

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah gangguan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang berakibat pada peningkatan ureum. Pada klien gagal ginjal kronik mempunyai karakteristik bersifat menetap, tidak bisa disembuhkan dan memerlukan pengobatan berupa, transplantasi ginjal, dialysis peritoneal, hemodialisis dan rawat jalan dalam jangka waktu yang lama (Black, 2009).

Badan Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan pertumbuhan jumlah penderita gagal ginjal pada tahun 2013 telah meningkat 50% dari tahun sebelumnya. Di Amerika Serikat, kejadian dan prevalensi gagal ginjal meningkat 50% di tahun 2014. Data menunjukkan bahwa setiap tahun 200.000 orang Amerika menjalani hemodialisis karena gangguan ginjal kronis artinya 1.140 dalam satu juta orang Amerika adalah klien dialisis (Widyastuti, 2014).

Gagal ginjal kronik (GGK) merupakan masalah kesehatan dunia karena setiap terjadi peningkatan insidensi, prevalensi dan tingkat morbiditas serta mortalitas, dan sering diawali tanpa keluhan maupun gejala klinis kecuali sudah sampai pada stadium terminal (gagal ginjal terminal). Tanpa pengendalian yang cepat dan tepat pada tahun 2015 penyakit gagal ginjal diperkirakan dapat menyebabkan kematian hingga 36 juta penduduk dunia. Data di Malaysia dalam populasi 18 juta jiwa, diperkirakan terdapat 1.800 kasus baru gagal ginjal pertahunnya. Di Negara-negara berkembang lainnya, insiden ini diperkirakan sekitar 40-60 kasus/ juta penduduk / tahun (Sudoyo dkk, 2009 ; Suwitra, 2010 ; Obrador & Brian, 2012 : Huraida, 1).

Gagal ginjal kronik dalam perkembangannya semakin mengalami peningkatan yang cukup tinggi untuk terapi pengganti ginjal dengan hemodialisa berdasarkan data-data di Indonesia yang diperoleh dari *Indonesian Renal Registry* didapatkan data sebagai berikut :

Tabel 1.1 Data Rata-rata Tindakan Hemodialisa berdasarkan *Indonesian Renal Registry*

No.	Tahun	Jumlah Klien Baru
1	2011	15.353
2	2012	19.612
3	2013	22.115

Sedangkan jika dilihat dari jumlah tindakan untuk tahun 2010 berjumlah 348.469 tindakan, sedangkan tahun 2011 meningkat menjadi 505.928 tindakan dan untuk regional wilayah kalimantan sendiri berjumlah 26.724 tindakan untuk Hemodialisa Reguler atau rutin. Gagal Ginjal Terminal (GGT) merupakan titik akhir dari gangguan fungsi ginjal yang bersifat *irreversibel* (tidak dapat pulih kembali), hal ini sering mengakibatkan terjadinya sejumlah perubahan fisiologis yang tidak dapat lagi diatasi dengan terapi konservatif (pencegahan dan obat-obatan), sehingga memerlukan terapi pengganti ginjal, masa kini hanya ada 2 pilihan untuk terapi pengganti ginjal yaitu Dialisis yang terbagi lagi menjadi *Hemodilysis* dan *Continues Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) dan Transplantasi Ginjal (Sukandar. E, 2008 : 87).

Indonesia termasuk negara dengan tingkat klien yang menderita gagal ginjal yang cukup tinggi. Peningkatan penderita penyakit ini di Indonesia mencapai angka 20%. Penatalaksanaan pada klien gagal ginjal yang paling sering dilakukan adalah terapi pengganti. Terapi pengganti yang sering digunakan adalah hemodialisa, sebanyak 78% di banding terapi pengganti lainnya (Pernefri, 2012).

Terapi hemodialisa akan mencegah kematian meski demikian terapi ini tidak dapat menyembuhkan atau memulihkan penyakit dan tidak mampu mengimbangi hilangnya aktivitas metabolik atau endokrin yang dilakukan ginjal. Biasanya klien akan menjalani terapi hemodialisa seumur hidup yang biasanya dilakukan sebanyak tiga kali seminggu selama 3-4 jam per kali terapi (Brunner.,Suddarth, 2008).

