cepat marah, merasakan adanya tanda-tanda bahaya. Sedangkan gejala fisik pada seseorang mengalami kecemasan ditandai dengan jantung berdebar-debar, berkeringat, mual-

mual atau pusing, peningkatan frekuensi BAB atau diare, sesak nafas, tremors, kejang, ketegangan otot, sakit kepala, kelelahan, dan insomnia.²⁷

3. Klasifikasi tingkat kecemasan

Tingkat kecemasan dibagi menjadi beberapa kategori:^{29,30}

a. Kecemasan ringan

Beberapa respon kecemasan ringan antara lain:

- 1) Respon fisiologis: ketegangan otot ringan, sadar akan lingkungan, rileks atau sedikit gelisah, penuh perhatian dan rajin.
- 2) Respon kognitif: lapang persepsi luas, terlihat tenang, percaya diri, perasaan gagal sedikit, waspada dan memperhatikan banyak hal, mempertimbangkan informasi dan tingkat pembelajaran optimal.
- 3) Respon emosional: perilaku otomatis, sedikit tidak sabar, aktivitas menyendiri, terstimulasi dan tenang.

b. Kecemasan sedang

Perasaan yang mengganggu bahwa ada sesuatu yang benar-benar berbeda dan individu menjadi gugup atau agitasi. Beberapa karakteristik kecemasan sedang antara lain:

- 1) Respon fisiologis: napas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, mulut kering, anoreksia, diare/konstipasi, sakit kepala, sering berkemih dan letih.
- 2) Respon kognitif: memusatkan perhatiannya pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, lapang persepsi menyempit, dan rangsangan dari luar tidak mampu diterima.

- 3) Respon perilaku dan emosi: tidak nyaman, mudah tersinggung, gerakan tersentak-sentak, terlihat lebih tegang, bicara banyak dan lebih cepat, susah tidur dan perasaan tidak nyaman.

c. Kecemasan berat

Kecemasan berat dialami ketika individu yakin bahwa ada sesuatu yang berbeda dan ada acaman. Beberapa karakteristik kecemasan berat meliputi:

- 1) Individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lainnya.
- 2) Respons fisiologi: nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, hiperventilasi, penglihatan kabur, serta tampak tegang.
- 3) Respons kognitif: tidak mampu berfikir berat lagi serta membutuhkan banyak pengetahuan dan lapangan persepsi yang menyempit.

d. Panik

Panik merupakan tingkat tertinggi dari kecemasan. Semua pikiran rasional berhenti dan individu tersebut mengalami respon *fight, flight* atau *freeze* yaitu kebutuhan untuk pergi secepatnya tetap di tempat, berjuang dan tidak melakukan sesuatu. Beberapa karakteristik gangguan panik yaitu:²⁹³⁰

- 1) Respon fisiologis: napas pendek, rasa tercekik dan palpitasi, sakit dada, pucat, hipotensi, serta rendahnya koordinasi motorik.

- 2) Respon kognitif: gangguan realitas, tidak dapat berfikir logis, persepsi terhadap lingkungan mengalami distorsi dan ketidakmampuan memahami situasi.
- 3) Respon perilaku dan emosi: agitasi, mengamuk dan marah, ketakutan, berteriak-teriak, kehilangan kendali/kontrol diri, perasaan terancam serta dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain.



Gambar 1 Rentang Respon Kecemasan

4. Faktor pencetus kecemasan

Faktor pencetus kecemasan dapat berasal dari diri sendiri maupun orang lain. Faktor pencetus kecemasan dikelompokkan menjadi:³⁰

- a. Ancaman terhadap integritas diri meliputi ketidakmampuan fisiologi atau gangguan dalam melakukan aktivitas sehari-hari untuk melakukan pemenuhan terhadap kebutuhan dasarnya.
- b. Ancaman terhadap sistem diri yaitu adanya sesuatu yang dapat mengancam identitas diri, harga diri, kehilangan status/peran diri dan hubungan interpersonal.

D. Stres

1. Pengertian stres

Stres merupakan reaksi dari tubuh (respons) terhadap lingkungan yang dapat memproteksi diri sendiri. Stres adalah kondisi yang tidak menyenangkan karena adanya tuntutan dalam suatu situasi sebagai beban atau diluar batas kemampuan mereka untuk memenuhi tuntutan tersebut.³¹

Stres adalah gangguan pada tubuh dan pikiran yang disebabkan oleh perubahan dan tuntutan kehidupan yang dipengaruhi baik oleh lingkungan maupun penampilan individu di dalam lingkungan maupun penampilan individu di dalam lingkungan tersebut.³²

2. Faktor presipitasi yang menyebabkan stres

Beberapa faktor yang dianggap sebagai pemicu timbulnya stres seperti faktor fisik dan biologis, faktor psikologis dan faktor lingkungan.²⁷

a. Faktor fisik dan biologis

1) Genetika

Beberapa ahli beranggapan bahwa masa kehamilan mempunyai kaitan erat dengan kemungkinan kerentanan stres pada anak yang dilahirkan oleh seorang ibu terutama pada ibu hamil yang perokok, alkohol, dan penggunaan obat-obatan yang dilarang pada masa kehamilan seperti aspirin, dan jenis obat-obatan analgetik.

2) *Case history*

Riwayat penyakit di masa lalu akan mempunyai efek psikologis di masa depan seperti penyakit yang diakibatkan oleh kecelakaan yang menyebabkan cacat fisik, demam tinggi yang mempengaruhi kerusakan gendang telinga dan kelumpuhan pada anak.

3) Pengalaman hidup

Pengalaman hidup mencakup *case history* dan pengalaman-pengalaman hidup yang mempengaruhi perasaan independen yang menyangkut kematangan organ-organ seksual pada masa remaja.

4) Tidur

Istirahat yang cukup akan memberikan energi untuk melakukan kegiatan, meningkatkan konsentrasi, semangat dan gairah terhadap pekerjaan yang akan dilakukan.

5) Diet

Diet yang berlebihan dapat menyebabkan stres berat pada penderitanya misalnya pada penderita obesitas. Penderita obesitas yang melakukan diet yang berlebihan mempunyai risiko kematian yang tinggi.

6) Postur tubuh

Postur tubuh dapat berperan sebagai stressor, misalnya pada orang yang bercita-cita menjadi polisi karena seseorang tersebut

mempunyai cacat fisik sehingga keinginannya tidak dapat terwujud.

7) Penyakit

Beberapa penyakit yang dapat menjadi stressor pada individu seperti penyakit TBC, Diabetes, kanker, penyakit ginjal dan berbagai penyakit lainnya. Pada individu yang menderita suatu penyakit kronis akan menyebabkan mudah lelah sehingga ketika melakukan pekerjaan tidak maksimal.

b. Faktor psikologis

Faktor psikologis yang dapat memicu terjadinya stress seperti persepsi, emosi, situasi psikologis, pengalaman hidup.²⁷

1) Persepsi

Tingkat stres yang dialami individu akan sangat bergantung bagaimana individu tersebut bereaksi terhadap stres dan persepsi individu terhadap stressor yang muncul. Tingkat stres dipengaruhi oleh cara mengontrol stres, kemampuan memprediksi stres yang akan muncul dan kemampuan melawan stres.

2) Emosi

Kemampuan mengenal dan membedakan setiap perasaan emosi akan sangat berpengaruh terhadap stres yang sedang dialami. Stres dan emosi mempunyai keterikatan yang saling mempengaruhi seperti kecemasan, rasa bersalah, khawatir, ekspresi marah, rasa takut, rasa sedih dan cemburu.

3) Situasi psikologis

Situasi psikologis seseorang akan mempengaruhi konsep berfikir dan penilaian terhadap situasi-situasi yang mempengaruhinya. Situasi tersebut seperti tingkat kejahatan yang semakin meningkat akan memberikan rasa kecemasan bahkan stres.

