

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit gagal ginjal kronik (GGK) merupakan perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lambat. Terjadi penurunan fungsi ginjal secara progresif dalam beberapa bulan atau beberapa tahun, terjadi setelah berbagai macam penyakit yang merusak nefron ginjal. Penyakit ginjal kronik bila tidak ditangani dapat menyebabkan komplikasi berupa hiperfosfatemia, hipokalemia/hiperkalemia, anemia, hipertensi, asidosis metabolik dan lain-lain.¹

Penyakit gagal ginjal kronik memiliki prevalensi global yang tinggi dengan estimasi 11,7%-15,1%.² Menurut data *Indonesia renal registry* tahun 2017 terdaftar sekitar 77.892 pasien aktif yang menjalani hemodialisis (HD) dan sekitar 30.831 pasien baru yang menjalani hemodialisis. Proporsi laki-laki lebih banyak 17.133 (56%) dibandingkan dengan perempuan 13.698 (44%).³ Menurut riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2018 Prevalensi penyakit tersebut mengalami kenaikan dari 2% pada tahun 2013 menjadi 3,8% pada tahun 2018.⁴

Pengobatan pasien gagal ginjal kronik membutuhkan waktu yang lama dan biaya yang besar sehingga butuh kesabaran pasien dan dukungan keluarga dalam menjalani terapi. Meskipun telah menjalani pengobatan tidak menjamin bahwa ginjal akan kembali berfungsi secara normal dengan kata lain prognosis penyakit ginjal buruk. Tindakan pengobatan yang dilakukan merupakan upaya mencegah fungsi ginjal semakin bertambah buruk. Hal ini secara perlahan-lahan akan memengaruhi kejiwaan pasien dan kualitas hidup pasien.

Setiap orang mempunyai respon yang berbeda dalam menanggapi masalah atau perubahan dalam dirinya. Upaya yang digunakan oleh seseorang

dalam menangani tuntutan atau situasi yang menimbulkan stres (kemampuan mengatasi masalah) disebut dengan koping. Koping dapat memberi dampak secara positif atau negatif terhadap kualitas hidup seseorang tergantung pada mekanisme koping yang digunakan orang tersebut. Mekanisme koping dapat membantu dalam pemecahan masalah. Koping yang efektif akan memberikan dampak yang baik sebaliknya koping yang kurang efektif akan memberikan dampak yang kurang baik. Penelitian yang dilakukan oleh Nowak pada pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis sebagian besar menggunakan strategi represif, strategi penolakan / penghindaran untuk mencapai hasil yang memuaskan dalam persepsi kualitas hidup.⁵

Kualitas hidup adalah persepsi individu tentang posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dalam sistem nilai dimana mereka tinggal dan dalam hubungan mereka dengan tujuan, harapan, standar hidup dan masalah. Beberapa hal yang dapat memengaruhi kualitas hidup diantaranya sosio-ekonomi-kultural setempat, kondisi kesehatan fisik/psikis (mental emosional). Hasil penelitian yang dilakukan Mulia dan kawan-kawan menunjukkan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik untuk domain fisik dan psikologis berada pada tahap sedang, domain lingkungan dan sosial berada pada kategori kualitas hidup baik.⁶ Penelitian yang dilakukan oleh Tannor menunjukkan pasien penyakit gagal ginjal stadium sedang-lanjut dengan status ekonomi rendah memiliki kualitas hidup yang buruk.⁷

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara mekanisme koping dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik. Penelitian yang dilakukan Barberis dan kawan-kawan menegaskan bahwa strategi koping yang berfokus pada masalah akan memberikan kualitas hidup yang lebih baik, sedangkan strategi koping yang berpusat pada emosi akan memberikan dampak yang kurang baik pada kualitas hidup.⁸ Hal yang sama juga dikemukakan Niihata, orientasi yang berfokus pada masalah akan memberikan kualitas hidup yang lebih lama.⁹ Albai dan kawan-kawan menyimpulkan bahwa pasien dengan gaya koping yang berfokus pada emosi cenderung memiliki peningkatan kepatuhan yang signifikan terhadap

penanganan penyakit diabetes melitus.¹⁰ Berdasarkan uraian yang telah dijelaskan, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan mekanisme koping dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di rumah sakit Santa Elisabeth Medan.

1.2. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dari penelitian ini adalah apakah ada hubungan antara mekanisme koping dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

1.3. Hipotesis

Ho : Tidak terdapat hubungan antara mekanisme koping dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

Ha : Terdapat hubungan antara mekanisme koping dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara mekanisme koping dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

1.4.2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui karakteristik pasien yang menderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, suku dan berapa lama menjalani perawatan).
- b. Untuk mengetahui mekanisme koping yang digunakan oleh pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Bagi institusi

Dapat menambah referensi penelitian dan dapat digunakan sebagai sumber penelitian selanjutnya.

1.5.2. Bagi pasien dan keluarga

Menambah wawasan pasien/ keluarga tentang penyakit gagal ginjal kronik, terapi hemodialisis dan mekanisme koping yang efektif dalam meningkatkan kualitas hidup.

