

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kecemasan

1. Pengertian

Kecemasan merupakan reaksi pertama yang muncul atau dirasakan oleh pasien dan keluarganya disaat pasien harus dirawat mendadak atau tanpa terencana begitu mulai masuk rumah sakit. Kecemasan akan terus menyertai pasien dan keluarganya dalam setiap tindakan perawatan terhadap penyakit yang diderita pasien (Nursalam, 2016).

Kecemasan sebagai kekhawatiran yang tidak jelas menyebar di dalam pikiran dan terkait dengan perasaan ketidakpastian dan ketidakberdayaan, tidak ada objek yang dapat diidentifikasi sebagai stimulus kecemasan (Bastable, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian langsung di lapangan ,responden menemukan rasa cemas yang masih cukup terkendali, rata-rata pasien GGK memiliki kecemasan yang sedang, dan masih dapat melaksanakan Hemodialisa dengan lancar tanpa halangan, pasien tetap bersemangat menjalani terapi hemodialisa.

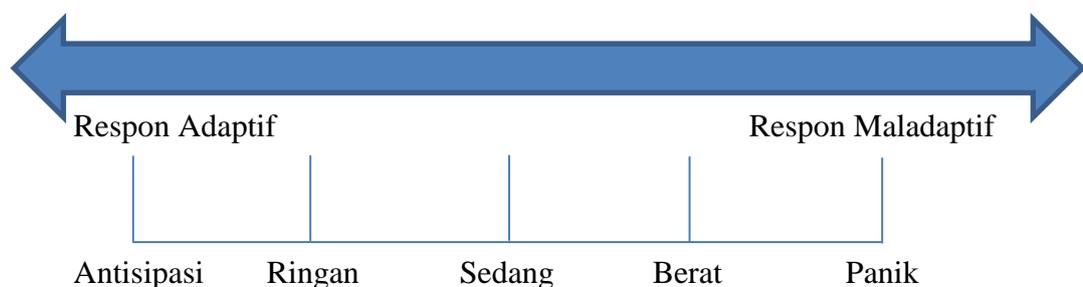
2. Tanda Gejala Kecemasan

- Gemetar dan keringat dingin
- Otot tegang
- Pusing dan sakit kepala

- Mudah marah
- Susah tidur
- Dada berdebar-debar
- Sering merasa lelah
- Sesak napas
- Perubahan tanda-tanda vital seperti Tekanan darah, Nadi, Pernafasan, Suhu

3. Tingkat Kecemasan

Cemas sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kondisi dialami secara subjektif dan dikomunikasikan dalam hubungan interpersonal. Cemas berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya. Kapasitas untuk menjadi cemas diperlukan untuk bertahan hidup, tetapi tingkat cemas yang parah tidak sejalan dengan kehidupan. Rentang respon kecemasan menggambarkan suatu derajat perjalanan cemas yang dialami individu (Nursalam, 2016).



Gambar 2.1 Rentang respon kecemasan

Tingkat Kecemasan adalah suatu rentang respon yang membagi individu apakah termasuk cemas ringan, sedang, berat atau bahkan panik. Beberapa kategori kecemasan menurut Stuart (2011) antara lain sebagai berikut:

a) Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan yang menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.

b) Kecemasan sedang

Kecemasan ini memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Kecemasan sedang ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

c) Kecemasan berat

Pada tingkat kecemasan ini sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

d) Tingkat cemas

Pada Kecemasan Tingkat paling atas ini berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian.

Serangan panik merupakan periode tersendiri dari kecemasan yang intens, seseorang dikatakan panik bila memiliki sedikitnya empat gejala berikut yang berkembang cepat dan mencapai puncaknya dalam 10 menit. Terdapat banyak gejala yang menandai serangan panik yang terjadi pada individu, seperti: Palpitasi, jantung berdenyut keras dengan frekuensi cepat, dapat pula terjadi keluar keringat yang berlebihan, gemetar, sesak nafas atau seperti tercekik. Gejala lain yang dapat terjadi ialah merasa tersedak, nyeri dada, mual atau distress abdomen, pusing dan ingin pingsan, derealisasi (merasa tidak nyata) atau depersonalisasi (merasa terasing dari diri sendiri), takut kehilangan kendali atau menjadi gila, takut mati, parestesia.

