

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Penyakit Gagal Ginjal Kronik

a. Definisi Gagal Ginjal Kronik (GGK)

Gagal ginjal kronik atau penyakit renal tahap akhir adalah merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah) (Sudoyo, 2007). Gagal ginjal kronik adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Selanjutnya, gagal ginjal adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang ireversibel, pada suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialysis atau transplantasi ginjal (Sudoyo, 2006).

Gagal ginjal kronik adalah ketidakmampuan ginjal untuk mempertahankan keseimbangan dan integritas tubuh yang muncul secara bertahap sebelum terjun ke fase penurunan faal ginjal terhadap akhir atau dapat diartikan pula sebagai semua faal ginjal secara bertahap, diikuti penimbunan sisa metabolisme protein dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit (Sukandar, 2006). Suwitra (2006)

menyebutkan bahwa gagal ginjal kronik adalah suatu proses patofisiologis dengan penyebab yang beragam, sehingga ginjal mengalami penurunan fungsi secara progresif dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal.

b. Etiologi Gagal Ginjal Kronik

Menurut Suwitra (2006) etiologi penyakit ginjal kronik sangat bervariasi antara lain sebagai berikut :

- 1) Glomerulonefritis, di perkirakan sekitar 25% menjadi penyebab utama gagal ginjal kronik (Suwitra, 2006). Glomerulonefritis merupakan proses inflamasi pada glomeruli dan dapat merusak ginjal secara perlahan. Gagal ginjal kronik bisa terjadi kemungkinan disebabkan oleh terapi glomerulonefritis yang agresif (Prinsip-prinsip Ilmu Penyakit Dalam, edisi 13).
- 2) Diabetes Melitus, merupakan salah satu penyakit yang menghambat penggunaan glukosa oleh tubuh, bila di tahan dalam darah dan tidak diuraikan, glukosa dapat bertindak sebagai racun sehingga akan merusak nefron dan menyebabkan gagal ginjal (Brunner & Suddarth, 2007).
- 3) Hipertensi merupakan salah satu penyebab utama gagal ginjal kronik yang di perkirakan sekitar 20% (Suwitra, 2006). Penyakit hipertensi dapat menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah dimana awal mulanya terjadi kerusakan vaskuler pembuluh darah, sehingga terjadi perubahan struktur pada pembuluh darah. Apabila

pembuluh darah vasokonstriksi, maka akan terjadi gangguan sirkulasi pada ginjal (Muttaqin, 2009). Menurut Alam dan Hadibroto (2007) menjelaskan bahwa ginjal bergantung dari sirkulasi darah untuk menjalankan fungsinya sebagai pembersih darah dari sampah tubuh. Apabila terjadi gangguan sirkulasi darah maka akan terjadi hipertensi kronik yang berdampak pada kerusakan ginjal dan fungsinya akan menurun.

c. Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik

Pembagian stadium gagal ginjal kronik menurut Smeltzer dan Bare (2006) adalah :

1. Stadium I, stadium I ini disebut dengan penurunan cadangan ginjal, tahap inilah yang paling ringan dimana faal ginjal masih baik. Selama tahap ini kreatinin serum dan kadar BUN (*Blood Urea Nitrogen*) dalam batas normal dan penderita asimtomatik, laju filtrasi glomerulus/*glomeruler Filtration rate* (GFR) < 50 % dari normal, bersihan kreatinin 32,5-130 ml/menit (Cut Hasna, 2010).
2. Stadium II, Stadium II ini disebut dengan insufisiensi ginjal, pada tahap ini lebih dari 75 % jaringan yang berfungsi telah rusak, GFR besarnya 25 % dari normal, kadar BUN baru mulai meningkat diatas batas normal (Chaidar, 2011)
3. Stadium III, Stadium ini disebut gagal ginjal tahap akhir atau uremia, timbul karena 90% dari massa nefron telah hancur atau sekitar 200.000 nefron yang utuh, nilai GFR nya 10% dari keadaan normal

dan kadar kreatinin mungkin sebesar 5-10 ml/menit atau kurang. Sampai stadium akhir gagal ginjal, penderita mulai merasakan gejala yang cukup parah karena ginjal tidak sanggup lagi mempertahankan homeostatis cairan dan elektrolit dalam tubuh. Penderita biasanya menjadi oliguri (pengeluaran kemih) kurang dari 500/hari karena kegagalan glomerulus meskipun proses penyakit mula-mula menyerang tubulus ginjal, kompleks perubahan biokimia dan gejala gejala yang dinamakan sindrom uremik mempengaruhi setiap sistem dalam tubuh, dengan pengobatan dalam bentuk transplantasi ginjal atau dialysis (Melti, Arthur, Firginia, 2014).

d. Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik

Patofisiologi penyakit ginjal kronik pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi kurang lebih sama. Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah (Brunner & Suddart, 2007).