1.5.3. Bagi Rumah Sakit

- a. Menambah informasi tentang mekanisme koping dan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis serta dapat menjadi masukan untuk meningkatkan mutu pelayanan yang holistik dengan memberikan pendampingan secara jasmani dan psikologi pada penderita penyakit gagal ginjal kronis yang menalani hemodialisis.
- b. Menjadi masukan untuk meningkatkan kolaborasi antara bagian disiplin ilmu psikiatri dengan disiplin ilmu lainnya dalam hal meningkatkan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

1.5.4. Bagi Peneliti

Menambah wawasan dan pengalaman dalam melakukan penulisan karya ilmiah.

BAB II TINJAUAN

PUSTAKA

2.1 Gagal Ginjal kronik

2.1.1 Definisi

Penyakit ginjal kronik adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam yang mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif dan berakhir dengan gagal ginjal. Gagal ginjal kronik merupakan suatu keadaan destruksi struktur ginjal yang progresif, terus menerus dan irreversibel.¹¹ Gagal ginjal kronik terjadi setelah beberapa macam penyakit yang merusak nefron. Pada tahap awal beberapa penyakit ginjal menyerang glomerulus, tubulus ginjal dan dapat juga mengganggu perfusi darah pada parenkim ginjal, bila keadaan tidak ditangani maka akan menyebabkan nefron akhirnya hancur dan diganti dengan jaringan parut.¹

2.1.2 Kriteria Penyakit Ginjal Kronik

Kriteria penyakit ginjal kronik yakni kerusakan ginjal yang terjadi lebih dari 3 bulan, berupa kelainan struktural atau fungsional dengan atau tanpa penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG), dengan manifestasi: kelainan patologis, terdapat tanda kelainan ginjal, termasuk kelainan dalam komposisi darah atau urine, kelainan dalam tes pencitraan. Laju filtrasi glomerulus kurang dari 60 ml/menit/1,73m² selama 3 bulan dengan atau tanpa kerusakan ginjal.^{11,12}

Rumus menghitung LFG (ml/mnt/1,73m²)

$$= \frac{(140 - \text{umur}) \times \text{berat badan}}{72 \times \text{kreatinin plasma (mg/dl)}} *$$

*) pada perempuan dikalikan 0,85

2.1.3 Klasifikasi

Untuk mengetahui klasifikasi penyakit ginjal kronik perlu dilakukan pengukuran fungsi ginjal dengan mengukur laju filtrasi glomerulus dan anamnesis faktor-faktor yang menjadi penyebab gagal ginjal kronik. Penyakit ginjal kronik dapat diklasifikasikan menjadi dua yakni berdasarkan derajat penyakit (*stage*) dan diagnosis etiologi.¹² Klasifikasi penyakit ginjal kronik berdasarkan derajat penyakit terdiri atas 5 derajat:

Tabel 2.1 Klasifikasi Penyakit Ginjal Kronik Berdasarkan Derajat Penyakit

Stage	Keterangan	LFG (ml/menit/1,73m²)
1	Kerusakan ginjal dengan LFG normal atau meningkat	90
2	Kerusakan ginjal dengan LFG turun ringan	60-89
3	Kerusakan ginjal dengan LFG turun sedang	30-59
4	Kerusakan ginjal dengan LFG turun berat	15-29
5	Gagal ginjal	< 15 atau dialisis

Sumber: Suwitra K. Penyakit Ginjal kronik. Buku Ajar Ilmu penyakit dalam ed.5. Jakarta: Interna Publishing; 2010. Hal. 1035.

Tabel 2.2 Klasifikasi Penyakit Ginjal Kronik Berdasarkan Diagnosis

Etiologi	
Etiologi	Contoh
Diabetes	Tipe 1 dan tipe 2
Non Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> a. Penyakit glomerular (otoimun, infeksi sistemik, obat, neoplasia) b. Penyakit vaskular (penyakit pembuluh darah besar, hipertensi, mikroangiopati) c. Penyakit tubulointerstisial (Pielonefritis kronik, batu, obstruksi, keracunan obat) d. Penyakit kistik (ginjal polikistik)
Penyakit pada transplantasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Rejeksi kronik b. Keracunan obat (sikloforin/ takrolimus) c. Penyakit <i>recurent</i> (glomerular) d. <i>Transplant glomerulopathy</i>

Sumber: Suwitra K. Penyakit Ginjal kronik. Buku Ajar Ilmu penyakit dalam ed.5. Jakarta: Interna Publishing; 2010. Hal. 1036.

