

**GAMBARAN KECEMASAN PASIEN *END STAGE RENAL DISEASE*
(*ESRD*) TENTANG KEMATIAN**

SKRIPSI



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN INSTITUT
TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA
2021**

**GAMBARAN KECEMASAN PASIEN *END STAGE RENAL DISEASE*
(*ESRD*) TENTANG KEMATIAN**

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Sarjana Keperawatan (S.Kep) Pada Program Studi S.1 Keperawatan Institusi Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN INSTITUT
TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

2021

HALAMAN PENGESAHAN
GAMBARAN KECEMASAN PASIEN *END STAGE RENAL DISEASE (ESRD)* TENTANG KEMATIAN

SKRIPSI

Disusun Oleh:

Rinda Safitri Yani

1711811801

Telah dipertahankan didepan dewan penguji
Pada tanggal 26 juni 2021

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. **Ns. Marina Kristi Layun R, S.Kep, M.Kep**
NIDN. 1112058203
2. **Ns. Anisa A'in, S.Kep., M.Kep**
NIK. 1141049014057
3. **Ns. Siti Mukaromah, S.Kep. M.Kep., Sp.Kep.Kom**
NIDN. 1112058203
4. **Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep, Sp.Kep.MB**
NIDN. 1128058801

.....
.....
.....
.....

Mengetahui,

**Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
ITKES Wiyata Husada Samarinda**



Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep., Sp.Kep.M.B
NIDN. 1128058801

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang tertanda tangan di bawah ini :

Nama : Rinda Safitri Yani

NIM : 17.118.118.01

Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

Judul Laporan Tugas Akhir : *Gambaran Kecemasan Pasien End Stage Renal Disease (ESRD) Tentang Kematian*

Menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dari semua sumber, baik yang dikutip maupun di tunjuk telah saya nyatakan dengan benar.

Samarinda,..... 2021

Yang membuat pernyataan,



Rinda Safitri Yani

NIM : 17.118.118.01

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat ALLAH SWT, karena berkat Rahmat dan Bimbingan-Nya peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Gambaran Kecemasan Pasien *End Stage Renal Disease (ESRD)* Tentang Kematian”**. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) dalam program studi keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.

Peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan semua proses tepat pada waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah saya mengucapkan **terimakasih** yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak H. Mujito Hadi, S.Pd., MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda.
2. Dr. Eka Anantha Sidaharta, SE., M.M.C.A (L) selaku Rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep.M.Kep,Sp K.MB, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda, dan selaku Pembimbing II saya yang penuh semangat dan sabar dalam membimbing dan mengarahkan serta **memberikan masukan-masukan** yang sangat membantu serta ketelitian beliau tugas akhir ini dapat terselesaikan dengan baik, dan telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.
4. Ns. Siti Mukaromah, S.Kep., M.Kep, Sp Kom selaku Dosen Pembimbing I saya yang telah penuh semangat dan sabar dalam membimbing dan mengarahkan serta memberikan masukan–masukan yang sangat membantu serta ketelitian beliau tugas akhir ini dapat terselesaikan dengan baik, dan telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.
5. Ns. Marina Kristi Layun, S.Kep., M.Kep selaku penguji I yang berkenan memberikan saran dalam perbaikan skripsi.

6. Ns. Anisa A'in, S.Kep., M.Kep selaku penguji II yang berkenan memberikan saran dalam perbaikan skripsi.
7. Ns. Sumiati Sinaga., S. Kep., M. Kep selaku dosen pembimbing akademik yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir.
8. dr. Martina Yulianti, Sp.PD. FINASIM., M,Kes (MARS) selaku direktur RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.
9. Seluruh staf pengajar dan karyawan program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.
10. Kepada orang tua saya Bapak Tohirin dan Ibu Sarni tercinta, serta adik dan kakak saya yang telah menjadi motivasi terbesar saya dalam penyelesaian tugas akhir ini, yang banyak mendoakan keberhasilan saya, dan memberikan dukungan penuh baik moral maupun materil kepada saya.
11. Terimakasih sahabat-sahabat saya, dan teman-teman seangkatan yang sudah membantu dengan memberikan dukungan penuh kepada saya. Dan semua yang telah membantu dalam kelancaran penyusunan skripsi ini.

Semua pihak yang telah membantu penyelesaian skripsi ini, semoga ALLAH SWT berkenan membalas kebaikan kita semua dan semoga skripsi ini dapat bermanfaat kepada pembacanya dan dapat dijadikan sebagai acuan terhadap penyusunan skripsi berikutnya.

Samarinda, Mei 2021

Peneliti
Rinda Safitri Yani

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rinda Safitri Yani

NIM : 17.118.118.01

Program studi : Ilmu Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada ITKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Gambaran Kecemasan Pasien *End Stage Renal Disease (ESRD)* Tentang Kematian.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, ITKES Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (data base), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, 24 Juni 2021

Yang menyatakan,

Rinda Safitri Yani


Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda



ABSTRAK

Gambaran Kecemasan Pasien *End Stage Renal Disease (ESRD)* Tentang Kematian

Rinda Safitri Yani¹, Siti Mukaromah², Kiki Hardiansyah Safitri³
rindasafitriyani801@student.itkeswhs.ac.id¹, sitimukaromah@stikeswhs.ac.id²,
kikihardiansyah@itkeswhs.ac.id³

Latar Belakang: Penurunan fungsi ginjal pada pasien *end stage renal disease* yang bersifat progresif dan juga bersifat *irreversibel*, yang terjadi selama 3 bulan. Harus menjalani terapi pengganti ginjal (Hemodialisis) selama hidupnya. Perburukkan kondisi dapat terjadi hingga menimbulkan kematian pada pasien, sehingga dapat menimbulkan kecemasan, kemudian berdampak pada proses perawatan pasien. **Tujuan:** Mengidentifikasi gambaran kecemasan tentang kematian pada pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis. **Metode:** Penelitian *Deskriptif* dengan pendekatan *Cross Sectional*. Jumlah sampel sebanyak 98 responden dengan menggunakan teknik *total sampling*. Alat ukur variabel menggunakan kuesioner *Death Anxiety Scale*. **Hasil:** Distribusi frekuensi responden berdasarkan variabel kecemasan tentang kematian tingkat berat (53.1%), sedangkan pada kecemasan kematian dengan tingkat ringan (46.9)%, responden menunjukkan kecemasan paling tinggi adalah kesakitan saat menuju ajal (66.3%) dan ketakutan terhadap masa yang akan datang (73.5%). **Kesimpulan dan Saran:** Lebih dari separuh kecemasan berat responden yang menjalani hemodialisis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong memiliki kecemasan, penatalaksanaan terpadu untuk mengatasi *end stage renal disease* di unit hemodialisis.

Kata Kunci: Kecemasan tentang kematian, *End Stage Renal Disease*, Hemodialisis

¹⁻³Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

Patient Anxiety About Death: An Overview of *End-Stage Renal Disease* (*ESRD*)

Rinda Safitri Yani¹, Siti Mukaromah², Kiki Hardiansyah Safitri³
rindasafitriyani801@student.itkeswhs.ac.id¹, sitimukaromah@stikeswhs.ac.id²,
kikihardiansyah@itkeswhs.ac.id³

Background: Kidney function declines in patients with *end-stage renal disease* is gradual and *irreversible*, lasting three months. For the remainder of his life, he must get renal replacement therapy (hemodialysis). Aggravating the condition can lead to the patient's mortality, which can generate worry and have an impact on the patient's care. **Objection:** The goal was to find a description of death anxiety in hemodialysis patients with *end-stage renal illness*. **Method:** *Descriptive* study with a *cross-sectional* approach was used as the method. Using the *total sampling* technique, a total of 98 respondents were sampled. *The Death Anxiety Scale* questionnaire was utilized as the *variable measurement* tool. **Results:** The distribution of the frequency of respondents based on the variable of anxiety about severe death (53.1%), while on death anxiety with a mild level (46.9%), respondents showed the highest anxiety was pain at the time of death (66.3%) and fear of the future (73.5%). **Conclusions and recommendations:** More than half of respondents having hemodialysis at the Aji Muhammad Parikesit Hospital Tenggarong had extreme anxiety, and integrated therapy to overcome *end stage renal disease* in the hemodialysis unit is recommended.

Keywords: Anxiety about death, *End Stage Renal Disease*, Hemodialysis

¹⁻³ Nursing Science Study Program, ITKES Wiyata Husada Samarinda



BOSTON
English Language Center

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PUBLIKASI.....	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
E. Penelitian Terkait	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
A. Telaah Pustaka	11
1. Konsep <i>End Stage Renal Disease</i>	10
2. Konsep Hemodialisis	14
3. Konsep Kecemasan Terhadap Kematian	19
4. Model Konsep <i>Peaceful End of Life Theory</i>	39
B. Kerangka Teori Penelitian	44
BAB III METODELOGI PENELITIAN.....	46
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	46
B. Kerangka Konsep	46
C. Lokasi dan Waktu Penelitian	44
D. Populasi dan Sampel	47
E. Variabel Penelitian	48
F. Definisi Operasional	48
G. Instrumen Penelitian	50
H. Validitas dan Reabilitas	50
I. Prosedur Pengumpulan Data.....	51
J. Prosedur Pengolahan Data	53
K. Analisis Data	54
1. Uji Normalitas.....	54
2. Uji Univariat	55
L. Etika Penelitian	56
M. Sumber Data.....	57
N. Alur Penelitian	58
BAB IV PEMBAHASAN	59
1. Hasil Penelitian	60
2. Pembahasan.....	64

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	75
1. Kesimpulan	75
2. Saran	75
DAFTAR PUSTAKA	80
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	86
LAMPIRAN	87



DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Klasifikasi	11
Tabel 3.1 Definisi Operasional	49
Tabel 3.2 Kisi-kisi Kuesioner	50
Tabel 3.3 Analisis Normalitas	55
Tabel 3.4 Analisis Univariat	61
Tabel 4.1 Distribusi Jenis Kelamin,Usia, Pendidikan.....	60
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Variabel Kecemasan Tentang Kematian	61
Tabel 3.4 Distribusi Frekuensi Domain Kecemasan Tentang Kematian	62



DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1 Konsep Teori <i>Peachful End Of Life</i>	41
Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian Modifikasi Berdasarkan Teori <i>Peachful End Of Life</i>	44
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	46
Skema 3.2 Alur Penelitian	58



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 2 : Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 3 : Lembar *Informed Consent*
- Lampiran 4 : Kuesioner *Death Anxiety Scale*
- Lampiran 5 : Rencana Kegiatan Penyusunan Tugas Akhir
- Lampiran 6 : Surat Permohonan Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data
- Lampiran 7 : Surat Jawaban Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 8 : Dokumentasi



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

End stage renal disease merupakan gangguan yang bersifat progresif dan juga bersifat *irreversibel*, penyakit *end stage renal disease* terjadi karena adanya gangguan atau kerusakan pada ginjal pada penurunan laju filtrasi glomerulus yang terjadi selama 3 bulan (Deni Yasmara, 2017). Ketidakmampuan ginjal untuk mempertahankan kerja fungsinya, dapat ditunjukkan dengan laju filtrasi glomerulus kurang dari 15 ml/min, akan memperlihatkan tanda kerusakan ginjal bisa dilihat seperti albuminuria, abnormalitas pada sedimen urin, sel darah merah menurun, kalsium, kalium, dan elektrolit yang tidak normal (Rikesdas, 2013). Penatalaksanaan pasien *ESRD* adalah dengan terapi pengganti ginjal seperti hemodialisis, *peritoneal dialysis*, dan transplantasi ginjal (I.B.Gde Ananta et al, 2018) & Widiani, 2020).

Prevalensi penyakit *end stage renal disease* menurut *World Health Organization [WHO]* pada tahun 2010 sampai 2012 terdapat 250.217 jiwa. Angka kematian akibat gagal ginjal kronis yaitu sebanyak 241 per 1000 orang pada tahun 2011 dan 266 per 1000 orang pada pasien *dialysis* (*United States Renal Data System [USRDS]*, 2013). Sedangkan menurut Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas, 2018) prevalensi penyakit ginjal kronis sebanyak 3,8%. *Indonesia Renal Registry* mengatakan bahwa jumlah pasien yang menjalani hemodialisis di Indonesia juga mengalami peningkatan pada setiap tahunnya dengan jumlah pasien yang baru sebanyak 30.831 dan pasien aktif sebanyak 77.892. Berdasarkan data dari *Indonesia Renal Registry* jumlah pasien di Kalimantan Timur sebanyak 568 pasien (*Indonesia Renal Registry*, 2017). Hal ini menunjukkan bahwa angka kejadian gagal ginjal kronik dan kejadian kematian akibat penyakit tersebut akan terus mengalami peningkatan pada setiap tahunnya dan dapat menjadi salah satu penyebab kematian di dunia (Dewina, 2018).

Data rekam medik RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong di ruang hemodialisa didapatkan data pasien yang menjalani hemodialisa pada bulan September sampai Desember 2019 yaitu berjumlah 81 pasien dan pada bulan Agustus sampai Oktober 2020 didapatkan jumlah pasien yaitu berjumlah 89 pasien. Pelaksanaan hemodialisa pada bulan Oktober sampai November 2020 yaitu berjumlah 1.165 tindakan, terdapat pasien baru berjumlah 89 tindakan dan 1.076 pada tindakan pasien lama dan seluruh pasien menggunakan BPJS. Kemudian pada data rekam medik laporan kematian pada bulan Januari sampai Oktober 2020 yaitu berjumlah 72 pasien.

Pasien *end stage renal disease* akan mengalami permasalahan saat menjalani hemodialisis yaitu: hipotensi, emboli udara, nyeri pada bagian dada, gangguan keseimbangan pada saat dialisis, mengalami mual dan muntah, mengalami kram pada otot yang menyebabkan kualitas hidup pada penderita *end stage renal disease* akan mengalami perubahan pada kualitas hidup dalam kegiatan sehari-hari. Pada tahap *end stage renal disease* sudah timbul gejala yang bersifat sistemik pada seluruh tubuh, pada sistem hematologi bagi penderita *end stage renal disease* sering mengalami anemia, adapun gejalanya yaitu: lemah, lesu, mata berkunang-kunang, pusing, dan wajah terlihat pucat. Kurangnya sel darah merah menjadi masalah yang penting yang dapat mengakibatkan morbiditas dan mortalitas pada penderita *end stage renal disease* karena menjadi salah satu resiko adanya penyakit jantung yang dapat menyebabkan kematian utama (Smeltzer, 2009 dalam Peri Zuliani, 2020).

Pasien *end stage renal disease* yang menjalani terapi hemodialisis dapat menimbulkan dampak stres dan fisik yang mengganggu sistem neurologi yang akan menyebabkan perubahan pada gaya hidup dalam keluarganya dan juga mengalami penurunan pada aktivitas sehari-harinya. Pasien *end stage renal disease* akan mengalami perasaan kehilangan karena kehidupannya normalnya terganggu dengan adanya kegiatan hemodialisis. Keluarga pasien dan teman-temannya akan memandang pasien *end stage renal disease* sebagai orang dengan harapan yang terbatas. Hal ini dapat menimbulkan permasalahan psikologis pada pasien *end stage renal disease*. Rasa marah dan cemas yang

ada pada pasien yang tidak dapat diungkapkan akan diproyeksikan kedalam diri mereka sendiri dan menimbulkan rasa putus asa (Smeltzer, 2009 dalam Alfiyanti, 2014).

Pasien yang membutuhkan hemodialisis jangka panjang, mereka kerap mengkhawatirkan penyakit yang tidak terduga dan gangguan hidup. Waktu yang dihabiskan untuk hemodialisis dan kunjungan dokter serta nyeri kronis dapat menyebabkan kecemasan, konflik, internalisasi, dan depresi. Mungkin sulit bagi pasien, pasangan dan anggota keluarga mengekspresikan kemarahan dan emosi negatif (Farrell, 2017). Hal tersebut menjadi ancaman terhadap integritas fisik dan ancaman terhadap integritas sistem tubuh yang menyebabkan kecemasan dengan prevalensi 19,7% gejala kecemasan lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan dengan pria (Stuart, 2013 & Mosleh, 2020).

Kecemasan yang terjadi pada penderita *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis menjadi beban yang signifikan dan berkelanjutan bagi penderita yang didiagnosis sampai pada penyelesaian pada perawatan hidup, karena adanya perubahan kondisi mental pada pasien *end stage renal disease*. Kecemasan yang tinggi menjadi faktor yang penting yang bisa menyebabkan terjadinya emosi yang spesifik yaitu kecemasan kematian (*death anxiety*). Templer (1970 dalam Wijaya, 2014) mengatakan bahwa kematian yaitu salah satu kondisi emosional yang dirasakan pada saat pasien hal yang tidak nyaman/tidak menyenangkan pada saat memikirkan kematian. Feifel & Nagy menjelaskan jika pasien *end stage renal disease* memikirkan kecemasan kematian yang berlebihan akan mengalami perubahan fungsi-fungsi emosional yang normal pada manusia, kecemasan kematian juga memiliki kaitannya dengan gangguan emosional, psikosomatis, neurotisma, dan juga depresi (Wijaya, 2014).

Dampak dari kecemasan fisik yaitu terjadinya penurunan tekanan darah, penurunan denyut nadi, terjadinya peningkatan pada denyut nadi dan respirasi. Dampak kecemasana psikologis seperti mengalami insomnia/gangguan tidur, tidak konsentrasi atau kontak mata kurang, kurang istirahat/merasa lelah, merasa takut, nyeri bagian abdomen, mengalami diare,

mual, gemetar, anoreksia, dan merasa mulut kering. Dampak kecemasan interpersonal yaitu seperti, pasien merasakan bloking dalam melakukan pembicaraan dan merasakan sulit untuk berkonsentrasi. Kemampuan pasien untuk menanggulangi kecemasan yang dirasakan adalah salah satu yang menjadi faktor penting yang akan membuat pasien berperilaku patologis atau tidak (Doni & Dearisa, 2019). Penelitian (Kamil, Agustina, Wahid, 2018) menjelaskan bahwa kecemasan merupakan masalah umum yang dialami pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis dengan salah satu efek karena adanya gangguan kecemasan yaitu perilaku irasional, konflik, ketidakpatuhan, ketakutan, ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari dan perasaan takut akan kematian (Kim & Yang 2015 dalam Fauzan Alfikrie et al 2020).

Teori keperawatan yang sesuai pada penelitian ini adalah teori keperawatan *Peaceful End Of Life* teori ini dikembangkan pertama kali oleh Ruland dan Moore pada tahun (1889), teori ini memberikan informasi mengenai kerangka kerja untuk keperawatan yang terkait. Ruland dan Moore mendefinisikan teori ini sebagai kondisi menjelang akhir masa kehidupan yang dijalani dengan kedamaian dan memiliki beberapa kriteria yang harus dipenuhi, yaitu terbebas dari rasa nyeri, merasakan kenyamanan, merasa bermartabat dan dihargai, merasakan kedamaian, dan merasakan kedekatan dengan orang-orang yang bermakna dalam hidup. Teori ini menekankan pentingnya peran serta aktif dari keluarga dan kelanjutan dalam perawatan (Napitupulu, 2014).

Perawatan paliatif pada pasien *end stage renal disease* melaporkan jika ada pilihan pengobatan yang dibuat karena ada penderita yang tidak ingin melibatkan/membebani keluarganya, pasien yang merasa diabaikan, mengalami penurunan pada kualitas hidup, dan sudah mengalami komplikasi medis akut, atau pada saat mereka tidak ada keyakinan dengan prognosinya yang baik. Untuk melakukan perawatan tetapi tidak membebani orang lain juga berperan membuat pasien *end stage renal disease* ikut mempertimbangkan agar menerima perawatan paliatif, tetapi pertimbangan pasien melakukan paliatif berasal dari dorongan diri sendiri (Sarfo, 2020).

Untuk mengatasi adanya penyakit *end stage renal disease*, jika komplikasi pada pengobatan dan terjadi peningkatan kualitas hidup pada pasien *end stage renal disease* membutuhkan pengobatan dan juga perawatan, yang bisa diraih dengan cara meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap, dan untuk mencapai keterampilan dalam merawat diri (Maryam zibael et al, 2019). Kualitas hidup pada pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis biasanya memiliki kualitas yang buruk karena adanya faktor yang mempengaruhi seperti nyeri, terapi dialisis, disfungsi ereksi, persepsi dari motivasi keluarga, dan hubungan sosial (Astuti et al, 2015). Kualitas hidup menjadi kepuasan bagi pasien jika kebutuhan eksternal sudah terpenuhi maupun persepsinya (Peri Zuliani & Dita Amita, 2020).

Pasien dengan perawatan paliatif menjadi pilihan pengobatan untuk penyakit *end stage renal disease*, banyak pasien yang tidak mengetahui tentang sifat terminal kronis dan potensi dari *end stage renal disease* yang sudah diagnosis dan pasien memiliki harapan kesembuhan pada saat mulai menjalani pengobatan. Pada saat menjalani pengobatan pada beberapa waktu lalu mendapatkan gejala yang terkait dengan penyakit yang membuat pasien *end stage renal disease* berpikir bahwa kematian itu nyata. Dapat dikatakan dengan baik jika *end stage renal disease* sebuah kondisi yang mengancam jiwa pasien *end stage renal disease* yang masih hidup dan menganggap bahwa kematian adalah bagian dari sebuah pengalaman di kehidupan sehari-hari, dan pengalaman pribadi mereka pada *end stage renal disease* yang membuat pasien menghadapi kematian mereka (Sarfo-Walters, 2015).

Menghadapi kematian bukan pengalaman yang diinginkan, tetapi tidak bisa menghindari situasi kematian tersebut, karena sikap kematian adalah faktor yang penting untuk mempengaruhi perilaku profesional pada tenaga medis. Vaqueiros menjelaskan bahwa ada tiga jenis kematian yaitu: “kematian yang baik”, “kematian yang buruk”, dan “kematian yang tragis”. Ada komponen positif dan negatif dari kematian “baik” dan “buruk” bukannya mengacu pada dimana saat kematian itu terjadi tetapi ada pada lingkarannya. Karakteristik kematian yang baik, memiliki tema urutan pertama yaitu agama & spiritual, kesehatan keluarga & interpersonal,

mengatasi duka & kesehatan emosional, dan pengaturan yang optimal (berasal dari kebutuhan religius, eksistensial, dan psikososial. Persiapan *end of life* dan penyelesaian kehidupan memiliki dampak pada *quality of death* bisa diartikan sebagai tanggapan secara langsung (Maria, 1992 & Gaffar, 2020).

Menurut Templer (Wijayanti dan Lailatulshifah, 2012) menjelaskan individu yang memiliki kecemasan dalam menghadapi kematian yang biasanya mencemaskan banyak hal yang ada pada dirinya. Ada berbagai macam kecemasan yang dirasakan pada pasien yaitu: (1) kecemasan kematian secara umum berkaitan dengan ketakutan individu yang menangani proses kematian pada umumnya, (2) ketakutan akan sakit akan muncul pada individu yang memiliki sakit kronis, (3) pemikiran mengenai kematian individu memikirkan tentang proses kematian, (4) bergantinya waktu dan kehidupan yang singkat individu akan berfikir jika individu menjadi berfikir jika waktu yang dimilikinya tidak akan banyak lagi, (5) dan ketakutan akan masa depan individu yang di diagnosis sakit kronis akan selalu memikirkan bagaimana individu akan menjalani kehidupan selanjutnya (Dewina, 2018).