4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

Menurut Stuart (2011), beberapa faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya kecemasan antara lain sebagai berikut :

a) Faktor Predisposisi

1) Teori Psikoanalitik

Menurut teori psikoanalitik Sigmund Freud, kecemasan timbul karena konflik antara elemen kepribadian yaitu id (insting) dan super ego (nurani). Id mewakili dorongan insting dan imlus primitive seseorang dan dikendalikan norma budayanya. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi kecemasan adalah meningkatkan ego bahwa ada bahaya.

2) Teori Interpersonal

Menurut teori ini kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan spesifik.

3) Teori Behavior

Kecemasan merupakan produk frustasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

4) Teori Perspektif Keluarga/Dukungan Keluarga

Kecemasan dapat timbul karena pola interaksi yang tidak adaptif dalam keluarga, seperti kurang mendapatkan dukungan serta perhatian dari anggota keluarganya.

5) Teori Perspektif Biologi

Fungsi biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus Benzodiazepine. Reseptor ini mungkin membantu mengatur kecemasan

b) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor-faktor yang dapat menjadi pencetus kecemasan (Stuart, 2011). Faktor pencetus tersebut adalah :

1) Ancaman terhadap integritas seseorang yang meliputi ketidakmampuan fisiologis atau menurunnya kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.

2) Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas harga diri dan fungsi sosial yang terintegrasi dari seseorang.

3) Perilaku caring kepada seseorang

Perilaku caring merupakan tindakan keperawatan yang didasari oleh keinginan untuk mengerti, menolong dan mengurangi penderitaan pasien dengan melakukan tindakan yang terbaik bagi kesehatan pasien, berdasarkan nilai-nilai kebaikan untuk mengurangi kecemasan pasien serta memandirikan pasien lain

5. Penilaian Tingkat Kecemasan

Menurut Nursalam (2016), penilaian kecemasan dapat diketahui menggunakan *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS/SRAS) adalah penilaian kecemasan pada psien dewasa yang dirancang oleh William W.K.Zung, dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders* (DSM-II). Terdapat 20 pertanyaan, dimana setiap pertanyaan dinilai 1- 4 (1: tidak pernah, 2: kadang-kadang, 3: sebagian waktu, dan 4: hampir setiap waktu). Terdapat 15 pertanyaan kearah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan kearah penurunan kecemasan. Sehingga didapatkan kategori cemasnya antara lain tidak cemas jika skor 20-44, cemas ringan jika skor 45-59, cemas sedang jika skor 60-74, dan cemas berat jika skor 75-80. Instrumen kecemasan terdapat pada lampiran yang telah tersedia pada halaman 64.

B. Dukungan Keluarga

1. Pengertian Dukungan Keluarga

Istilah keluarga didefinisikan berbeda-beda tergantung dari orientasi teoretis yang digunakan. Beberapa definisi keluarga sering menggunakan teori interaksi, sistem atau tradisional. Secara tradisional keluarga didefinisikan sebagai berikut:

Burgess dkk. (2011) dalam Mertaniasih (2013), membuat definisi keluarga yang berorientasi pada tradisi di mana:

- a) Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi

- b) Para anggota sebuah keluarga biasanya hidup bersama-sama dalam satu rumah tangga, ataupun jika mereka hidup secara terpisah, mereka tetap menganggap rumah tangga mereka tersebut sebagai rumah mereka
- c) Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran-peran sosial keluarga seperti suami-istri; ayah dan ibu, anak laki-laki dan anak perempuan, saudara dan saudari
- d) Keluarga bersama-sama menggunakan kultur yang sama, yaitu kultur yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik tersendiri.