2.1.4 Etiologi

Penyakit ginjal kronik terjadi ketika penyakit lain menyerang ginjal sehingga menyebabkan fungsi ginjal tidak maksimal atau turun dalam beberapa bulan atau beberapa tahun.¹²

2.1.5 Patofisiologi

Patofisiologi penyakit ginjal kronik pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, namun dalam perkembangan selanjutnya kurang lebih sama. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan *growth factor*. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi yang diikuti peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus, kemudian diikuti oleh proses sklerosis nefron dan akhirnya penurunan fungsi nefron

yang progresif.¹ Peningkatan aktivitas renin angiotensin-aldosteron intrarenal ikut memberikan kontribusi terhadap terjadinya hiperfiltrasi, sklerosis dan progresifitas ginjal. Pada stadium dini terjadi kehilangan daya cadang ginjal, kemudian secara perlahan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Pada LFG sebesar 60%, pasien masih belum merasakan keluhan, namun sudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Pada LFG sebesar 30% mulai terjadi keluhan pada pasien seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan berkurang dan penurunan berat badan. Pada LFG <30% tampak gejala dan tanda uremia seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual dan muntah, pasien mudah terkena infeksi seperti infeksi saluran kemih, infeksi saluran napas maupun infeksi saluran cerna. Terjadi gangguan keseimbangan air seperti hipovolemia dan hipervolemia, gangguan keseimbangan elektrolit (natrium dan kalium). Pada LFG <15% terjadi gejala dan komplikasi yang lebih serius, pada tahap ini pasien memerlukan terapi pengganti ginjal seperti dialisis atau transplantasi ginjal.¹²

2.1.6 Diagnosis

Pemeriksaan fungsi ginjal sangat penting dilakukan untuk untuk mengidentifikasi kerusakan yang terjadi pada ginjal. Beberapa pemeriksaan yang dilakukan yakni pemeriksaan klinis, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi. Gambaran klinis meliputi: sesuai penyakit yang mendasari seperti diabetes melitus, infeksi traktus urinarius, hipertensi, lupus eritomatosus sistemik dan lain-lain; sindrom uremia: lemah, letargi, anoreksia, mual, muntah, nokturia, kelebihan volume cairan, neuropati perifer, *pruritus*, *uremik frost*, kejang sampai koma. Gambaran laboratorium meliputi: peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum, penurunan LFG; penurunan Hb, peningkatan asam urat, hiperkalemia/hipokalemia, hiponatremia, hiperfosfatemia, hipokalsemia, asidosis metabolik, proteinuria, hematuri dan lain-lain. Foto polos

abdomen tampak batu radio opak; USG ginjal memperlihatkan ukuran ginjal yang mengecil, korteks yang menipis, hidronefrosis atau batu ginjal, kista, massa, kalsifikasi. Biopsi dan histopatologi ginjal dilakukan pada pasien dengan ukuran ginjal yang masih mendekati normal.

2.1.7 Penatalaksanaan

Penyakit ginjal kronik merupakan penyakit yang irreversibel memerlukan proses pengobatan yang lama dan oleh karena itu fokus pengobatan terutama menunda perburukan penyakit atau mencegah komplikasi. Penatalaksanaan yang dilakukan meliputi:¹²

- a. Terapi spesifik terhadap penyakit dasarnya (sebelum terjadi penurunan GFR).
- b. Pencegahan dan terapi terhadap penyakit penyerta dan komplikasi.
- c. Terapi pengganti ginjal berupa dialisis atau transplantasi bila GFR <15.

2.1.8 Komplikasi

Kerusakan fungsi ginjal umumnya dimulai dari tahap ringan bila tidak ditangani berkembang menjadi lebih buruk serta dapat menimbulkan komplikasi yang pada akhirnya memperburuk kondisi kesehatan. Komplikasi yang dapat terjadi pada penderita gagal ginjal kronik yakni:

Tabel 2.3 Komplikasi Penyakit Ginjal Kronik

Derajat	Komplikasi
1	-
2	Tekanan darah mulai naik
3	Hiperfosfatemia, Hipokalsemia, Anemia, Hiperparatiroid, Hipertensi, Hiperhomosistinemia
4	Malnutrisi, Asidosis metabolik, Cenderung hiperkalemia, Dislipidemia
5	Gagal jantung, Uremia

2.1.9 Hemodialisis

Hemodialisis merupakan suatu proses difusi zat terlarut dan air melalui membran semipermeabel untuk menyingkirkan substansi yang tidak diinginkan dan menambahkan komponen yang diinginkan. Aliran konstan darah dari satu sisi membran dan larutan dialisat pembersih di sisi lain menyebabkan penyingkiran produk buangan serupa dengan filtrasi glomerulus. Dengan mengubah komposisi dialisat, metode pemajanan darah dan dialisat, tipe / daerah permukaan membran dialisis dan frekuensi serta lamanya pemajanan, pasien tanpa fungsi ginjal dapat dipertahankan dalam keadaan relatif sehat.^{12,13}

Hemodialisis dianggap perlu dimulai apabila dijumpai salah satu dari hal berikut ini:¹²

- a. Keadaan umum buruk dan gejala klinis nyata
- b. K serum > 6 mEq/L
- c. Ureum darah > 200 mg/dl
- d. pH darah $< 7,1$
- e. Anuria berkepanjangan (> 5 hari)
- f. *Fluid over load*