4) Pengalaman hidup

Pengalaman hidup yang dialami akan memberikan dampak psikologis dan menimbulkan stres pada individu. Pengalaman hidup yang dapat menyebabkan stres seperti perubahan hidup secara mendadak misalkan bercerai atau anggota keluarga ada yang meninggal, masa transisi (*life passage*), dan krisis kehidupan seperti pemecatan, hutang atau mengalami kebangkrutan.

c. Faktor lingkungan²⁷

1) Lingkungan fisik

Kondisi atau kejadian yang berhubungan dengan keadaan sekeliling individu yang memicu terjadinya stress seperti bencana alam (*disaster syndrome*), kondisi cuaca yang terlalu ekstrem, kondisi lingkungan yang padat, kemacetan, lingkungan kerja yang kotor.

2) Lingkungan biotik

Gangguan yang berasal dari makhluk mikroskopik berupa virus atau bakteri, misalnya penderita alergi dapat menjadi stres

ketika lingkungan tempat tinggalnya menjadi pemicu munculnya alergi

3) Lingkungan sosial

Hubungan sosial dengan orang sekitar seperti orang tua, bos, rekan kerja, kerabat, tetangga yang buruk akan menjadi stressor bagi individu yang tidak dapat memperbaiki hubungannya.²⁷

3. Tingkatan Stres

Stres dibagi menjadi 3 tingkatan yaitu:

a. Stres Ringan

Stres ringan adalah stressor yang dihadapi setiap orang secara teratur, misalnya terlalu banyak tidur, kemacetan lalu lintas, mendapatkan sebuah kritikan dan saran. Stres ringan biasanya hanya berlangsung beberapa menit atau jam saja dan tidak mengakibatkan kerusakan fisiologis kronis kecuali stressor yang didapat terjadi secara terus menerus.³³

b. Stres Sedang

Stres sedang berlangsung lebih lama dibandingkan dengan stres ringan, biasanya berlangsung selama beberapa jam sampai beberapa hari. Sebagai contohnya yaitu perselisihan yang tidak terselesaikan dengan teman atau rekan kerja, anak yang sakit atau ketidakhadiran yang lama dari anggota keluarga. Situasi seperti ini dapat menimbulkan permasalahan kesehatan bagi seseorang.³³

c. Stres Berat

Stres berat adalah situasi kronis yang dapat berlangsung selama beberapa minggu sampai beberapa tahun, seperti perselisihan dengan teman secara terus menerus, kesulitan finansial yang berkepanjangan, dan penyakit fisik jangka panjang. Semakin tinggi dan semakin lama stres yang dihadapi semakin tinggi risiko kesehatan yang ditimbulkan.³³

4. Respon stres

Menurut Taylor dan Videbeck menyatakan bahwa stress dapat menghasilkan berbagai respons seperti respons fisiologis, respons kognitif, respon emosi, dan respons tingkah laku.²⁹ Respons fisiologis ditandai dengan meningkatnya tekanan darah, detak jantung, nadi dan sistem pernafasan. Respons kognitif ditandai dengan terganggunya proses kognitif individu seperti pikiran menjadi kacau, daya konsentrasi menurun, pikiran berulang-ulang dan tidak wajar. Respons kognitif ditandai dengan perasaan takut, cemas, marah. Respons tingkah laku dapat dibedakan menjadi melawan situasi yang menekan (*fight*) atau menghindari situasi yang menekan (*flight*).²⁷

E. Depresi

1. Pengertian Depresi

Depresi merupakan suatu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan dan gejala penyerta, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa

putus asa dan tidak berdaya serta keinginan untuk bunuh diri.³⁴ Depresi merupakan salah satu gangguan mood yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif adanya penderitaan berat. Depresi adalah kondisi yang dapat disebabkan oleh defisiensi relatif salah satu atau beberapa aminergik neurotransmitter (*noradrenalin, serotonin, dopamine*) pada sinaps neuron di susunan saraf pusat terutama sistem *limbic*.³⁵

2. Penyebab Depresi

Penyebab depresi secara umum meliputi:³⁶

a. Faktor predisposisi

- 1) Faktor genetik, dianggap mempengaruhi transmisi gangguan afektif seseorang melalui riwayat keluarga dan keturunan.
- 2) Teori agresi menyerang ke dalam, menunjukkan bahwa depresi terjadi karena perasaan marah yang ditunjukkan kepada diri sendiri.
- 3) Teori organisasi kepribadian, menguraikan bagaimana konsep diri yang negatif dan harga diri rendah mempengaruhi sistem keyakinan dan penilaian seseorang terhadap stressor.
- 4) Model kognitif menyatakan bahwa depresi merupakan masalah kognitif yang didominasi oleh evaluasi negatif seseorang terhadap diri seseorang, dunia seseorang dan masa depan seseorang.
- 5) Model ketidakberdayaan yang dipelajari menunjukkan bahwa bukan semata-mata trauma menyebabkan depresi tetapi keyakinan bahwa seseorang tidak mempunyai kendali terhadap hasil yang

penting dalam kehidupannya sehingga mengulang respon yang tidak adaptif.

- 6) Model perilaku, berkembang dari kerangka teori belajar sosial, yang beranggapan bahwa penyebab depresi terletak pada kurangnya keinginan positif dalam berinteraksi dengan lingkungan.
- 7) Model biologik, menguraikan perubahan kimia dalam tubuh yang terjadi selama depresi termasuk defisiensi katekolamin, disfungsi endokrin, hipersekreksi kortisol dan variasi periodik dalam irama biologis.

b. Stressor pencetus

Sumber utama stressor pencetus yang dapat mencetuskan perasaan depresi ada 4 yaitu:³⁶

- 1) Kehilangan keterikatan yang nyata atau dibayangkan termasuk kehilangan cinta seseorang, fungsi fisik, kedudukan atau harga diri. Karena elemen aktual atau simbolik melibatkan konsep kehilangan maka persepsi seseorang yang mengalami depresi merupakan hal yang sangat penting.
- 2) Peristiwa besar dalam kehidupan, hal ini sering dilaporkan sebagai pendahulu episode depresi dan mempunyai dampak terhadap masalah-masalah yang dihadapi sekarang dan kemampuan menyelesaikan masalah.
- 3) Peran dan ketegangan peran telah dilaporkan mempengaruhi perkembangan depresi terutama pada wanita.

- 4) Perubahan fisiologi yang diakibatkan oleh obat-obatan atau berbagai penyakit fisik seperti infeksi dan gangguan keseimbangan metabolik dapat mencetuskan gangguan alam perasaan.

3. Tanda dan gejala depresi

Pasien yang mengalami gangguan depresi tidak selalu memiliki gejala yang sama satu dengan yang lain. Setiap individu memiliki frekuensi, durasi dan beratnya gejala depresi yang bervariasi. Beberapa tanda gejala depresi yang dialami pasien antara lain:³⁷

a. Gambaran emosi

- 1) Mood depresi, sedih atau murung
- 2) Iritabilitas dan ansietas
- 3) Ikatan emosi berkurang
- 4) Menarik diri dari hubungan interpersonal
- 5) Preokupasi dengan kematian
- 6) Ide-ide bunuh diri atau keinginan untuk bunuh diri.

b. Gambaran kognitif

- 1) Kritik keras pada diri sendiri, perasaan tak berharga, rasa bersalah
- 2) Pesimis, tidak ada harapan, putus asa
- 3) Bingung, konsentrasi buruk
- 4) Tak pasti dan ragu-ragu
- 5) Keluhan somatik
- 6) Gangguan memori
- 7) Ide-ide mirip waham

c. Gambaran vegetatif

- 1) Lesu dan tak bertenaga
- 2) Tidak bisa tidur atau banyak tidur
- 3) Tidak mau makan atau banyak makan
- 4) Penurunan berat badan atau penambahan berat badan
- 5) Libido terganggu

4. Tingkatan depresi

Depresi dapat digolongkan menjadi tiga kelompok yaitu depresi ringan, depresi sedang, depresi berat. Perbedaan tiap tingkatan adalah sebagai berikut:

a. Depresi ringan (*Mild Depression/ Minor Depression*)

Depresi ringan adalah depresi yang ditandai dengan adanya rasa sedih, perubahan proses berfikir, hubungan sosial kurang baik, tidak bersemangat, dan merasa tidak nyaman. Pada depresi ringan, *mood* yang rendah datang dan pergi serta penyakit datang setelah kejadian *stressful* yang spesifik.^{38,39}

b. Depresi sedang (*Moderat Depression*)

Tanda dan gejala depresi sedang antara lain:

- 1) Gangguan afektif, yaitu perasaan murung, cemas, kesal, marah, menangis rasa bermusuhan, dan harga diri rendah.
- 2) Proses berpikir: perhatian sempit, berfikir lambat, ragu-ragu, konsentrasi menurun, berpikir rumit, dan putus asa serta pesimis.