Penelitian Fauzan Alfikrie (2018) menjelaskan bahwa pasien yang menjalani hemodialisis sangat rentan mengalami gangguan kecemasan dan terdapat faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan kecemasan. penyebab kecemasan yang dialami pasien yang menjalani terapi hemodialisis awal yaitu syok karena didiagnosis penyakit ginjal kronik dan nyeri awal akibat prosedur dialisis (Goyal et al, 2018). Pada tahap awal pasien yang menjalani terapi dialisis mengalami perubahan gaya hidup seperti pola makan, gangguan fisik, dan perubahan pendapatan. Berdasarkan penelitian Insan Kamil et al, (2018) menjelaskan bahwa kecemasan memberikan pengaruh terhadap kesehatan kesehatan yakni perubahan yang diakibatkan secara langsung berpengaruh pada fungsi fisik system tubuh secara tidak langsung mempegaruhi perilaku seseorang yang mengakibatkan kondisi sudah menjadi lebih buruk atau munculnya penyakit baru (Kamil et al, 2018).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilaksanakan pada tanggal 14-15 Desember 2020 didapatkan, pada pasien *End Stage Renal Disease (ESRD)* di

ruang hemodialisa di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong, dari 5 responden yang dilakukan wawancara didapatkan, 4 responden merasakan cemas, takut, merasakan sedih, kasihan pada saat melihat sesama teman yang menjalani hemodialisis meninggal dunia dan takut akan kematian menimpa dirinya juga, mengalami penurunan aktivitas seperti tidak bisa melakukan pekerjaan seperti dahulu, merasakan sesak napas, dan 1 responden lainnya mengatakan biasa saja tidak merasakan cemas sudah berpasrah jika akan meninggal.

B. Rumusan Masalah

Ketidakmampuan ginjal dalam mempertahankan kerja dan fungsinya yang dapat ditunjukkan dengan laju filtrasi glomerulus, akan memperlihatkan kerusakan seperti albuminuria, abnormalitas pada sedimen urin, sel darah merah yang menurun, dan elektrolit yang tidak normal. Penatalaksanaan yang sering dilakukan pada pasien yaitu hemodialisis. Dampak yang sering terjadi pada pasien *end stage renal disease (ESRD)* yang menjalani hemodialisis yaitu merasakan kecemasan seperti memikirkan kematian secara berlebihan, jika kecemasan meningkat maka dapat menyebabkan meningkatkan metabolisme dalam tubuh, terjadinya penurunan imunitas pada pasien hemodialisa dan dapat memperburuk gejala yang ada. Berdasarkan hal tersebut, perlu dilakukan untuk menjawab pertanyaan penelitian yang utama yaitu “Bagaimana Gambaran Kecemasan Pasien *End Stage Renal Disease (ESRD)* Tentang Kematian?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kecemasan pasien *end stage renal disease (ESRD)* pada pasien tentang kematian yang menjalani hemodialisa Di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan kecemasan kematian secara umum pada pasien *end stage renal disease (ESRD)* pada pasien yang menjalani hemodialisis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.
- b. Mendeskripsikan ketakutan akan sakit pada pasien *end stage renal disease (ESRD)* tentang kematian pada pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.
- c. Mendeskripsikan pemikiran mengenai kematian pada pasien *end stage renal disease (ESRD)* yang menjalani hemodialisa di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.
- d. Mendeskripsikan bergantinya waktu dan kehidupan yang singkat pada pasien *end stage renal disease (ESRD)* tentang kematian pada pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.
- e. Mendeskripsikan ketakutan akan masa depan pada pasien *end stage renal disease (ESRD)* pada pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan informasi bagi mahasiswa sebagai referensi bagi peneliti selanjutnya yang ingin mengetahui tentang gambaran kecemasan pasien *end stage renal disease (ESRD)* tentang kematian pada pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.

2. Manfaat Praktis

a. Manfaat Bagi Responden

Menambah pengetahuan serta informasi bagi responden mengenai kecemasan pasien *end stage renal disease (ESRD)* tentang kematian.

b. Manfaat Bagi Peneliti

Menjadi media belajar dalam rangka menerapkan ilmu pengetahuan yang telah diperoleh dari pendidikan keperawatan di ITKes Wiyata Husada Samarinda.

c. Manfaat Bagi Institusi

Penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi bagi perpustakaan, menjadi bahan bacaan, dan bahan pembelajaran bagi penelitian selanjutnya.

E. Penelitian Terkait

Penelitian yang terkait dengan kecemasan pasien *end stage renal disease* (ESRD) pada pasien tentang kematian antara lain:

1. Fauzan Alfikrie *et al* (2020) dengan judul “Faktor-faktor yang terkait dengan kecemasan pada pasien penyakit ginjal kronis yang dilakukan hemodiaslisis: Studi *Cross Sectional*. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kecemasan pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di Rumah Sakit Umum Yarsi Lagos, responden yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 77 responden penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa peserta adalah pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa (6-10 per grup), kerabat atau teman (9-10 orang, HCP (14 dokter dan 15 perawat; 8-11 per grup), dan HCPgabungan (13 kesehatan komunitas pekerja, 9 pemimpin agama, dan 8 pekerja social; per kelompok). Usia rata-rata adalah 43,1 tahun 63% (77) responden adalah perempuan. Penelitian ini menggunakan deskriptif menggunakan teknik *nonprobability sampling* jenis *purposive sampling*. Persamaan penelitian ini adalah menggunakan metode *cross sectional*. Perbedaan penelitian ini adalah menggunakan analitik observasional.
2. Insan Kamil *et al* (2018) dengan judul “Gambaran tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Ulin Banjarmasin”. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran tingkat

kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Ulin Banjarmasin. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif kuantitatif menggunakan teknik *Nonprobability sampling* dengan jenis *Purposive*, responden yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 183 responden penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Hasil penelitian ini didapatkan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis berada pada tingkat kecemasan ringan (100%). Persamaan pada penelitian ini menganalisis atau mengidentifikasi tingkat kecemasan sedangkan perbedaannya waktu penelitian dan tempat penelitian yang akan dilaksanakan.

3. Anneke Dewina *et al* (2018) dengan judul “Tingkat kecemasan kematian pada penderita gagal ginjal kronis menjalani hemodialisis”. Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui gambaran tingkat kecemasan menghadapi kematian pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa, penelitian ini Menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif kuantitatif menggunakan tehnik *conservative sampling*, Responden yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 73 responden penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari total responden dengan jumlah 73 responden yang mengalami kecemasan kematian rendah berjumlah 20 responden dengan presentase 27.4 %, kecemasan kematian moderat berjumlah 35 responden dengan presentase 47.9 % dan kecemasan tertinggi berjumlah 18 responden dengan presentase 24,7 %. Persamaanya adalah sama-sama menilai kecemasan menghadapi kematian pada pasien gagal ginjal keronik sedangkan perbedaannya waktu penelitian dan tempat penelitian yang akan dilaksanakan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Konsep *End Stage Renal Disease (ERSD)*

a. Definisi

End stage renal disease (ESRD) merupakan gangguan yang bersifat progresif dan juga bersifat ireversibel, penyakit *end stage renal disease* terjadi karena adanya gangguan atau kerusakan pada ginjal pada penurunan laju filtrasi glomerulus yang dan terjadi selama 3 bulan (Deni Yasmara, 2017). ketidakmampuan ginjal untuk mempertahankan kerja fungsinya, dapat ditunjukkan dengan laju filtrasi glomerulus kurang dari 15 ml/min, akan memperlihatkan tanda kerusakan ginjal bisa dilihat seperti albuminuria, abnormalitas pada sedimen urin, sel darah merah menurun, kalsium, kalium, dan elektrolit yang tidak normal (Riskesdas, 2013). Penatalaksanaan pasien *end stage renal disease* adalah dengan terapi pengganti ginjal seperti hemodialisis, *peritoneal dialysis*, dan transplantasi ginjal (I.B.Gde Ananta et al., 2018 & Widiani, 2020).

b. Etiologi

End stage renal disease dapat terjadi karena memiliki penyebab yang berbeda-beda, penyebab umum yang sering terjadi yaitu pada penyakit diabetes dan juga hipertensi. Diabetes nefropati menjadi proses yang progresif dan mengakibatkan gagal ginjal, pasien *end stage renal disease* memiliki diabetes melitus sebanyak 30%. Penyakit ginjal juga dapat terjadi pada pasien non-insulin dependen atau biasa disebut dengan diabetes tipe 2. Pasien yang mengalami proteinuria yaitu sebanyak 25% selama 20 tahun menjadi pasien diabetes melitus (Black, 2014).

Hipertensi renal biasanya berkaitan pada parenkim ginjal, seperti: glomerulonephritis, penyakit polisitis dan pielonefritis)

terjadi karena adanya penurunan pada ginjal yang bertujuan untuk mengeluarkan garam dan juga air. Meningkatnya pelepasan pada renin yang mengikatnya perfusi glomerular dan obat vasodilatas ginjal menjadi salah satu penyebab. Kelebihan retensi garam dan juga cairan pasien *end stage renal disease* sebanyak 80%-85% disebabkan karena penyakit hipertensi, sedangkan pada hipertensi renovaskular hanya terdapat 15% pada keseluruhan hipertensi sistemik. Penyebab lain yang dapat mengakibatkan kematian yang umum terjadi pada pasien *end stage renal disease* yaitu pemutusan pengobatan, usia, etnis/budaya, penyakit yang terjadi pada pembuluh darah di perifer dan keganasan (Victor Khou 1, 2020).

c. Klasifikasi

Penyakit ginjal kronik diklasifikasikan menjadi 5 stadium dengan tujuan untuk mengetahui tahap kerusakan yang dialami seperti yang tercantum dalam tabel.

Tabel 2.1 Klasifikasi penyakit ginjal kronik (K/DOQI, 2007 dalam (Maulidah, 2016)

Kategori GFR	GFR (ml/min/1.73 m ²)	Keterangan
G1	>90	Normal atau tinggi
G2	60-89	Turun (ringan)
G3 _a	45-59	Penurunan ringan ke sedang
G3 _b	30-44	Penurunan sedang ke berat
G4	15-29	Penurunan berat
G5	<15	<i>End Stage Renal Disease</i>

d. Patofisiologi

Patogenesis pasien gagal ginjal kronik mengakibatkan kerusakan yang terjadi lebih dari 3 bulan dan mengakibatkan menurunnya nefron yang menjadikan hilangnya fungsi ginjal yang progresif, pada saat laju filtrasi glomerulus menurun, nitrogen urea serum menjadi meningkat dan kreatinin menjadi meningkat, nefron yang berfungsi dengan baik mengalami hipertrofi pada saat menyaring zat terlarut yang lebih besar. Akibatnya akan mengalami kerusakan pada ginjal seperti proteinuria, jika ditandai karena adanya

kerusakan pada ginjal, diagnosis penyakit *end stage renal disease* nilai filtrasi laju pada glomerulus kurang dari 15%. Nilai GFR 15-29 ml/menit/ 1,73 m². Komplikasi yang sering terjadi pada pasien *end stage renal disease* yaitu hipertensi yang akan berkembang menjadi proteinuria, yang berkembang menjadi insufisiensi ginjal, 6-10% menjadi penyakit uremia. Resiko yang paling besar bagi penderita pada tekanan darah sistolik yang berkepanjangan >200 mmHg, resiko pada mortalitas juga berhubungan pada tingkat keparahan perubahan mikrovaskuler pada retina, dengan kelangsungan hidup (Deni Yamara, 2017 & Victor Khou, 2020).

Diabetes juga menjadi salah satu keadaan yang bisa menyebabkan penyakit ginjal kronik, kelainan hemodinamik ginjal sama dengan DM pada tipe 1 dan 2, kelainan pertama pada fisiologi yaitu hiperfiltrasi glomerulus yang berkaitan dengan hipertensi intraglomerula, dampak terbesar karena pengobatan yaitu menahan di titik ini atau terjadi penurunan fungsi ginjal yang progresif. Fungsi ginjal akan jatuh pada tingkat yang signifikan (>30-300 mg albumin/hari). Tingkat penurunan akan bergantung pada jenis DM, lebih mengarah pada kecenderungan genetik, kontrol glikemik, dan yang paling penting adalah tekanan darah. Anemia yang terjadi pada penyakit *end stage renal disease* karena disebabkan pada defisiensi eritroprotein. Kejadian anemia yaitu defisiensi besi, adanya kehilangan darah, masa hidup eritrosit akan terjadi ketika pasien *end stage renal disease* menjalani hemodialisis, defisiensi asam folat, proses inflamasi atau kronik, pemberian transfusi pasien *end stage renal disease* dilakukan dengan hati-hati dengan indikasi dan wilayah yang tepat (Victor Khou, 2020).

Transfusi apabila tidak dilakukan dengan hati-hati akan memberikan efek kelebihan cairan pada tubuh, hiperkalemia dan juga pemburukan pada fungsi ginjal, sasaran pada hemoglobin pada studi klinik 11-12 gr/dl. Pemberian obat antihipertensi bertujuan untuk mengurangi resiko pada penyakit kardiovaskuler, dan untuk

membebaskan suatu perburukan karena kerusakan nefron pengurangan hipertensi intraglomerulus dan juga hipertrofi glomerulus. Salah satu komplikasi lain yaitu osteodistrofi ginjal, yang dilakukan dengan cara mengatasi dengan pemberian hormone kalsitriol. Penatalaksanaan yang tepat agar tidak mengakibatkan penyakit *end stage renal disease* agar tidak memperparah penyakit *end stage renal disease* yaitu dengan diet pada pemberian rendah protein, diet rendah garam, dan juga pembatasan cairan dan elektrolit perlu diterapkan dengan pasien yang bertujuan untuk mencegah oedem dan komplikasi pada kardiovaskular (Fadhilah, 2014).

Pembatasan dalam kalium juga perlu di terapkan karena hiperkalemia bisa mengakibatkan aritmia gagal jantung yang fatal. Kadar kalium yang disarankan 3,5-5,5 mEq/it. Pemberian natrium sangat penting untuk mengendalikan hipertensi dan oedem. Faktor utama terjadinya perburukan fungsi ginjal yaitu penerapan hiperfiltrasi glomerulus. Pembatasan asupan protein yang dilakukan dengan LFG ≤ 60 ml/menit. Asupan kalori dan protein penting untuk diingatkan pada pasien *end stage renal disease*. Setelah pasien mengalami perbaikan maka bisa dilakukan hemodialisis. Pengetahuan mengenai modifikasi dengan cara yang tidak langsung bisa menurunkan angka mortalitas (Fadhilah, 2014).

2. Konsep Hemodialisis

a. Definisi

Hemodialisis adalah salah satu metode yang digunakan untuk mengeluarkan cairan yang berlebihan dan juga toksin pada saat darah bersirkulasi melalui ginjal buatan (alat dialisis/*dialyzer*). Proses difusi yang memindahkan zat yang terlarut (misalnya kelebihan pada kalium) dari darah dan melintasi *membrane* semipermeabel (alat filter *dialysis*) ke dalam dialisat untuk eksresi dari tubuh. Hemodialisis bertujuan untuk memperbaiki karena adanya ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, mengeluarkan

toksin, dan juga sisa produk dari metabolisme, serta berfungsi sebagai pengontrolnya tekanan darah. Adapun terapi pengganti ginjal secara kontinu (*continuous renal replacement therapy*, CRRT) dan juga ultrafiltrasi salah satu bentuk lain dari hemodialisis (Hurst, 2011).

Hemodialisis dapat didefinisikan sebagai pergerakan larutan dan air dari dalam darah pasien yang melewati *membrane* semipermeabel (*dialyzer*) dari dalam dialisat. Dializer juga berfungsi sebagai pemindahan sebagian besar volume cairan. Pemindahan ini dilakukan dengan ultrafiltrasi dimana pada tekanan hidrostatis yang mengakibatkan aliran yang besar pada air plasma (dengan perbandingan sedikit larutan) dengan melalui *membrane*. Dengan adanya pembesaran jalan masuk pada vaskuler, antikoagulasi dan juga produksi *dialyzer* bisa dipercaya dan efisiensi, hemodialisis menjadi metode yang dominan dalam pengobatan gagal ginjal kronis maupun akut. Haven (2005) menjelaskan bahwa hemodialisis memiliki efek samping yaitu seperti, tekanan darah rendah, anemia, kram pada bagian otot, mual, muntah, detak jantung tidak teratur, merasakan sakit kepala, adanya infeksi, adanya udara didalam pembuluh darah (Nuari, 2017).

Banyaknya tindakan hemodialisis tergantung pada banyaknya fungsi ginjal yang tersisa, kebanyakan penderita ginjal melakukan tiga kali dalam seminggu dan lama pelaksanaan hemodialisa paling sedikit 3-4 jam sekali pada saat melakukan tindakan terapi. Hemodialisis dapat mempengaruhi keadaan psikologis pada pasien, seperti akan mengalami gangguan dalam proses berpikir, konsentrasi terganggu, serta adanya gangguan yang berhubungan pada sosialnya. Semua kondisi ini dapat mengakibatkan pada kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa menurun dapat dipengaruhi karena adanya dampak dari hemodialisis karena pengaruh dari pola hidup pasien (Suharyanto, 2013).

b. Tujuan Hemodialisis

Tujuan hemodialisis yaitu; *pertama*, untuk mengganti fungsi ginjal yang berfungsi untuk ekskresi yaitu untuk membuang sisa-sisa metabolisme yang ada dalam tubuh misalnya seperti ureum, kreatinin. *Kedua*, untuk mengganti fungsi ginjal yang berperan dalam mengeluarkan cairan yang ada dalam tubuh yang seharusnya dikeluarkan menjadi urin pada saat ginjal sehat. *Ketiga*, meningkatkan kualitas hidup pasien ginjal yang sudah mengalami penurunan pada fungsi ginjalnya. *Keempat*, menggantikan fungsi ginjal karena sedang menunggu program pengobatan yang lainnya (Price & Wilson, 2015).

c. Prinsip Kerja Hemodialisis

Prinsip ultrafiltrasi dan difusi digunakan untuk mencapai tujuan dialisis. Ultrafiltrasi mengacu pada pengeluaran cairan dari dalam darah baik menggunakan tekanan osmotik atau hidrostatis untuk menghasilkan gradien yang diinginkan. Difusi adalah perpindahan partikel (ion) dari daerah berkonsentrasi tinggi ke daerah berkonsentrasi rendah. Kedua proses terjadi sepanjang membran semipermeabel dengan pori-pori yang cukup besar yang memungkinkan partikel tertentu (seperti ureum, kreatin, dan elektrolit) melewatinya tetapi cukup kecil untuk perjalanan partikel yang lebih besar (seperti protein dan sel darah merah) (Black, 2014).

Ketika kedua larutan dipisahkan oleh membran semipermeabel, partikel terlarut bergerak menuju larutan berkonsentrasi lebih rendah. Secara bersamaan, air bergerak menuju larutan berkonsentrasi lebih tinggi. Partikel terlarut dan air dapat bergerak dengan bebas melewati membran di kedua arah antara darah dan dialisat. Dengan demikian jika darah memiliki konsentrasi lebih tinggi dari ureum, kreatinin, dan elektrolit tertentu dibandingkan yang terdapat larutan dialisat yang disiapkan, maka partikel tersebut akan bergerak menuju larutan dialisat, menurunkan kadar dalam

darah. Jika darah kekurangan zat, seperti bikarbonat, konsentrasi lebih tinggi dari zat dalam dialisat menyebabkan bergerak ke dalam darah, meningkatkan kadar darah (Black, 2014).

d. Indikasi Hemodialisis

Hemodialisis diindikasikan pada pasien dalam keadaan akut yang membutuhkan terapi dialisis dalam jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau dengan pasien gagal ginjal kronik yang memerlukan terapi jangka panjang/permanen. Jika pasien sudah tidak bisa bekerja purna waktu, neuropati perifer, kadar kreatinin serum yang lebih dari 6 mg/100 ml terjadi pada laki-laki dan 4 mg/100 ml pada wanita. Indikasi ini bertujuan untuk pasien yang sekarang dalam keadaan akut dan yang memerlukan terapi dialisis dalam jangka pendek hanya beberapa hari atau beberapa minggu, atau pasien dalam keadaan gagal ginjal tahap akhir yang sudah kronik yang membutuhkan terapi dalam jangka panjang/permanen. Indikasi yang sering dilakukan hemodialisis pada pasien gagal ginjal yaitu *glomerular filtration rate* yang kurang dari 15 ml/menit, hiperklemia, kegagalan terapi konservatif, mengalami kadar ureum lebih dari 200 mg/dl, kreatinin lebih dari 65 mEq/L, mengalami kelebihan cairan dan auria yang berkepanjangan lebih dari 5 kali (Suddarth, 2013).

e. Komponen Hemodialisis

Hemodialisis memiliki tiga komponen utama yang terlibat dalam proses hemodialisis, yaitu alat dialiser (ginjal buatan), cairan dialisat dan sistem penghantaran darah. *Dialiser* adalah alat dalam proses dialisis yang mampu mengalirkan darah dan dialisat dalam kompartemen-kompartemen di dalamnya dengan dibatasi *membrane semipermeabel*. Dialisat merupakan cairan yang dapat digunakan untuk menarik limbah-limbah tubuh dari darah. *Buffer* umumnya di gunakan untuk bikarbonat, karena memiliki resiko lebih kecil untuk

menyebabkan hipotensi dibandingkan dengan *buffer* natrium. Kadar dalam setiap zat di cairan dialisis juga dapat diatur sesuai dengan kebutuhan. Sementara itu, air yang digunakan juga harus perlu diatur sesuai kebutuhan. Sementara itu, air yang digunakan harus diproses agar tidak menimbulkan resiko kontaminasi (Suhrdjono, 2014).

f. Lama Hemodialisis

Hemodialisa disarankan agar dapat dilakukan sebanyak 2 kali seminggu. Dalam satu sesi hemodialisa memakan waktu sekitar 4 sampai 5 jam. Ginjal yang tidak berfungsi dan belum digantikan dengan ginjal yang baru selama itu pasien melakukan hemodialisa. Diterapkannya jadwal hemodialisa pada pasien *end stage renal disease* harus tetap diteruskan dan berat maupun ringan yang terjadi pada kerusakan ginjal atau adanya faktor-faktor lain dan harus dilakukan selama hidupnya (Black, 2014). Hemodialisis adalah salah satu tindakan yang memiliki tujuan yaitu mengambil zat-zat nitrogen yang memiliki sifat toksik dalam darah dan juga yang mengeluarkan air berlebih. Tujuan utama hemodialisis yaitu dapat mengendalikan uremia, kelebihan cairan dan ketidakseimbangan elektrolit yang terjadi pada pasien ginjal kronik (Black, 2014).

Dosis pada pasien hemodialisis yang diberikan umurnya 2 kali dalam seminggu dengan setiap hemodialisis 5 jam atau sebanyak 3 kali seminggu dengan setiap menjalani hemodialisa 4 jam. Lamanya hemodialisis, sehingga lama hemodialisis juga dipengaruhi tingkat uremia akibat progresivitas perburukan fungsi ginjalnya dan faktor-faktor kormobiditasnya, serta kecepatan aliran dialisis. Semakin lama proses hemodialisis, maka semakin lama darah berada diluar tubuh, sehingga makin banyak antikoagulan yang dibutuhkan dengan konsekuensi sering timbulnya efek samping (A, R, Ahman, Theresia, M. D. Kaunang & Elim, 2016).

g. Komplikasi Hemodialisis

Hemodialisis bisa mengakibatkan timbulnya komplikasi seperti, adanya masalah teknis, kebocoran darah, pada saat pemanasan berlebihan larutan dialisat, kehilangan cairan yang tidak mencukupi, terjadinya konsentrasi yang tidak tepat akan garam dalam dialisat, adanya penggumpalan, hipotensi/hipertensi, perdarahan karena adanya heparinisasi dengan masalah khusus perdarahan subdural, retroperitoneal, intraocular, pericardial, dan reaksi pirogenis. Penyakit ulkus gastrointestinal sering terjadi karena adanya pendarahan. Hiponatremia menyebabkan terjadinya pengeluaran pada cairan bisa menyebabkan kram pada otot, terjadi karena cairan dan juga elektrolit meninggalkan ruangan ekstrasel dengan cepat dan memperlihatkan pergerakan elektrolit dan melewati membran otot (Black, 2014).