Beberapa komplikasi yang sering terjadi pada pasien yang menjalani hemodialisis diantaranya: hipotensi, kram otot, mual dan muntah, sakit kepala, sakit dada, sakit punggung, gatal, demam dan menggigil, sedangkan komplikasi yang jarang terjadi yakni: aritmia, tamponade jantung, perdarahan intrakranial, kejang, hemolisis, neutropenia, emboli udara serta aktivasi komplemen akibat dialisis dan hipoksemia.¹²

2.2 Koping

2.2.1 Definisi Koping

Koping adalah perilaku yang terlihat maupun tersembunyi yang dilakukan seseorang untuk mengurangi atau menghilangkan ketegangan psikologis dalam kondisi yang penuh stres.¹⁴ Koping mengacu pada kognitif, perilaku dan strategi emosional untuk mengelola situasi internal

dan eksternal yang penuh tekanan. Koping bukanlah suatu tindakan yang hanya sekali dilakukan melainkan suatu tanggapan yang terjadi dari waktu ke waktu yang melibatkan interaksi seseorang dengan lingkungan yang saling memengaruhi.¹⁵ Kondisi stres menimbulkan ketidaknyamanan, kondisi ini memotivasi individu melakukan sesuatu untuk menghilangkannya. Seseorang dapat memfokuskan pada masalah atau situasi spesifik yang telah terjadi sambil mencoba menemukan cara untuk mengubahnya atau menghindarinya dikemudian hari. Seseorang juga dapat berfokus untuk menghilangkan emosi yang berhubungan dengan situasi stres walaupun situasi itu sendiri tidak diubah.¹⁶ Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa koping merupakan semua bentuk pikiran dan perilaku (positif maupun negatif) yang dapat mengurangi kondisi yang membebani seseorang.

2.2.2 Mekanisme koping

Mekanisme koping merupakan tiap upaya yang dilakukan untuk menangani stress, penyesuaian diri terhadap situasi yang mengancam. Mekanisme koping dapat dikelompokkan secara hierarkis menurut derajat relatif maturitas yakni: pertahanan narsistik (digunakan oleh anak-anak dan orang yang mengalami gangguan psikotik); pertahanan imatur (terlihat pada remaja dan beberapa pasien nonpsikotik); pertahanan neurotik (ditemukan pada pasien obsesif kompulsif, pasien histeris dan pada orang stress); pertahanan matur (merupakan mekanisme adaptasi yang normal dan sehat dari kehidupan orang dewasa).¹⁷ Berikut ini klasifikasi dari mekanisme pertahanan:

A. Narsistik

1. Penyangkalan: Penghindaran kesadaran yang menyakitkan dari kenyataan dengan menghilangkan data sensoris (penolakan terhadap realitas).
2. Distorsi: Keyakinan yang berlebihan dan tidak realistis (halusinasi, waham).

3. Idealisasi primitif: Objek eksternal yang dipandang sebagai sesuatu yang baik / jahat diyakini secara tidak realistis.
4. Proyeksi: Impuls internal yang tidak dapat diterima, dirasakan dan ditanggapi seolah-olah berasal dari orang lain (mempersalahkan orang lain).
5. Identifikasi proyektif: Aspek yang tidak diinginkan dari diri dilakukan kepada orang lain (tekanan terhadap orang lain supaya mengalami perasaan yang serupa dengan dirinya).

B. Imatur

1. Memerankan: Khayalan bawah sadar dihidupkan secara impulsif dalam perilaku
2. Penghambatan (*Blocking*): Timbulnya ketegangan jika impuls afek atau pikiran dihalangi.
3. Hipokondriasis: Mencela diri sendiri.
4. Identifikasi: Identifikasi dengan obyek cinta dapat berperan sebagai pertahanan terhadap kecemasan atau rasa sakit yang menyertai perpisahan dan sebaliknya keinginan menghukum diri sendiri karena rasa bersalah.
5. Introyeksi: Memasukkan kedalam diri sifat-sifat orang lain termasuk kekurangan dan kelebihan. Hal ini dapat menjadi gejala psikopatologi yakni kecenderungan untuk menghukum diri dan perasaan bersalah irrasional yang tidak dapat dikuasai.
6. Perilaku pasif-agresif: Agresi kepada orang lain diekspresikan secara tidak langsung melalui pasivitas, masokisme, dan berbalik menentang diri.
7. Proyeksi: Seseorang menempatkan perasaannya dan harapannya sendiri kepada orang lain karena perasaan yang menyakitkan yang tidak dapat ditoleransi.
8. Regresi: Usaha untuk mengatasi / menyesuaikan diri dengan situasi yang amat sukar atau ketegangan.

9. Khayalan Skizoid: Melalui khayalan orang mengikuti kemunduran autistik untuk mendapat kepuasan (ingin memerankan khayalannya).
10. Somatosasi: Kecenderungan bereaksi dengan manifestasi somatik.