- 3) Sensasi somatik dan aktivitas motorik: bergerak lamban, tugas terasa berat, tubuh lemah, sakit kepala, sakit dada, mual muntah, konstipasi, nafsu makan menurun, berat badan menurun, dan gangguan tidur.
- 4) Pola komunikasi: bicara lambat, komunikasi verbal menjadi berkurang, dan komunikasi non verbal meningkat.
- 5) Partisipasi sosial: seseorang menjadi menarik diri, tidak mau bekerja, mudah tersinggung, bermusushan, dan tidak memperhatikan kebersihan diri.^{38,39}

c. Depresi berat (*Major Depressive Disorder*)

Depresi berat, individu akan mengalami gangguan dalam bekerja, tidur, makan, dan hal yang menyenangkan. Depresi berat mempunyai dua episode yang berlawanan yaitu melankolis (rasa sedih) dan manis (rasa gembira yang berlebihan disertai dengan gerakan hiperaktif). Tanda dan gejala depresi berat.^{38,39}

- 1) Gangguan afektif: pandangan kosong, perasaan hampa, murung, putus asa dan inisiatif kurang.
- 2) Gangguan proses pikir: halusinasi, waham, konsentrasi berkurang, dan pikiran merusak diri.
- 3) Sensasi somatik dan aktivitas motorik: diam dalam waktu lama, tiba-tiba hiperaktif, bergerak tanpa tujuan, kurangnya perawatan diri, tidak mau makan dan minum, berat badan menurun, bangun

pagi sekali dengan perasaan tidak enak, dan tugas ringan terasa berat.

- 4) Pola komunikasi: *introvert* dan tidak ada komunikasi verbal sama sekali.
- 5) Partisipasi sosial: kesulitan menjalankan peran sosial dan menarik diri.

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi depresi

Faktor-faktor yang mempengaruhi depresi pada seseorang, antara lain:

a. Faktor demografi

1) Usia

Usia merupakan faktor yang berpengaruh terhadap tingkat depresi seseorang. Berdasarkan teori Hurlock, depresi sering dialami oleh kelompok usia dewasa tengah (41-60 tahun). Kemudian diikuti oleh kelompok usia dewasa akhir (61-70 tahun), dan kelompok usia dewasa muda (18-40 tahun). Hal ini disebabkan pada usia dewasa tengah, seseorang mempunyai beban yang cukup berat, seperti beban pekerjaan dan mengurus keluarga.⁴⁰

2) Jenis kelamin

Jenis kelamin akan mempengaruhi kebiasaan seseorang. Angka kejadian depresi pada wanita lebih tinggi daripada laki-laki. Hal ini dikarenakan ada kaitannya dengan perubahan hormonal yang lebih menonjol pada perempuan dan tanggung jawab perempuan dalam kehidupan sehari-hari cukup berat, seperti

mengurus rumah tangga, mengurus anak dan banyak wanita yang bekerja di luar rumah.⁴⁰⁻⁴²

3) Status sosial ekonomi

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.⁴⁰⁻⁴²

4) Status pernikahan

Pernikahan membawa manfaat yang baik bagi kesehatan mental laki-laki dan perempuan. Pernikahan tidak hanya mempererat hubungan asmara antara laki-laki dan perempuan, juga bertujuan untuk mengurangi risiko mengalami gangguan psikologis. Bagi pasangan suami istri yang gagal membina hubungan pernikahan atau ditinggalkan pasangan karena

meninggal dapat memicu terjadinya depresi.

b. Dukungan sosial

Dukungan sosial seperti perhatian dan motivasi dibutuhkan oleh pasien untuk memperoleh ketenangan. Semakin tinggi frekuensi hubungan dan kontak sosial, maka semakin panjang harapan hidup seseorang.³⁸

c. Pengaruh genetik

Twin studies (studi orang kembar) menunjukkan bahwa gen berhubungan dengan gangguan suasana atau perasaan. Frekuensi kembar identik (dengan gen identik) yang memiliki gangguan dibandingkan dengan kembar fraternal yang hanya memiliki 50% gen identik. Apabila salah satu pasangan kembar mengalami depresi berat, maka 59% pasangan kembar identik dan 30% pasangan kembar

fraternal mengalami gangguan suasana atau perasaan.

d. Peristiwa/kehidupan stres

Stres dan trauma merupakan faktor yang mempengaruhi semua gangguan psikologis, salah satunya depresi. Sebagian besar masyarakat yang mengalami stres berat, kehilangan pekerjaan, dan bercerai akan mengalami depresi.³⁸

e. Kekurangan hormon

Depresi dapat terjadi karena seseorang yang mengalami kekurangan hormon pada tubuh. Hormon neurotransmitter serotonin, norepinephrine, dan dopamine dapat menyebabkan terjadinya depresi. Hal ini dikarenakan hormon tersebut berperan penting untuk mengendalikan otak dan aktivitas tubuh. Selain itu, kejadian stres dapat mengakibatkan respon imunitas atau kekebalan tubuh menurun.³⁸

6. Dampak depresi

Dampak depresi pada pasien gagal ginjal antara

lain: a. Tingkat kesehatan menurun

Pasien depresi akan mengalami gangguan tidur (insomnia), gangguan pola makan (tidak selera makan), gangguan dalam berhubungan dengan orang lain (mudah tersinggung dan menjauhkan diri dari lingkungan sekitar), dan tidak dapat berkonsentrasi dalam pekerjaan. Selain itu, pasien penyakit ginjal kronik yang diharuskan menjalani hemodialisis rutin akan mengalami kebosanan sehingga menjadi tidak kooperatif dalam pengobatan dan hemodialisis. Hal ini akan berdampak pada menurunnya kesehatan pasien dan akan menurunkan kualitas hidup pasien.^{43,44}

b. Keadaan ekonomi menurun

Pasien yang mengalami penyakit ginjal kronik harus menjalani hemodialisis rutin seumur hidupnya, sedangkan setiap kali proses hemodialisis pasien harus mengeluarkan dana yang tidak sedikit. Hal ini akan mengakibatkan keadaan ekonomi keluarga akan mengalami penurunan.⁴³

c. Percobaan bunuh diri

Dampak depresi pada pasien penyakit ginjal kronik adalah percobaan bunuh diri. Perubahan fisik pada pasien penyakit ginjal seperti perubahan warna kulit, pembengkakan pada area tubuh menimbulkan rasa malu, rendah diri sehingga pasien akan cenderung

menyendiri dan kurang bersosialisasi dengan orang lain. Keadaan ini akan memperburuk psikologis pasien karena akan merasa kesepian dan ketidakberdayaan dan pada akhirnya pasien akan mencoba untuk mengakhiri hidupnya. Tindakan bunuh diri tersebut merupakan keputusan terakhir seseorang untuk memecahkan masalah.^{10,38,45,46}

d. Perilaku merusak

Perilaku merusak yang diakibatkan oleh depresi antara lain:³⁸

1) *Agresivitas* dan kekerasan

Seseorang yang mengalami depresi, perilaku yang ditimbulkan tidak hanya berbentuk kesedihan tetapi juga mudah tersinggung dan agresif.

2) Penggunaan alkohol dan obat terlarang

Penggunaan alkohol dan obat terlarang merupakan cara untuk mencari pelepasan sementara dari keadaan yang tidak menyenangkan yang sedang dialaminya.

3) Perilaku merokok

Seseorang yang mengalami depresi akan melampiaskan diri dengan merokok. Banyak yang beranggapan merokok dapat meredakan stress untuk sementara sehingga perilaku merokok akan bertambah.

F. Mekanisme Koping

1. Pengertian

Koping merupakan suatu tindakan mengubah kognitif secara konstan dan usaha tingkah laku untuk mengatasi tuntutan eksternal atau internal yang dinilai membebani atau melebihi sumber daya yang dimiliki individu. Koping merupakan suatu usaha untuk menguasai situasi tertekan tanpa memperhatikan akibat dari tekanan tersebut.³¹ Mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu untuk menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi, dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku.