Terjadinya hipoksemia pada saat dialisis bisa diakibatkan karena adanya pengeluaran pada biokarbonat atau diinduksi pada zat diaktivasi pada membran dialisis. Infeksi merupakan komplikasi yang sering terjadi dan nyata keberadaanya, proses infeksi biasanya umum terjadi karena adanya infeksi pada akses lokal. Bakterimia dan infeksi endokarditis, serta pada hepatitis B maupun C merupakan resiko yang nyata. Terjadinya sindrom disequilibrium terjadi pada masa awal dialisis mendapatkan ciri-ciri seperti kebingungan mental, sakit kepala, dan serangan jantung. Kondisi seperti ini dapat terjadi dalam beberapa hari karena cepatnya pengeluaran larutan dari dalam darah bisa menyebabkan kelebihan yang relatif larutan secara intraselular (Black, 2014).

3. Konsep Kecemasan Tentang Kematian

a. Konsep Kecemasan

1) Definisi

Kecemasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang yang sedang dalam keadaan emosi yang meningkat dan disertai

dengan perasaan yang cemas dan juga merasa takut. Serupa dengan perasaan takut, seseorang merasa bahwa dirinya sedang terancam yang sumbernya tidak diketahui. Berbeda dengan perasaan takut, subjek yang sering memandang bahwa sumber ancaman yang memiliki arti samar-samar atau tidak jelas. Kecemasan bisa disebut juga suasana hati yang sedang ditandai dengan efek negatif dan memiliki gejala-gejala tegang jasmaniah pada keadaan yang mungkin akan datang bahwa atau halangan di masa depan atau masa yang akan datang dengan sikap/perilaku, perasaan, dan juga respon-respon fisiologis (Freud & Corey, 2003).

Pasien gagal ginjal kronik akan mengalami *dependence-independence conflict* dimana keadaan individu yang biasa hidup secara mandiri, tetapi akhirnya harus bergantung dengan mesin hemodialisis. Pada keadaan kondisi ini membuat individu untuk tetap bertahan hidup dengan kondisi yang harus di hadapi, sehingga dapat memungkinkan pasien untuk mengalami kecemasan yang dapat dirasakan salah satunya adalah kecemasan kematian. Saini dan Patidar (2016) menjelaskan bahwa ada hubungan kecemasan kematian yang tinggi dengan penderita penyakit kronik (Nadia, 2014 dan Dewina, 2018).

Kecemasan merupakan suatu kejadian yang terjadi pada seseorang yang diakibatkan dari satu masalah yang bisa mengancam keselamatannya sendiri. Rasa cemas biasanya dirasakan pada pasien *End Stage Renal Disease* karena lamanya masa penderitaan yang akan dialami seumur hidupnya sampai mendapatkan donor ginjal atau mendapatkan ginjal yang baru (Muhammad Yakob, 2019). Kecemasan merupakan suatu respon pada situasi tertentu yang mengancam, dan hal ini merupakan hal yang wajar atau normal terjadi pada, perubahan, perkembangan, pengalaman baru yang sudah pernah dilakukan

maupun belum pernah dilakukan, dan dalam hal menemukan identitas diri dan arti hidup (Julia, 2020).

Dampak dari kecemasan fisik yaitu terjadinya penurunan tekanan darah, penurunan denyut nadi, terjadinya peningkatan pada denyut nadi dan respirasi. Dampak kecemasan psikologis seperti mengalami insomnia/gangguan tidur, tidak konsentrasi atau kontak mata kurang, kurang istirahat/merasa lelah, merasa takut, nyeri bagian abdomen, mengalami diare, mual, gemetar, anoreksia, dan merasa mulut kering. Dampak kecemasan interpersonal yaitu seperti, pasien merasakan bloking dalam melakukan pembicaraan dan merasakan sulit untuk berkonsentrasi. Kemampuan pasien untuk menanggulangi kecemasan yang dirasakan adalah salah satu yang menjadi faktor penting yang akan membuat pasien berperilaku patologis atau tidak (Baroroh, 2011 dalam Simatupang & Dearisa, 2019).

Kecemasan merupakan salah satu rasa takut yang tidak jelas dan juga tidak didukung oleh situasi yang ada, ketika seseorang merasa cemas, seseorang akan merasa tidak nyaman atau ketakutan atau mungkin memiliki perasaan seperti akan ditimpa malapetaka padahal seseorang tersebut tidak mengerti kenapa menjadi emosi yang mengancam seperti akan terjadi (Julia, 2020). Freud dalam Corey (2003) menjelaskan jika kecemasan merupakan dimana keadaan seseorang yang tegang yang akan memotivasi kita untuk melakukan sesuatu. Kematian sendiri merupakan satu proses awal kealam barzah yang menunggu tiba hari kebangkitan (kiamat). Mengatakan setiap yang bernyawa akan pasti akan merasakan yang namanya meninggal/mati (Uman, 2014). Dari hal ketidakpastian inilah yang bisa menyebabkan banyak orang merasa cemas menjelang menghadapi kematian yang disebabkan karena mereka belum siap dan juga belum melakukan hal yang terbaik dalam menjalankan perintah Tuhan (Saumiyah, 2018).

2) Faktor-faktor Kecemasan

Kecemasan memiliki empat faktor utama yang berpengaruh pada perkembangan pola dasar yang menunjukkan reaksi cemas: yaitu *pertama*, sekitar tempat tinggal atau lingkungan mempengaruhi cara berpikir tentang dirinya sendiri dan juga orang lain. Kecemasan akan timbul jika individu merasa tidak aman atau nyaman pada lingkungan sekitarnya. *Kedua*, emosi yang tertekan: kecemasan biasanya terjadi jika kita tidak mampu menyelesaikan masalah pada perasaan yang personal. *Ketiga*, penyebab-penyebab fisik: pikiran dan tubuh yang senantiasa sering berinteraksi bisa menimbulkan kecemasan. Biasanya hal ini akan terjadi pada *kondisi* seperti kehamilan, usia remaja, lanjut usia, dan pada saat sakit atau sewaktu pulih dari penyakit. *Keempat*, keturunan: terjadi gangguan emosi yang ada dalam keluarga-keluarga tertentu, hal ini bukan penyebab hal penting dari kecemasan (Ramaiah, 2003).

Niu dan Liu (2017) menjelaskan bahwa tentang perjalanan kehidupan psikologis pada pasien hemodialisis terdiri dari beberapa tahapan yaitu: tahap takut, tahap adaptasi, dan tahap depresi. Penyakit *ESRD* memiliki hubungan dengan terjadinya peningkatan pada gejala-gejala distres dan di sertai dengan munculnya beberapa gejala yaitu seperti: depresi, mual, sulit bernapas, cemas, kehilangan nafsu makan, gatal, kelemahan dan gangguan tidur. Medelson (1989) dan Walker *et al* (1995) menjelaskan bahwa gangguan tidur yang dialami oleh responden disebabkan karena adanya kecemasan, kesedihan, nyeri tulang, dan gatal yang dirasakan. Kelemahan fisik yang terjadi dapat disebabkan karena adanya anemia akibat kerusakan pada fungsi ginjal sehingga menyebabkan penurunan produksi eritroprotein yang bertugas mematangkan sel darah, dan dapat menghasilkan energi yang dibutuhkan dan melakukan kegiatan sehari-hari (Widodo, 2008 dalam Dewina, 2018).

Seseorang cenderung untuk menghindari pengalaman kematian atau pikiran tentang kematian selama mereka hidup, dengan adanya gejala penyakit yang dialami dapat mengakibatkan kecemasan kematian itu sendiri (Khawar, Aslam & Aamir, 2013). Menghadapi kecemasan kematian tingkat rendah terjadi dimana hal tersebut membuat diri individu untuk merasa tidak takut dalam menghadapi kematian (Setyawan, 2013) sehingga mengindikasikan pada kesiapan individu dalam menghadapi kematian. Kecemasan kematian dengan tingkat sedang terjadi jika individu dapat memaknai hidup dan memahami siapa dirinya dan apa arti dari kematian bagi hidupnya (Hidayat, 2006). Tetapi berbeda jika individu mengalami kecemasan kematian tingkat tinggi dimana mengindikasikan pada adanya emosi negatif yang kuat dan sikap yang tidak mau menerima kenyataan dalam menjalani kehidupan yang ada (Tong *et al*, 2016 dalam Dewina, 2018).

3) Tingkat Kecemasan

Menurut (Stuart dan Sundeen, 1998 dalam saputra, 2015) ada empat tingkat kecemasan menurut yaitu sebagai berikut :

- a) Kecemasan ringan, yang berhubungan dengan adanya ketegangan dan waspada. Gejala yang timbul pada cemas ringan yaitu: *pertama*, respon fisiologis seperti (sesekali nafas pendek, muka berkerut dan bibir begetar). *Kedua*, respon kognitif seperti koping persepsi luas, mampu menerima rangsang yang kompleks, konsentrasi pada masalah. *Ketiga*, respon perilaku dan emosi seperti (tidak bisa duduk dengan tenang, tremor halus pada lengan, dan suara meninggi).
- b) Kecemasan sedang, ada kemungkinan individu untuk memusatkan pada hal yang penting dalam mengesampingkan hal lainnya yang perhatian selektif dan

juga mampu hal yang lebih berfokus/terarah. Gejala yang timbul antara lain: *perama*, (respon fisiologis sering bernafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, diare atau konstipasi, nafsu makan menurun, merasa mual). *Kedua*, (respon pandang persepsi masih sempit, rangsangan yang luas juga masih diterima, berfokus dengan apa yang menjadi perhatian dan bingung. *Ketiga*, (respon perilaku dan emosi: banyak bicara, mengalami kesulitan untuk tidur, dan merasa tidak aman.

- c) Kecemasan berat, individu yang cenderung untuk berfokus pada sesuatu yang lebih rinci dan juga spesifik dan tidak bisa berfikir mengenai hal yang lainnya. Individu tersebut membutuhkan banyak arahan agar dapat memusatkan area yang difokuskan. Gejala yang muncul pada kecemasan ini yaitu; *pertama*, (respon fisiologis memiliki napas yang pendek atau tersenggal-senggal, tekanan darah dan nadi mengalami kenaikan, berkeringat, penglihatan kabur dan juga mengalami sakit kepala). *Kedua*, respon kognitif lapang persepsi juga masih sempit, dan individu tidak mampu dalam menyelesaikan masalah). *Ketiga*, (individu merespon perilaku dan juga emosi perasaan yang terancam dan makin meningkat, verbalisasi cepat, dan bisa menarik diri dari hubungan yang lebih interpersonal).
- d) Kecemasan berat sekali/panik, tingkatan panik yang memiliki hubungan dengan terperangah, ketakutan dan eror. Panik juga bisa mengakibatkan disorganisasi kepribadian, menjadikan peningkatan aktivitas motorik, mengalami penurunan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan juga kehilangan pemikiran yang rasional. Gejala *pertama* yang muncul respon fisiologis dengan napas yang pendek, merasa tercekik dan palpitasi, sakit pada bagian dada,

terlihat pucat, hipotensi. *Kedua*, lapang kognitif memiliki persepsi yang sempit, dan tidak bisa berpikir secara logis. *Ketiga*, respon perilaku dan individu mengamuk-amuk dan marah-marah, mengalami ketakutan, menarik diri dari lingkungan sekitar, hilangnya kendali atau kondisi individu dan persepsi yang kacau.

b. Konsep Kematian

1) Definisi

Zubair (2001) mengemukakan bahwa kematian merupakan mediator atau perantara dalam proses transendensi manusia. Kematian yang bisa terungkap dari pemahaman atas struktur manusia yang terdiri dari jiwa dan raga, sehingga kematian menjadi peristiwa yang akan terjadi dari perpisahannya jiwa dan raga. Raga atau tubuh merupakan kualitas kebendaan jika kematian pada saat itu datang maka akan musnah, sedangkan jiwa merupakan kualitas pada rohani yang pada saat itu akan datang maka kematian akan bersifat abadi. Feifel & Nagy menjelaskan jika pasien *end stage renal disease* memikirkan kecemasan kematian yang berlebihan akan mengalami perubahan fungsi-fungsi emosional yang normal pada manusia, kecemasan kematian juga memiliki kaitannya dengan gangguan emosional, psikosomatis, neurotisma, dan juga depresi (Wijaya, 2014).

Chusairi (1997) mengatakan bahwa jika kematian adalah sebagai bentuk pengalaman yang tak terelakan dan bisa terjadi pada setiap saat, maka dari itulah bisa menyebabkan kecemasan pada individu, ketidakpastian ini yang bisa menyebabkan banyak orang merasa cemas menjelang menghadapi kematian yang disebabkan karena mereka belum siap dan juga belum melakukan hal yang terbaik dalam menjalankan perintah Tuhan (Saumiyah, L. Q. A. (2018). Kematian bisa dikatakan satu

proses awal ke alam barzah yang menunggu tiba hari kebangkitan (kiamat). Mengatakan setiap yang bernyawa akan pasti akan merasakan yang namanya meninggal/mati (Uman, 2014 & Wijaya, 2014).

Kematian adalah salah satu bagian dari hidup individu sudah ada yang siap dalam menghadapi kematian dengan cara meningkatkan kualitas hidup dan ada juga individu mengalami kecemasan. Ketika individu akan menghadapi kematian, bagi individu yang sudah menderita penyakit terminal dikaitkan dengan beberapa permasalahan karena menjadi hal yang tidak menyenangkan dan kebergantungan kepada keluarga dan perawat karena memiliki banyak permasalahan yang individu alami seperti, merasakan sakit, menjalani hidup dengan tidak tenang karena dihadapkan dengan kematian serta dukungan emosional yang kurang (Sriargianti Amir, 2016).

Maria (1992) Vaqueiros menjelaskan bahwa ada tiga jenis kematian yaitu: “kematian yang baik”, kematian yang buruk”, dan “kematian yang tragis”. Ada komponen positif dan negatif dari kematian “baik” dan “buruk” bukannya mengacu pada dimana saat kematian itu terjadi tetapi ada pada lingkarannya. “Kematian yang baik” bisa berlangsung dengan cepat sedangkan “kematian yang buruk” bisa dalam waktu berminggu-minggu, berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun pada penderitaan yang lambat. “Kematian yang mendadak” juga bisa dikatakan kematian yang baik (repetina) sedangkan kematian yang buruk digolongkan sebagai “kematian karena penyakit kronis” atau bisa disebut kematian yang lambat” (*accidentada*) (Smith, 2018).

Pasien dengan perawatan paliatif menjadi pilihan pengobatan untuk penyakit *end stage renal disease*, banyak pasien yang tidak mengetahui tentang sifat terminal kronis dan potensi dari *end stage renal disease* yang sudah diagnosis dan

pasien memiliki harapan kesembuhan pada saat mulai menjalani pengobatan. Pada saat menjalani pengobatan pada beberapa waktu lalu mendapatkan gejala yang terkait dengan penyakit yang membuat pasien *end stage renal disease* berfikir bahwa kematian itu nyata. Bisa dikatakan dengan baik jika *end stage renal disease* sebuah kondisi yang mengancam jiwa pasien *end stage renal disease* yang masih hidup dan menganggap bahwa kematian adalah bagian dari sebuah pengalaman di kehidupan sehari-hari, dan pengalaman pribadi mereka pada *end stage renal disease* yang membuat pasien menghadapi kematian mereka (Sarfo-Walters, 2015).

Perawatan paliatif pada pasien *end stage renal disease* melaporkan jika ada pilihan pengobatan yang dibuat karena ada penderita yang tidak ingin melibatkan/membebani keluarganya, pasien merasa diabaikan, mengalami penurunan pada kualitas hidup, dan sudah mengalami komplikasi medis akut, atau pada saat mereka tidak ada keyakinan dengan prognosnya yang baik, untuk melakukan perawatan tetapi tidak membebani orang lain juga berperan membuat pasien *end stage renal disease* ikut mempertimbangkan agar menerima perawatan paliatif, tetapi pertimbangan pasien melakukan paliatif berasal dari dorongan diri sendiri (Catherine Sarfo, 2020). Untuk mengatasi adanya penyakit *end stage renal disease*, jika komplikasi pada pengobatan dan terjadi peningkatan kualitas hidup pada pasien *end stage renal disease* membutuhkan pengobatan dan juga perawatan, yang bisa diraih dengan cara meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap, dan untuk mencapai keterampilan dalam merawat diri (Maryam zibael et al, 2019). Kualitas hidup pada pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis biasanya memiliki kualitas yang buruk karena adanya faktor yang mempengaruhi seperti nyeri, terapi dialisis, disfungsi ereksi, persepsi dari motivasi keluarga, dan

hubungan sosial (Astuti et al, 2015) kualitas hidup menjadi kepuasan bagi pasien jika kebutuhan eksternal sudah terpenuhi maupun persepsinya (Peri Zuliani & Dita Amita, 2020).

2) Jenis-jenis Kematian

Kematian dapat dibedakan dalam beberapa jenis, diantaranya :

- a) *Clinical Death*, terjadi jika system pernafasan dan jantung sudah berhenti bekerja. Kematian dapat berubah menjadi (*reversible*) karena banyak individu yang dapat kembali hidup setelah diberikan stimulus dengan *cardiopulmonary resuscitation* (CPR), yaitu suatu teknik untuk mengembalikan kinerja pada paru-paru dan jantung yang sudah berhenti (Karomah & Muhammad, 2015).
- b) *Brain Death*, dapat disebut koma. *Brain death* terjadi pada saat otak tidak dapat mendapatkan suplai oksigen selama periode pada waktu tertentu, dan biasanya selama 8-10 menit. Individu yang berada pada kondisi ini masih dapat hidup karena proses otonomi contohnya seperti bernafas dan detak jantung masih bekerja yang diatur oleh otak (Karomah & Muhammad, 2015).
- c) *Biological Death*, dapat terjadi setelah terjadinya kematian klinis tidak dapat diatasi dengan CPR (*Cardiopulmonary Resuscitation*), sehingga sel-sel atau jaringan yang mati tidak mendapatkan suplai oksigen (Karomah & Muhammad, 2015).
- d) *Social Death*, dapat terjadi pasien tidak memiliki fungsi sosial karena kondisi kesehatannya yang parah (Karomah & Muhammad, 2015).

c. Kecemasan Terhadap Kematian

1) Definisi

Kecemasan kematian adalah hal yang dapat muncul pada saat individu berpikir dalam menghadapi kematian, memiliki pengalaman pada saat kematian mendekat, membaca atau mendapatkan pengetahuan tentang kematian yang kemudian munculnya rasa takut. Ketidakpastian mengenai masa depan yang cerah dan memiliki rasa takut yang tinggi terhadap kematian adalah salah satu faktor yang penting yang dapat menyebabkan kecemasan yang dapat mempengaruhi stabilitas emosi. Kecemasan merupakan keadaan emosi atau perasaan yang tidak dapat diduga atau tidak jelas karena memiliki gejala seperti ketakutan, khawatir dan mengalami ketakutan (Anggraeny, 2009 dalam Dewina, (2018).

Becker menjelaskan teorinya yaitu TMT (*Terror Management Theory*) jika kecemasan kematian adalah motivator utama dari semua perilaku. Jika kecemasan kematian disalurkan dengan baik, maka dapat menjadi kekuatan untuk memotivasi individu itu sendiri dan mendorong untuk mencapai pencapaian prestasi kematian fisiknya untuk menuju kematian yang bermartabat. Penentuan kecemasan (*death anxiety*) memiliki dua faktor yang dapat dipengaruhi yaitu pengalaman hidup pasien yang berhubungan dengan kematian (Templer, 1970).

Carpenito dan Moyet (2008) menjelaskan bahwa kecemasan kematian merupakan salah satu kondisi individu dimana perasaan gelisah akibat ketidaknyamanan yang dirasakan tidak jelas atau samar berhubungan dengan kematian. Kelangsungan hidup yang rendah dan juga status fungsional yang semakin menurun, pasien dengan kondisi terminal maka akan merasakan ketidakberdayaan, tidak pasti dalam menghadapi kematian. Pendekatan yang dapat dilakukan untuk mengungkapkan perasaan dimana pasien dengan penyakit kronis dan terminal mengungkapkan bahwa klien

bahagia dan bersyukur jika mendapat kesempatan untuk saling komunikasi satu dengan yang lainnya dan dapat bertukar cerita mengenai topik kematian (Susan, 2000 dalam Dewina, 2013).

Kecemasan kematian pada tingkat sedang sampai rendah didapatkan pada responden yang mendapatkan dukungan sosial dari pasangan agar lebih intim dibandingkan dengan sumber dukungan yang lainnya (Khoirunnisa, 2016). Kehadiran keluarga bisa memberikan dukungan yang positif sehingga individu sudah lebih siap menghadapi realitas kehidupan dan juga kecemasan lainnya, lebih khusus yaitu kecemasan akan kematian. Dukungan keluarga memiliki peran untuk menjaga keutuhan individu secara fisik maupun psikis. Ketidakmampuan individu dalam mengatasi kecemasan yang akan mengakibatkan berbagai gejala kesukahan baik fisik maupun psikososial atas penyakit dan lebih sering memikirkan kematian (Susan, 2000 dalam Dewina, 2018).

Moreno mengatakan bahwa kecemasan yang menghadapi kematian adalah hal yang paling nyata, dan bukan ungkapan yang kosong belaka atau yang tidak penting. Kecemasan akan kematian memiliki dua segi hal dalam perasaan: pertama, memiliki rasa takut akan kematian jiwa dan kedua, merasa takut akan kematian raga. Schopenhauer menjelaskan bahwa kecemasan yang menghadapi kematian suatu ekspresi keteguhan manusia memegang kehidupan dan kecemasan pada hal ketidakpastian di masa depan yang menantinya. Manusia yang memiliki rasa takut mati merupakan manusia yang tidak mengetahui kematian dan sesuatu setelahnya, menyebabkan ketakutan akan kematian merupakan ketakutan yang *the unknow* (sesuatu hal yang tidak diketahui) dalam sekejap waktu bisa mengubah segalanya yang menjadi *nothing* yang menyebabkan timbulnya kecemasan (Umam, 2015 dalam Saumiyah, 2018).

Perasaan cemas disebabkan pada kematian dan apa yang akan terjadi setelahnya adalah hal misteri, memiliki pikiran pada

sanak saudara yang akan di tinggalkannya, dan kecemasan kematian timbul karena merasa jika tempat yang akan dikunjungi sangat buruk (Hidayat, 2012). Perasaan yang dipikirkan campuran berisikan ketakutan, kekhawatiran dan prihatin pada masa-masa yang akan datang tanpa sebab khusus untuk ketakutan tersebut (Pardosi, 2014). Menurut Wijaya (2015) Kecemasan kematian merupakan kondisi emosional yang tidak menyenangkan yang dialami individu lanjut usia dalam memikirkan kematian. Dari beberapa hal diatas didapatkan jika kecemasan menghadapi kecemasan seperti: kematian yang menimbulkan rasa sakit, tidak ingin meninggalkan orang-orang yang dicintai, takut jika akan mendapatkan siksa kubur, tidak mengetahui tentang hakikat maut, tidak mengetahui kemana pasien akan pergi setelah meninggal kelak, tidak mengetahui apa yang terjadi setelah meninggal nanti (Sri, 2014).