2. Tujuan Dasar Keluarga

Menurut Andarmoyo (2012), tujuan dasar pembentukan keluarga adalah:

- a) Keluarga merupakan unit dasar yang memiliki pengaruh kuat terhadap perkembangan individu
- b) Keluarga sebagai perantara bagi kebutuhan dan harapan anggota keluarga dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat
- c) Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan anggota keluarga dengan menstabilkan kebutuhan kasih sayang, sosio-ekonomi dan kebutuhan seksual
- d) Keluarga memiliki pengaruh yang penting terhadap pembentukan identitas seorang individu dan perasaan harga diri.

Alasan mendasar mengapa keluarga menjadi fokus sentral dalam perawatan adalah:

- 1) Dalam sebuah unit keluarga, disfungsi apa saja (penyakit, cedera, perpisahan) yang memengaruhi satu atau lebih keluarga, dan dalam hal tertentu, sering akan memengaruhi anggota keluarga yang lain, dan unit ini secara keseluruhan
- 2) Ada hubungan yang kuat dan signifikan antara keluarga dan status kesehatan para anggotanya
- 3) Melalui perawatan kesehatan keluarga yang berfokus pada peningkatan, perawatan diri (self care), pendidikan kesehatan, dan konseling keluarga, serta upaya-upaya yang berarti dapat mengurangi resiko yang diciptakan oleh pola hidup keluarga dan bahaya dari lingkungan
- 4) Adanya masalah-masalah kesehatan pada salah satu anggota keluarga dapat menyebabkan ditemukannya faktor-faktor risiko pada anggota keluarga yang lain
- 5) Tingkat pemahaman dan berfungsinya seorang individu tidak lepas dari andil sebuah keluarga
- 6) Keluarga merupakan sistem pendukung yang sangat vital bagi kebutuhan individu.

3 Jenis Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2013), terdapat empat tipe dukungan keluarga yaitu:

a) Dukungan Emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk bersistirahat dan juga menenangkan pikiran. Setiap orang pasti membutuhkan bantuan

dari keluarga. Individu yang menghadapi persoalan atau masalah akan merasa terbantu kalau ada keluarga yang mau mendengarkan dan memperhatikan masalah yang sedang dihadapi.

b) Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan dalam hal pengawasan, kebutuhan individu. Keluarga mencari solusi yang dapat membantu individu dalam melakukan kegiatan.

c) Dukungan penghargaan

Keluarga bertindak sebagai penengah dalam pemecahan masalah dan juga sebagai fasilitator dalam pemecahan masalah yang sedang dihadapi. Dukungan dan perhatian dari keluarga merupakan bentuk penghargaan positif yang diberikan kepada individu.

d) Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai penyebar dan pemberi informasi. Disini diharapkan bantuan informasi yang disediakan keluarga dapat digunakan oleh individu dalam mengatasi persoalan-persoalan yang sedang dihadapi.

4 Pengukuran Dukungan Keluarga

Menurut Nursalam (2016), untuk mengetahui besarnya dukungan keluarga dapat diukur dengan menggunakan kuisioner dukungan keluarga yang terdiri dari 15 buah pertanyaan yang mencakup empat jenis dukungan keluarga yaitu dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan penghargaan dan dukungan instrumental. Dari 15 buah pertanyaan,

pertanyaan no 1-4 mengenai dukungan emosional, pertanyaan no 5-7 mengenai dukungan instrumental, dan pertanyaan no 8-11 mengenai dukungan informasional pertanyaan no 12-15 mengenai dukungan penilaian dan penghargaan, Masing-masing dari pertanyaan tersebut terdapat 4 alternatif jawaban yaitu “selalu”, “sering”, “kadang-kadang”, dan “tidak pernah”. Jika menjawab “selalu” akan mendapat skor 3, menjawab “sering” mendapat skor 2, menjawab “kadang-kadang” mendapat skor 1, dan menjawab “tidak pernah” mendapat skor 0. Total skor pada kuisioner ini adalah 0-45. Jawaban dari responden dilakukan dengan scoring.