Stadium yang paling dini penyakit ginjal kronik terjadi kehilangan daya cadang ginjal (*renal reserve*), pada keadaan mana basal LFG masih normal atau malah meningkat. Kemudian secara perlahan tapi pasti akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif, yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 60%, pasien masih belum merasakan

keluhan (asimtomatik), tapi sudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 30%, mulai terjadi keluhan pada pasien seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan. Sampai pada LFG di bawah 30%, pasien memperlihatkan gejala dan tanda uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual, muntah dan lain sebagainya.

Pasien juga mudah terkena infeksi seperti infeksi saluran kemih, infeksi saluran napas, maupun infeksi saluran cerna. Ketika LFG dibawah 15% akan terjadi gejala dan komplikasi yang lebih serius, dan pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy*) antara lain dialisis atau transplantasi ginjal. Keadaan ini pasien dikatakan sampai pada stadium gagal ginjal (Nova Faradilla, 2009).

2. Hemodialisis

a. Pengertian Hemodialisis

Hemodialisis adalah tindakan untuk mengambil zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebih (Smeltzer, 2007). Hemodialisis merupakan suatu proses yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir *atau end stage renal disease* (ESRD) yang memerlukan terapi jangka panjang atau permanen (Suryanto dan Madjid, 2009).

Terapi hemodialisis merupakan suatu teknologi tinggi sebagai terapi pengganti untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hydrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membrane semi permeable sebagai pemisah darah dan cairan dialisat sebagai ginjal buatan di mana terjadi proses difusi, osmosis, dan ultrafiltrasi (Setyawan, 2001).

b. Cara Kerja Hemodialisa

Hemodialisa dilakukan dengan menggunakan sebuah mesin yang dilengkapi dengan membran permeabel (ginjal buatan) yang memindahkan produk-produk limbah yang terakumulasi dari darah ke mesin dialysis (Potter & Perry, 2006). Darah dimasukkan ke salah satu ruang, sedangkan ruang yang lain diisi oleh cairan pendialisis, dan diantara keduanya akan terjadi difusi (Corwin, 2009).

Aliran darah yang penuh dengan toksin dan limbah nitrogen dialirkan dari tubuh pasien ke dialyzer tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan lagi ke tubuh pasien (Brunner & Suddart, 2007).

c. Pertimbangan Psikososial

Menurut Brunner & Suddart (2007) ada beberapa pertimbangan psikososial yang dihadapi oleh pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa antara lain :

- 1) Individu dengan hemodialisa jangka panjang sering merasa khawatir akan kondisi sakitnya yang tidak dapat diramalkan dalam kehidupannya. Pasien biasanya mengalami masalah financial, kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual yang menghilang serta impotensi, depresi akibat sakit yang kronis dan ketakutan terhadap kematian.
- 2) Pasien dengan hemodialisa akan menjalani gaya hidup yang terencana berhubungan dengan terapi dialysis dan pembatasan asupan makanan serta cairan sering menghilangkan semangat hidup pasien dan keluarga.
- 3) Dialysis yang dilakukan oleh pasien akan menyebabkan perubahan gaya hidup pada keluarga. Waktu yang diperlukan untuk terapi dialysis akan mengurangi waktu yang tersedia untuk melakukan aktivitas sosial dan dapat menciptakan konflik, frustrasi, rasa bersalah serta depresi dalam keluarga. Pasien hemodialisa akan mengalami perasaan kehilangan karena setiap aspek kehidupan normalnya yang pernah dimiliki pasien telah terganggu. Jika perasaan tersebut tidak diungkapkan, mungkin akan diproyeksikan ke dalam diri sendiri dan menimbulkan depresi, rasa putus asa serta upaya bunuh diri.

3. Depresi

a. Pengertian Depresi

Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan. Depresi sering kali berhubungan dengan berbagai masalah psikologis lain, seperti serangan panik, penyalahgunaan zat, disfungsi seksual dan gangguan kepribadian (Davison dkk, 2006). Individu yang mengalami depresi pada umumnya menunjukkan gejala psikis, gejala fisik dan sosial yang khas, seperti murung, sedih berkepanjangan, sensitive, mudah marah dan tersinggung, hilang semangat, hilangnya percaya diri, hilangnya konsentrasi, dan menurunnya daya tahan (Lubis, 2009).