Tabel 1.2 Data Tindakan Hemodialisa dari Instalasi Hemodialisa RSUD ULIN Banjarmasin

<b>NO</b>	<b>Tahun</b>	<b>Jumlah</b>
1	2013	18.076 tindakan
2	2014	21.025 tindakan
3	2015	23.387 tindakan
4	2016	25.974 tindakan
	Total dari tahun 2013-2016	88.462 tindakan

(Rekam Medik, Instalasi Hemodialisa RSUD ULIN Banjarmasin ).

Hemodialisa merupakan pilihan terapi terbanyak pada gagal ginjal tahap akhir, klien dengan terapi hemodialisa akan merasakan nyeri yang bersumber pada pemasangan akses vaskuler. Tindakan kanulasi hemodialisa akan memberikan respon ketidak nyamanan akibat rangsang tusukan jarum dengan ukuran besar (15 sampai dengan 17 gauge) yang menembus jaringan kulit dan pembuluh darah sehingga akan menstimulasi serabut syaraf sensoris dan menimbulkan nyeri (Sabitha, Khakha, Mahajen, et al, 2008).

Kecemasan merupakan salah satu hal yang sering dikeluhkan oleh klien hemodialisa. Rasa cemas yang dialami klien bisa timbul karena masa penderitaan yang sangat panjang (seumur hidup). Selain itu, sering terdapat bayangan tentang berbagai macam pikiran yang menakutkan terhadap proses penderitaan yang akan terjadi padanya, walaupun hal yang dibayangkan belum tentu terjadi. Situasi ini menimbulkan perubahan drastis, bukan hanya fisik tetapi juga psikologis (Rahmi.W, 2008).

Tingkat kecemasan dapat diukur dengan menggunakan *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HARS) yang sudah dikembangkan oleh kelompok Psikiatri Biologi Jakarta (KPBJ) dalam bentuk *Anxiety Analog Scale* (AAS). Validitas AAS sudah diukur oleh (Yul Iskandar, 1984) dalam penelitiannya yang mendapat korelasi yang cukup dengan HARS ( $r = 0,57 - 0,84$ ). Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya symptom pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 *syptoms* yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor (*skala likert*) antara 0 (*Nol Present*) sampai dengan 4 (*severe*) (Nursalam, 2008).

Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian *trial clinic*. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian *trial clinic* yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliable. Untuk mengukur tingkat kecemasan adalah *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) dengan memberi nilai dan kategori 0 : Tidak ada (tidak ada gejala sama sekali), 1 : Ringan (satu gejala dari pilihan yang ada), 2 : Sedang (separuh dari gejala yang ada), 3 : Berat (lebih dari separuh dari gejala yang ada), 4 : Sangat Berat (Semua gejala ada). Penentuan penilaian derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor adalah Skor <6/ kurang dari 6 : tidak ada kecemasan, Skor 6-14 : kecemasan ringan, Skor 15-27 : kecemasan sedang, Skor >27/ lebih dari 27 : kecemasan berat. Instrumen untuk mengukur tingkat kecemasan adalah *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) dengan memberi nilai dan kategori 0 : Tidak ada (tidak ada gejala sama sekali), 1 : Ringan (satu gejala dari pilihan yang ada), 2 : Sedang (separuh dari gejala yang ada), 3 : Berat (lebih dari

separuh dari gejala yang ada), 4 : Sangat Berat (Semua gejala ada). Penentuan penilaian derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor adalah Skor <6/ kurang dari 6 : tidak ada kecemasan, Skor 6-14 : kecemasan ringan, Skor 15-27 : kecemasan sedang, Skor >27/ lebih dari 27 : kecemasan berat (Nursalam, 2008).

Proses hemodialisa memerlukan akses vaskuler hemodialisa (AVH) yang cukup baik agar dapat diperoleh aliran darah yang cukup besar, di perlukan kecepatan darah sebesar 200-300 ml/menit secara terus menerus selama hemodialisis 4-5 jam. *American Journal of Kidney Diseases* (AJKD) merekomendasikan bahwa pasien GJK stadium 4 dan 5 sudah harus di pasang akses vaskular untuk persiapan tindakan hemodialisis yang berupa kateter subklavia atau *double lumen* dan *Arteriovenous (Av) shunt* atau *cimino* (*American Journal of Kidney Diseases*, 2009).