C. Penyakit Ginjal Kronik

1. Definisi Penyakit Ginjal Kronik

Gagal ginjal kronis (*Chronic renal failure*) atau sering disebut dengan CKD (*Chronic Kidney Disease*) adalah kerusakan ginjal progresif yang berakibat fatal, dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan azotemia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah). Penyakit ini juga dikenal dengan penyakit ginjal tahap akhir (*End Stage Renal Disease/ESRD*). Angka kejadian ESRD sangat tinggi, Di Amerika sendiri sudah mencapai 8% pertahun dalam 5 tahun terakhir, dimana 300.000 pasien perlu perawatan di Rumah Sakit (Diyono & Mulyanti, 2019).

Menurut Cahyaningsih (2014), gagal ginjal kronis adalah penyakit yang mengalami penurunan fungsi ginjal dengan LFG < 15 mL/menit. Pada keadaan ini fungsi ginjal sudah sangat menurun sehingga terjadi akumulasi toksin dalam tubuh yang disebut sebagai uremia. Pada keadaan uremia dibutuhkan terapi pengganti ginjal untuk mengambil alih fungsi ginjal dalam mengeliminasi toksin tubuh sehingga tidak terjadi gejala yang lebih berat.

2. Klasifikasi Penyakit Ginjal Kronik

Menurut *National Kidney Foundation*, penyakit ginjal kronik dapat diklasifikasikan menurut derajat berikut ini:

Tabel 2.1 Klasifikasi penyakit ginjal kronik berdasarkan derajat penyakit

Derajat	Deskripsi	Nama Lain	GFR (ml/menit/1.73 m ²)
I	Kerusakan ginjal dengan GFR normal	Resiko I	>90
II	Kerusakan ginjal dengan GFR ringan	<i>Chronic Renal Insufisiensi (CRI)</i>	60-89
III	Kerusakan ginjal dengan GFR sedang	<i>Chronic Renal Failure (CRF)</i>	30-59
IV	Kerusakan ginjal dengan GFR berat	<i>Chronic Renal Failure (CRF)</i>	15-29
V	Gagal Ginjal	<i>End Stage Renal Disease (ESRD)</i>	< 15

3. Dampak Penyakit Ginjal Kronik

Menurut (Brunner & Suddarth, 2009), penyakit ginjal kronik akan berdampak terhadap perubahan fisik, psikologis, sosial dan ekonomi. Seperti yang dijelaskan berikut ini:

a) Perubahan Fisik

Perubahan yang terjadi pada fisik pasien penyakit ginjal kronik tergantung pada kerusakan ginjal dan keadaan lainnya yang mempengaruhi seperti usia dan kondisi tubuh pasien. Perubahan fisik yang dapat terjadi pada pasien penyakit ginjal kronik adalah sebagai berikut:

- 1) Sistem Neurologi: kelemahan, *fatigue*, kecemasan, penurunan konsentrasi, disorientasi, tremor, *seizures*, kelemahan pada lengan, nyeri pada telapak kaki, perubahan tingkah laku.
- 2) Sistem Integumen: kulit berwarna coklat keabu-abuan, kering, kulit mudah terkelupas, pruritus, ekimosis, purpura tipis, kuku rapuh, rambut tipis.
- 3) Sistem kardiovaskular: Hipertensi, *pitting edema* (kaki, tangan, dan sakrum), *edema periorbita*, *precordial friction rub*, pembesaran vena pada leher, perikarditis, efusi perikardial, tamponade pericardial, hiperkalemia, hiperlipidemia.
- 4) Sistem pernafasan: *crackles*, sputum yang lengket dan kental, depresi refleks batuk, nyeri pleuritik, napas pendek, takipnea napas *kussmaul*, *uremic pneumonitis*, "*uremic lung*".
- 5) Sistem gastrointestinal: bau ammonia, napas uremik, berasa logam, ulserasi pada mulut dan berdarah, anoreksia, mual dan muntah, konstipasi atau diare, perdarahan pada saluran pencernaan.
- 6) Sistem hematologi: anemia, trombositopenia.