Kecemasan ini dapat di sebabkan oleh faktor-faktor antara lain faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi umur, pengalaman, tingkat pendidikan, sedangkan faktor eksternal meliputi lingkungan, keluarga, dan spritual. Cara mengurangi perasaan kecemasan dapat dilakukan beberapa pendekatan seperti, mendekatkan diri pada keluarga, dengan teman sebaya, dan juga dapat mendekatkan diri kepada sang pencipta/agama. Agama menjadi satu bentuk koping untuk menghadapi kecemasan. Spiritual yakni hubungan individu dengan Tuhan pencipta alam, kehidupan spiritual memiliki peranan penting untuk seseorang yang mensyukuri nikmat akan merasa lebih ikhlas dalam menghadapi hidup tetapi belum tentu bagi yang belum bisa mensyukuri nikmat yang sudah diberikan Tuhan (Setyawan, 2013).

2) Ciri-Ciri Kecemasan Terhadap Kematian

Menurut Templer (Wijayanti & Lailatulshifah, 2012) menjelaskan individu yang memiliki kecemasan dalam menghadapi kematian yang biasanya mencemaskan banyak hal yang ada pada dirinya. Ada berbagai kecemasan yang dapat dirasakan antara lain;

a) Kecemasan secara umum terhadap kematian

Secara umum kecemasan terhadap kematian adalah respon yang merujuk pada perilaku neurotik dengan reaksi yang lebih spesifik pada perilaku individu. Kecemasan ini berkaitan dengan ketakutan individu yang mengenai proses kematian pada umumnya.

b) Ketakutan akan merasakan sakit

Individu akan merasakan cemas berbagai proses kematian yang akan mereka lewati nantinya akan berbeda-beda pada setiap individu. Ketakutan ini akan muncul pada individu yang memiliki sakit kronis, kerusakan secara fisik serta ketidakfungsian diri seutuhnya akan membuat individu semakin merasakan kecemasan. Kecemasan akan sakit yang dirasakan serta berkurangnya fungsi tubuh individu.

c) Berbagai Pemikiran Mengenai Kematian

Berbagai macam pemikiran tentang kematian muncul pada individu. Proses kematian dirasa akan menjadi hal yang tidak pasti pada setiap individu, hal ini yang menyebabkan munculnya kecemasan dan dapat menimbulkan efek pada perilaku yang tidak normal. Semakin individu memikirkan tentang proses kematian, kehidupan setelah kematian dan ada beberapa hal yang menyangkut dengan kematian akan semakin membuat dirinya cemas.

d) Bergantinya Waktu Dengan Sangat Singkat

Pergantian waktu yang sangat cepat akan membuat individu berfikir bahwa dirinya belum melakukan sesuatu hal

yang berarti bagi dirinya. Individu merasa tidak mampu menerima keadaan dirinya dan membuang-buang waktu hanya untuk meratapi kondisinya saat ini. Hal ini juga yang akan membuat individu menjadi semakin berfikir jika waktu yang dimilikinya tidak akan banyak lagi.

e) Ketakutan Akan Masa Depan

Individu yang di diagnosa sakit kronis akan selalu memikirkan bagaimana individu akan menjalani kehidupan selanjutnya. Kebanyakan dari mereka akan memikirkan bahwa hidup mereka sudah tidak akan lama lagi dan kemungkinan untuk menjalani kehidupan yang lebih baik akan berkurang. Individu tidak mampu menerima ketidakberfungsian dirinya lagi secara utuh.

3) Dampak Kecemasan kematian

Kecemasan kematian adalah salah satu kondisi emosional yang dapat dirasakan ketika jika ada hal yang tidak menyenangkan dialami dengan individu jika sedang memikirkan kematian. Dampak yang timbul akibat kecemasan terjadap diantaranya :

a) Dampak positif

Kecemasan terhadap kematian yang dapat menimbulkan dampak seperti memiliki keinginan dalam meningkatkan ibadah kepada Tuhan, memperbaiki diri, meningkatkan rasa sayang terhadap keluarga serta adanya kesadaran untuk membuat hidup dunia lebih berarti (Karomah & Muhammad, 2015).

b) Dampak negatif

Dampak negatif dari kecemasan terhadap kematian dapat mengakibatkan timbulannya perasaan khawatir yang sangat berlebihan terhadap lingkungan sekitar, sehingga mengakibatkan individu terganggu dalam beraktivitas,

perasaan menjadi lebih sensitif/mudah marah, terbayang-bayang dengan kematian, sulit untuk konsentrasi, kecemasan yang sudah cukup parah dalam jangka waktu yang sudah cukup lama dapat mengakibatkan depresi. Individu yang merasakan kecemasan terhadap kematian akan memiliki kekhawatiran, kesusahan, ketidaknyamanan, ketegangan, merasakan gelisah, dan individu memikirkan bagaimana proses sekarat, kemusnahan, kejadian apa yang terjadi setelah kematian (Karomah & Muhammad, 2015).

3) Karakteristik kematian yang baik

Karakteristik kematian yang baik memiliki tema urutan pertama yaitu agama & spiritual, kesehatan keluarga & interpersonal, mengatasi duka & kesehatan emosional, dan pengaturan yang optimal berasal dari kebutuhan religius, eksistensial, dan psikososial. Persiapan *end of life* dan penyelesaian kehidupan memiliki dampak pada *quality of death* bisa diartikan sebagai tanggapan secara langsung (GafaarID, 2020).

a) Kesehatan Religious & Spiritual

Adanya kesepakatan atau keyakinan pada individu bahwa pentingnya untuk menjaga hubungan/ikatan yang baik pada Tuhan, ini hal terpenting untuk masuk dalam kategori kematian yang baik dengan menerima dirinya yang berbeda dari masa sebelumnya, individu juga menekankan bahwa ini merupakan hal penting dalam agama dan komunitas yang berbasis kelompok-kelompok agama tersebut memberikan dukungan kepada orang dan juga keluarga yang sekarat dengan cara mendoakannya, dengan cara lain yaitu berkunjung, memberikan nasihat mengurangi ketakutan pada individu, dengan cara menenangkannya, dan banyak lagi. Persiapan individu pada mental dan spiritual yang berguna

untuk meningkatkan iman pada individu yang sekarat dan keluarganya. Kematian tidak bisa dihindari atau ditunda menyadari bahwa kematian pasti akan datang tetapi, individu terus menghibur keluarga dan mendorong mereka semua agar terhindar dari kematian adalah sebuah musuh yang harus dibenci, individu juga memerlukan syekh atau pendeta untuk ngatur atau menuntun agar individu tersebut pergi dengan damai, dan juga untuk mendoakan individu yang sedang sekarat atau untuk memberikan kematian yang baik atau damai (GafaarID, 2020).

b) Kesehatan Keluarga & Interpersonal

Memiliki hubungan keluarga dan komunitas yang bermanfaat atau positif juga sangat penting dalam meningkatkan kualitas hidup yang baik. Individu juga perlu mengungkapkan pendapatnya bahwa perlu mencari pengampunan, memaafkan orang lain yang mungkin dulu pernah memiliki kesalahan, mengungkapkan apa yang menjadi beban pikiran/rahasia, dan juga pentingnya untuk selalu berhubungan baik dengan keluarga atau kerabat dan kedamaian keluarga hal ini menjadi tindakan yang sangat penting dalam akan menghadapi kematian yang baik. Perawat dan juga dokter menjadi bagian terpenting yang berperan dalam memberikan pengambilan keputusan *end of life* selama individu tersebut dirawat yang memerlukan bantuan untuk hidup. Kematian yang buruk akan terjadi jika individu sudah dalam tahap keadaan kritis dan tidak siap. Individu tetap melakukan pengobatan meskipun keluarga sudah tahu jika hidup individu ini akan segera berakhir, tetapi keluarga tidak mempersiapkannya tetap melakukan dan bersikeras bahwa individu yang sekarat harus melanjutkan pengobatannya, dan pada akhirnya individu tersebut meninggal dalam keadaan

yang menyakitkan karena keluarga dekatnya tidak mengungkapkan prognosinya kepada individu tersebut (GafaarID, 2020).

c) Penanganan Duka & Kesehatan Emosional

Persiapan mental dan juga kesejahteraan emosional yang baik atau sehat menjadi salah satu pendukung pada karakteristik kematian yang baik dan sikap positif, menerima kematian dengan tidak memiliki rasa takut, dengan memiliki harapan ketenangan dalam pikiran mengatasi rasa cemas maupun takutnya dengan kematian. Ada beberapa yang perlu diucapkan atau di beritahukan pada keluarga yang dikaitkan dengan kualitas hidup yang baik. Memberikan tanggapan untuk menunjukkan bahwa kepercayaan umum pada konsep kehidupan setelah kematian hal ini berkaitan dengan kematian yang baik dan memberikan dampak dan mengurangi rasa ketakutan/kekhawatiran pada finalitas kematian. Kematian yang baik akan terjadi jika individu memiliki kesempatan dalam mempersiapkan jiwa secara rohani, dengan mengakui dosa-dosa yang diperbuat dan bertobat sesuai dengan keyakinan dan siap menghadapi “kehidupan yang baru” seperti yang dipercayai. Hidayat & Najati menjelaskan bahwa dapat memaknai hidup dengan nilai-nilai yang positif dan menerima jika kematian merupakan suatu hal yang nyata akan terjadi (GafaarID, 2020).

d) Waktu yang Optimal

Durasi berapa lama penyakit dan juga proses kematian saat memainkan peran penting dalam mempersepsikan kualitas hidup, hal ini terjadi karena adanya pengaruh dengan kemampuan atau kesempatan individu yang bertujuan untuk

bersiap dalam menghadapi akhir hayat. Kematian yang baik akan dipandang dan memiliki hubungan yang cukup untuk mempersiapkan dirinya sendiri dan keluarga. Sebagai contoh yaitu jika individu sudah lama menderita penyakit dan sempat dirawat di ruang sakit. Individu yang pernah di rawat oleh kerabatnya dan sempat memberikan kata-kata bijak kepada keluarganya dan untuk menyelesaikan urusannya dengan berurutan. Jika, dalam mencirikan dengan kematian yang buruk, individu memberikan tanggapan dan mengatakan jika ada dampak durasi pada penyakit dan proses kematian ada dua cara yang bisa dilihat yaitu: mungkin menjadi terlalu pendek, dengan adanya hal ini tidak memungkinkan jika individu untuk selalu siap, atau bisa berkepanjangan dengan akibat yang akan terjadi yaitu beban penyakit yang meningkat bagi pasien dan juga keluarga (GafaarID, 2020).

e) Sedikit Penderitaan & Beban

Dalam kualitas akhir kehidupan (*quality of death*), dalam subjek penelitian perlu pentingnya menggaris bawahi dalam mempertimbangkan karakteristik dalam perjalanan penyakit, lingkungan sekitar, dan konsekuensi pada pasien, keluarga, dan komunitas. Beban pada penyakit ginjal yaitu dengan meredakan/bebas dari nyeri atau meninggal saat tidur, dikaitkan dengan kematian yang baik. Individu juga tidak merasakan membebani keluarga atau pengasuh informal dengan kualitas kehidupan yang baik. Tetapi, jika nyeri/kecacatan yang signifikan atau berkepanjangan secara fisik atau non fisik bisa dikatakan dengan kematian yang buruk (GafaarID, 2020).

f) Kualitas Perawatan Pada Pengasuh Formal

Individu setuju jika kematian tidak bisa dihindari maupun ditunda, tetapi saat menjelaskan tentang *quality of death* yang baik, hal ini bisa dikatakan sebagai kematian yang

akan terjadi setelah adanya upaya bantuan medis yang sesuai dan memenuhi syarat untuk dicoba. Perawatan medis yang memadai meliputi perawatan yang berkualitas dengan baik, kemampuan individu dalam meneruskan perawatan tersebut (dengan cara dibatasi pada lokal atau keuangan), memanfaatkan pengobatan yang modern dan optimal dengan semua kemampuan yang dimilikinya, dan pengalaman yang positif pada HCP. Adapun pengalaman yang merugikan dalam pengobatan modern, seperti adanya perawatan medis paliatif maupun non paliatif yang tidak memenuhi syarat, adanya sumber daya yang terbatas, dan adanya pertemuan HCP yang dapat merugikan, membantu pada persepsi kematian yang buruk. Tanggapan/pendapat yang perlu dicatat dalam menyoroti pada konflik pribadi yang akan mungkin dilakukan para pekerja medis profesional pada saat melakukan terapi agresif (GafaarID, 2020).

g) Kualitas Perawatan Pada Pengasuh Informal

Pada pengasuh informal bisa menguraikan dampak kepada kerabat/keluarga dan juga anggota masyarakat sebagai peran mereka sebagai pengasuh informal. Kualitas hidup yang baik/bermanfaat dapat dikaitkan dengan cara yaitu merawat dan dihibur memberikan motivasi pada orang yang dicintai, terutama di dekat dengan *end of life*. Sebaliknya jika, adanya pengabaian, pelecehan, kurangnya dukungan dari orang sekitar, dan kurangnya perawatan yang baik (perawatan buruk) pada keluarga maupun komunitas, bisa dikatakan dengan kualitas hidup yang buruk. Contoh pengalaman yang buruk yaitu ketika individu tidak mendapatkan bantuan yang baik (kurang baik) dari keluarganya, masyarakat sekitar dan juga gagal mendapatkan bantuan dari rumah sakit. Bahkan mereka bisa saja langsung

pada intinya dari, mungkin, terbaring pada tempat tidur serta mengalami kelumpuhan dan tidak bisa mengurus diri mereka sendiri, tidak memiliki makanan, orang-orang telah mengabaikannya (GafaarID, 2020).

d. Instrumen

Variabel kecemasan terhadap kematian menggunakan instrumen kuesioner yaitu kuesioner *death anxiety scale* yang diadopsi dari penelitian Anneke Dwina (2018). Kuesioner *death anxiety scale* ini terdiri dari 15 pertanyaan yang bersifat *favourable* dan *unfavorable* dalam bentuk skala *likert*. Adapun kriteria pada instrumen ini yaitu kecemasan kematian secara umum (3 pertanyaan dengan no pertanyaan: 1,5,7), Ketakutan akan sakit (4 pertanyaan dengan no pertanyaan: 4,9,11,6), Pemikiran mengenai kematian (3 pertanyaan dengan no pertanyaan: 10,14,3), Bergantinya waktu dan kehidupan yang singkat (3 pertanyaan dengan no pertanyaan: 2,8,12), Ketakutan akan masa depan (2 pertanyaan dengan no pertanyaan: 13,15).

B. Konsep Teori Keperawatan *Peaceful End of Life Theory*

Teori *peaceful end of life theory* ini merupakan salah satu teori yang masuk kriteria *middle range* teori dengan level yang lebih tinggi (Higgin & Moore, 2000). Teori ini dikembangkan pertama kali oleh Ruland dan Moore pada tahun 1998, dimana teori ini juga memberikan informasi mengenai kerangka kerja untuk tindakan keperawatan yang terkait. Ruland dan Moore mendefinisikan teori tersebut sebagai suatu kondisi menjelang akhir masa kehidupan yang dijalani dengan kedamaian dan memiliki beberapa kriteria yang harus dipenuhi, yaitu individu terbebas dari rasa nyeri, merasakan kenyamanan, merasa bermartabat dan merasa dihargai, merasakan kedamaian, dan merasakan kedekatan yang berarti dengan orang yang sangat bermakna dalam hidup. Teori ini menekankan pentingnya peran serta aktif dari keluarga dan kelanjutan dalam perawatan (Napatipulu, 2014).

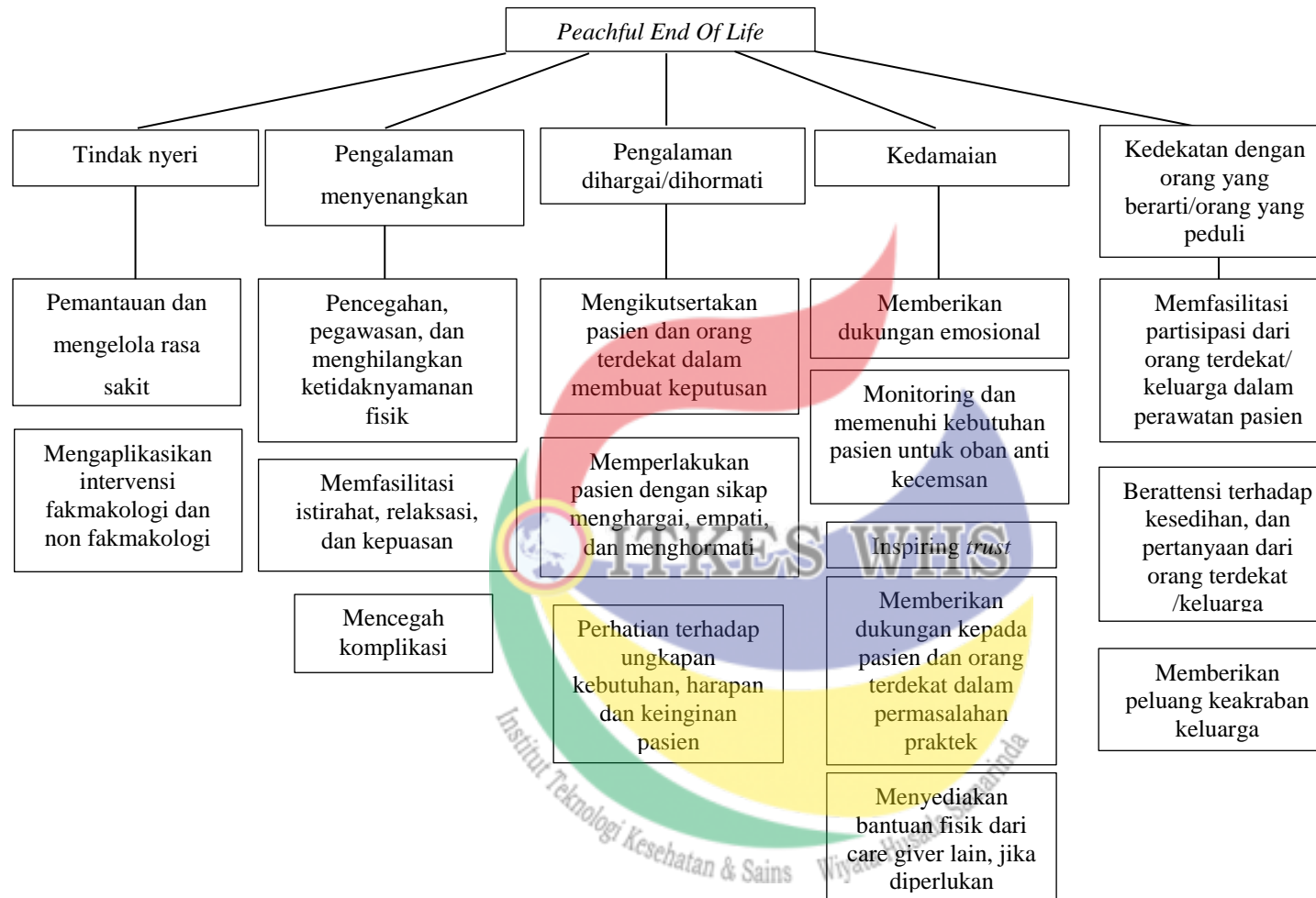
Teori *peaceful end of life theory* telah ditetapkan pada setting pelayanan keperawatan paliatif. Penerapan pada teori ini tidak hanya ditujukan untuk klien saja, tetapi juga melibatkan anggota keluarganya. Sehingga titik sentral dari teori ini yaitu klien dan keluarganya sebagai *support system* (Ruland & Moore, 2001 dalam Alligood & Tomey, 2010). Teori ini bisa diterapkan untuk klien kuratif pada stadium 1 dan 2 sampai klien dengan penyakitnya sudah tidak responsif terhadap pengobatan kuratif, diberikan perawatan terpadu yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup, dengan cara meringankan nyeri dan penderitaan lain, memberikan dukungan spiritual dan psikososial mulai saat diagnosis ditegakkan sampai akhir hidupnya dan dukungan terhadap keluarga yang kehilangan atau berduka (Alligood & Tomey, 2010). Teori Ruland dan Moore, dapat diterapkan untuk klien paliatif agar bisa terbebas dari rasa nyeri, merasa nyaman, merasa dihargai, merasa damai, bahkan dapat merasakan kedekatan dengan orang yang bermakna dalam kehidupannya, dan jika kematian harus terjadi, klien dapat meninggal dengan damai. Selain itu *setting* struktur pada teori ini, yaitu bagaimana keluarga sebagai pendukung bersama profesional perawatan bisa membantu klien yang bertujuan untuk mendapatkan pengalaman yang menyenangkan selama hidupnya (Alligood & Tomey, 2010 dalam Napitupulu, 2014).

Terdapat beberapa pendapat utama yang dapat diidentifikasi pada teori ini yang dipaparkan oleh Ruland dan Moore (Alligood & Tomey, 2010), yaitu: perasaan dan pengalaman *end of life* klien merupakan sesuatu yang memiliki sifat sangat individual, pelayanan keperawatan berperan penting dalam menciptakan pengalaman *end of life* tersebut melalui penerapan asuhan keperawatan profesional yang bersifat paliatif, keluarga sebagai *support system* dalam pelayanan keperawatan klien *end of life*, memaksimalkan pelayanan demi pencapaian kualitas hidup dan kematian yang penuh kedamaian (Napitupulu, 2014).