2. Klasifikasi Mekanisme Koping

a. Mekanisme koping adaptif

Mekanisme koping adaptif adalah mekanisme koping yang bersifat positif sehingga mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Mekanisme koping adaptif dibagi menjadi beberapa tahapan meliputi:²⁷

1) *Problem solving*

Problem solving merupakan usaha untuk memecahkan suatu masalah sehingga masalah harus dihadapi dan dipecahkan bukan untuk dihindari atau ditekan di alam bawah sadar, seakan-akan masalah tersebut tidak berarti.

2) *Utilizing social support*

Utilizing social support merupakan tindak lanjut dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi ketika masalah tersebut belum terselesaikan sehingga dibutuhkan dukungan dari orang lain yang dapat dipercaya dan mampu memberikan bantuan dalam bentuk masukan atau saran dalam menyelesaikan masalah.

3) *Looking for silver lining*

Looking for silver lining merupakan suatu bentuk kepasrahan setelah manusia berusaha menyelesaikan masalah yang dihadapi dan diharapkan manusia mau menerima kenyataan dan befikir positif serta mengambil hikmah dari masalah yang dihadapi.

b. Mekanisme koping maladaptif

Mekanisme koping maladaptif adalah mekanisme koping yang bersifat negatif sehingga menghambat fungsi integrasi, memecahkan pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Mekanisme koping maladaptif terdiri dari hal-hal sebagai berikut:²⁷

1) *Avoidance*

Avoidance merupakan usaha untuk mengatasi situasi tertekan dengan lari dari situasi tersebut atau menghindari masalah yang berujung pada penumpukan masalah di kemudian hari. Bentuk pelarian diri di antaranya dengan beralih pada hal seperti makan, minum, merokok atau menggunakan obat-obatan dengan tujuan

menghilangkan masalah sesaat untuk tujuan sesaat dan bukan menyelesaikan masalah.

2) *Self-blame*

Self-blame merupakan bentuk dari ketidakberdayaan atas masalah yang dihadapi dengan menyalahkan diri sendiri tanpa evaluasi diri yang optimal. Kegagalan orang lain dialihkan dengan menyalahkan dirinya sendiri sehingga menekan kreativitas dan ide yang berdampak pada penarikan diri struktur sosial.

3) *Wishfull thinking*

Wishfull thinking merupakan suatu kondisi dimana seseorang menentukan standar diri tinggi sehingga untuk mencapainya sangat sulit. Penentuan standar yang terlalu tinggi menjadikan seseorang terbuai dalam khayalan dan impian saja.²⁷

3. Faktor - Faktor yang Mempengaruhi Mekanisme Koping⁴⁷

a. Harapan mengenai *self-efficacy*

Self efficacy adalah kemampuan diri berdasarkan penilaian seseorang dalam melakukan sesuatu.

Faktor-faktor yang mempengaruhi *self efficacy* antara lain:⁴⁸

1) Pencapaian kerja (*performance attainment*)

Pencapaian kerja merupakan sumber utama pengharapan yang didasarkan pada pengalaman seseorang saat berhasil melakukan sesuatu dengan baik. Tingkat *self efficacy* akan lebih tinggi ketika seseorang mencapai keberhasilan dan apabila

seseorang mengalami kegagalan maka tingkat *self efficacy* akan lebih rendah. Pengalaman sukses seseorang dapat meningkatkan *self efficacy* yang ditunjukkan pada minat mengerjakan sesuatu lebih baik sedangkan pengalaman seseorang dalam kegagalan menyebabkan *self efficacy* menurun terutama pada minat dalam mengerjakan sesuatu.

2) Pengalaman orang lain (*vicarious experience*)

Pengalaman orang lain merupakan pengalaman seseorang melihat keberhasilan orang lain dalam mengerjakan sesuatu dengan baik. Seseorang yang mengamati keberhasilan orang lain sangat berpengaruh pada *self efficacy*-nya karena akan merasa yakin pada kemampuan dirinya bahwa ia juga mencapai hal yang sama dengan orang lain yang telah diamati.

Seseorang juga akan lebih meyakinkan dirinya bahwa ketika orang lain dapat melakukan sesuatu dengan baik, ia pun harus bisa untuk melakukannya. *Self efficacy* juga akan menurun yang ditunjukkan pada berkurangnya minat dalam mengerjakan sesuatu karena telah melihat orang lain gagal dalam melakukan hal yang sama sebelumnya meskipun orang lain sudah melakukannya dengan maksimal.

3) Persuasi verbal (*verbal persuasion*)

Persuasi verbal adalah keyakinan seseorang bahwa ia mempunyai kemampuan yang memadai guna meraih apa yang diharapkan. Kapasitas akan kemampuan yang dimiliki seseorang akan meningkat dalam mencapai tujuan yang diinginkan jika seseorang tersebut telah diarahkan atau diyakinkan secara verbal melalui saran, nasihat dan bimbingan. Seseorang akan lebih mudah untuk berusaha lebih keras lagi setelah berhasil diberi arahan atau keyakinan diri secara verbal daripada seseorang yang hanya memikirkan kekurangan dirinya sendiri saat merasakan kesulitan atau kesusahan dan ragu akan kemampuan yang dimiliki.

4) Dorongan emosional (*emotional arousal*)

Dorongan emosional adalah saat seseorang berada pada posisi tertekan maka emosi seseorang tersebut akan muncul dan dapat mempengaruhi penghargaan seseorang. Rasa takut, cemas, khawatir akan kegagalan menyebabkan hilangnya keyakinan seseorang dalam menghadapi atau menjalani tugas berikutnya.

5) Keadaan dan reaksi fisiologis (*physical or affective status*) Keadaan

dan reaksi fisiologi seseorang digunakan sebagai sumber informasi untuk memberikan sumber penilaian pada kemampuan dirinya yang bertujuan untuk melihat tercapainya tujuan tersebut dengan mudah, sedang atau sulit. Seseorang yang merasa tertekan akan mengalami gejala *simatic* atau ketegangan

yang menunjukkan bahwa seseorang tersebut tidak dapat menguasai keadaan.

Teori menyatakan bahwa masalah fisik dapat menyebabkan masalah psikososial pada seseorang. Perubahan struktur, bentuk, dan fungsi tubuh dapat menimbulkan penolakan dalam diri seseorang dan jika tidak segera diatasi maka akan menyebabkan masalah psikososial yang lebih berat.⁴⁹ Seseorang akan mampu berfikir lebih tenang, jernih dan terarah ketika ia sedang tidak mengalami perasaan gejala sehingga dapat menguasai keadaan dengan baik.

b. Dukungan sosial

Dukungan sosial didefinisikan sebagai suatu bentuk bantuan yang diberikan oleh orang lain kepada seseorang yang sedang memerlukan kebutuhan dasar sosialnya baik secara *instrumental* maupun sosioemosional.⁵⁰ Seseorang yang sedang mengalami suatu permasalahan terutama masalah kesehatan maka sangat membutuhkan dukungan sosialnya baik dari teman, anggota keluarga maupun pemberi pelayanan kesehatan.⁵¹

c. Optimism

Sikap optimis adalah cara seseorang dalam mengarahkan pikirannya ke arah yang positif sehingga dapat mendorong semangat untuk meraih apa yang diharapkan. Seseorang dengan sikap optimis akan menjadi pribadi yang dinamis dan selalu berusaha dalam

perubahan yang positif berdasarkan analisis rasional. Sikap optimis juga membantu mengurangi stres ketika seseorang mengalami kesulitan karena sikap optimis seseorang akan selalu melihat sisi-sisi positif dalam keadaan apapun.⁵² Yakin bahwa setiap masalah pasti ada jalan keluarnya merupakan salah satu sifat seseorang yang memiliki sikap optimis.⁵⁰

d. Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan salah satu hal terpenting pada seseorang dalam menghadapi suatu masalah. Seseorang akan lebih siap menghadapi masalah seiring tingkat pendidikannya yang semakin tinggi maka semakin banyak pula pengalaman hidup yang dimilikinya.⁵³

e. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan salah satu hal yang sangat penting guna membentuk perilaku terbuka seseorang meliputi rasa ingin tahu, memahami dan menerapkan sesuatu.⁵⁴

f. Jenis kelamin

Mekanisme coping dipengaruhi juga oleh perbedaan jenis kelamin. Kaum pria cenderung lebih emosional daripada kaum wanita sehingga wanita lebih mampu dalam menghadapi suatu masalah.⁵³

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan mekanisme coping pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis antara pria dan wanita. Pria cenderung menggunakan mekanisme

koping maladaptif seperti menarik diri, menyerah (marah), pesimis, banyak tidur dan mengingkari.