- 7) Sistem reproduksi: amenorrhea, atrofi testis, infertil, penurunan libido
- 8) Sistem muskuloskeletal: kram otot, hilangnya kekuatan otot, renal osteodistrofi, nyeri tulang, fraktur, dan *foot drop*.

Pasien penyakit ginjal kronik akan mengalami kerusakan jaringan ginjal yang permanen. Kondisi ini membuat gangguan fisik dan psikologis semakin terasa oleh pasien dan membuat kehidupan pasien menjadi tidak normal akibat keterbatasan yang dimiliki, sehingga akan mengganggu kehidupan sosialnya.

b) Perubahan Psikologis

Perubahan fungsi fisik secara progresif akibat penyakit ginjal yang diderita membuat pasien penyakit ginjal kronik mengalami berbagai stres psikologis. Perubahan keseharian akibat terapi yang harus dijalani, kewajiban melakukan kunjungan ke rumah sakit dan laboratorium secara rutin untuk pemeriksaan darah, dan perubahan finansial untuk biaya pengobatan membuat pasien mengalami stres dan membuat mereka tidak dapat menjalankan peran secara holistik. Keadaan lain yang membuat kondisi psikologis pasien semakin berat adalah ancaman kematian, potensial malpraktik petugas kesehatan, perasaan menjadi objek percobaan akibat seringnya diambil darah untuk pemeriksaan, stress akibat efek dari penyakit yang diderita, dan ketakutan akan diisolasi oleh lingkungan sekitar.

Depresi yang terjadi pada pasien gagal ginjal kronis adalah multidimensional meliputi komponen fisik, psikologis dan sosial. Depresi biasanya timbul pada tahun pertama pada saat mulai dilakukan terapi hemodialisis. Kondisi ini dipicu oleh perubahan secara radikal pola hidup pasien, masalah kehilangan pekerjaan, perubahan peran di keluarga, perubahan hubungan dan waktu yang terbuang untuk dialisis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada pasien penyakit ginjal kronis yang mengalami depresi memiliki kualitas hidup yang lebih rendah jika dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami depresi.

Menurut Penelitian Arya (2016), usia yang tidak produktif lagi akan cenderung lebih mengalami cemas/depresi dalam menghadapi penyakit gagal ginjal kronik, dibandingkan dengan usia yang masih produktif. Dikatakan usia produktif adalah 21-35 tahun.

c) Perubahan Sosial

Beberapa pasien timbul gangguan psikis seperti stres, depresi, cemas, putus asa, konflik ketergantungan, denial, frustrasi, keinginan untuk bunuh diri, dan penurunan citra diri (Hudak & Galo, 1996). Selain itu, karena keterbatasan fisik yang dialaminya maka pasien pun akan mengalami perubahan peran dalam keluarga maupun peran sosial di masyarakat. Peran sosial lain yang berubah pada pasien penyakit ginjal kronik adalah perubahan pekerjaan. Pasien dengan keterbatasan fisik akan mengalami penurunan kemampuan kerja. Pasien dapat

mengambil cuti atau kehilangan pekerjaannya. Hal ini akan menimbulkan permasalahan lain yaitu penurunan kualitas hidup pasien. Pasien penyakit ginjal kronik yang tidak mempunyai pekerjaan mempunyai penurunan skor yang sangat signifikan pada dimensi fungsi fisik, peran fisik, kesehatan umum, vitalitas, peran emosional dan peningkatan intensitas nyeri.