Akses vaskuler dibedakan menjadi Akses vaskuler temporer dan Akses vaskuler permanen. Akses vaskuler temporer adalah akses yang di pakai hanya dalam jangka waktu tertentu/jangka pendek dan tidak menetap. Penggunaan akses vaskuler ini dapat di lakukan melalui : kanulasi femoralis (arteri atau vena), kanulasi arteri brakhialis, dan kanulasi dengan menggunakan kateter HD *non cuffed* pada vena sentral. Sedangkan akses vaskuler permanen, dipakai terus menerus dan menetap dalam jangka waktu panjang. Ada tiga tipe akses vaskuler yang dapat dipakai jangka panjang untuk tindakan HD , yaitu : *Arteriovenous fistula/AVF*, *Arteriovenous Grafts/AVG* dan *central venous catheter HD/ CVC HD* jenis *Tunneled cuffed double lumen catheter* (Ching Ling, Chang Yang, 2009).

Hemodialisa merupakan salah satu terapi pengganti sebagian kerja atau fungsi ginjal dalam mengeluarkan sisa hasil metabolisme dan kelebihan cairan serta zat-zat yang tidak dibutuhkan tubuh. Klien Penyakit Ginjal Kronik (PGK) yang menjalani hemodialisa membutuhkan waktu 12-15 jam untuk dialisis setiap

minggunya, atau paling sedikit 3 -4 jam perkali terapi. Kegiatan ini akan berlangsung terus menerus sepanjang hidupnya. Hemodialisa dapat meningkatkan ketahanan hidup klien PGK stadium terminal. Saat menjalani hemodialisa biasanya klien mengalami perasaan *ambivalen* yang merupakan keadaan perasaan yang terjadi secara bersamaan yakni, antara perasaan yang positif berupa bahagia yang diekspresikan secara bebas dan perasaan negatif meliputi rasa cemas dan kekhawatiran akan penyakit yang dialaminya (Cecilia, 2011).

Berdasarkan permasalahan dan fenomena tersebut maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian “Perbedaan Tingkat Kecemasan dengan Pemasangan Akses Vaskuler Temporer dan Permanen Pada Klien yang Menjalani Hemodialisa Reguler di Instalasi Hemodialisa RSUD Ulin Banjarmasin Tahun 2017.”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah ada Perbedaan Tingkat Kecemasan dengan Pemasangan Akses Vaskuler Temporer dan Permanen Pada Klien yang Menjalani Hemodialisa Reguler di Instalasi Hemodialisa RSUD Ulin Banjarmasin Tahun 2017 ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui adanya Perbedaan Tingkat Kecemasan dengan Pemasangan Akses Vaskuler Temporer dan Permanen Pada Klien yang Menjalani Hemodialisa Reguler di Instalasi Hemodialisa RSUD Ulin Banjarmasin Tahun 2017.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1.3.2.1 Mengidentifikasi Tingkat Kecemasan Pemasangan Akses Vaskuler Temporer Pada Klien yang Menjalani Hemodialisa Reguler di Instalasi Hemodialisa RSUD Ulin Banjarmasin Tahun 2017.

- 1.3.2.2 Mengidentifikasi Tingkat Kecemasan dengan Pemasangan Akses Vaskuler Permanen Pada Klien yang Menjalani Hemodialisa Reguler di Instalasi Hemodialisa RSUD Ulin Banjarmasin Tahun 2017.
- 1.3.2.3 Mengidentifikasi Tingkat Kecemasan dengan Pemasangan Akses Vaskuler Temporer dan Permanen Pada Klien yang Menjalani Hemodialisa Reguler di Instalasi Hemodialisa RSUD Ulin Banjarmasin Tahun 2017.
- 1.3.2.4 Menganalisis Tingkat Kecemasan dengan Pemasangan Akses Vaskuler Temporer dan Permanen Pada Klien yang Menjalani Hemodialisa Reguler di Instalasi Hemodialisa RSUD Ulin Banjarmasin Tahun 2017.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Teoritis**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi untuk mengetahui Perbedaan Tingkat Kecemasan dengan Pemasangan Akses Vaskuler Temporer dan Permanen Pada Klien yang Menjalani Hemodialisa Reguler di Instalasi Hemodialisa RSUD Ulin Banjarmasin Tahun 2017.