Mekanisme koping adaptif lebih diutamakan oleh wanita yang meliputi *sharing* dengan orang lain dan berusaha untuk selalu mencari solusi. Hasil penelitian tersebut telah dibuktikan bahwa mekanisme koping maladaptif pada laki-laki sejumlah 14 orang (82,4%) dan yang melakukan mekanisme koping adaptif hanya 3 orang (17,6%). Responden perempuan yang melakukan mekanisme koping adaptif terdapat 11 orang (64,7%) sedangkan 6 orang (35,3%) mekanisme koping yang digunakan adalah maladaptif.⁵⁵

4. Strategi Koping

Menurut Lazarus dan Folkman, ada dua strategi yang dapat dilakukan dalam melakukan koping.

a. Koping yang berfokus pada masalah (*problem focused coping*)

Problem focused coping merupakan usaha mengatasi stres dengan cara mengatur atau mengubah masalah yang dihadapi dan lingkungan sekitarnya yang menyebabkan seseorang menjadi tertekan. Strategi yang dipakai dalam *problem focused coping* antara lain:²⁷

1) *Confrontative coping*

Confrontative coping merupakan usaha untuk mengubah keadaan-keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang agresif, tingkat kemarahan yang cukup tinggi, dan pengambilan resiko.

2) *Seeking social support*

Seeking social support merupakan usaha untuk mendapatkan kenyamanan emosional dan bantuan informasi dari orang lain.

3) *Planful problem solving*

Planful problem solving merupakan usaha mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang hati-hati, bertahap dan analitis.

b. *Emotion Focused Coping*

Emotion focused coping merupakan usaha mengatasi stres dengan cara mengatur respons emosional dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang akan ditimbulkan oleh suatu kondisi atau situasi yang dianggap penuh tekanan. *Emotion focused coping* untuk mengatur respons emosionalnya melalui pendekatan perilaku dan kognitif. Strategi yang digunakan dalam *Emotion focused coping* adalah:²⁷

1) *Self-control*

Self-control adalah usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan.

2) *Distancing*

Distancing adalah usaha untuk tidak terlibat dalam permasalahan seperti menghindar dari permasalahan seakan tidak terjadi apa-apa atau menciptakan pandangan-pandangan yang positif.

3) *Positive reappraisal*

Positive reappraisal adalah usaha mencari makna positif dari permasalahan dengan berfokus pada pengembangan diri, biasanya juga melibatkan hal-hal yang bersifat religious. yang dihadapinya dan mencoba menerimanya untuk membuat semuanya menjadi lebih baik.

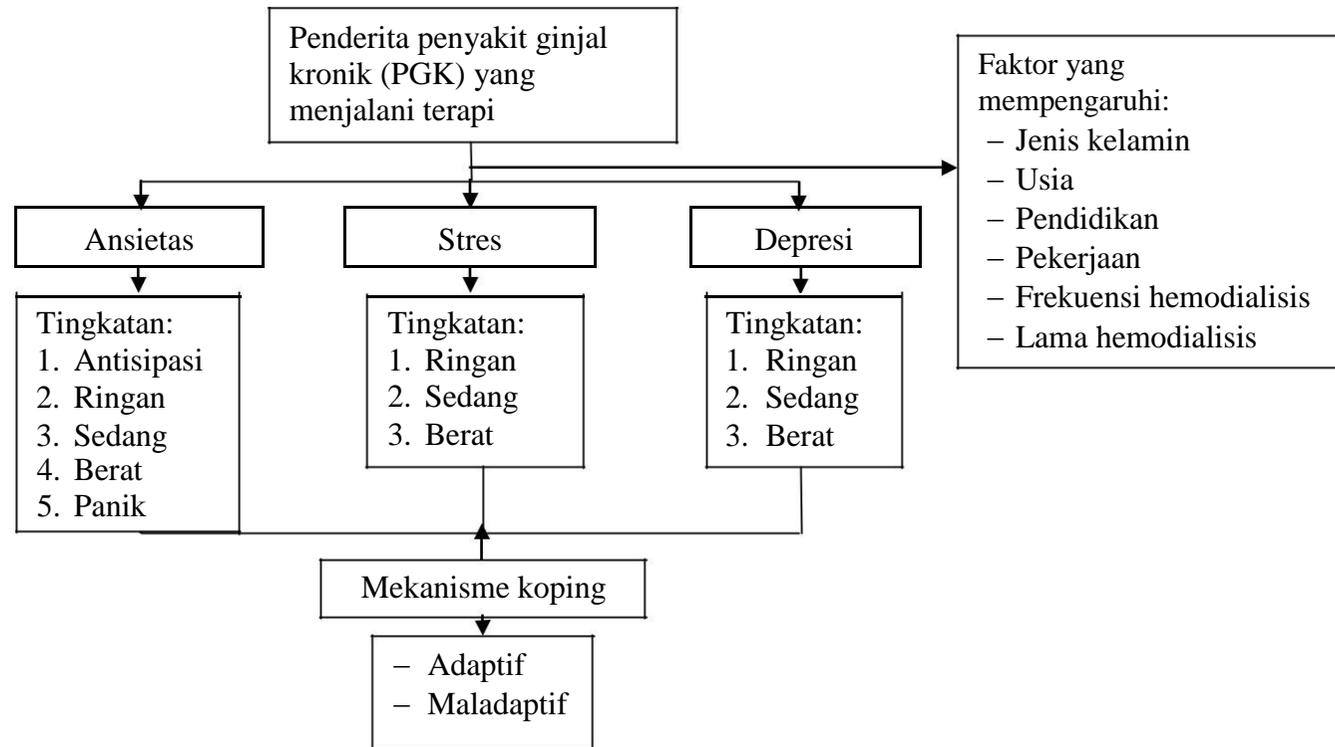
4) *Accepting responsibility*

Accepting responsibility adalah usaha menyadari tanggung jawab diri sendiri dalam permasalahan yang dihadapinya dan mencoba menerimanya untuk membuat semuanya menjadi lebih baik.

5) *Escape/avoidance*

Escape/avoidance adalah usaha untuk mengatasi situasi menekan dengan lari dari situasi tersebut atau menghindarinya dengan beralih pada hal lain seperti makan, minum, atau menggunakan obat-obatan.²⁷

G. Kerangka Teori



Keterangan :



: yang diteliti



: yang tidak diteliti

Gambar 2 Kerangka Teori^{6,32,17,27,29,34,31,37,38,42,43,58}

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Tingkat Kecemasan, Stres, Depresi dan Mekanisme Koping Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis

Keterangan:

————— : yang diteliti oleh peneliti

B. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode deskriptif. Rancangan penelitian ini menggunakan rancangan survei. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan gambaran tingkat kecemasan, stres, depresi, dan mekanisme koping pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini sebanyak 210 pasien yang menjalani hemodialisis di RSUD Dr. Moewardi.

2. Sampel

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Pasien yang melakukan hemodialisis 1-3 kali seminggu.
- 2) Pasien rawat jalan yang menjalani hemodialisis.
- 3) Pasien yang berusia ≥ 18 tahun (kelompok usia

dewasa). b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah pasien penyakit ginjal kronik yang mengalami ketidaknyaman fisik seperti pusing dan nyeri, penurunan kesadaran, sehingga responden tidak bisa melanjutkan penelitian.

c. Besar Sampel

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

N = Besar populasi

n = Besar sampel

d = Tingkat kepercayaan yang diinginkan (0,08)

Jumlah pasien yang menjalani hemodialisis di Ruang Unit Hemodialisa RSUD Dr. Moewardi adalah 210 pasien. Sehingga jumlah sampel adalah $210/1+210(0,08)^2 = 89,59 = 90$ pasien.