Ruland dan Moore juga mengidentifikasi lima pertanyaan yang bersifat eksplisit dalam pengembangan *peaceful end of life theory*, yaitu pertama mengkaji, mengobservasi dan mengintervensi sensasi nyeri yang dirasakan pada klien dan mengutamakan tindakan non-farmakologi yang bertujuan

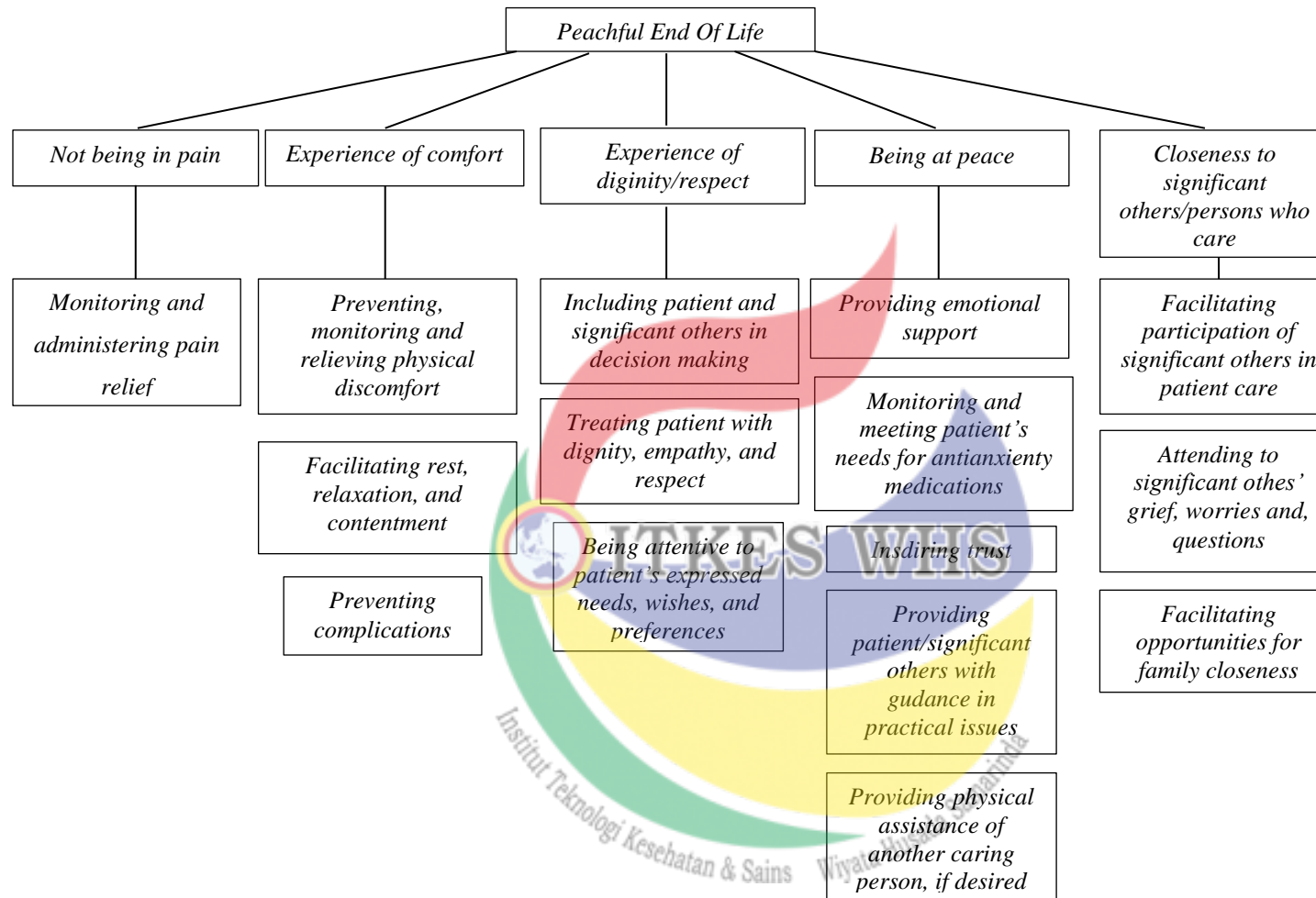
untuk mengoptimalkan pengalaman hidup tanpa merasakan nyeri. *Kedua*, mencegah, memantau dan memberikan kenyamanan fisik, membantu klien agar bisa beristirahat, mengajarkan bagaimana cara relaksasi yang baik dan benar serta mencegah komplikasi yang berkontribusi pada peningkatan pengalaman akan rasa nyaman. *Ketiga*, melibatkan klien serta orang-orang terdekat dalam proses mengambil keputusan, dalam memperlakukan klien secara bermartabat, berempati dan bersikap terbuka pada pemenuhan kebutuhan klien, sehingga merasa selalu dihargai dan dihormati, *keempat*, membantu dan mendukung perasaan emosi pada klien, membantu klien dengan pemenuhan kebutuhan spiritual sesuai dengan keyakinan klien sehingga klien akan terus merasakan kedamaian hingga menjelang akhir kehidupannya. *Kelima*, memfasilitasi keterlibatan orang-orang terdekat dalam pelayanan keperawatan klien (Alligood & Tomey, 2010 dalam Napitupulu, 2014).

Dalam hal ini keluarga memiliki peran ganda, yaitu sebagai pelaku *caragiver*, dan objek yang kedua yaitu sebagai objek perawatan. Perawat juga dapat membantu keluarga dalam mengalami kedekatan klien. Kelima konsep diatas bisa berkontribusi dengan akhir kehidupan yang penuh dengan kedamaian. Perawat spesialis dapat menggunakan teori ini sebagai pendekatan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan berbagai *setting* pelayanan keperawatan, utamanya pada kondisi menjelang akhir kehidupan, dengan tetap berpegang pada lima konsep dalam *Peaceful End of Life Theory*. Target pencapaian dari teori ini adalah bukan pada proses penyembuhan, tetapi bagaimana mengupayakan agar klien memperbaiki kualitas hidupnya dengan lebih baik, teori ini juga mencakup faktor-faktor bio-psiko-sosio-spiritual dan cukup luas digunakan dengan melibatkan klien dan keluarganya dalam semua komponen proses keperawatan (Alligood & Tomey, 2010 dalam Napitupulu, 2010).



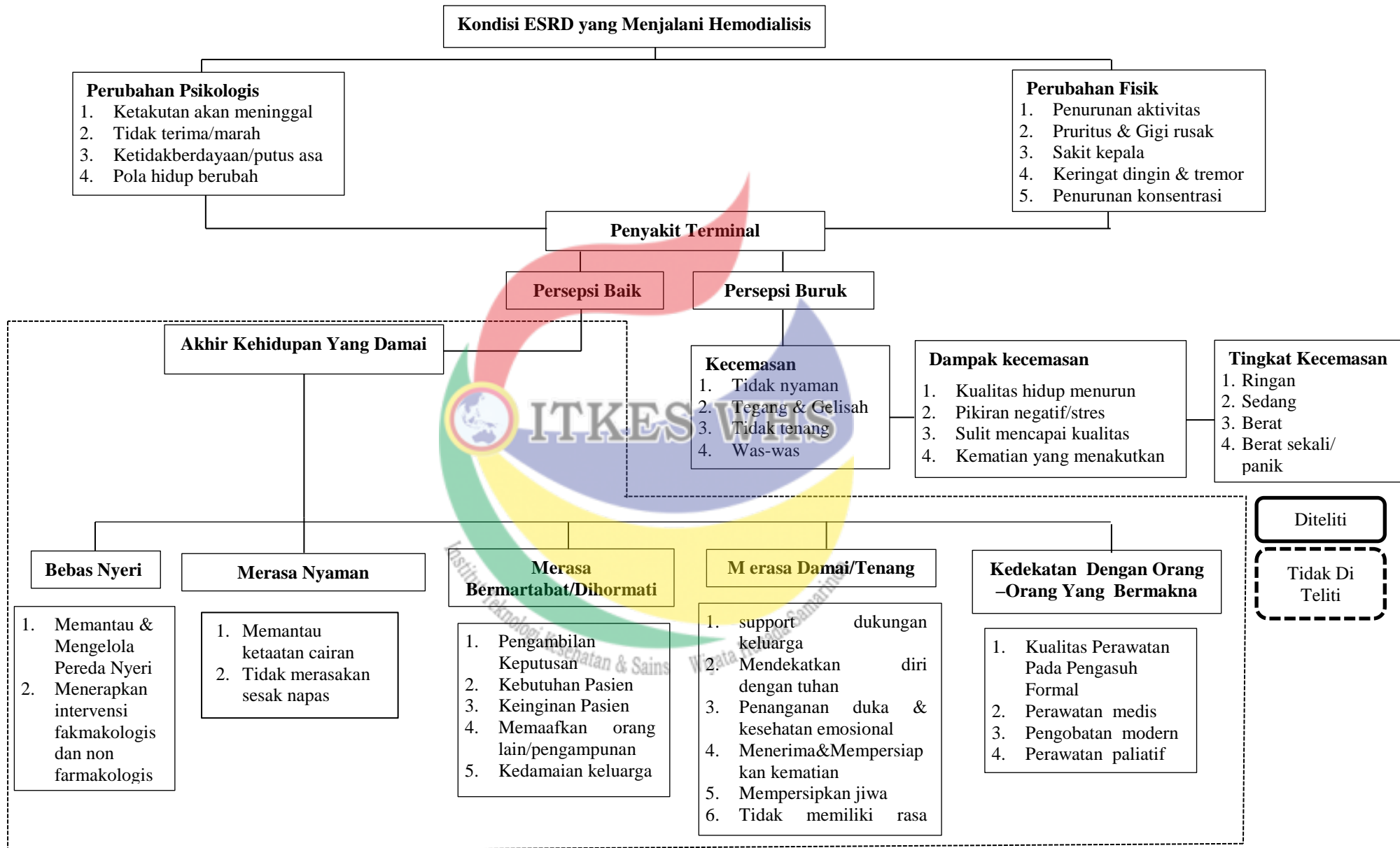
Skema 2.1 Teori *Peachful End Of Life*

Sumber : (Ruland, 1998).



Skema 2.1 Kerangka Peachful End Of Life

Sumber : (Ruland, 1998).



Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Amir, 2016., Napitupulu, 2014., (Savitri, 2020)., Patimah, 2015., Kamaluddin, 2009., Alfiyanti, 2014., Gafaar To et al, 2020., Ruland, 1998., Nursalam, 2012., Savitri, 2010



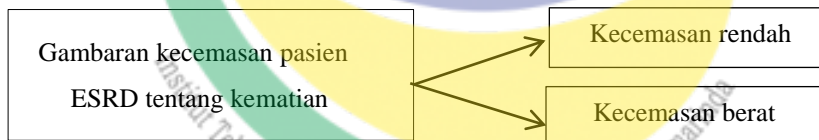
BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

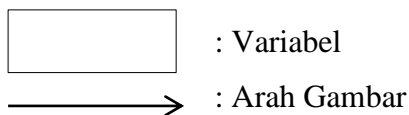
Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *Deskriptif* yaitu suatu metode yang berfungsi untuk mendeskripsikan atau memberi gambaran tentang objek yang akan diteliti melalui data atau sampel yang telah terkumpul. Dengan menggunakan desain penelitian *Cross-Sectional* yaitu dimana penelitian ini menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel hanya pada satu kali untuk mengetahui Gambaran Kecemasan Pasien *End Stage Renal Disease* Tentang Kematian Yang Menjalani Hemodialisis Di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong (Nursalam, 2016).

B. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah alat bantu peneliti yang bertujuan agar dapat menghubungkan hasil temuan dengan teori. Kerangka konsep dipakai sebagai landasan untuk berpikir dalam suatu penelitian (Nursalam, 2016).



Keterangan :



Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

C. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat

Penelitian ini dilakukan di Unit Hemodialisa RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.

2. Waktu

Waktu penelitian terdiri dari penyusunan proposal dimulai pada bulan Oktober 2020. Studi pendahuluan dilakukan pada tanggal 13 sampai 14 2020 Desember 2020. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 03 sampai 30 Maret 2021.

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari objek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi juga bukan sekedar jumlah yang ada pada obyek/subyek yang dipelajari, tetapi meliputi seluruh karakteristik/sifat yang dimiliki oleh obyek/subyek itu (Sugiyono, 2010).

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah 98 pasien pada bulan Desember 2020 pasien *end stage renal disease* yang menjalani terapi Hemodialisis Di Ruang Hemodialisis di RSUD Aji Muhammad Parikesit.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Bila populasi besar, dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, misalnya karena keterbatasan, dana, tenaga dan waktu, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi itu. Apa yang dipelajari dari sampel itu kesimpulannya akan dapat diberlakukan untuk populasi. Untuk itu sampel yang diambil dari populasi harus betul-betul *representatif* (mewakili) (Sugiyono, 2010). Sampel dalam penelitian ini adalah pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong. Adapun besar sampel pada penelitian ini berjumlah 98 pasien.

3. Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah metode *probability sampling* yaitu suatu teknik sampling yang memberikan peluang atau kesempatan yang sama bagi setiap unsur (anggota) populasi untuk dipilih menjadi anggota sampel. Adapun teknik yang digunakan yaitu teknik *Total Sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Caesel, 2018). Populasi dalam penelitian ini sebanyak 98 pasien *end stage renal disease* (data bulan Desember 2010).

E. Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain). Ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok (orang, benda, situasi) berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok tersebut. Dalam riset, variabel dikarakteristikan sebagai derajat, jumlah dan perbedaan. Variabel juga merupakan konsep dari berbagai level abstrak yang didefinisikan sebagai suatu fasilitas untuk pengukuran dan atau manipulasi suatu penelitian. Konsep yang dituju dalam penelitian bersifat konkret dan secara langsung bisa diukur (Nursalam, 2016). Dalam penelitian ini menggunakan satu variabel atau variabel tunggal yaitu “kecemasan pasien *end stage renal dease* (ESRD) Tentang Kematian”.

F. Definisi operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional. Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi oleh orang lain (Nursalam, 2016).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala Ukur
A.	Kecemasan tentang kematian	Kecemasan tentang kematian merupakan kondisi individu dimana perasaan gelisah akibat ketidaknyamanan yang di rasakan tidak jelas atau samar berhubungan dengan kematian	Kuesioner dengan 15 item pertanyaan yang menggambarkan keadaan kecemasan tentang kematian. <i>Favorable:</i> 1 = sangat tidak setuju (STS) 2 = netral (N) 3 = sangat setuju (SS) <i>Unfavorable:</i> 3 = sangat tidak setuju (STS) 2 = netral (N) 1 = sangat setuju (SS)	Berat jika skor \geq Mean (28.85) Ringan jika skor $<$ Mean (28.85)	Ordinal
B.	Domain Kecemasan tentang kematian	Definisi Operasional		Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Kecemasan tentang kematian secara umum	Respon yang merujuk pada perilaku neurotik dengan ketakutan individu mengenai proses kematian pada umumnya.		Berat jika skor \geq Median (6.00) Ringan jika skor $<$ Median (6.00)	Ordinal
2.	Ketakutan akan sakit	Ketakutan akan muncul pada individu yang mengalami penyakit kronis, dan mengalami kerusakan secara fisik dan ketidakberfungsian diri yang membuat cemas.		Berat jika skor \geq Median (8.00) Ringan jika skor $<$ Median (8.00)	Ordinal
3.	Pemikiran mengenai kematian	Proses kematian yang tidak pasti pada setiap individu, hal inilah yang menjadi penyebab muncul kecemasan dan menimbulkan efek perilaku yang tidak normal.		Berat jika skor Median (6.00) Ringan jika skor $<$ Median (8.00)	Ordinal
4.	Bergantinya waktu dan kehidupan yang singkat	Individu merasa tidak mampu menerima keadaan pada dirinya.		Berat jika skor \geq Median (5.00) Ringan jika skor $<$ Median (5.00)	Ordinal
5.	Ketakutan akan masa depan	Individu yang memiliki sakit kronis selalu memikirkan bagaimana dia mengalami kehidupan kedepannya dan memikirkan hidupnya kemungkinan tidak akan lama.		Berat jika skor \geq Median (4.00) Ringan jika skor $<$ Median (4.00)	Ordinal

Sumber : (Dwina, 2018).

G. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan oleh peneliti untuk mengobservasi, mengukur atau menilai suatu fenomena. Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner (Notoatmodjo, 2010). Penelitian ini menggunakan kuesioner yaitu *death anxiety scale*.

Tabel 3.2 Kisi-Kisi Kuesioner

Indikator	Favourable (+)	Unfavourable (-)	jumlah Item
Kecemasan kientian secara umum	5,7	1	3
Ketakutan akan sakit	6	4,9,11	4
Pemikiran mengenai kematian	3	10,14	3
Bergantinya waktu dan kehidupan yang singkat	2	8,12	3
Ketakutan akan masa depan	15	13	2
Jumlah	10	5	15

Sumber : (Dewina, 2018).

H. Uji Instrumen

Kuesioner digunakan sebagai alat ukur atau alat pengumpul selesai disusun, belum berarti kuesioner tersebut dapat langsung digunakan untuk mengumpulkan data. Kuesioner dapat digunakan sebagai alat ukur penelitian perlu uji validitas dan reabilitas. Untuk itu maka kuesioner tersebut harus dilakukan uji coba “*trial*” dilapangan. Hasil-hasil uji coba ini kemudian digunakan untuk mengetahui sejauh mana alat ukur (kuesioner yang telah disusun tadi memiliki “validitas” dan “reabilitas”. Suatu alat ukur harus mempunyai kriteria, “validitas” dan “reabilitas”.

1. Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Apabila suatu kuesioner untuk mengukur pengetahuan responden tentang “imunitas”, maka akan menghasilkan sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki oleh responden yang diukur. Untuk mengetahui apakah kuesioner yang kita susun tersebut mampu mengukur apa yang hendak kita ukur, maka perlu diuji dengan uji korelasi antara skors (nilai) tiap-tiap item (pertanyaan) dengan skors total kuesioner tersebut. Bila semua pertanyaan dengan skors total

kuesioner tersebut. Bila semua pertanyaan itu mempunyai korelasi yang bermakna (*construct validity*). Apabila kuesioner tersebut telah memiliki validitas konstruks, berarti semua item (pertanyaan) yang ada di dalam kuesioner itu mengukur konsep yang kita ukur (Notoatmodjo, 2010).

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner *death anxiety scale* dengan jumlah pertanyaan 15 item pertanyaan dan Instrumen pada penelitian ini, peneliti tidak melakukan uji validitas dikarenakan peneliti mengadopsi kuesioner Skala *death anxiety scale* yang telah diuji oleh Anneke Dwina dengan 30 responden. Nilai r_{tabel} 0.361. Dari hasil hitungan statistik didapatkan nilai r_{hitung} lebih besar dari dengan batas minimal-maksimal (0,367-0,724) sehingga 15 item pertanyaan tersebut dinyatakan valid (Dwina, 2018).

2. Uji Reabilitas

Reabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap asas (*ajeg*) bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama. Perlu dicatat, bahwa perhitungan reabilitas harus dilakukan hanya pada pertanyaan-pertanyaan yang sudah memiliki validitas. Dengan demikian harus menghitung reabilitas (Notoatmodjo, 2010). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini memiliki nilai *Alpha Cronbach* dengan nilai 0,806 dimana nilai ini lebih besar dari 0,7 yang menunjukkan bahwa instrumen kuesioner reliabel (Dwina, 2018).

I. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam penelitian. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti yang diperlukan dalam penelitian. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti yang dilakukan di RSUD Aji Muhammad Perikesit Tenggarong dengan prosedur sebagai berikut :

1. Tahap Persiapan Penelitian

- a. Peneliti menyusun proposal dan melakukan bimbingan.
- b. Mengurus surat izin studi pendahuluan di ITKES Wiyata Husada Samarinda.
- c. Mengajukan surat izin studi pendahuluan ke RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.
- d. Peneliti menemui bagian rerepsionis RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.
- e. Mengurus surat perizinan penelitian ke RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.
- f. Tahap studi dokumentasi, studi pustaka, penyusunan proposal dilanjutkan dengan ujian proposal.

2. Tahap Pelaksanaan Penelitian

- a. Peneliti menemui kepala ruangan serta perawat yang ada diruangan untuk meminta izin penelitian.
- b. Peneliti meminta arahan kepada perawat ruangan terkait pasien mana saja yang dapat menjadi responden penelitian dan perawat juga mengawasi peneliti saat melakukan penelitian.
- c. Peneliti menemui calon responden sebelum menjalani hemodialisis dan saat pasien menjalani hemodialisis.
- d. Peneliti berdiri di samping bed pasien selanjutnya memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan dan prosedur penelitian.
- e. Peneliti mengajukan izin kesepakatan pada responden untuk menjadi sampel dengan meminta waktu 5-10 menit dan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*) bagi responden yang bersedia menjadi sampel penelitian.
- f. Setelah responden memahami tujuan penelitian dan bersedia menjadi responden kemudian bertanya secara langsung terikat dengan poin-poin yang ada dalam kuesioner karakteristik responden dan kuesioner lalu mencentang pilihan sesuai jawaban yang responden berikan.

- g. Melakukan pengumpulan data sesuai dengan protokol kesehatan yakni: menggunakan masker, handscoon, jas laboratorium, menjaga jarak, mencuci tangan sebelum dan sesudah melaukan penelitian pada responden.
- h. Setelah kuesioner terisi, dikumpulkan selanjutnya dipersiapkan untuk diolah.

3. Tahap Penyelesaian

- a. Data yang sudah terkumpul kemudian diolah sesuai dengan tahapan pengolahan data.
- b. Membuat analisis, pembahasan serta kesimpulan dari data yang diolah.

J. Prosedur Pengelolaan Data

Menurut (Notoatmodjo, 2010) data yang terkumpul dalam tahap pengelompokkan data perlu diolah dahulu. Tujuannya yaitu untuk menyederhanakan seluruh data yang terkumpul, menyajikannya dalam susunan yang baik dan rapi. Tahap-tahap pengolahan data yang dilakukan dalam penelitian ini sebagai berikut:

a. *Editing* (Memeriksa Data)

Editing merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian kuesioner yang telah dikumpulkan. Berkaitan kemungkinan kesalahan atau ada jawaban responden dari setiap pertanyaan agar dapat diolah dengan baik dan memudahkan peneliti menganalisa data. *Editing* dalam penelitian mengumpulkan semua hasil kuesioner penelitian yang telah di isi oleh responden dan memberikan skor pada setiap item pertanyaan.

b. *Coding* (Memberi Kode)

Coding adalah usaha mengklarifikasi jawaban dari para responden menurut macamnya dengan menggunakan kode tertentu. Kegunaan *coding* adalah mempermudah pada saat analisa data dan juga mempercepat *entry data*.

Data demografi jenis kelamin responden angka 1 bila laki-laki dan bila angka 2 bila perempuan. Pendidikan responden angka 1 bila S1, angka 2 bila S2, angka 3 SD, angka 4 SMA, angka 5 SMED, angka 6 SMP. Usia responden angka 1 bila dewasa (21-60 tahun) dan bila angka 2 bila lansia (>60 tahun). Pekerjaan responden angka 1 bila Guru/PNS, angka 2 bila tidak bekerja, angka 3 polri, angka 4 swasta, angka 5 lain-lain. Lama menjalani hemodialisis responden angka 1 bila 1-38 bulan dan angka 38-102 bulan. Frekuensi hemodialisis responden angka 1 bila satu kali seminggu dan angka 2 bila dua kali seminggu. Kode *Death Anxiety Scale* : Sangat Tidak Setuju (STS), Netral (N), Sangat Setuju (SS).

c. *Scoring* (Penetapan Skor)

Scoring adalah memberikan nilai masing-masing pada kuesioner *Death Anxiety Scale*.

Favorable:

1 : sangat tidak setuju (STS)

2 : netral (N)

3 : sangat setuju (SS)

Unfavorable:

3 : sangat tidak setuju (STS)

2 : netral (N)

1 : sangat setuju (SS)

d. *Entry Data* (Memasukkan Data)

Entry Data merupakan kegiatan memasukkannya data dari responden yang telah dikumpulkan ke dalam program atau ‘software’ komputer. Data yang sudah dikumpulkan selanjutnya akan dimasukkan ke dalam program SPSS hingga terdapat hasil.

e. *Tabulating* (Mengelompokkan Data)

Data disusun dalam bentuk *table* kemudian dianalisis, yaitu proses penyederhanaan data dalam bentuk yang lebih mudah dibaca dan diinterpretasikan.

f. *Cleaning* (Pembersihan Data)

Semua data pada setiap sumber atau respon telah selesai dimasukkan, maka perlu untuk dicek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan perbaikan atau koreksi.

K. Analisa Data

1. Uji Normalitas

Uji normalitas data dilakukan yang memiliki tujuan yaitu untuk mengetahui apakah data tersebut mengikuti distribusi normal atau tidak. Uji normalitas merupakan salah satu bagian dari uji persyaratan analisis statistik asumsi dasar. Uji dalam penelitian ini menggunakan menggunakan uji normalitas yang di gunakan adalah *Kolmogrov-Smirnov*. Uji ini digunakan karena sampel yang digunakan lebih dari 50 (Dahlan, 2014).