### **1.4.2 Praktis**

#### **1.4.2.1 Institusi Universitas Muhammadiyah Banjarmasin**

Hasil penelitian ini dapat menambah bahan bacaan dan referensi tentang Perbedaan Tingkat Kecemasan dengan Pemasangan Akses Vaskuler Temporer dan Permanen Pada Klien yang Menjalani Hemodialisa Reguler di Instalasi Hemodialisa RSUD Ulin Banjarmasin Tahun 2017.

#### 1.4.2.2 Bagi RSUD Ulin Banjarmasin

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan untuk mengetahui Perbedaan Tingkat Kecemasan dengan Pemasangan Akses Vaskuler Temporer dan Permanen Pada Klien yang Menjalani Hemodialisa Reguler sehingga dapat meningkatkan kepuasan klien terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan.

#### 1.4.2.3 Bagi Klien Hemodialisa

Mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan klien.

#### 1.4.2.4 Bagi Peneliti

Sebagai bahan masukan dan dokumen ilmiah yang bermanfaat dalam mengembangkan ilmu serta memberikan pengetahuan yang lebih kepada peneliti tentang pentingnya Perbedaan Tingkat Kecemasan dengan Pemasangan Akses Vaskuler Temporer dan Permanen Pada Klien yang Menjalani Hemodialisa Reguler.

### 1.5 Penelitian Terkait

Berdasarkan Arsip Jurnal penelitian terkait, tidak menemukan penelitian yg serupa dengan permasalahan / penelitian yang di angkat oleh peneliti, akan tetapi ada penelitian yang hampir sama dengan masalah yang di angkat oleh peneliti, di antaranya penelitian di lakukan oleh :

- 1.5.1 Jhoni Y.K.J, Christofel. E, Lisbeth F.J.K, 2015 tentang Tingkat Kecemasan Pada Klien Penyakit Ginjal Kronik (PGK) yang Menjalani Hemodialisa di BLU RSUP Prof. dr. R. D. Kandou Manado menunjukkan usia pada penelitian ini dengan jumlah responden 40 orang terdiri dari 20 laki-laki dan 20 perempuan. Jadi hasil tersebut menunjukkan bahwa usia dapat mempengaruhi tingkat kecemasan pada klien PGK yang menjalani hemodialisa Tingkat kecemasan ringan dan

berat tak menunjukkan ringan ataupun beratnya tingkat kecemasan yang dialami oleh responden, namun angka yang signifikan terdapat pada tingkat kecemasan ringan.

- 1.5.2 Menurut hasil penelitian (Sri M.G, 2013) mengenai hubungan pengetahuan dan kecemasan klien gagal ginjal kronik menjalani hemodialisa. Uji yang dilakukan kepada 76 orang klien gagal ginjal kronik, dengan desain penelitian menggunakan deskriptif korelatif dengan pendekatan kuantitatif menyimpulkan bahwa pengetahuan tidak mempunyai hubungan bermakna dengan tingkat kecemasan dalam menjalani hemodialisa di ruang renal unit Rumah Sakit PGI Cikini  $p = 0,39$  ( $\alpha > 0,05$ ). Klien gagal ginjal kronik mayoritas memiliki pengetahuan baik dan mayoritas responden mengalami kecemasan ringan saat menjalani hemodialisa. Hasil penelitian ini diharapkan perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa sehingga pengetahuan meningkat dan tingkat kecemasan menurun.
- 1.5.3 Riselligia Caninsti, 2013 di Jakarta, mengenai Kecemasan dan Depresi Pada Klien Gagal Ginjal Kronis yang menjalani Terapi Hemodialisa, menunjukkan bahwa 73,33% subjek memiliki tingkat kecemasan yang tergolong normal, 23,33% borderline abnormal, 3,33% normal. Sementara itu pasien yang mengalami depresi dengan tingkat normal sebanyak 76,67% borderline abnormal 23,33% dan tidak ada yang mengalami depresi dalam kategori abnormal.