Depresi merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan trias depresi, yaitu kesedihan berkepanjangan, motivasi menurun, dan kurang tenaga untuk melakukan kegiatan sehari-hari (Keliat, 2011). Depresi adalah gangguan mental umum dengan tanda kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau rendah diri, tidur terganggu atau nafsu makan menurun, energi rendah, dan hilang konsentrasi (WHO, 2014).

b. Etiologi Depresi

Etiologi depresi secara pasti belum diketahui, ada beberapa hipotesis yang berhubungan dengan faktor biologik dan psikososial.

1. Faktor Biologik

- a) Biogenik Amin. Biogenik amin ini dilepaskan dalam ruang sinaps sebagai neurotransmiter. Neurotransmiter yang banyak berperan pada depresi adalah norepinefrin dan serotonin (Idrus, 2007).
- b) Hormonal, pada depresi ditemukan hiperaktivitas aksis system limbic hipotalamus-hipofisis-adrenal yang menyebabkan peningkatan sekresi kortisol. Selain itu juga ditemukan juga penurunan hormone lain seperti GH, LH, FSH, dan testosterone (Idrus, 2007).
- c) Tidur, pada depresi ditemukan peningkatan aktivitas *rapid eye movement* (REM) pada fase awal memasuki tidur dan penurunan REM pada fase latensi (Idrus, 2007).
- d) Genetik, gangguan ini diturunkan dalam keluarga. Jika salah seorang dari orang tua mempunyai riwayat depresi maka 27 % anaknya akan menderita gangguan tersebut. Sedangkan bila kedua orang tuanya menderita depresi maka kemungkinannya meningkat menjadi 50 –75 % (Idrus, 2007).

2. Faktor Psikososial

Peristiwa kehidupan dan stres lingkungan dimana suatu pengamatan klinik menyatakan bahwa peristiwa atau kejadian dalam kehidupan yang penuh ketegangan sering mendahului episode gangguan *mood*. Suatu teori menjelaskan bahwa stres yang menyertai episode pertama akan menyebabkan perubahan fungsional neurotransmitter dan sistem pemberi tanda intra neuronal yang akhirnya perubahan tersebut menyebabkan seseorang mempunyai resiko yang tinggi untuk menderita gangguan *mood* selanjutnya (Sadock & Sadock,2010).

Menurut penelitian Bibring mengatakan depresi sebagai suatu efek yang dapat melakukan sesuatu terhadap agresi yang diarahkan kedalam dirinya. Apabila pasien depresi menyadari bahwa mereka tidak hidup sesuai dengan yang dicita-citakannya akan mengakibatkan mereka putus asa.

c. Gambaran Klinis Depresi

Penderita depresi dapat ditemukan beberapa tanda dan gejala umum menurut *Diagnostic Manual Statistic IV (DSM-IV): (American Psychiatric Association, 2000)* yaitu perubahan fisik dengan tanda penurunan nafsu makan, gangguan tidur, kelelahan atau kurang energy, agitasi, nyeri, sakit kepala tanpa penyebab fisik. Kedua adalah perubahan pikiran dengan tanda merasa bingung, lambat berpikir, sulit membuat keputusan, kurang percaya diri, merasa bersalah atau tidak

mau dikritik, dan adanya pikiran untuk membunuh diri. Ketiga, perubahan perasaan dengan ciri-ciri penurunan ketertarikan dengan lawan jenis, merasa sedih, sering menangis tanpa alasan yang jelas, iritabilitas, mudah marah dan terkadang agresif. Keempat, perubahan pada kebiasaan sehari-hari dengan tanda menjauhkan diri dari lingkungan social, penurunan aktivitas, serta menunda pekerjaan rumah.

Menurut Maslim (2002) dalam PPDGJ-III, tingkatan depresi ada 3 berdasarkan gejala-gejalanya yaitu depresi ringan, gejalanya adalah kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energy yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas, konsentrasi dan perhatian berkurang, harga diri dan kepercayaan diri yang kurang, lama gejala tersebut berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu. Depresi sedang, gejalanya adalah gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna, pandangan masa depan yang suram dan pesimistis, lama gejala berlangsung minimum 2 minggu. Depresi berat, dengan gejala mood depresif, perbuatan yang membahayakan dirinya sendiri atau bunuh diri, tidur terganggu disertai halusinasi, lama gejala berlangsung selama 2 minggu.

d. Penatalaksanaan Depresi

Penatalaksanaan depresi menurut Agus dalam Setiawan (2011) antara lain yaitu terapi keluarga, problem keluarga dapat berperan dalam perkembangan gangguan depresi, sehingga dukungan keluarga

terhadap pasien sangat penting. Tujuan dari terapi terhadap keluarga pasien yang depresi adalah untuk meredakan perasaan frustrasi dan putus asa, merubah dan memperbaiki sikap atau struktur dalam keluarga yang menghambat proses penyembuhan pasien. Terapi kognitif-perilaku, bertujuan mengubah pola pikir pasien yang selalu negative (persepsi diri yang buruk, masa depan yang suram, diri yang tak berguna lagi) ke arah pola pikir yang netral atau positif. Terapi seni menurut *The American Art Therapy Association* dalam Mukhlis (2011), terapi seni banyak digunakan sebagai sarana menyelesaikan konflik emosional, meningkatkan kesadaran diri, mengembangkan keterampilan social, mengontrol perilaku, menyelesaikan permasalahan, mengurangi kecemasan, meningkatkan harga diri dan berbagai gangguan psikologis lainnya.