C. Neurotik

1. Pengendalian: Usaha untuk menekan kecemasan dan memecahkan konflik dalam diri.
2. Pengalihan: Memungkinkan perwakilan simbolik gagasan atau obyek dengan sedikit ketegangan.
3. Disosiasi: Modifikasi untuk menghindari ketegangan emosional. Dapat ditemukan dalam perilaku fobik, gangguan identitas disosiatif.
4. Eksternalisasi: Kecenderungan untuk merasakan kepribadian sendiri: impuls instingtual, konflik, mood, gaya berpikir.
5. Inhibisi: Pembatasan atau penolakan fungsi ego terjadi secara sadar untuk menghilangkan kecemasan yang ditimbulkan oleh konflik dengan impuls instingtual, superego dan lain-lain..
6. Intelektualisasi: Pemakaian intelektual secara berlebihan untuk menghindari pengalaman engalaman afektif.
7. Isolasi: Pemutusan hubungan antara pikiran tertentu dengan pikiran lainyang terdapat pada orang tersebut.
8. Rasionalisasi: usaha menjelaskan afek, gagasan,dan keinginan yang motif sesungguhnya tidak muncul dalam keadaan sadar.
9. Pembentukan reaksi: Impuls yang tidak dapat diterima diubah menjadi kebalikannya. Subyek berpegang pada sikap psikologis yang bertentangan dengan keinginan yang dipendam. Contoh keinginan pornografi.
10. Represi: Penyingkiran afek, gagasan dan keinginan yang tidak dapat diterima sehingga tetap berada di alam bawah sadar.

11. Seksualisasi: Suatu obyek dengan kepentingan seksual yang tidak dimiliki sebelumnya (derajat yang lebih kecil), untuk menangkis kecemasan yang berhubungan dengan infuls atau sesuatu yang terlarang.

D. Matur

1. Altruisme: Menanggihkan atau menganggap tidak penting kebutuhan pribadi dibandingkan dengan orang lain.
2. Antisipasi: Perencanaan untuk masa depan.
3. Pertapaan: Elemen moral dalam menentukan nilai kesenangan tertentu.
4. Humor: Ekspresi perasaan dan pikiran secara jelas dengan nyaman.
5. Sublimasi: Mencapai pemuasan dengan tujuan yang sama melalui perubahan dorongan insting atau emosi negatif menjadi perilaku positif.
6. Supresi: Proses yang disadari untuk menunda perhatian terhadap terjadinya impuls / konflik yang disadari.

2.2.3 Sumber koping

Cara seseorang menangani situasi yang mengandung tekanan ditentukan oleh sumber daya yang dimiliki individu tersebut. Sumber koping yang dapat digunakan ada 2 yaitu:

- a. Internal meliputi: umur, jenis kelamin, kesehatan dan energi, sistem kepercayaan (Agama, Komitmen), pendidikan (pengetahuan), motivasi.
- b. Eksternal meliputi dukungan sosial (emosi, harga diri dan perasaan), sumber materi (pekerjaan) dan media massa.¹⁴

2.2.4 Strategi koping

Menurut Lazarus dan Folkman ada dua bentuk utama strategi koping yakni strategi terfokus masalah dan strategi terfokus emosi.¹⁵

a. Strategi Terfokus Masalah

Strategi untuk memecahkan masalah langsung ke sumber stres (mengontrol maupun mengurangi stres) dengan cara menentukan masalah, menciptakan pemecahan alternatif berkaitan dengan biaya dan manfaat dan mengimplementasikannya. Orang yang cenderung menggunakan strategi koping terfokus masalah menunjukkan tingkat depresi yang lebih rendah.¹⁶

b. Strategi Terfokus Emosi

Strategi yang berfokus pada emosi yakni perilaku yang bertujuan menangani distress emosional yang berhubungan dengan situasi yang menekan dengan cara melakukan latihan fisik dan mencari dukungan kawan. Strategi kognitif misalnya menyingkirkan sementara pikiran tentang masalah.^{15,16}

2.2.5 Faktor yang memengaruhi koping

Cara individu menangani situasi yang mengandung tekanan tidak terlepas dari faktor-faktor yang memengaruhi individu tersebut. Terdapat dua faktor utama yang memengaruhi koping yakni lingkungan dan individu. Faktor lingkungan terdiri dari hal-hal yang baru, dapat atau tidaknya masalah diprediksi dan ketidakpastian. Sedangkan pada faktor individu yang memengaruhi yakni komitmen (kemampuan mengekspresikan apa yang penting dan berguna bagi individu) dan keyakinan (eksistensi). Keyakinan meliputi kemampuan menciptakan makna hidup dalam pengalaman yang buruk, untuk tetap menjaga adanya harapan untuk hidup (eksistensial); dan keyakinan terhadap kontrol diri (kemampuan seseorang untuk mengatur kondisi diri).¹⁸

2.2.6 Tahapan–tahapan psikologik ketika seseorang mengalami kesedihan atau didiagnosis penderita suatu penyakit.¹⁹

a. Penyangkalan (*Denial*)

Penyangkalan merupakan tahapan pertama yang dirasakan seseorang ketika mengalami kesedihan.

b. Kemarahan (*Anger*)

Pada fase ini pasien sering marah kepada dokter atau orang lain. Bentuk kemarahan dapat berupa penolakan terhadap tindakan medis, ingin ganti dokter, dan lain-lain.

c. Tawar menawar (*Bargaining*)

Pada fase ini terjadi tawar menawar dengan Tuhan. Pasien berjanji akan hidup lebih baik, memperbaiki kesalahan, melakukan amal dan lain-lain.

d. Depresi

Sedih dan merasa lebih baik mati.

e. Penerimaan (*Acceptance*)

Kemampuan pasien untuk menerima kenyataan yang terjadi pada dirinya.