d) Perubahan Ekonomi

Perubahan ekonomi akibat dari penyakit ginjal dan dialisis tidak hanya terjadi pada individu dan keluarga pasien. Masalah ekonomi ini juga akan berakibat kepada perekonomian negara sebagai penanggung jawab atas penduduknya. Biaya dialisis yang mahal akan membuat pengeluaran di sektor kesehatan akan meningkat. Biaya perawatan yang mahal membuat pasien yang harus menjalani hemodialisis di negara berkembang sebagian besar meninggal atau berhenti melakukan dialisis setelah 3 bulan menjalani terapi. Di sisi lain kapasitas kerja dan fisik mereka mengalami penurunan yang sangat drastis sehingga terjadi penurunan penghasilan.

4. Penatalaksanaan Penyakit Ginjal Kronik

Penatalaksanaan penyakit ginjal kronik meliputi menurut (Brunner & Suddarth, 2009), antara lain sebagai berikut:

a) Terapi Spesifik terhadap Penyakit Dasarnya

Waktu yang paling tepat untuk terapi penyakit dasarnya adalah sebelum terjadinya penurunan Laju Filtrat Glumerulus (LFG),

sehingga pemburukan fungsi ginjal tidak terjadi. Bila LFG sudah menurun sampai 20–30 % dari normal, terapi terhadap penyakit dasar sudah tidak banyak bermanfaat.

b) Pencegahan dan Terapi terhadap Kondisi Kormobid

Penting sekali untuk mengikuti dan mencatat kecepatan penurunan LFG pada pasien gagal ginjal kronik dimana hal ini untuk mengetahui kondisi kormobid yang dapat memperburuk keadaan pasien. Kondisi kormobid antara lain, gangguan keseimbangan cairan, hipertensi yang tidak terkontrol, infeksi traktus urinarius, obstruksi traktus urinarius, obat-obat nefrotoksik, bahan radiokontras atau peningkatan aktivitas penyakit dasarnya.

c) Menghambat Perburukan Fungsi Ginjal

Faktor utama terjadinya perburukan fungsi ginjal adalah terjadinya hiperfiltrasi glomerulus dan ini dapat dikurangi melalui dua cara yaitu: pembatasan asupan protein yang mulai dilakukan pada LFG $\leq 60\%$ ml/mnt, sedangkan diatas nilai tersebut pembatasan asupan protein tidak selalu dianjurkan. Selanjutnya terapi farmakologis untuk mengurangi hipertensi intraglomerulus. Selain itu sasaran terapi farmakologis sangat terkait dengan derajat proteinuria.

d) Pencegahan dan Terapi Penyakit Kardiovaskuler dan Komplikasi

Hal-hal yang termasuk dalam pencegahan dan terapi penyakit kardiovaskuler adalah pengendalian diabetes, pengendalian hipertensi, pengendalian dislipidemia, pengendalian anemia, pengendalian

hiperfosfatemia, dan terapi terhadap kelebihan cairan dan gangguan keseimbangan elektrolit