3. Teknik pengambilan sampel

Teknik sampling yaitu suatu teknik dalam menentukan besarnya sampel dari sebuah populasi.^{56,57} Sampling yang digunakan dalam penelitian ini yaitu teknik *purposive sampling*. Peneliti menentukan sendiri sampel yang akan diambil karena ada pertimbangan tertentu. Peneliti memilih sampel dengan memperhatikan situasi dan kondisi yang tepat seperti saat pasien sedang tidak tidur, makan atau berdiskusi dengan keluarga. Pasien dalam hal ini benar-benar sedang santai dan nyaman.

D. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang hemodialisis RSUD Dr Moewardi.

2. Waktu penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada bulan Juni sampai bulan Juli 2015.

E. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

Tabel 3.1 Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

No	Variable	Definisi Operasional	Alat Pengukuran	Hasil	Skala
1	Jenis kelamin	Status gender berdasarkan ciri-ciri karakteristik fisik dan biologis demografi pasien.	Kuesioner data demografi	Laki-laki = 1 Perempuan = 2	Nominal
2	Usia	Periode dalam tahun berdasarkan golongan dewasa muda, dewasa, dan usia lanjut. ⁵⁶	Kuesioner data demografi	Dewasa muda (18-30 tahun)=1 Dewasa tengah (31-65 tahun)=2 Dewasa tua (>65 tahun) = 3	Nominal
3	Pendidikan	Status pendidikan akhir yang telah ditempuh	Kuesioner data demografi	SD = 1 SMP = 2 SMA = 3 Perguruan Tinggi = 4 Tidak sekolah = 5	Ordinal
4	Pekerjaan	Kegiatan utama yang dilakukan untuk mendapatkan penghasilan	Kuesioner data demografi	PNS/TNI/Polri = 1 Wiraswasta = 2 Peg. Swasta = 3 Lain-lain = 4 Tidak bekerja = 5	Nominal
6	Tingkat kecemasan	Suatu tingkatan perasaan kesedihan yang dialami pasien PGK (ringan, sedang, berat, sangat berat)	Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner DASS (Depression, anxiety, stress scale) yang terdiri dari 14 pernyataan yaitu pada nomor 2,4,7,9,15,19,20,23,25,28,30,36,40,41 0=tidak pernah	Skor mengenai kecemasan pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis dikategorikan menjadi: Kecemasan normal= 0-7	Ordinal

		1=kadang-kadang. 2=sering 3=sangat sering	Kecemasan ringan= 8-9 Kecemasan sedang= 10-14 Kecemasan berat= 15-19 Kecemasan sangat berat ≥ 20
7	Stres	Stres adalah reaksi tubuh baik biologis maupun psikologis ketika mendapat ancaman atau tekanan dari luar. Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner DASS 42 (Depression, anxiety, stress scale) yang terdiri dari 14 pernyataan yaitu pada nomor 1,6,8,11,12,14,18,22,25,27,29,32,33,35,39 Pilihan jawaban menggunakan skala likert yaitu: 0=tidak pernah 1=kadang-kadang. 2=sering 3=sangat sering	Skor mengenai stres pada Ordinal pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis dikategorikan menjadi: Stres normal= 0-14 Stres ringan= 15-18 Stres sedang= 19-25 Stres berat= 26-33 Stres sangat berat ≥ 34
8	Depresi	Suatu tingkatan perasaan kesedihan yang dialami pasien PGK (ringan, sedang, berat dan sangat berat) Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner DASS (Depression, anxiety, stress scale) yang terdiri dari 14 pernyataan yaitu pada nomor 3,5,10,13, 16,17,21,24,26,31,34,37,38,42 0=tidak pernah 1=kadang-kadang. 2=sering 3=sangat sering	Skor mengenai depresi pada Ordinal pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis dikategorikan menjadi: Depresi normal= 0-9 Depresi ringan= 10-13 Depresi sedang= 14-20 Depresi berat= 21-27 Depresi sangat berat ≥ 28
9	Mekanisme koping pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani	Cara pasien hemodialisis dalam menghadapi masalah baik fisik maupun psikologis, terutama penyakit yang sedang dideritanya baik menggunakan koping adapif maupun koping maladaptif Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner yang terdiri atas 10 pernyataan berdasarkan pada <i>ways of coping scale by Susan Folkman and Richard Lazarus</i> dan diukur menggunakan skala Likert Pernyataan positif meliputi: 4 = selalu	Skor mengenai mekanisme koping pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis dalam rentang 0-40. Kategori dilakukan berdasarkan perhitungan hasil ukur median. Nilai mekanisme

hemodialisis	3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = jarang 0 = tidak pernah sedangkan pernyataan negatif: 0 = selalu 1 = sering 2 = kadang-kadang 3 = jarang 4 = tidak pernah.	koping ≥ 26 maka mekanisme koping yang digunakan adalah koping adaptif, jika nilai mekanisme koping < 26 maka mekanisme koping yang digunakan adalah koping malaptif.
--------------	--	--

F. Alat Penelitian, Validitas, Reliabilitas dan Cara Pengumpulan Data

1. Alat Penelitian

Alat dan bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah instrumen penelitian berupa kuesioner, alat tulis dan pengolahan data menggunakan komputer. Pengumpulan data pada penelitian ini untuk tiap variabel menggunakan kuesioner. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan 3 kuesioner yaitu:

a. Kuesioner A

Kuesioner A berisi tentang identitas responden yang terdiri atas nomor responden, nama responden (inisial), jenis kelamin, usia, pekerjaan, dan lama menjalani hemodialisis.

b. Kuesioner B

Kuesioner B yaitu kuesioner DASS (*Depression Anxiety and Stress Scale*) yang dikembangkan oleh Lovibond, S.H dan Lovibond P.F pada tahun 1995. Kuesioner DASS terdiri atas 42 item yang mengukur *general psychological distress* seperti depresi, kecemasan dan stres. Kuesioner ini untuk mengukur tiga skala yaitu depresi, kecemasan, dan stres yang masing-masing skala memiliki 14 item pernyataan.⁵⁹ Pernyataan yang mengukur tentang kecemasan terdapat pada item 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41. Pernyataan yang mengukur tentang stres terdapat pada item nomor 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39. Pernyataan yang mengukur tentang depresi terdapat pada item nomor 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31,

34, 37, 38, 42. Jawaban tes DASS ini terdiri atas 4 pilihan yang disusun dalam bentuk skala yaitu 0 = tidak pernah, 1 = kadang-kadang, 2 = sering, 3 = sangat sering. Nilai yang diperoleh dari respon responden akan ditotal dan dikategorikan sesuai dengan tingkat gangguan psikologis responden. Respon tingkat kecemasan dikategorikan menjadi 5 yaitu nilai 0-7 = normal, 8-9 = kecemasan ringan, 10-14 = kecemasan sedang, 15-19 kecemasan berat, ≥ 20 kecemasan sangat berat. Respon stres dikategorikan menjadi 5 yaitu 0-14 = normal, 15-18 = stres ringan, 19-25 = stres sedang, 26-33 = stres berat, ≥ 34 = stres sangat berat. Sedangkan respon depresi dibagi menjadi 5 kategori yaitu 0-9 = normal, 10-13 = depresi ringan, 14-20 = depresi sedang, 21-27 = depresi berat dan ≥ 28 = depresi sangat berat.⁵⁹

c. Kuesioner C

Kuesioner yang digunakan untuk mengetahui mekanisme koping pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis adalah kuesioner yang diambil dari penelitian sebelumnya. Kuesioner ini berisi 10 item pernyataan yang telah dimodifikasi berdasarkan pada *ways of coping scale* by Susan Folkman and Richard Lazarus. Pilihan jawaban pada kuesioner ini meliputi selalu, sering, jarang, kadang-kadang dan tidak pernah. Penilaian pernyataan positif meliputi: 4 = selalu, 3 = sering, 2 = kadang-kadang, 0 = tidak pernah, sedangkan

pernyataan negatif 0 = selalu, 1 = sering, 2 = kadang-kadang, 3 = jarang dan 4 = tidak pernah.⁶⁰

2. Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas bertujuan agar instrumen yang digunakan saat penelitian valid dan reliabel sehingga diharapkan penelitian akan menjadi valid dan reliabel.⁵⁴ Pada penelitian ini peneliti tidak melakukan uji validitas dan reliabilitas pada kuesioner DASS 42 maupun pada kuesioner *ways of coping scale*. Uji validitas dan reliabilitas pada kuesioner DASS 42 versi bahasa Indonesia telah dilakukan oleh Damanik. Berdasarkan uji validitas dan reliabilitas tersebut diperoleh nilai *Cronbach's Alpha* untuk masing-masing skala depresi, ansietas dan stres berturut-turut yaitu 0,9053, 0,8517, dan 0,8806 sehingga kuesioner DASS 42 sudah dikatakan reliabel karena nilai Chronbach's Alpha lebih besar dari 0,6.⁶²

Kuesioner mekanisme koping juga telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas oleh peneliti sebelumnya yang dilakukan oleh Suwaryanti. Uji reliabilitas dengan jumlah 9 *item*, menunjukkan nilai alpha cronbach 0,609, maka dapat dikatakan bahwa tingkat kelayakannya adalah moderat, hal ini dikarenakan nilai minimal uji reliabilitasnya adalah 0,60.⁶⁰

3. Cara Pengumpulan Data

Cara pengumpulan data penelitian yang dilakukan oleh peneliti berdasarkan prosedur:

- a. Mengajukan ijin penelitian ke Komisi Penelitian Etik Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro dan Ketua Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- b. Kemudian mengajukan ijin penelitian kepada Kepala Direktur RSUD Dr. Moewardi untuk mengadakan penelitian di ruang hemodialisa RSUD Dr. Moewardi.
- c. Menyosialisasikan maksud dan tujuan penelitian kepada kepala ruang dan tim keperawatan setelah mendapatkan ijin dari kepala Direktur RSUD Dr. Moewardi.
- d. Responden yang bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian diminta dengan sukarela untuk menandatangani lembar persetujuan responden.
- e. Cara pengisian kuesioner pada responden akan dijelaskan oleh peneliti dan memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti.
- f. Responden diminta untuk mengisi kuesioner yang sudah diberikan. Setelah selesai, peneliti akan mengumpulkan kembali kuesioner dan memeriksa kelengkapan dan konsistensi jawaban dari responden. Apabila belum lengkap, maka responden diminta untuk melengkapinya.

G. Pengolahan Data dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Proses pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan langkah-langkah: ^{63,64}

a. *Editing*

Editing adalah upaya pengecekan kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan setelah data terkumpul atau tahap pengumpulan data. Peneliti melakukan pengecekan kuesioner dengan memastikan kelengkapan, kejelasan, relevansi, dan konsistensi jawaban responden. Proses ini dilakukan sesaat setelah responden mengumpulkan kuesioner yang telah telah diisi saat itu juga. Apabila belum lengkap, maka responden diminta untuk melengkapinya. Pada hasil akhir, semua responden telah mengisi secara lengkap dan semua jawaban yang diberikan konsisten.

b. *Coding*

Coding adalah pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. *Coding* bermanfaat untuk mempermudah peneliti saat melakukan analisis dan mempercepat pada saat proses tabulasi. Peneliti melakukan proses *coding* berdasarkan hasil kode pada tabel definisi operasional sebagai berikut:

1) Jenis kelamin

Laki-laki=1 dan perempuan = 2

2) Usia

Dewasa muda (18-30 tahun) = 1, dewasa (31-65 tahun) = 2, Lansia (>65 tahun) = 3

3) Pendidikan terakhir

SD = 1, SMP = 2, SMA = 3, Perguruan Tinggi = 4,
Tidak sekolah = 5.

4) Pekerjaan

PNS/TNI/Polri = 1, Wiraswasta = 2, Pegawai BUMN = 3, Pegawai Swasta = 4, Lain-lain = 5

5) Kecemasan

Tidak pernah = 0, kadang-kadang = 1, sering = 2, sangat sering = 4.

6) Stres

Tidak pernah = 0, kadang-kadang = 1, sering = 2, sangat sering = 4.

7) Depresi

Tidak pernah = 0, kadang-kadang = 1, sering = 2, sangat sering = 4.

8) Mekanisme koping

Pernyataan positif: tidak pernah = 0, jarang = 1, kadang-kadang = 2, sering = 3, selalu = 4.

Pernyataan negatif: tidak pernah = 4, jarang = 3, kadang-kadang = 2, sering = 1, selalu = 0.

c. *Tabulating*

Peneliti membuat tabel dengan kolom dan barisnya, menghitung banyaknya frekuensi untuk setiap kategori jawaban dan memasukkan data-data hasil penelitian ke dalam tabel-tabel sesuai kriteria.

2. Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan secara komputerisasi dengan menggunakan analisis univariat. Seluruh data diolah secara deskriptif kuantitatif yang digunakan untuk melaporkan hasil dalam bentuk distribusi frekuensi dan prosentase (%) dari masing-masing karakteristik. Uji normalitas kuesioner mekanisme koping menggunakan Kolmogorov-Smirnov.^{63,64} Hasil uji normalitas didapatkan data berdistribusi tidak normal sehingga penghitungan nilai mekanisme koping menggunakan median. Nilai mekanisme koping ≥ 26 maka mekanisme koping yang digunakan adalah koping adaptif, jika nilai mekanisme koping < 26 maka mekanisme koping yang digunakan adalah koping maladaptif.

H. Etika Penelitian

Kode etik penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti dan pihak responden dalam penelitian. Etika yang berlaku pada penelitian ini antara

lain:^{53,56,57}

1. *Autonomy*

Sebelum penelitian dilakukan, responden diberikan informasi secara lengkap tentang penelitian yang dilakukan dan memberikan kebebasan untuk berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Jika responden bersedia, maka responden dipersilahkan menandatangani lembar persetujuan yang diberikan oleh peneliti, jika responden tidak menyetujui, responden berhak untuk menolak menjadi responden penelitian dan pilihan tersebut tidak berdampak pada pelayanan yang diterima oleh pasien.

2. *Beneficence*

Peneliti memberikan *booklet* kepada responden yang berisi cara melakukan diet untuk pasien penyakit ginjal kronik dan mengurangi masalah psikologis responden. Selain itu juga memberikan saran untuk melakukan hal-hal positif, merubah kebiasaan buruk untuk mencapai coping adaptif.

3. *Nonmaleficence*

Peneliti tidak memberikan tindakan keperawatan, hanya memberikan dua kuesioner yaitu kuesioner DASS untuk mengkaji tingkat kecemasan, stress, depresi dan kuesioner *ways of coping scale* untuk mengkaji mekanisme coping.

4. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Peneliti memberikan keyakinan kepada responden bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah

yang menyangkut privasi dari responden. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiannya oleh peneliti, hanya data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

5. Kejujuran (*veracity*)

Peneliti menjelaskan secara jujur tentang manfaat dan dampak yang akan diterima oleh responden pada saat penelitian. Penjelasan tersebut disampaikan kepada responden karena responden mempunyai hak untuk mengetahui segala informasi yang terkait tentang penelitian.