2.2.7 Aspek penilaian pada skala koping

Koping dinilai dengan menggunakan kuesioner *Brief cope scale* yang terdiri dari 28 item pertanyaan yang mencakup 14 subskala. Subskala dalam penilaian koping yakni: aspek gangguan diri (*self distraction*), koping aktif (*Active coping*) yakni proses pengambilan langkah aktif yang ditujukan untuk mengurangi stres tahap demi tahap; penolakan atau pengingkaran / penolakan (*denial*), penggunaan zat/obat-obatan (*substance use*), penggunaan dukungan emosional (*use of emotional support*) misalnya moral, simpati dan pengertian; penggunaan dukungan instrumental (*use of instrumental support*) berupa informasi yang membantu dalam penyelesaian masalah; pelepasan perilaku/ menyerah (*behavioral disengagement*), pelepasan emosi (*venting*), *positive reframing* (mampu melihat nilai positif dari penyakit yang

diderita; perencanaan (*planning*), humor, penerimaan terhadap situasi yang menimbulkan stres (*Acceptance*); agama (*religion*) dan menyalahkan diri sendiri (*self blame*).¹⁵ Kuesioner tersebut telah divalidasi dan diuji reliabilitas oleh peneliti yang terdahulu dan dinyatakan valid dan reliabel.^{20,18}

Tabel 2.4 Alat Ukur Koping

Jenis koping	Sub skala	Nomor item
Fokus	Koping Aktif	2,7
Masalah	Penggunaan Instrumen Dukungan	10, 23
	Pelepasan Perilaku	6, 16
	Positif Reframing	12, 17
	Perencanaan	14, 25
Fokus Emosi	Pelepasan Emosi	9, 21
	Aspek Gangguan Diri	1, 19
	Penolakan	3, 8
	Penggunaan Obat-Obatan	4, 11
	Dukungan Emosional	5, 15
	Humor	18, 28
	Penerimaan	20, 24
	Keagamaan	22, 27
	Menyalahkan Diri Sendiri	13, 26

2.3 Kualitas hidup

2.3.1 Definisi

Kualitas hidup adalah persepsi individu tentang posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dalam sistem nilai dimana mereka tinggal dan dalam hubungan mereka dengan tujuan, harapan, standar dan masalah. Kualitas hidup merupakan kondisi yang relatif tergantung pada kondisi sosio-ekonomi-kultural setempat, kondisi kesehatan fisik/psikis (mental emosional). Aspek kejiwaan (mental emosional) sangat memengaruhi kualitas hidup seseorang. Hal ini dapat dilihat dalam kehidupan sehari-hari. Misalnya keluhan sakit fisik namun

tidak ditemukan kelainan atau penyakit fisik; juga keluhan penyakit fisik (medik) menjadi berat atau berkepanjangan karena adanya beban atau komorbiditas kejiwaan (stres, depresi dan sebagainya).¹⁹

2.3.2 Aspek kualitas hidup

Kualitas hidup dapat diukur dengan berbagai para meter diantaranya *World Health Organization quality of life 100* (WHOQOL-100) atau *World Health Organization quality of life – Bref* (WHOQOL-Bref) dan *kidney diseases quality of life short form* (KDQOLS-SF) versi 1.3.²¹

Tabel 2.5 Item Skala Penilaian KDQOLS-F

	Skala	Jumlah pertanyaan	Item
Target untuk Penyakit Ginjal	a. Gejala/ permasalahan klinis yang dihadapi	12	14 a-l
	b. Efek dari penyakit ginjal	8	15 a-h
	c. Tingkat penderitaan karena sakit ginjal	4	12 a-d
	d. Status pekerjaan	2	20; 21
	e. Fungsi kognitif	3	13 b,d,f
	f. Kualitas interaksi sosial	3	13 a,c,e
	g. Fungsi seksual	2	16 a,b
	h. Kualitas tidur	4	17, 18a-c
	i. Dukungan sosial	2	19 a-b
	j. Kualitas pelayanan staf unit dialisis	2	24 a-b
	k. Kepuasan pasien	1	23
Item skala survei (SF-36)	a. Fungsi fisik	10	3a-j
	b. Peran fisik	4	4a-d
	c. Persepsi rasa sakit	2	7,8
	d. Kesehatan umum	5	1,11a-d
	e. Kesejahteraan Emosi	5	9b,c,d,f,h
	f. Peran emosional	3	5a-c
	g. Fungsi sosial	2	6, 10
	h. Energi/ kelelahan	4	9a,e,g,i