Tabel 3.3 Hasil Uji Normalitas Kecemasan Tentang Kematian

Klasifikasi	<i>P value</i>	Kesimpulan	Kesimpulan <i>Cut Of Point</i>
Kecemasan tentang kematian	0.200	Data normal	Mean (28.85)
Kecemasan kematian secara umum	0.001	Data tidak normal	Median (6.00)
Ketakutan akan sakit	0.001	Data tidak normal	Median (8.00)
Pemikiran mengenai kematian	0.000	Data tidak normal	Median (6.00)
Bergantinya waktu dan kehidupan yang singkat	0.000	Data tidak normal	Median (5.00)
Ketakutan akan masa depan	0.000	Data tidak normal	Median (4.00)

*signifikan $P > 0,05$ Uji Kolmogrov Smirnov

Tabel 3.3 diatas menjelaskan analisis menggunakan Uji Kolmogrov-Smirnov karena responden lebih dari 50 responden untuk mengetahui normalitas data. Berdasarkan data diatas pada variabel kecemasan tentang kematian dengan hasil uji nilai *p value* 0.200 lebih besar dari nilai normal *p value* 0,05 dikatakan normal, sehingga dapat disimpulkan bahwa data berdistribusi normal. Berdasarkan data diperoleh pada masing-masing domain adalah dengan hasil uji nilai *p value* 0,001 dan 0.000 lebih kecil

dari nilai normal p value 0,05 karena p value hasil uji harus lebih besar dari 0.05 dikatakan normal, sehingga dapat disimpulkan bahwa data domain penelitian ini dikatakan bahwa data berdistribusi tidak normal.

2. Uji Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap-tiap variabel dari hasil penelitian. Analisis univariat memiliki tujuan yaitu untuk menjelaskan dan mendeskripsikan karakteristik pada setiap variabel penelitian. Untuk data numerik digunakan nilai mean atau rata-rata, median dan standar deviasi. Sedangkan data kategorik, klasifikasi yaitu jenis kelamin, usia, lama HD, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan sebagainya. Dalam penyajian variabel dengan menggunakan tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh (Notoatmodjo, 2010).

L. Etika Penelitian

Penelitian kesehatan yang mengikutsertakan subjek manusia harus memperhatikan aspek etik dalam kaitan menaruh hormat atas martabat manusia (Dahlan, 2014). Terdapat dua komponen yang penting dalam memberikan bagian isu etika skripsi penelitian ini, peneliti menyampaikan langkah-langkah bagaimana data di peroleh, bagaimana menjaga kerahasiaan subjek peneliti, subjek data akan dipublikasikan, bagaimana izin penelitian akan diperoleh dari dan komisi etik mana yang akan melakukan penilaian kelayakan skripsi penelitian (Dahlan, 2014).

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan kepada Institusi Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda untuk mendapatkan persetujuan. Setelah itu baru peneliti melakukan penelitian pada responden dengan menekankan kepada masalah etika yang meliputi:

1. Persetujuan (*informed consent*)

Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang bertujuan agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang diteliti untuk menjadi responden, maka responden harus menandatangani

lembar persetujuan. Namun, jika subjek menolak untuk diteliti tidak memaksa dan tetap menghormati haknya.

2. Tanpa nama (*anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subjek, peneliti tidak mencantumkan namanya papan lembar pengumpulan data (kuesioner) lembar tersebut hanya diberi kode tertentu.

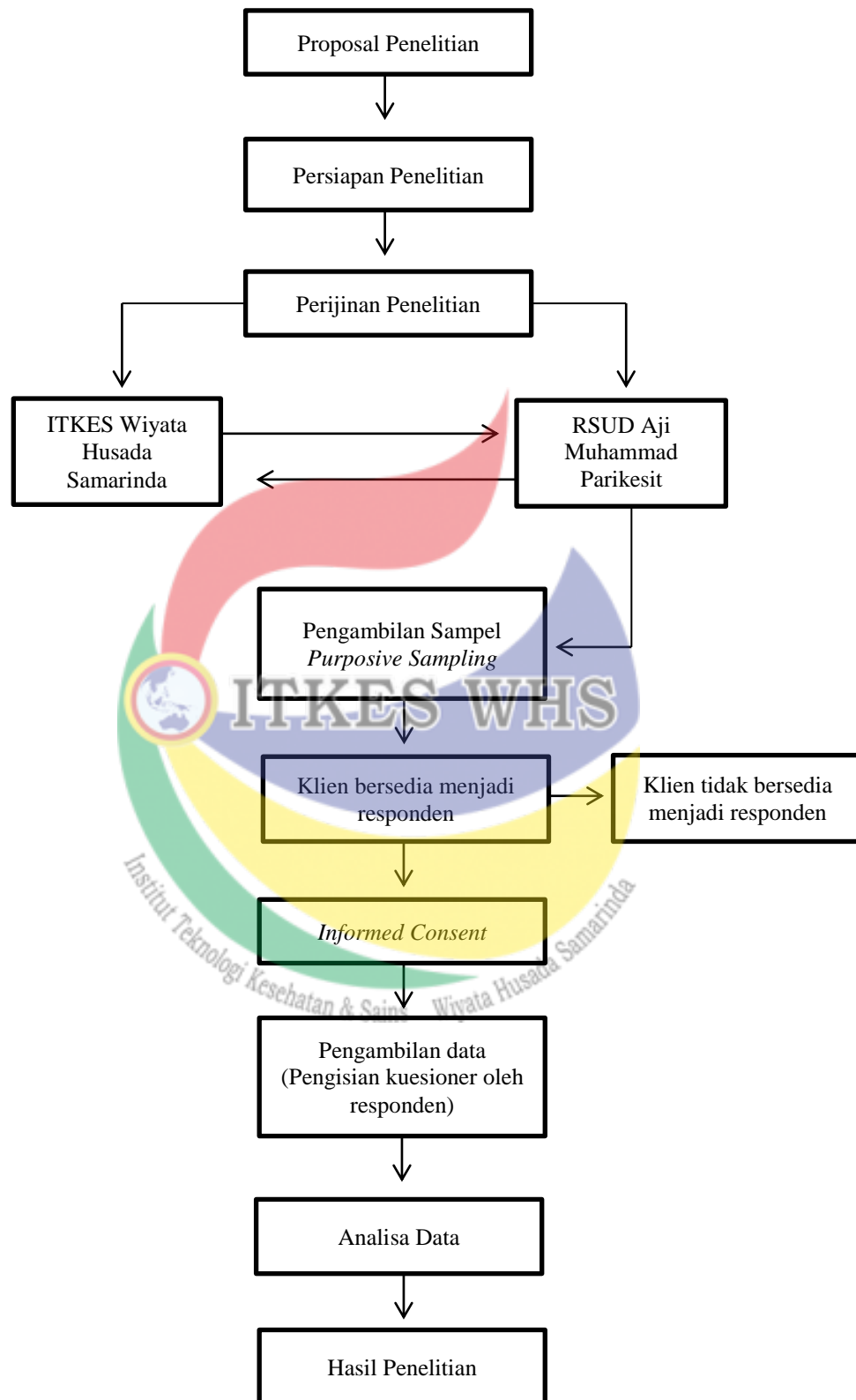
3. Keadilan (*Justice*)

Prinsip ini mengutamakan keadilan, dalam penelitian ini tidak akan membeda-bedakan intervensi pada satu responden dengan responden yang lainnya, tidak ada diskriminasi dan membeda-bedakan, semua diperlakukan dengan sama dan adil. Dalam penelitian ini peneliti memperlakukan subjek penelitian dengan moral yang benar dan pantas, serta memperhatikan hak dari subjek peneliti serta tidak membeda-bedakan perlakuan terhadap calon responden semua sama dari responden yang menjalani hemodialisis satu kali seminggu maupun dengan responden yang menjalani hemodialisis dua kali seminggu.

4. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Informasi yang didapatkan dari responden dijelaskan dalam lembar *informed consent* untuk dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, termasuk nama responden. Segala informasi yang berkaitan dengan data diri responden. Segala informasi yang berkaitan dengan data diri responden hanya disimpan sebagai arsip peneliti. Peneliti hanya menampilkan informasi berupa jenis kelamin, usia, pendidikan, penghasilan, serta diagnosis penyakit responden untuk kebutuhan peneliti yang disajikan atau dilaporkan sebagai hasil riset.

M. Alur penelitian



Skema 3.2 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini berisi tentang pemaparan hasil penelitian dan pembahasan yang berkaitan dengan penelitian yang telah dilakukan. Hasil penelitian yang tertulis disertai dengan interpretasi dari data-data tersebut. Pada bagian selanjutnya akan dibahas mengenai analisis univariat dengan memaparkan pembahasan serta teori-teori yang mendukung hasil penelitian ini.

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Tempat Penelitian

RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong terletak di Jalan Ratu Agung No. 01, Teluk Dalam Kec. Tenggarong Sebrang, Kabupaten Kutai Kartanegara, Kalimantan Timur. RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong merupakan Rumah Sakit yang diresmikan pada tanggal 12 November 1983, dibawah naungan Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur. RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong memiliki visi Rumah sakit yang unggul dan terpercaya dengan misi yaitu meningkatkan unggulan, memberi pelayanan prima, meningkatkan sumber daya manusia yang kompeten dan meningkatkan efisien pelayanan. RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong memiliki unit hemodialisa dimana berfungsi sebagai pelayanan pada hemodialisa pada pasien yang memerlukan perawatan hemodialisa. Dengan kunjungan pasien sehari rata-rata 20 pasien. Jam pelayanan hemodialisa RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong mulai dari hari Senin s/d Sabtu, Pagi Pukul 06.30-11.30 dan Siang Pukul 11.00-16.00 WITA, memiliki unit mesin hemodialisa, pengaturan *quick blood* hemodialisa 180 *CDL* dan *Cimino* 200-250 mL/menit, dengan durasi HD 4 jam, menggunakan *dylyzer single reuse* penggunaan 1 kali pemakaian dan perubahan berat badan rata-rata responden 2-4 kilogram.

B. Hasil Analisa Univariat

1. Karakteristik Responden

Tabel 4.1: Frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, lama HD dan frekuensi HD pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong Tahun 2021 (n = 98).

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	48	49
Perempuan	50	51
Usia		
Dewasa (20-60 tahun)	84	85.7
Lansia (>60 tahun)	14	14.3
Pendidikan		
SD	33	33.7
SMP	18	18.4
SMA	32	32
SMED	1	1
S1	10	10.2
S2	2	2
Pekerjaan		
Guru/PNS	2	2
Polri	2	2
Swasta	5	5
Tidak Bekerja	81	81
Lain-lain	8	8
Lama HD		
1-38 bulan	88	89.8
38-102 bulan	10	10.2
Frekuensi HD		
Satu kali seminggu	17	17.3
Dua kali seminggu	81	82.7

Sumber : Data Primer, 2021

Data tabel 4.1 di atas merupakan distribusi data demografi berdasarkan jenis kelamin didominasi oleh perempuan sebanyak 50 (51 %) responden perempuan memiliki sifat lebih sensitive dan sulit menghadapi sebuah stresor sehingga perempuan mudah merasa cemas. Usia didominasi dewasa (20-60 tahun) sebanyak 84 (85.7 %) responden, penyakit gagal ginjal kronis semakin meningkat risikonya dengan bertambahnya usia seseorang. Pendidikan didominasi SD sebanyak 33 (33.7 %) responden, pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang penting untuk terbentuknya tindakan, perilaku yang didasari dengan pengetahuan. Pekerjaan didominasi Ibu Rumah Tangga (IRT) sebanyak 47 (48 %) responden, penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan hidupnya pekerjaan seseorang berpengaruh terhadap pendapatan dan kesejahteraan di dalam keluarga. Lama HD

didominasi 1-38 bulan sebanyak 88 (89.8 %), hemodialisis merupakan terapi pengganti ginjal yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan pasien dengan penyakit ginjal stadium terminal. Fekkuensi HD didominasi dua kali seminggu sebanyak 81 (82.7 %) responden karena kreatinin yang tinggi sehingga harus segera di tangani dengan cara hemodialisis.

2. Variabel kecemasan kematian pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan variabel kecemasan tentang kematian pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong Tahun 2021 (n = 98).

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
Kecemasan Tentang Kematian		
Berat	52	53.1
Ringan	46	46.9

Sumber : Data Primer, 2021.

Pada tabel 4.2 menunjukkan bahwa sebagian kecemasan tentang kematian di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong. Berdasarkan hasil frekuensi kategori kecemasan tentang kematian pada pasien yang menjalani hemodialisis didapatkan kecemasan tentang kematian tinggi 52 (46.9%). Kecemasan berat sangat mengurangi lahan pemikiran persepsi seseorang, serta tidak dapat berfikir tentang hal lain dan dapat mengindikasikan emosi negatif yang kuat dan keengganan untuk menerima kenyataan.

3. Domain kecemasan tentang kematian pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan Domain kecemasan tentang kematian pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong Tahun 2021 (n = 98).

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Kecemasan kematian secara umum		
Berat	36	36.7
Ringan	62	63.3
Ketakutan akan sakit		
Berat	65	66.3
Ringan	33	33.7
Pemikiran mengenai kematian		
Berat	52	53.1
Ringan	46	46.9

Bergantinya waktu dan kehidupan yang singkat		
Berat	54	55.1
Ringan	44	44.9
Ketakutan akan masa depan		
Berat	72	73.5
Ringan	26	26.5

Sumber : Data Primer, 2021.

Hasil distribusi frekuensi tabel 4.3 menunjukkan bahwa sebagian kecemasan tentang kematian di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong. Berdasarkan hasil frekuensi kelima domain kecemasan tentang kematian pada domain kecemasan kematian secara umum berat dengan skor 62 (36.7%) hal ini karena mengetahui dan memahami bahwa kematian tidak dapat dielakkan, mempengaruhi individu terhadap sikap menerima dan pemahaman mereka mengenai arti kematian bagi kehidupan. Domain ketakutan akan sakit berat dengan skor 65 (66.3%) hal ini karena penderitaan fisik dapat menimbulkan kecemasan kematian dimana salah satu penyebabnya adalah penderitaan fisik dengan meningkatnya kecemasan kematian. Domain pemikiran mengenai kematian berat dengan skor 52 (53.1%) hal ini karena ketidakmampuan individu dalam mengatasi kecemasan yang diakibatkan dengan berbagai gejala kesusahan fisik maupun psikososial. Domain bergantinya waktu dan kehidupan yang singkat berat dengan skor 54 (55.1%) hal ini karena memperburuknya status fungsional pasien akibat gejala lanjut dan juga dapat meningkatkan timbulnya persepsi negatif tentang kematian sehingga pasien akan lebih sering memikirkan kematian. Domain ketakutan akan masa depan berat dengan skor 72 (73.5%) responden memiliki ketakutan lebih besar jika meninggal karena memikirkan bagaimana nasib anak dan keluarganya kelak.

C. Pembahasan

1. Kecemasan pada pasien *end stage renal disease* (ESRD) tentang kematian pada pasien yang menjalani hemodialisis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.

Karakteristik responden jenis kelamin didapatkan nilai tertinggi adalah jenis kelamin perempuan yaitu 50 (51%) responden dan pada laki-

laki 48 (49%) responden. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ariyani et al (2019) mengatakan bahwa sebagian responden yang menjalani hemodialisis adalah perempuan. Hasil penelitian Chang et al (2016) mengatakan bahwa prognosis gagal ginjal kronis berhubungan dengan jenis kelamin. Perempuan prognosis gagal ginjal kronis berhubungan dengan kurangnya kemampuan untuk mengontrol gula darah, sedangkan pada laki-laki prognosis gagal ginjal kronis berhubungan dengan kurangnya kemampuan untuk mengontrol proteinuria. Hasil penelitian Anggun Sartika (2018) mengatakan bahwa perempuan memiliki sifat lebih sensitive dan sulit menghadapi sebuah stresor sehingga perempuan lebih mudah merasa cemas dan takut dalam berbagai hal seperti dalam menghadapi kenyataan bahwa harus menjalani pengobatan secara terus menerus untuk kelangsungan hidupnya.

Hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai kecemasan kematian pada pasien *end stage renal disease (ESRD)* pada pasien yang menjalani hemodialisis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong dengan berjumlah 98 responden, dengan hasil berat 52 (53.3%) dan ringan 46 (46.9).

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kecemasan tentang kematian tingkat berat dengan skor 52 (53.1%). Item pertanyaan tertinggi responden membahas ada perasaan ngeri ketika melihat jenazah dan pada item pertanyaan tertinggi responden membahas jika tidak terlalu takut dengan penyakit gagal ginjal kronik yang dialaminya. Hasil penelitian ini didapatkan bahwa kecemasan kematian dapat muncul pada individu berpikir dalam menghadapi kematian, memiliki pengalaman pada saat kematian mendekat dengan membaca atau mendapatkan pengetahuan tentang kematian kemudian munculnya rasa takut. Ketidakpastian mengenai masa depan yang cerah maupun masa depan anak-anaknya yang mempengaruhi responden memiliki rasa takut yang tinggi terhadap kematian.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Dewina et al (2018) mengatakan bahwa pasien yang berpikir mengenai kematian secara

berlebihan dapat menimbulkan kecemasan akan kematian. Kecemasan dapat disebabkan karena pasien mengalami kesulitan untuk beradaptasi dengan penyakit yang dialaminya. Pasien juga harus dapat menerima diagnosis yang mengancam nyawa dan juga kebutuhan untuk perawatan seumur hidup, menjalani terapi hemodialisis, kepatuhan terhadap diet dan komplikasi yang dirasakannya (Cukor et al 2007). Pasien yang menjalani hemodialisis membutuhkan pengobatan jangka panjang, dialisis merubah gaya hidup pasien dan keluarga, beberapa pasien mengalami 'rasa kehilangan' dari integritas sistem tubuh, pasien merasa penyakitnya sulit untuk disembuhkan dan perjalanan penyakit yang memerlukan terapi hemodialisis membuat pasien merasa tidak/kurang nyaman.

Hasil penelitian Hidayat (2012) mengatakan bahwa perasaan cemas disebabkan pada kematian dan apa yang akan terjadi setelahnya menjadi hal yang masih misteri, memiliki pikiran pada sanak saudara yang akan ditinggalkannya, dan juga kecemasan kematian timbul karena merasa jika tempat yang akan dikunjungi sangat buruk. Hasil penelitian (Sri, 2014) mengatakan bahwa kematian menimbulkan rasa sakit, tidak ingin meninggalkan orang-orang yang dicintai, takut jika akan mendapatkan siksa kubur, tidak mengetahui tentang hakikat kematian, tidak mengetahui kemana pasien akan pergi setelah meninggal nanti. Hasil Penelitian (Abdel-Khalek 2005 dalam Ahdiany 2017) mengatakan bahwa kecemasan kematian timbul karena adanya pemikiran-pemikiran yang ada pada dirinya sendiri, kecemasan yang dirasakan akan menimbulkan pikiran tentang kematian yang mengganggu kehidupannya, bahkan pada beberapa individu yang merasakan sulit untuk tidur, perasaan gelisah, selalu terlintas tentang kematian, sampai mengucilkan dirinya dan mengatakan bahwa dirinya sebentar lagi akan meninggal.

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kecemasan tentang kematian tingkat ringan dengan skor 46 (46.9%). Item pertanyaan terendah responden membahas jika ada perasaan takut ketika akan mengalami sakaratul maut yang menyakitkan baginya dan pada item pertanyaan terendah responden mengatakan takut jika ada masalah lain

pada kondisi kesehatan selama proses menjalani hemodialisis. Hasil penelitian ini didapatkan bahwa kecemasan kematian rendah yang dialami pada responden memiliki ada perasaan takut ketika membahas sakaratul maut yang menyakitkan karena responden sudah menerima jika akan datang dimana hari kematian tersebut. Pemikiran positif dan merasa bangga dengan kehidupannya saat ini menjadi lebih tenang, dan bersyukur dengan kehidupannya pada saat ini. Responden mengatakan jika ada masalah pada kesehatan saat melakukan hemodialisis tidak membuat responden takut karena adanya perawat ruangan yang siap untuk membantu ketika ada masalah pada saat melakukan pengobatan hemodialisis.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Hasil penelitian (Sari 2002 dalam Harapan 2014) mengatakan bahwa inti dari penerimaan diri pada responden yang mampu menerima kelebihan dan kekurangan yang ada pada dirinya, dan juga memiliki keinginan untuk hidup dalam keadaan tersebut. Kematian merupakan hal yang wajar, dan harus dijalani karena sudah menjadi ketentuan. Responden yang menerima apa yang telah dilakukan dalam hidupnya dan diharapkan telah siap menerima atau menghadapi kematian telah mengatasi rasa cemas dan rasa takutnya pada kematian, mereka sadar bahwa kematian pasti akan datang pada yang hidup (Papalia, 2002 dalam Harapan 2014).

Kesimpulan pada penelitian ini kecemasan tentang kematian mengenai ada perasaan ngeri ketika melihat jenazah dan tidak terlalu takut dengan penyakit gagal ginjal kronik yang dialaminya bahwa individu yang mengalami kecemasan kematian akan menimbulkan ketidaknyamanan yang dirasakan pada dirinya sendiri yang akan dapat mengganggu aktivitas kesehariannya. Responden juga mengalami kesulitan dalam beradaptasi dengan penyakitnya karena mengetahui bahwa penyakit yang dialaminya saat ini adalah penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan juga membutuhkan perawatan seumur hidupnya. Perasaan cemas yang dirasakan juga karena kematian masih menjadi misteri tidak ada yang tahu kapan kematian akan terjadi ada perasaan takut jika akan meninggalkan

keluarganya tanpa dirinya serta ada ketakutan jika akan meninggal dunia maka akan merasakan sakit takut jika akan mendapatkan siksa kubur.

2. Domain kecemasan kematian secara umum pada pasien *end stage renal disease (ESRD)* pada pasien yang menjalani hemodialisis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.

Hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai kecemasan kematian kematian pada pasien *end stage renal disease (ESRD)* pada pasien yang menjalani Hemodialisis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong, di domain kecemasan kematian secara umum berjumlah 98 responden, dengan hasil ringan 62 (63.3%) dan berat 36 (36.7%).

Berdasarkan hasil penelitian pada domain kecemasan kematian secara umum dengan skor ringan 62 (63.3%). Item pertanyaan terendah responden membahas mengenai pembicaraan bahwa responden takut meninggal. Kematian sebagai bentuk dari pengalaman yang tidak terelakan dapat terjadi pada setiap saat, ketidakpastian ini yang dapat menyebabkan individu merasakan takut menjelang menghadapi kematian karena merasa bahwa belum mempersiapkan kematian dan juga belum melakukan yang terbaik dalam menjalankan perintah Tuhan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Hasil penelitian Wijaya & Safitri (2010) mengatakan bahwa persepsi mengenai kematian menjadi salah satu faktor yang juga dapat mempengaruhi munculnya kecemasan, persepsi kematian dapat diperoleh pada saat individu pasrah dan menerima kematian mapupun penderitaan fisik yang di alami pasien. Pemikiran pasien mengenai kematian dapat mempengaruhi timbulnya kecemasan kematian, memperburuk status fungsional pasien karena gejala lanjut yang dapat meningkatkan persepsi negatif mengenai kematian sehingga pasien akan lebih sering memikirkan kematian Anneke Dewina (2018). Hasil penelitian Ferrario et al (2002) mengatakan bahwa terdapat perubahan yang dialami oleh pasien yang menjalani hemodialisis seperti keterbatasan fungsional tubuh, ketergantungan pengobatan, dan perasaan takut akan kematian dan dapat menyebabkan kecemasan pada pasien dan keluarga.