6. Kerahasiaan identitas (*Anonymity*)

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dimana peneliti tidak mencantumkan identitas/nama responden, tetapi peneliti menuliskan dengan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

7. Keadilan dan keterbukaan (*Justice and inclusiveness*)

Responden mendapatkan keadilan yang sama tanpa dibeda-bedakan oleh peneliti. Selain itu, peneliti juga terbuka kepada responden dengan menjelaskan prosedur penelitian dan memperhitungkan manfaat serta kerugian yang ditimbulkan dari penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Smeltzer S, Bare B. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta: EGC; 2002.
2. Lewis S, Heitkemper M, Dirksen S. *Medical Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problem*. 6th ed. Mosby: Elsevier Inc.; 2004.
3. PERNEFRI. 5th Annual Report of IRR 2012. 2012. Available at: <http://www.pernefri-inasn.org>. Accessed March 1, 2015.
4. Sandra, Dewi W, Dewi Y. Gambaran Stres pada Pasien Gagal Ginjal Terminal yang Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Pekanbaru. *J. Univ. Riau* 2012;99-108.
5. Corwin EJ. *Patofisiologi: Buku Saku*. Jakarta: EGC; 2009.
6. Baradero M. *Klien Gangguan Ginjal*. Jakarta: EGC; 2008.
7. Farida A. Pengalaman klien hemodialisis terhadap kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP Fatmawati Jakarta. 2010.
8. Armiyati Y, Rahayu DA. Faktor yang Berkorelasi terhadap Mekanisme Koping Pasien CKD yang Menjalani Hemodialisis Di RSUD Kota Semarang. *J. Muhammadiyah Semarang* 2008.
9. Hmwe NTT, Subramanian P, Tan LP, Chong WK. The effects of acupressure on depression , anxiety and stress in patients with hemodialysis : A randomized controlled trial. *Int. J. Nurs. Stud.* 2015;52(2):509-18. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.11.002.
10. Chen C-K, Tsai Y-C, Hsu H-J, et al. Depression and Suicide Risk in Hemodialysis Patients With Chronic Renal Failure. *Psychosomatics* 2010;51(6):528-528.e6. doi:10.1016/S0033-3182(10)70747-7.
11. Lamusa W, Kondre R, Babakal A. Hubungan tindakan hemodialisa dengan tingkat kecemasan klien gagal ginjal di ruangan dahlia RSUP Prof Dr. R Kondou Manado. *ejournal Keperawatan* 2015;3(1).
12. Na L, Panggabean S, Lengkong JVM, Christine I. Kecemasan pada Penderita Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RS Universitas Kristen Indonesia. 2012;46:151-156.

13. Sahara SM, Kanine E, F W. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa BLU RSUP Prof. Dr. RD. Kandou Manado. *ejournal Keperawatan* 2013;1:1-6.
14. Gormon, L.G., & Sultan D. Psychosocial Nursing for General Patient Care. *Philadepia Davis Cimpany* 2008.
15. Kurniawati ND. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. 1st ed. Jakarta: Salemba medika; 2007.
16. Zuhriastuti W. Studi Deskriptif Mekanisme Koping pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Dilakukan Hemodialisa di Ruang Hemodialisa RSUD Kota Semarang. *J. Muhammadiyah Semarang* 2011;1(1).
17. Wurara Y, Kanine E, Wowiling F. Mekanisme Koping pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisis di RS Prof Dr R.P Kondou Manado. *ejournal Keperawatan* 2013;1(1).
18. Baughman DC. *Keperawatan Medikal Bedah: Buku Saku Untuk Bunner Suddarth*. (Esnter M, ed.). Jakarta: EGC; 2000.
19. Tandra H. *Panduan Lengkap Mengenal Dan Mengatasi Diabetes Dengan Cepat Dan Mudah*. Jakarta: Gramedia Pustaka Ilmu; 2007.
20. Farid J. *Panduan Pelayanan Medik Model Interdisiplin Penatalaksanaan Kanker Serviks Dengan Gangguan Ginjal*. Jakarta: EGC; 2009.
21. Alam S, Hadibroto I. *Gagal Ginjal*. Jakarta: PT Gramedia PustakaUtama; 2007.
22. Rubenstein D, Wanney D, Brandle J. *Lecture Note: Kedokteran Klinis*. 6th ed. (Safitri A, ed.). Jakarta: Erlangga; 2006.
23. Rafiuddin, Ahmad M. HU. Impact of Renal Transplantation on Erectile Dysfunction Due to Chronic Renal Failure in Male Patient. *J. Psychosom. Res.* 2009;21:69-71.
24. Muttaqin A. *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba medika; 2011.
25. James, Joynes., Colin Baker. HS. *Prinsip-Prinsip Sains Untuk Keperawatan*. (Safitri A, ed.). Jakarta: Erlangga; 2006.
26. Potter P, Perry A. *Fundamental Keperawatan*. 4th ed. Jakarta: Salemba medika; 2009.

27. Nasir, Abdul., Abdul Muhith. *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa: Pengantar Dan Teori*. Jakarta: Salemba medika; 2011.
28. Yustinus S. *Kesehatan Mental 2*. Yogyakarta: Kanisius; 2006.
29. Videbeck SL. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC; 2008.
30. Asmadi. *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep Dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba medika; 2008.
31. Yosep I. *Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi)*. (Gunarsa A, ed.). Bandung: Refika Aditama; 2009.
32. Sunaryo. *Psikologi Untuk Keperawatan*. EGC. Jakarta; 2004.
33. Potter P. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses Dan Praktik*. 4th ed. Jakarta: EGC; 2005.
34. Dr.I.Made WS, ed. *Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis. Jilid 2*. Jakarta: Bina Rupa Aksara; 2010.
35. Lumbantobing SM. *Neurologi Klinik Pemeriksaan Fisik Dan Mental*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2011.
36. Azizah, Lilik M. *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2011.
37. Maslim. R. *Gejala Depresi, Diagnosa Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas Dari PPDGJ-III*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmaja; 2008.
38. Lubis N. *Depresi: Tinjauan Psikologis*. 1st ed. Jakarta: Kencana; 2009.
39. Dalami, Ernawati, dkk. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Jiwa*. Jakarta: EGC; 2009.
40. Santoso H, Ismali H. *Memahami Krisis Lanjut Usia*. Jakarta: Gunung Mulia; 2009.
41. Durland, Vincent Mark & David Harrison Barlow. *Sifat Dasar Psikologis Abnormal*. Jakarta: Pustaka Belajar; 2007.
42. Nevid, Jeffrey S. *Psikologi Abnormal (alih Bahasa Tim Fakultas Psikologi Universitas Indonesia)*. Jakarta: Erlangga; 2006.

43. Olagunju. AT, Campbell. EA, Adeyemi., Joseph D. Interplay of Anxiety and Depression With Quality of Life in Endstage Renal Disease. *Psychosomatics* 2015;56(1):67-77. doi:10.1016/j.psych.2014.03.006.
44. Feroze U, Martin D, Reina-patton A, Kalantar-zadeh K, Kopple JD. Mental Health Depression & Anxiety in Patient on Maintenance Dialysis. 2010;4(3):173-180.
45. Tobing DL. Pengaruh Progressive Muscle Relaxation dan Logoterapi terhadap Perubahan Ansietas, Depresi, Kemampuan Relaksasi dan Kemampuan Memaknai Hidup pada Klien Kanker di Rumah Sakit Dharmais Jakarta. *FIK UI* 2012.
46. Riyadi S, T. P. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2009.
47. Mutoharoh I. Faktor-faktor yang berhubungan dengan mekanisme coping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Fatmawati tahun 2009. *Skripsi. Progr. Stud. Ilmu Keperawatan Fak. Kedokt. dan Ilmu Kesehatan. Univ. Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta* 2010.
48. Wahyu R. *Kontribusi Hardiness Dan Self Efficacy Terhadap Stres Kerja (studi Pada Perawat RSUP DR. Soeradjitirto Klaten)*. Jakarta; 2007.
49. Keliat BA, N H, P F. *Manajemen Keperawatan Psikososial & Kader Keperawatan Kesehatan Jiwa: CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta: EGC; 2011.
50. Faye ZB. *Psychosocial Aspect of Chronic Illness and Disability African American*. USA: Greenwood Publishing Group Inc; 1998.
51. Sheila L V. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. (Pamilih E, ed.). EGC; 2008.
52. Surbakti EB. *Gangguan Kebahagiaan Anda Dan Solusinya*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo; 2010.
53. Tamher S, Noorkasiani. *Kesehatan Usia Lanjut Dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba medika; 2009.
54. Zaidin AH. *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC; 2002.
55. Istiqomah, Lina S, Mokhamad A, R S. Perbedaan mekanisme coping pada pasien gagal ginjal kronik laki-laki dan perempuan dalam menjalani hemodialisis di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan. *Stikes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan* 2013.

56. Setiadi. *Konsep Dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2007.
57. Raco. *Metode Penelitian Kualitatif Jenis, Karakteristik Dan Keunggulannya*. Jakarta: Grasindo; 2010.
58. Hungu. *Demografi Kesehatan Indonesia*. Jakarta: EGC; 2007.
59. Lovinbond. Depression Anxiety and Stress Scale (DASS). 1995;65:1-5.
60. Suwaryanti. *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dan Mekanisme Koping Pada Pesein Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di RSUD Tugurejo Semarang*.; 2014.