Dalam penelitian ini kualitas hidup dinilai menggunakan kuesioner *Kidney Disease quality of life short form* (KDQLOS-SF) versi 1.3 dengan

skor 0-100. Kategori baik bila skor >59 dan kategori buruk bila skor <59.²² Kuesioner ini telah divalidasi oleh peneliti sebelumnya dan dinyatakan valid serta reliabel untuk dipakai menjadi instrument penelitian.^{23,24}

2.4 Hubungan mekanisme Koping dengan Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik

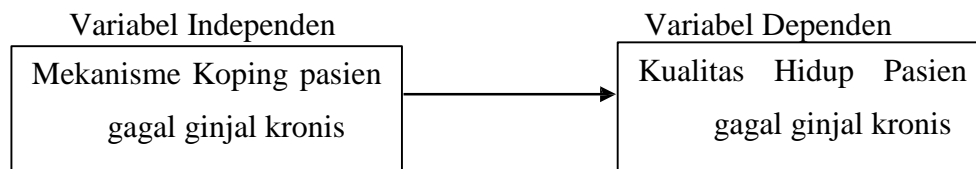
Pasien dengan penyakit berat, penyakit menahun, penyakit yang menimbulkan kecacatan atau menghadapi kematian memerlukan penanganan tidak hanya dalam aspek pengobatan penyakit akan tetapi juga aspek psikis untuk dapat mencegah atau mengatasi dampak lanjut yang menurunkan kualitas hidup.¹⁹ Mekanisme koping dapat membantu dalam pemecahan masalah. Koping yang efektif akan memberikan dampak yang baik, sebaliknya koping yang kurang efektif akan memberikan dampak yang kurang baik. Pasien yang mengalami penyakit gagal ginjal kronik dan penyakit kronis lainnya sangat membutuhkan dukungan dalam membentuk koping yang adaptif sebagai upaya meningkatkan kualitas hidup mereka.

Strategi yang digunakan pasien dalam mengatasi atau adaptasi terhadap penyakit mereka yakni dukungan keluarga, dukungan spiritual, penghindaran dan penerimaan. Keluarga secara langsung memberikan dukungan finansial, pendampingan dan dukungan emosional, hal ini akan menumbuhkan semangat dalam diri pasien untuk dapat menerima penyakitnya dan berusaha tidak tergantung sepenuhnya kepada orang lain. Dukungan spiritual memungkinkan pasien memiliki iman dan kepercayaan dalam menghadapi penyakit mereka lebih menyerahkan kekhawatiran mereka pada kuasa yang lebih tinggi. Pengalihan pada pekerjaan atau hobi, olahraga, menonton televisi atau berbicara dengan orang lain untuk mengalihkan pikiran pada penyakit yang diderita, terakhir adalah berpikir positif.²⁵

Penelitian yang dilakukan Barberis dan kawan-kawan menegaskan bahwa strategi koping yang berfokus pada masalah akan memberikan kualitas hidup yang lebih baik, sedangkan strategi koping yang berpusat

pada emosi akan memberikan dampak negatif pada kualitas hidup.⁸ Albai dan kawan-kawan menyimpulkan bahwa pasien dengan gaya koping yang berfokus pada emosi cenderung memiliki peningkatan kepatuhan yang signifikan terhadap penanganan penyakit diabetes melitus.¹⁰

2.5 Kerangka Konsep



Bagan 2.1 Kerangka Konsep

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik korelatif dengan desain penelitian *Cross sectional* (potong lintang).

3.2. Tempat dan waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang hemodialisis rumah sakit Santa Elisabeth Medan pada bulan November 2019 – Mei 2020.

3.3. Populasi penelitian

3.3.1. Populasi Target

Pasien dengan diagnosa penyakit gagal ginjal kronik.

3.3.2. Populasi Terjangkau

Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di rumah sakit Santa Elisabeth Medan.

3.4. Sampel dan cara pengambilan sampel

3.4.1 Sampel

Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di rumah sakit Santa Elisabeth Medan serta sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

3.4.2 Cara Pengambilan Sampel

Cara pengambilan sampel dengan teknik *consecutive sampling*.

3.5. Estimasi besar sampel

Besar sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus besar sampel untuk penelitian analitik korelatif, yaitu:

$$n = \left\{ \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2}{0,5 \ln \left[\frac{1+r}{1-r} \right]} \right\} + 3$$

- n : Jumlah sampel
 Z : Tingkat kepercayaan 95% = 1,64
 Z : Power penelitian 90% = 1,28
 r : Korelasi minimal dianggap bermakna = 0,05

Maka perhitungan besar sampel adalah:

$$n = \left\{ \frac{(Z + Z)^2}{0,5 \ln \left[\frac{(1+r)}{(1-r)} \right]} \right\} + 3$$

$$n = \left\{ \frac{(1,64 + 1,28)^2}{0,5 \ln \left[\frac{(1+0,5)}{(1-0,5)} \right]} \right\} + 3$$

$$= 33$$

Berdasarkan perhitungan besar sampel diatas maka dibutuhkan sampel minimal 33 orang untuk menjadi subyek penelitian.