Kesimpulan dari penelitian ini kecemasan kematian secara umum responden takut meninggal karena pemikiran maupun penderitaan fisik yang buruk akan mempengaruhi atau memperburuk kondisi yang menimbulkan persepsi negatif yang dapat mengakibatkan kecemasan kematian, pasien yang siap dalam menghadapi kematian dengan cara meningkatkan kualitas hidup rohani, pasien membutuhkan pengobatan dan juga perawatan dengan cara meningkatkan pengetahuan, mengubah persepsi negatif menjadi persepsi positif, bahwa setiap yang bernyawa akan mengalami kematian.

Hasil penelitian pada domain kecemasan kematian secara umum pada saat responden membahas tidak takut akan meninggal. Kematian menjadi salah satu bagian dari hidup individu yang tidak dapat dipisahkan karena menganggap bahwa kematian adalah hal yang wajar, yang harus dijalani yang sudah ditentukan oleh Tuhan. Responden yang mengatakan jika tidak takut meninggal karena sudah menerima jika akan meninggal, dan juga responden sudah mempersiapkan kematiannya dengan mendekati diri dengan Tuhan menjalankan perintahnya dan menjauhi larangannya, sudah mengetahui bahwa kematian akan terjadi suatu saat nanti.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Snessby (2011) mengatakan bahwa individu memiliki keyakinan yang kuat terhadap Tuhan yang memberikan mereka keberanian maupun kecerdasan spritual individu yang memiliki pengaruh pada saat berhadapan dengan kematian dan kesakitan. Individu yang sudah siap dalam menghadapi kematian dan tidak merasa takut dengan kematian, karena merasa bahwa kematian suatu pengalaman yang menyenangkan, terdapat faktor dalam keluarga mempengaruhi tempat untuk peristirahatan terakhirnya dan juga memiliki keinginan siapa yang berada disampingnya pada saat akan menjelang kematian (Cicirelli 2003 dalam Puspita Harapan 2014).

Berdasarkan hasil penelitian pada domain kecemasan kematian secara umum dengan skor berat 36 (36.7%). Item pertanyaan terberat responden membahas mengenai pemikiran kematian tidak pernah mengganggu

responden hal ini di karenakan responden sudah siap dengan kematian yang akan menjemputnya dan juga mengatakan sudah mempersiapkan kematian, beberapa responden mengatakan sudah memiliki pengetahuan yang cukup dan sudah pasrah dan menerima jika kematian akan datang pada setiap orang yang hidup.

Hasil penelitian ini sejalan dengan (Corr, Nabe & Corr 2003 dalam Ernawati 2013) mengatakan bahwa sikap yang berkaitan dengan kematian dapat berfokus pada hal-hal seperti sikap kematian diri yang berfokus pada apa makna kematian bagi diri individu, individu menyadari bahwa kematian merupakan takdir semua orang tanpa terkecuali, kematian tidak dapat dihindari, maka dari itu individu harus berusaha untuk mempersiapkan kematian dirinya jika saatnya tiba. Sikap lain tentang apa yang akan terjadi paada dirinya setelah kematian, sikap yang berkaitan dengan kematian atau kehilangan orang lain yang dicintai yaitu berfokus pada bagaimana individu memandang kematian orang lain yang dicintai merasa cemas dan takut jika akan meninggal terlebih dahulu, individu takut tidak mempunyai teman untuk berbagi, hal ini juga didukung dengan kondisi tempat tinggal anak yang jauh dari dirinya.

Kesimpulan dari penelitian ini kecemasan kematian secara umum responden tidak takut meninggal karena kematian merupakan suatu hal yang wajar atau pasti akan terjadi pada setiap orang yang sudah di tetapkan oleh Tuhan dan menganggap bahwa kematian merupakan suatu pengalaman yang menyenangkan dalam menghadapi kematian pada individu yang sudah siap jika akan menghadapi kematian individu meningkatkan kualitas hidup, pasien membutuhkan pengobatan dan juga perawatan dengan cara meningkatkan pengetahuan dengan mencari sumber informasi yang dipercaya.

3. Domain Ketakutan akan sakit pada pasien *end stage renal disease (ESRD)* tentang kematian pada pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.

Hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai kecemasan kematian kematian pada pasien *end stage renal disease (ESRD)* pada pasien yang

menjalani hemodialisis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong, di domain ketakutan akan sakit dengan berjumlah 98 responden, dengan hasil berat 65 (66.3 %) dan ringan 33 (33.7 %).

Berdasarkan hasil penelitian pada domain ketakutan akan sakit dengan skor terberat 65 (66.3%). Item pertanyaan tertinggi yaitu pada saat responden membahas tentang responden takut dengan penyakit gagal ginjal kronik yang dialami. Penyakit gagal ginjal kronik terjadi karena adanya gangguan atau kerusakan pada ginjal pada penurunan laju filtrasi, ketidakmampuan ginjal untuk mempertahankan kerja fungsinya. Responden juga mengatakan bahwa takut pada saat pertama kali melakukan terapi hemodialisis karena takut dengan penusukan jarum yang lumayan besar dan responden meyakini bahwa penyakit gagal ginjal kronik ini adalah penyakit yang tidak dapat disembuhkan meskipun sudah diobati.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Rosyanti et al (2018) mengatakan bahwa pada awal ketika harus menjalani hemodialisis adanya perasaan mengerikan dan ketakutan yang dirasakan karena merasakan mati atau meninggal. Alasan individu merasa takut meninggal yaitu karena individu membayangkan jika kejadian meninggal tersebut akan terjadi dan akan merasakan sakit pada saat kematian datang. Keyakinan semakin kuat dengan adanya kejadian yang mereka alami banyak teman mereka yang melakukan cuci darah sekali dan langsung meninggal.

Hasil penelitian (Hattori et al 2005 dalam Puspita Harapan 2014) mengatakan bahwa pengalaman yang mereka alami sendiri (*personal experience*) akan mempengaruhi bagaimana kondisi yang diinginkan ketika menghadapi kematian, individu ingin menghadapi kematian dengan sedikit merasa kesakitan karena memiliki pengalaman melihat teman yang menjalani hemodialisis telah terbaring lama dan sudah tidak mampu untuk berkomunikasi dengan keluarga.

Kesimpulan pada penelitian ini responden takut dengan penyakit gagal ginjal kronik yang dialami karena penyakit gagal ginjal kronik tidak dapat disembuhkan dan harus menjalani terapi hemodialisis seumur hidupnya. Perawat berperan penting agar dapat membantu responden dengan

membantu mengelola kecemasan khususnya dalam memfasilitasi dan juga mengarahkan koping pasien yang konstruktif agar dapat beradaptasi dengan sakit yang dirasakannya.

Hasil penelitian pada domain ketakutan akan sakit pada item pertanyaan terendah responden membahas tentang responden tidak terlalu takut dengan penyakit gagal ginjal kronik yang dialami. Responden tidak takut dengan penyakit gagal ginjal kronik yang dialaminya karena sudah mulai terbiasa dengan proses pengobatan dan juga sudah dengan waktu yang cukup lama responden menjalani hemodialisis serta adanya pemberian informasi maupun komunikasi dengan perawat memiliki pengaruh terhadap tingkat kecemasan yang dialami pasien hemodialisis.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Mugihart Mahboub et al (2014) mengatakan bahwa aktivitas spiritual dengan ketakutan akan kematian pada pasien hemodialisis tingkat keyakinan agama dan agama yang tertinggi, aktivitas yang menyebabkan berkurangnya ketakutan akan kematian. Hasil penelitian Brunner & Suddarth (2003) mengatakan bahwa pasien yang telah menjalani hemodialisis berkali-kali dan mendapatkan informasi yang jelas tentang prosedur tindakan dan sakit cenderung memiliki tingkat kecemasan yang rendah. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan baik dari dalam diri pasien maupun dari luar. Selain itu faktor lain seperti umur pasien, kondisi pasien lama dan frekuensi menjalani hemodialisis, dan ancaman yang dirasakan dari respon manusia (perawat).

Berdasarkan hasil penelitian pada domain ketakutan akan sakit dengan skor rendah 33 (33.7%). Item pertanyaan tertinggi yaitu pada saat responden membahas tentang takut jika akan mengalami sakaratul maut yang meyakinkan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan (Apip Hamjah 2018) mengatakan bahwa dalam islam sakaratul maut merupakan suatu proses kedahsyatan, tekanan, dan himpitan kekuatan kematian yang mengalahkan manusia dan menguasai akal sehatnya. Rasulullah SAW pernah menuturkan bahwa sakaratul maut itu “rasanya sebanding dengan tiga ratus kali terbasan

pedang” [HR. Ibnu Abi ad-Duanya]. Adanya keterangan dan keyakinan akan hal tersebut membuat responden memiliki kecenderungan untuk mengalami kecemasan dalam menghadapi sakaratul maut dan kematian.

Pengalaman peristiwa kematian yang menuntut individu untuk memikirkan tentang kematian juga dapat menyebabkan timbulnya kecemasan kematian. Adanya ungkapan dari pasien yang memiliki pengalaman kehilangan seperti melihatnya proses kematian saat terjadinya kecelakaan dan peristiwa kematian kehilangan orang terdekat terutama keluarga sendiri. Dengan demikian adanya temuan penelitian mengenai pengalaman traumatis kematian dan pemikiran akan sakaratul maut yang menyakitkan pada responden, membuktikan teori yang dikemukakan Templer (1970) bahwa kecemasan kematian ditemukan oleh dua faktor yaitu psikologis dan pengalaman hidup yang berhubungan dengan kematian atau sekarat (Apip Hamjah 2018).

Kesimpulan pada penelitian ini ketakutan akan sakit tentang responden tidak terlalu takut dengan penyakit gagal ginjal kronik yang dialami perawat mempunyai hubungan dengan tingkat kecemasan pasien, dimana dalam hal ini yang berkaitan dengan komunikasi antara perawat kepada pasien. Semakin baik atau semakin sering komunikasi yang dilakukan maka akan semakin rendah tingkat kecemasan yang dialami oleh pasien dan ketika individu yang memiliki aktivitas spiritual yang tinggi yang dapat mengurangi rasa takut akan kematian pada individu itu sendiri.

4. Domain pemikiran mengenai kematian pada pasien *end stage renal disease (ESRD)* yang menjalani hemodialisa di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.

Hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai kecemasan kematian kematian pada pasien *end stage renal disease (ESRD)* pada pasien yang menjalani hemodialisis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong, di domain pemikiran mengenai kematian dengan berjumlah 98 responden, dengan hasil berat 52 (53.1 %) dan ringan 46 (46.9 %).

Berdasarkan hasil penelitian pada domain pemikiran mengenai kematian dengan nilai skor terberat 52 (53.1%). Item pertanyaan tertinggi responden membahas tentang pembicaraan mengenai kematian tidak membuat responden gugup. Persiapan mental dan juga kesejahteraan emosional yang baik menjadi salah satu pendukung kematian baik, sikap positif, serta individu yang sudah menerima jika kematian akan segera datang, tidak memiliki rasa takut karena responden sudah membekali dirinya dengan pengetahuan spiritual yang baik, dan memiliki harapan yaitu ketenangan dalam pikiran mengatasi rasa cemas maupun rasa takutnya dengan kematian.

Hasil penelitian ini sejalan dengan (Susan 2000 dalam Puspita Harapan 2013) mengatakan bahwa perlu diambil suatu pendekatan untuk mengungkapkan perasaan dimana pasien dengan penyakit kronis dan terminal mengaku bahagia dan bersyukur jika mendapatkan kesempatan untuk berkomunikasi satu sama lain dan dapat bertukar perasaan mengungkapkan mengenai topik kematian, keyakinan dan kepercayaan dapat mempengaruhi individu siap dalam menghadapi kematian maka tidak perlu untuk merasakan cemas atau rasa takut terhadap kematian, persepsi positif dengan individu menerima kondisi yang saat ini mereka jalani dan memiliki koping yang baik pada individu itu sendiri. perawat suatu profesi yang memiliki kepedulian terhadap individu, keluarga, dan juga masyarakat untuk mencapai, memelihara atau memulihkan kesehatan dan kualitas hidup yang optimal sejak lahir hingga meninggal dunia Dewina (2018).

Kesimpulan pada penelitian ini pemikiran kematian tentang pembicaraan mengenai kematian tidak membuat responden gugup perawat memiliki peran dalam memenuhi kebutuhan biologis, sosiologis, psikologis, dan spiritual pasien dengan cara berkomunikasi pada responden serta memberikan informasi mengenai penyakit yang alami maupun informasi mengenai topik kematian yang dapat mempengaruhi apakah individu sudah siap jika akan menghadapi kematian. Koping yang

baik akan penyakit yang diderita akan menyebabkan individu dapat menerima konsidi yang saat ini individu jalani.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada domain pemikiran mengenai kematian dari item nilai pertanyaan dengan tertinggi responden membahas ada perasaan ngeri jika melihat jenazah. Pemikiran mengenai kematian pasti akan muncul pada setiap individu, proses kematian yang dirasakan menjadi hal yang tidak pasti yang dirasakan individu yang dapat menyebabkan munculnya kecemasan. Semakin individu memikirkan mengenai proses kematian, kehidupan setelah kematian dan ada beberapa yang menyangkut kematian akan semakin menyebabkan individu semakin cemas.

Hasil penelitian ini sejalan dengan (Letho dan Stein 2009 dalam Apip Hamjah 2018) mengatakan bahwa manusia memiliki emosionalitas negatif, sehingga pada saat membayangkan kematian melihat jenazah akan dapat menimbulkan kecemasan kematian. Hasil penelitian (Lenetto & Templer 1986) mengatakan bahwa dengan adanya kabar kematian yang diterima individu maka akan dapat menimbulkan kecemasan kematian pada individu. Dinamika lain alasan rasa takut yang dirasakan responden dengan cuci darah mereka membayangkan pasti akan mati atau meninggal. Keyakinan ini semakin kuat karena kejadian yang mereka alami melihat banyak teman mereka yang melakukan cuci darah sekali langsung meninggal Rosyanti et al (2018).

Berdasarkan hasil penelitian pada domain pemikiran mengenai kematian dengan nilai skor terrendah 46 (46.9%). Item pertanyaan tertinggi responden membahas tentang kehidupan setelah kematian, responden mengatakan takut akan kematian karena belum mengetahui apa yang akan terjadi setelah kematian.

Hasil penelitian ini sejalan dengan (Krause, 2015) mengatakan bahwa responden memiliki gambaran mengenai pemikiran akan neraka, siksaan, hukuman, dan segala penderitaan yang ada didalam pemikiran responden mengenai kematian. Individu yang memiliki keyakinan mengenai kematian maka akan merasa dan memiliki tanggung jawab terhadap takdir

pada akhir kehidupan individu. Apabila individu tidak dapat memastikan jika dirinya akan terhindar atau selamat dari takdir yang buruk (contohnya masuk ke dalam neraka), maka akan menyebabkan individu dapat merasakan kecemasan terhadap kematian (Hood 2009 dalam Zariayufa 2019).

Kesimpulan pada penelitian ini pemikiran mengenai kematian ngeri ketika melihat jenazah, pemikiran ini muncul pada setiap individu proses kematian yang dirasa tidak dan membayangkan jika kematian akan segera datang pasti dapat menyebabkan kecemasan kematian responden memiliki alasan takut untuk meninggal karena melihat kejadian secara langsung teman yang sedang menjalani hemodialisis meninggal.

5. Domain bergantinya waktu dan kehidupan yang singkat (*ESRD*) tentang kematian pada pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.

Hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai kecemasan kematian kematian pada pasien *end stage renal disease (ESRD)* pada pasien yang menjalani hemodialisis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong, di domain bergantinya waktu dan kehidupan yang singkat dengan berjumlah 98 responden, dengan hasil berat 54 (55.1 %) dan ringan 44 (44.9 %).

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pada domain bergantinya waktu dan kehidupan yang singkat dengan nilai skor terberat 54 (55.1%). Item pertanyaan tertinggi responden membahas mengenai responden sering merasa tertekan karena waktu begitu cepat berlalu. Responden merasa jika waktu yang dirasakan begitu cepat berlalu seperti baru saja melakukan terapi hemodialisis dan sudah akan melakukannya lagi. Responden juga merasa waktu begitu cepat berlalu karena responden merasa tertekan karena waktu sangat cepat berjalan, dan merasakan jika masih ada banyak hal yang belum dilakukan di dalam hidupnya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan (Ahdiany 2017) mengatakan bahwa pasien merasa bahwa kehidupan yang dijalannya begitu pendek dan bermasalah pada masa lalu, waktu kehidupan menjadi objek yang tidak pasti karena timbulnya kecemasan kematian, individu juga kan

beranggapan jika waktu yang dijalani menjadi sangat pendek dan beranggapan bahwa masih banyak hal yang belum dilakukan selama hidupnya. Hasil penelitian (Wijayanti & Lailatulshifah 2012) waktu yang cepat berlalu akan membuat individu berfikir bahwa dirinya belum melakukan sesuatu hal yang berarti bagi dirinya perasaan tidak mampu menerima keadaan dirinya dan hanya membuang-buang waktu hanya untuk meratapi kondisinya saat ini, individu akan semakin berfikir jika waktu yang dimilikinya tidak akan banyak lagi.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pada domain bergantinya waktu dan kehidupan yang singkat dengan nilai skor tertinggi 44 (44.9%). Item pertanyaan tertinggi responden memikirkan mengenai singkatnya hidup ini.

Hasil penelitian ini sejalan dengan (Apip Hamjah 2019) mengatakan bahwa responden yang didominasi memasuki lanjut usia hampir melakukan control setiap dua minggu sekali bahkan dalam satu bulan bias empat kali control. Secara tidak langsung hal tersebut dapat memunculkan pemikiran bahwa waktu yang dimiliki menjadi lebih singkat. Pendapat Kalish dan Reynolds (1976 dalam Santrock, 2002) pada usia dewasa tengah keadaan individu di pengaruhi dengan adanya *time anxiety*, dimana seseorang cenderung untuk selalu memikirkan sisa waktu dalam kehidupannya (Muthoharoh & Andriani, 2014).

Kesimpulan pada penelitian ini bergantinya waktu yang singkat responden sering merasa tertekan karena waktu begitu cepat berlalu yang terkadang membuat individu berfikir jika dirinya belum melakukan apa yang berarti tidak mampu menerima kondisinya, status fungsional yang buruk dan adanya persepsi negatif pada responden hal ini lah yang dapat menimbulkan kecemasan kematian.

6. Domain ketakutan akan masa depan pada pasien *End Stage Renal Disease (ERSD)* pada pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.

Hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai kecemasan kematian kematian pada pasien *end stage renal disease (ESRD)* pada pasien yang

menjalani hemodialisa di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong, di domain ketakutan akan masa depan dengan berjumlah 98 responden, dengan hasil berat 72 (73.5 %) dan ringan 26 (26.5 %).

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pada domain ketakutan akan masa depan dengan nilai skor terberat 72 (73.5%). Item pertanyaan tertinggi responden membahas mengenai tidak ada yang perlu di takutkan tentang masa depan dan Item pertanyaan tertinggi responden membahas mengenai merasa ngeri ketika responden mendengar maupun memperbincangan situasi perang yang banyak menimbulkan korban jiwa. Bergantian waktu sangat cepat akan membuat individu berfikir bahwa dirinya belum melakukan sesuatu yang berarti bagi dirinya, individu merasa tidak mampu menerima keadaannya dan membuang-buang waktu hanya untuk meratapi kondisinya saat ini dan semakin berfikir jika waktu yang dimikinya tidak banyak lagi dan kemungkinan untuk menjalani kehidupan yang lebih baik akan berkurang, individu tidak mampu lagi untuk menerima ketidakberfungsian dirinya lagi secara utuh.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Saumiyah (2018) mengatakan bahwa manusia yang memiliki rasa takut meninggal merupakan manusia yang tidak mengetahui kematian karena merasakan ketidakpastian di masa depan yang nantinya menyebabkan ketakutan akan kematian suatu ketakutan yang *the unknow* (sesuatu hal yang tidak diketahui) dalam sekejap waktu bias merubah segalanya yang menjadi *nothing* yang menyebabkan timbulnya kecemasan.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pada domain ketakutan akan masa depan dengan nilai skor terendah 26 (26.5%). Item pertanyaan terendah responden membahas mengenai ketakutan akan masa depan karena responden memikirkan bagaimana anak dan keluarga yang akan ditinggalkan, takut karena belum memberikan yang terbaik untuk keluarganya maupun di lingkungan sekitarnya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ahdiany (2017) mengatakan bahwa dirinya merasa ngeri ketika mendengarkan ada orang yang membicarakan mengenai bencana, mereka akan menganggap bahwa

bahwa bencana yang terjadi sangat dekat dengan kematian, dan merasa cemas jika mereka yang mengalaminya. Kecemasan kematian akan terjadi pada individu yang tidak memiliki pengetahuan mengenai hakikat kematian, atau tujuan setelah datangnya kematian. Mengetahui hakikat kematian atau tidak mengetahui tujuan setelah mati (Zubair 2008 dalam Gina Nur Ahdiany 2017). Individu yang kurang dapat memaknai kehidupan maupun kematian akan menduga apa yang di kerjakan di dunia tidak akan menjamin kebahagiaan di akhirat nanti.

Kesimpulan pada penelitian ini ketakutan akan masa depan mengenai tidak ada yang perlu di takutkan tentang masa depan dan merasa ngeri ketika responden mendengar maupun memperbincangan situasi perang yang banyak menimbulkan korban jiwa akan terjadi pada individu yang tidak mengerti mengenai kematian individu akan selalu memikirkan bagaimana akan menjalani kehidupan selanjutnya, individu berfikir jika waktu mereka sudah tidak lama lagi dan waktu akan berkurang, dan tidak mampu untuk menerima ketidakberfungsian dirinya yang dapat menyebabkan ketakutan akan kematian.

D. Keterbatasan Penelitian

Desain penelitian ini masih bersifat deskriptif sehingga tidak dapat menjelaskan hubungan sebab akibat, dalam hal ini tidak dapat dijelaskan mengapa kecemasan pasien *end stage renal disease (ESRD)* pada pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong ada yang mengalami kecemasan berat dan kecemasan ringan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pada bab ini telah akan disajikan kesimpulan dan saran dari penelitian tentang kecemasan kematian pada pasien *end stage renal disease (ESRD)* pada pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong. Berdasarkan hasil penelitian yang telah didapatkan melalui pengumpulan data yang dilaksanakan di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong pada bulan Maret tahun 2021 didapatkan hasil lebih dari separuh responden memiliki kecemasan kematian dengan kategori berat, yaitu pada domain ketakutan akan sakit, domain pemikiran mengenai kematian, domain bergantinya waktu dan kehidupan yang singkat, dan domain ketakutan akan masa depan.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat dikemukakan beberapa saran yaitu sebagai berikut :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan bagi institusi pendidikan khususnya program studi ilmu keperawatan mampu menjadikan salah satu acuan ilmiah yang dapat digunakan sebagai referensi dalam memahami bahwa kecemasan kematian pada pasien *end stage renal disease* yang menjalani hemodialisis.

2. Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan melakukan pengolahan kecemasan tentang kematian yaitu pada tenaga kesehatan khususnya pada perawat dan komunitas yaitu pada pihak Rumah Sakit dapat memberikan upaya preventif maupun promotif mengenai kecemasan tentang kematian dengan melakukan adanya pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien maupun keluarga terkait informasi penyakit *end stage renal disease* dan memberikan pendidikan kesehatan betapa pentingnya menjaga kesehatan ginjal dan

pentingnya pola hidup yang sehat agar terhindar dari penyakit *end stage renal diasea*, dan terkontrol dengan adanya edukasi dan penyuluhan menjadi salah satu pencapaian dalam Rumah Saki

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat memberikan edukasi bagi kelompok yang memiliki kecemasan kematian dengan tingkat berat agar pasien tidak merasakan kecemasan kematian secara terus-menerus dan dapat mengubah pandangan kematian menjadi hal yang tidak menakutkan, sehingga pasien tidak merasakan kecemasan kematian dengan tingkat berat.