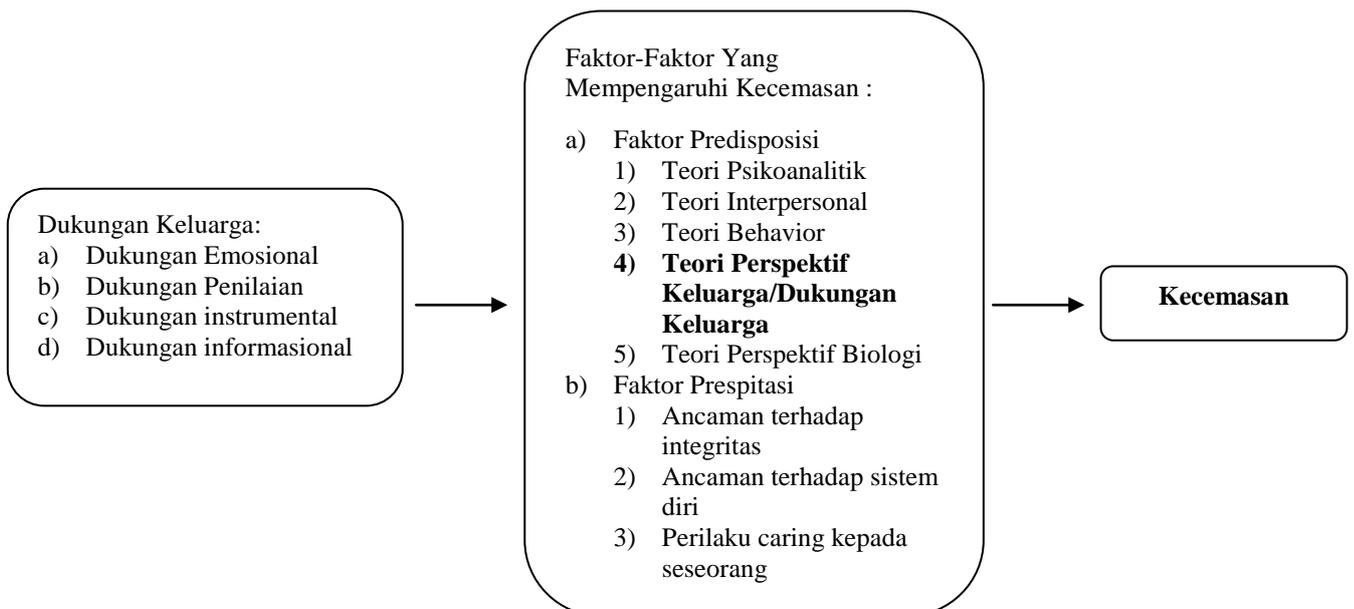
e) Terapi Pengganti Ginjal

Terapi pengganti ginjal meliputi dialisis (hemodialisis dan peritoneal dialisis) dan trasplantasi ginjal. Terapi pengganti ginjal yang paling banyak dilakukan pada saat ini adalah hemodialisis dimana jumlahnya terus bertambah.

D. Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan suatu model yang menerangkan bagaimana hubungan suatu teori dengan faktor-faktor penting yang telah diketahui dalam suatu masalah tertentu. Kerangka teori disusun berdasarkan tinjauan pustaka (Notoatmodjo, 2014).

Gambar 2.1
Kerangka Teori

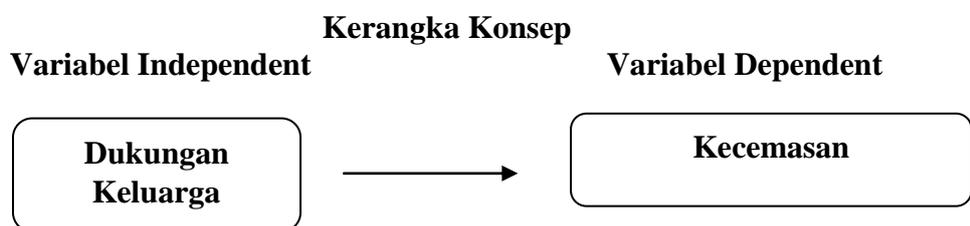


(Sumber: Lewis et al (2010) dan Friedman (2012))

E **Kerangka Konsep**

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2014). Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah:

Gambar 2.2.



F **Hipotesis**

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan. dikatakan sementara, karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori yang relevan, belum didasarkan pada fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data, jadi hipotesis juga dapat dinyatakan sebagai jawaban teoritis terhadap rumusan masalah penelitian, belum jawaban yang empirik (Notoatmodjo, 2014).

Hipotesis dalam penelitian adalah:

Ha Ada Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di Rumah Sakit Yukum Medical Center Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2021.