3.6. Kriteria inklusi dan eksklusi

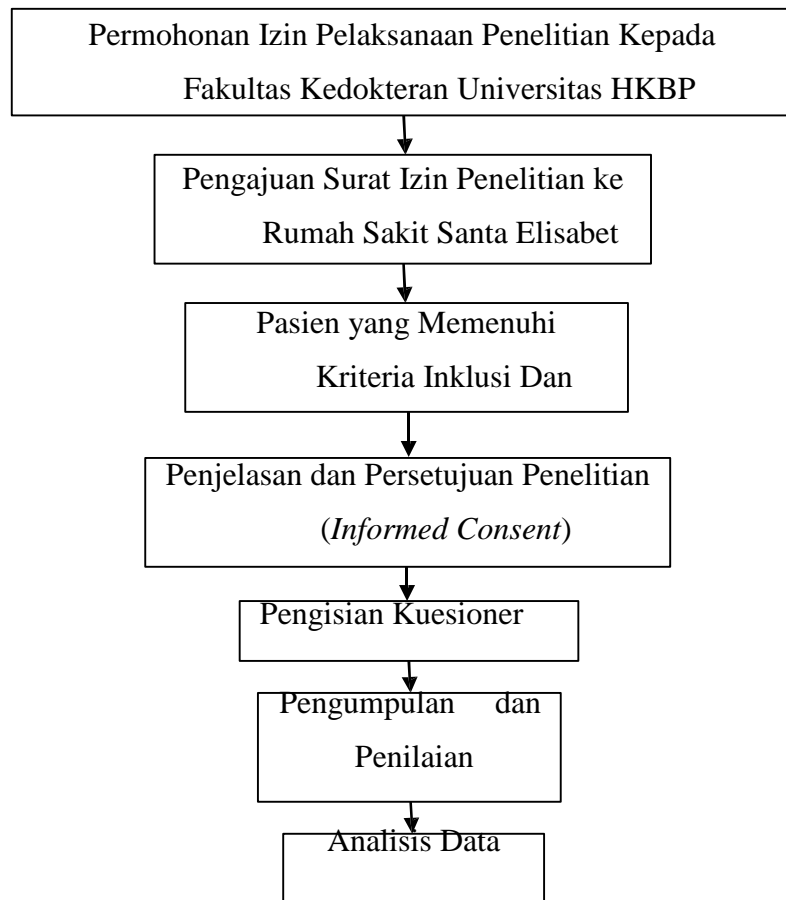
3.6.1. Kriteria inklusi

- a. Pasien dengan diagnosis Gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.
- b. Usia 18 tahun - 65 tahun.
- c. Bersedia ikut serta dalam penelitian dan mengisi *informed consent*.

3.6.2. Kriteria Eksklusi

Pasien yang mengalami penurunan kesadaran.

3.7. Prosedur kerja



Bagan 3.1 Prosedur kerja

3.8. Indetifikasi variabel

- a. Variabel Independen: Mekanisme koping
- b. Variabel dependen: Kualitas hidup

3.9. Variabel, Defenisi Operasional Dan Skala Pengukuran

Tabel 3.1 Variabel, Defenisi Operasional Dan Skala Pengukuran

Variabel	Defnisi	Alat ukur	Penilaian	Skala
Gagal ginjal Kronik	Penurunan fungsi ginjal progresif beberapa bulan atau beberapa tahun	fungsi secara dalam rekam pasien	Data sekunder berdasarkan rekam medis	Ordinal
Kualitas Hidup	Persepsi tentang mereka kehidupan konteks dalam sistem tinggal dan hubungan dengan harapan, hidup dan masalah.	individu posisi dalam budaya sistem nilai mereka dalam standar	Kuesioner <i>kidney diseases quality of life short form</i> (KDQOLS-SF) versi 1.3 skor 0-100	Ordinal
Mekanisme Koping	proses yang digunakan untuk menangani yang menimbulkan stress.	yang individu tuntutan	Kuesioner <i>Brief Cope</i> . Menggunakan skala Likert: Selalu = 4 Sering= 3 Kadang-kadang = 2 Tidak pernah = 1	Baik = skor > 70 Buruk = skor < 70

3.10. Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan software komputer. Analisis dan penyajian data dilakukan sebagai berikut: Analisis univariat digunakan untuk menilai karakteristik demografi diantaranya jenis kelamin, usia, agama, suku, pekerjaan, pendidikan terakhir, lama menjalani hemodialisis dan distribusi masing-masing item dari kuesioner. Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan mekanisme coping dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. Normalitas Data diuji dengan uji normalitas *Saphiro wilk*. Dalam penelitian ini ditemukan distribusi data yang tidak normal maka terlebih dahulu dilakukan transformasi data, setelah data terdistribusi normal kemudian data diuji menggunakan uji korelasi pearson. Korelasi dianggap bermakna apabila $P < 0,05$.