DAFTAR PUSTAKA

- Ahdiany, G. N. (2017). Tingkat kecemasan terhadap kematian pada ODHA. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, volume 12, No.3.
- Alfiyanti, N. E., Setyawan, D., & Kusuma, M. A. B. (2014). Pengaruh Relaksasi Otot Progresif Terhadap Tingkat Depresi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisi. Di Unit Hemodialisa RS Telegerejo Semarang. Karya Ilmiah.
- Apip Hamjah, A. P. (2019). Kecemasan Kematian Pada Pasien Pasien Pasca Stroke. *Jurnal Keperawatan Aisyiyah*.
- Ariyani, H., Hilmawan, R. G., Lutfi, B., Nurdianti, R., Hidayat, R., & Puspitasari, P. (2019). Gambaran Karakteristik Pasien Gagal Ginjal Kronis Di Unit Hemodialisa Rumah Sakit Umum Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya. *Jurnal Mitra Kencana Keperawatan Dan Kebidanan*, 3(2).
- Astuti, R. F. (2018). Hubungan Kebermaknaan Hidup Dengan Kecemasan Terhadap Kematian Pada Orang Dengan Hiv-Aids (ODHA).
- Asyrofi, A., & Arisdiani, T. (2020). Manajemen Diet dan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis di Rumah Sakit. *Journal of Holistic Nursing Science*, 7(2)-168.
- Black, J. M. (2014). *Kerawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Jakarta : Salemba Medika (Edisi 8).
- Cantekin, I., Curcani, M., Tan, M. (2014). Menentukan tingkat kecemasan dan depresi pra-dialisis pasien di Turki timur. *Gagal Ginjal*. 36 (5). 678-681.
- Centers for Disease Control and Prevention (2019). *Chronic Kidney Disease (CKD) Surveillance System*. Retrieved from <https://nccd.cdc.gov/CKD/FactorsOfInterest.aspx?type=Age>.
- Chang, P. Y., Chien, L. N., Lin, Y. F., Wu, M. S., Chiu, W. T., & Chiou, H. Y. (2016). Risk factors of gender for renal progression in patients with early chronic kidney disease. *Medicine (United States)*, 95 (30). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000004203>.
- Cukor, D., Cohen, SD, Peterson, RA, dkk. (2007). Aspek psikososial penyakit kronis: ESRD sebagai paeadigmatik. *J Am Soc Nephrol*. 18 (12): 3042-305.
- Dahlan, M. S. (2014). *Langkah-Langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika.

- Dahlan, M. S. (2014). *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat, Dilengkapi Aplikasi Menggunakan SPSS*. Jakarta : Epidemiologi Indonesia.
- Dewina, A. (2017). Kecemasan Kematian Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisi Di Rumah Sakit Al Islam Bandung (*Doctoral dissertation*).
- Eltaybani, S., Igarashi, A., & Yamamoto-Mitani, N. (2020). *Palliative end of life care in Egypt: overview and recommendations for improvement*. *International journal of palliative nursing*, 26(6), 284-291.
- Fadhilah, A. Z. (2014). Tahap Penyakit Ginjal Kronis V. LAPORAN KASUS.
- Farrell, M. (2017) *Smeltzer & Bare's Text Book of Medical Surgical Nursing Volume 2*. New York: Woltes Kluwer.
- Febriyanto, M. A. B. (2016). Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Konsumsi Jajanan Sehat di MI Sulaimaniyah Mojoagung Jombang (*Doctoral dissertation*, Universitas Airlangga).
- Florian, V., Kravetz, S., & Frankeel. 1984. *Aspect of Fear of Religious Commitment*. *Journal of Research in Personality*, 18.(13), 289-304.
- Gabryelle de Lima, K. C. (2020). *Perception Of Chonic Kidney Patients Undergoing Hemodialysis, About Kidney Transplantasi*, *J Nurs UFPE onlien.*, DOI: 10.5205/1981-8963.2020.244498.
- Gafaar, T. O. (2020). *Good death: An exploratory study on. Vijayaprasad Gopichandran, ESIC Medical. PloS ONE* 15(7): e0233494. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233494>.
- Grubbs, V., Moss, A. H., Cohen, L. M., Fischer, M. J., Germain, M. J., Jassal, S. V., .. & Mehrortra, R. (2014). *A palliative approach to dialysis care: a patient-centered transition to the end of life*. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 9(12), 2203-2209.
- Hattori, et al. (2005). *A qualitative exploration of elderly patients' preferences for end-of-life care*. Diperoleh tanggal 07 Mei 2021. Dari [Http://www.med.or.jp/english/pdf/200508397.pdf](http://www.med.or.jp/english/pdf/200508397.pdf).
- Hidayat, 2006. Psikologi Kematian: Mengubah Ketakutan Menjadi *Optimisme*. Jakarta: Hikmah.
- Hurst, M. (2011). *Hurst Riview: Medical–Surgical Nursing Revew. The McGraw-Hill Companies*. Terjemahan oleh E. K. Yudha dan D. Yulianti. 2015. Belajar Mudah Keperawatan Medikal-Bedah. Volume 1 Jakarta: EGC.

- I Made Sundayana, S. D. (2019). Dukungan Keluarga dan Status Ekonomi Keluarga Dengan Tingkat Depresi pada Pasien penyakit Ginjal Stadium Akhir. Jurusan Keperawatan STIKES Buleleng, Jurusan Keperawatan Universitas Nahdatul Ulama Surabaya, Poltekkes RS dr Majapahit Mojokerto.
- Indri, J. (2020). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gagal Ginjal Kronis Yang Di Rawat Di Rumah Sakit.
- Izah, N., Handayani, F., & Kusma, H. (2020). Sikap Perawat Terhadap Persiapan Kematian pada Pasien Kanker Stadium Lanjut. *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*, 3(1), 1-19.
- Julia, D. P. (2020) Strategi Pembimbing Rohani Islam Untuk Mengatasi Kecemasan Pasien Kanker Payudara di Rs. Kanker Dharmais Jakarta. BS thesis. Fakultas Ilmu Dakwah dan ilmu Komunikasi Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Kalsoom, U. e. (2019). *Gender role in anxiety, depression and quality of life in cronic kidney disease patients*. doi:<https://doi.org/10.12669/pjms.36.2.869>
- Kamil, I., Agustina, R., & Wahid, A. (2018). Gambaran tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Ulin Banjarmasin. *Dinamika Kesehatan: Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*, 9(2), 366-377.
- Karomah, N. N., Muin, N., & Muhammad, S. K. (2015). Hubungan Tingkat Spiritual Dengan Kecemasan Terhadap Kematian Pada Lansia Yang Memiliki Penyakit Kronis (*Doctoral Dissertation, Faculty of Medicine*).
- Konstadina Griva1, R. K. (2020). *Associations between health literacy and health*. *British Journal of Health Psychology*.
- Krikorian, A., Maldonado, C., & Pastrana, T. (2020). *Patient's perspectives on the notion of a good death: a systematic review of the literatur*. *Journal of pain and symptom management*, 59(1), 152-164.
- Kupeli, N., Candy, B., Tamura-Rose, G., Schofield, G., Webber, N., Hicks, S. E.,...& Aspden, T. (2019). Tools measuring quaiity of death, dying, and care, *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 12(1), 182-197.
- Kurniawati, A. (2018). Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dengan Kepatuhan Diet Pasien Hemodialisa Di Rsud Wonosari Kabupaten Gunungkidul (*Doctoral dissertation, Universitas Alma Ata Yogyakarta*).
- Lara Pivodic, T. S. (2018). *Quality of and quality of end of life care of nursing home residents in six countries: An epideminological study*. *Palliative Medicine*, doi: 10.1177/0269216318800610.

- Lehto, R. H., & Stein, K. F. (2009). *Death Anxiety: An Analysis of an Evolving Concept. Research and Theory for nursing Practice: An International Journal*, 10.189/1541.23.1.23,, 23-41.
- Maulidah, N. K. (2016). Pengaruh Relaksasi Benson Terhadap Ftigue pada Pasien Hemodialisis di RS. Dustira Cimahi. *Continuum of care: Ketergantungan Menuju Kemandirian Hidup Yang Berkualitas*. 21-22 September 2016. 225.
- Mawaddah, A. A. (2019). *Hubungan antara Dukungan Sosial dan Quality Of Life Pada Pasien Kanker Usia Dewasa Awal Di Yayasan Kanker Indonesia Cabang Jawa Timur (Doctoral dissertation, UIN Sunan Ampel Surabaya)*.
- Mosleh, H., & Alenezi, M. (2020). *Prevalence and factors of anxiety and depression in chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis: A Cross-sectional single-center study in Saudi Arabia. Cureus, 12(1)*.
- Muhammad Yakob, F. S. (2019). *Hubungan Tingkat Kecemasan Dan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup*.
- Napitupulu, D. L. (2014). Penerapan Teori Peaceful End Of Life Dan Pengkajian *Edomoton Symptom Assesment System (Esas)* Dalam Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Kanker Kolon Di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta. Skripsi.
- Nirmalasari, N. (2017). *Deep Breathing Exercise and Active Range of Motion Effectively Rudece, Dyspnea in Congestive Heart Failure Patients. NurseLine Journal, 2(2)*, 159-165.
- Notoatmodjo, P. D. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan* . Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rienka Citra.
- Nurchayati, S. (2011) Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemdodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas.
- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta : Salemba Medika.
- Papalia. (2002). *Adult development and aging*. Singapura: Mc Graw-Hill.

- Peri Zuliani1, D. A. (2020). Hubungan Anemia Dengan Kualitas Hidup Pasien Pkg. Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu, Volume 08, DOI: <https://doi.org/10.36085/jkmu.v8i2.1052>.
- Price & Wilson. (2006). Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Penerjemah dr. Brahm U. Pendit. Jakarta: EGC.
- Risikesdas. (2013). Riset Kesehatan Dasar. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Sarfo-Walters, C. (2015). *Perceptions of patients with end-stage kidney. Kwame Nkrumah University of Science and Technology*, DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-26605/v4>.
- Sarfo-Walters, C., & Boateng, E. A. (2020). Perceptions of patients with end-stage kidney disease (ESKD) and their informal caregivers on palliative care as a treatment option: a qualitative study. *BMC palliative care*, 19(1), 1-8.
- Saumiyah, I. Q. A. (2018). Peranan Bimbingan Rohani Islam Dalam Mengurangi Kecemasan Menghadapi Kematian Pada Lansia Di Panti Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bisma Upakerta Pemalang (Doctoral Dissertation, UIN Walisongo Semarang).
- Savitri, N., & Supradewi,. (2020). Hubungan Antara Konsep Diri Dengan Kebemaknaan Hidup Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisi. *Proyeksi: Jurnal Psikologi*, 13(2), 208-217.
- Scherz, P. (2020). *A Peaceful Death or a Perfect End: Two Vision of the Good. Nova et vetera, Volume 18, Number 2, Spring 2020*, pp. 613-673. *Published by The Catholic University of America Press*.
- Setyawan, M. F. (2018). Hubungan Spiritual Dengan Tingkat Kecemasan Menghadapi Kematian Pada Lansia Umur Di Atas 60 Tahun Di Dusun Tanggulan, Pandean, Ngablak, Magelang, Jawa Tengah. *SKRIPSI*.
- Silva, G. d. (2020). *Perception Of Chronic Kidney Patients Undergoing Hemodialysis, About Kidney Transplantation*. *J Nurs Ufpe On Line*, Doi: 10.5205/1981-8963.2020.244498.
- Simatupang, D. S. (2020). Gambaran Pengetahuan Pasien Gagal Ginjal Kronik Tentang Kepatuhan Menjalani Hemodialisis Di Ruang Hemodialisa RSUP H. Adam Malik Medan Tahun 2019).
- Smeltzer, S. C. (2009). *Textbook of medical surgical nursing (11th ed)*. *Philladelphia: Lipinitictt Willams & Wilkins*.

- Smith, A. K., & Periyakoil, V. S. (2018). *Should we Bury "The Dood Death?"*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(5), 856.
- Stuart, GW (2013). *Prinsip dan Praktiek Keperawatan Psikiatri 10 th Edisi*. Cina: Elsevier.
- Suciana, F.S., & Fitri Suciana, et al. Korelasi Lama Dan Frekuensi Hemodialisa Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Hemodialisa. *Motorik Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2020, 15.1: 13.20.
- Sugiyono, P. D. (2014). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Da Kombinasi (Mix Methods)*. Bandung: Alfabeta.
- Suharyanto, T. (2013). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Perkemiha, Cetakan Pertama*. Jakarta: CV: Trans Info Medika.
- Tayeb, M. A., Al-Zamek, E., Fareed, M. M., & Abouellail, H. A. (2010). A "good death": perspectives of Muslim patients and health, care, providers. *Annals of Saudi medicine*, 30(3), 215-221.
- Widiani, H. (2020). Penyakit ginjal kronik stadium V akibat *nefrolitiasis*. *Intisari Sains Medis*, Volume 11, Number 1: 160-164.
- Wijaya, F. S., & Safitri, R. M. (2014). Persepsi terhadap kematian dan kecemasan menghadapi kematian pada lanjut usia. *Jurnal Psikologi Perkembangan Psikologi Universitas Mercu Buana*.
- Wijayanti, A. & Lailatulshifah, S. N. F. (2012). Kebermaknaan Hidup dan Kecemasan Terhadap Kematian Pada Orang Dengan Diabetes Melitus. *Jurnal Insight 10* (1).
- Yulianto, A., Wahyudi, Y., & Marlinda, M. (2020). Mekanisme Koping Dengan Tingkat Depresi pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Pre Hemodialisa. *Journal Wacana Kesehatan*, 4 (2), 436-444.



**INSTITUSI TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Rinda Safitri Yani

Nim : 17.118.118.01

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Tempat/Tanggal Lahir : Pendingin, 13 Februari 1999

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Jalan Purwojoyo Blok III, RT 04, Kel. Pendingin,
Kec. SangaSanga, Kab. Kutai Kartanegara
Kalimantan Timur

Agama : Islam

Suku : Jawa-Bugis

Email : rindasafitriyani801@student.stikeswhs.ac.id/
rindasafitriyani212@gmail.com

Riwayat Pendidikan : SDN 013 Pendingin (2011)
SMP 03 Pendingin (2014)
SMAN 01 SangaSanga (2017)

Judul Skripsi : Gambaran Kecemasan Pasien *End Stage Renal Disease* (ESRD) Tentang Kematian



Kode Responden

--	--	--

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth,
Responden
Di –
Tempat

Dengan hormat,
Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rinda Safitrti Yani
NIM : 17.118.118.01
No. Hp : 085348367764
Judul Penelitian : Gambaran Kecemasan Pasien *End Stage Renal Disease (ESRD)* Tentang Kematian

Saya adalah mahasiswa ITKES Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui Gambaran Kecemasan Pasien *End Stage Renal Disease (ESRD)* Tentang Kematian.

Berikut ini peneliti akan menjelaskan jalannya proses penelitian, jika bapak/ibu bersedia untuk ikut serta dalam penelitian ini. Pertama-tama peneliti akan memberikan kuesioner mengenai kecemasan terhadap kematian, kemudian responden akan mengisi lembar kuesioner sesuai dengan kondisi bapak/ibu saat ini.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko apapun dan peneliti berjanji akan menjunjung tinggi serta menghargai hak responden dengan cara menjaga kerahasiaan identitas selama pengumpulan data, pengolahan dan penyajian laporan penelitian. Apabila bapak/ibu ketika mengisi kuesioner merasa kesulitan dalam pengisian kuesioner, mohon memberitahu peneliti atau menghubungi

nama-nama yang tertera di bawah, maka pengisian kuesioner akan ditunda dan akan dilanjutkan sesuai dengan keinginan bapak/ibu dan boleh memutuskan untuk menolak penelitian kapan pun dikehendaki tanpa ada konsekuensi atau dampak tertentu.

Jika ada suatu perihal yang ingin ditanyakan, mohon menghubungi nama-nama di bawah ini :

4. Ns. Siti Mukaromah, S.Kep.,M.Kep.
No. Hp : 0852 3518 6628.
5. Ns. Kiki Hardianyah Safitri, S.Kep.M.Kep,Sp K.MB.
No. Hp : 0811 1988 208.
6. Rinda Safitri Yani.
No. Hp : 0853 4836 7764.

Demikian surat penjelasan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.



Samarinda, 2020

Peneliti
Rinda Safitri Yani

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN
(Informed Consent)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

.....

No. Telp :

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “Gambaran Kecemasan Pasien *End Stage Renal Disease (ESRD)* Tentang Kematian”.

Adapun bentuk kesediaan saya ini adalah :

1. Bersedia meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner.
2. Memberikan informasi yang benar dan sejujurnya terhadap apa yang diminta atau di tanyakan oleh peneliti.

Keikutsertaan saya ini sukarela dan tidak ada unsur pemaksaan dari pihak manapun. Demikian surat ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, 2020

Mengetahui

Yang membuat pernyataan

Peneliti

Rinda Safitri Yani

Nama & Tanda tangan

Lampiran

Kuisiomer *Death Anxiety Scale*

A. Data Responden

Inisial (Tn/Ny) :
 Usia :
 Pendidikan :
 Pekerjaan :
 Jenis Kelamin :
 Lama HD :..... Tahun,.....Bulan

B. Petunjuk Pengisian

Kuisiomer ini berisi sejumlah pertanyaan-pertanyaan yang membantu menggambarkan diri anda. Baca dan pahami dahulu pertanyaan tersebut kemudian berilah tanda ceklis (√) pada kolom pilihan jawaban yang tersedia di bawah ini. Pilihlah jawaban yang tersedia adalah sebagai berikut :

STS : Sangat Tidak Setuju

N : Netral

SS : Sangat Setuju

No	Pernyataan	STS	N	SS
1.	Saya sangat takut meninggal			
2.	Pikiran/hal-hal tentang kematian jarang mengganggu pikiran saya			
3.	pembicaraan tentang kematian tidak membuat saya gugup			
4.	Saya takut ketika berpikir tentang tindakan cuci darah yang harus saya jalani			
5.	Saya sama sekali tidak takut meninggal			
6.	Saya tidak terlalu takut dengan penyakit gagal ginjal kronik yang saya alami			
7.	Pikiran tentang kematian tidak pernah mengganggu saya			
8.	Saya sering tertekan karena saya merasa waktu begitu			

	cepat berlalu			
9.	Saya takut mengalami sakaratul maut yang menyakitkan			
10.	berpikir tentang kehidupan setelah kematian sangat membuat saya takut			
11.	Saya benar-benar takut terhadap timbulnya masalah lain pada kondisi kesehatan saya selama proses hemodialisis, seperti penurunan dan peningkatan tekanan darah yang drastis, kejang, kram otot, dll.			
12.	Saya sering berpikir tentang beratapa singkatnya hidup ini			
13.	Saya merasa ngeri ketika saya mendengar orang memperbincangkan mengenai situasi perang atau bencana yang banyak menimbulkan korban jiwa			
14.	Melihat jenazah mengerikan bagi saya			
15.	Saya merasa tidak ada yang perlu saya takutkan tentang masa depan			

Sumber : (Dewina, 2018).



Lampiran



**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/I/2019

● itkeswhs

● itkeswhs

● www.itkeswhs.ac.id

● info@itkeswhs.ac.id

Jl. Kadrie Oening No.77 Samarinda - Kalimantan Timur, Telp/Fax (0541) 7272431

Nomor : 060 /ITKES-WHS/LT/2021
Lampiran : -
Hal : Permohonan Studi Pendahuluan dan Pengambilan data

13 Januari 2021

Kepada Yth
Direktur RSUD.Aji Muhammad Parikesit Tenggarong
Cq. Diklit RSUD.Aji Muhammad Parikesit Tenggarong
di -
Tempat

Dengan hormat,

Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah- Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan studi pendahuluan dan pengambilan data di tempat yang Bapak/ibu pimpin

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : RINDA SAFITRI YANI
NIM : 1711811801
Semester : VII
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : Korelasi sikap pasien terhadap (Good deat) dengan kecemasan pada pasien ESRD yang menjalani hemodialisis di RSUD.Am.Parikesit Tenggarong

Kami tidak akan menginformasikan/menyebarkan data yang kami peroleh tanpa seijin pihak rumah sakit/Puskesmas/Instansi bapak/ibu

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kesediannya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Rektor I,



Sulistvorini, S.ST., M.Keb

"Hold The Future Now"



PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI MUHAMMAD PARIKESIT

Jalan Ratu Agung No 1 Tenggarong Seberang ☎ (0541) 661013-661015
 Website : www.rsamp.kukarkab.go.id E-mail : rsudamparikesit@yahoo.com



Tenggarong Seberang, 14 Januari 2021

<p>Nomor : P-0775/RSAMP/PENG/070/1/2021</p> <p>Lampiran : -</p> <p>Perihal : <u>Balasan Surat Permohonan Izin Penelitian Mahasiswa</u></p>	<p>Kepada</p> <p>Yth. Wakil Rektor I, Institut Teknologi Kesehatan Wiyata Husada Samarinda</p> <p>Di Tempat</p>
---	---

Menindaklanjuti Surat dari Wakil Rektor I, Institut Teknologi Kesehatan Wiyata Husada Samarinda Nomor : 060/ITKES-WHS/LT/2021 tanggal 13 Januari 2021 tentang Permohonan Izin Penelitian Mahasiswa atas nama:

<p>Nama</p> <p>NIM</p> <p>Program Studi</p> <p>Judul Penelitian</p>	<p>: Rinda Safitri Yani / رندا سافيتري ياني</p> <p>: 1711811801</p> <p>: Ilmu Keperawatan</p> <p>: Korelasi sikap pasien terhadap (Good deaht) dengan kecemasan pada pasien ESRD yang menjalani hemodialisis di RSUD A.M. Parikesit Tenggarong Seberang.</p>
---	--

Maka, bersama ini kami bermaksud untuk mengkonfirmasi bahwa pada prinsipnya RSUD Aji Muhammad Parikesit bersedia menerima permohonan yang dimaksud, dengan beberapa ketentuan sebagai berikut:

1. Data yang diambil sesuai dengan dengan keadaan dilapangan dan disetujui oleh Kepala Ruangan.
2. Kegiatan tersebut tidak mengganggu fungsi pelayanan yang ada di RSUD A.M. Parikesit.
3. Mahasiswa tersebut sanggup mematuhi dan mentaati peraturan yang berlaku di RSUD A.M. Parikesit
4. Setelah selesai melakukan penelitian, mahasiswa melapor ke Bagian Pengembangan, Cq. Sub Bag. Diklit dan Kerjasama

Demikian pemberitahuan ini kami sampaikan. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Plt. Direktur,



dr. Martina Yulianti, Sp.PD. FINASIM.,M.Kes (MARS)
 Pembina Utama Muda

Lampiran

Rencana Kegiatan Tugas Akhir

No	Keterangan	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt
1	Bimbingan Proposal													
2	Ujian Proposal													
3	Revisi Proposal													
4	Izin Penelitian													
5	Penelitian													
6	Ujian Skripsi													
7	Batas Akhir Ujian Skripsi													
8	Batas Akhir Revisi													
9	Pendaftaran Yudisium													
10	Yudisium													
11	Publikasi													
12	Wisuda													



Lampiran