Menurut Case dan Dalley dalam Mukhlis (2011), terapi seni merupakan salah satu jenis dari berbagai jenis terapi ekspresif melibatkan individu dalam aktivitas kreatif dalam bentuk penciptaan (karya atau produk) seni. Holt dan Kaiser dalam Mukhlis (2011) mengatakan bahwa melalui aktivitas seni tersebut individu diasumsikan mendapat media paling aman untuk memfasilitasi komunikasi melalui eksplorasi pikiran, persepsi, keyakinan, dan pengalaman, khususnya emosi.

e. Pengukuran Tingkat Depresi

Gejala depresi diukur menurut tingkatan sesuai dengan gejala yang termanifestasi. Jika dicurigai terjadi depresi harus dilakukan pengkajian dengan alat pengkajian yang terstandarisasi dan dapat dipercaya serta valid dan memang dirancang untuk diujikan kepada pasien depresi (Azizah, 2011)

Beck Depression Inventory (BDI) merupakan salah satu instrumen yang paling banyak digunakan untuk mengukur tingkat keparahan depresi. BDI dikembangkan untuk menilai jenis dan tingkat keparahan depresi berdasarkan gejala (Beck dalam Ahn jo et al, 2006). Instrumen ini terdiri dari 21 item yang memuat tentang kesedihan pesimisme, perasaan gagal, perasaan tidak puas, perasaan bersalah atau berdosa, perasaan dihukum, rasa benci pada diri sendiri, mudah tersinggung, menarik diri dari lingkungan sosial, tidak mampu mengambil keputusan, penyimpangan citra tubuh, kelambanan dalam bekerja, menangis, gangguan tidur, kelelahan, hilangnya nafsu makan, penurunan berat badan, kecemasan fisik, dan penurunan libido (Setiawan, 2011).

Skala BDI merupakan skala pengukuran yang mengevaluasi 21 gejala depresi, 15 di antaranya menggambarkan emosi, 4 perubahan sikap, 6 gejala somatik. Setiap gejala dirangking dalam skala intensitas 4 poin dan nilainya ditambahkan untuk memberi total nilai dari 0-63, nilai yang lebih tinggi mewakili depresi yang lebih berat. Batasan nilai

untuk depresi, 0-9 mengindikasikan tidak ada depresi, 10-18 untuk depresi ringan, 19-29 depresi sedang, dan 30-63 mengindikasikan adanya depresi berat.

4. Mekanisme Koping

a. Pengertian Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah setiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stres. Termasuk didalamnya upaya penyelesaian langsung dan mekanisme koping pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri (Stuart, 2007). Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam (Keliat, 1999 dalam Sulistiawati, 2005).

Koping merupakan respon individu terhadap situasi yang mengancam dirinya baik fisik maupun psikologik. Menurut Nasir & Muhith (2011), koping adalah proses dimana seseorang mencoba untuk mengatur perbedaan yang diterima antara keinginan (*demands*) dan pendapatan (*resources*) yang dinilai dalam suatu keadaan yang penuh tekanan. Lebih lanjut Nasir & Muhith menjelaskan koping merupakan suatu tindakan mengubah kognitif dan usaha tingkah laku untuk mengatasi tuntutan internal atau eksternal yang dinilai membebani atau melebihi sumber daya yang dimiliki individu.

b. Jenis Mekanisme Koping

Menurut Stuart (2009) mekanisme koping dibagi menjadi 3 bagian antara lain :

1) Problem Focused Coping

Problem Focused Coping merupakan mekanisme koping individu yang melibatkan tugas dan usaha langsung yang digunakan individu untuk menyelesaikan masalah itu sendiri. Termasuk dalam koping ini adalah negosiasi, konfrontasi dan menerima nasihat.

2) Cognitively Focused Coping

Cognitively Focused Coping merupakan mekanisme koping dimana reaksi individu untuk mengontrol masalah dan berusaha menetralkannya. Termasuk dalam koping ini adalah perbandingan positif, pengabaian secara selektif dan mengontrol keinginan.

3) Emotional Focused Coping

Emotional Focused Coping merupakan mekanisme koping dimana pasien berorientasi terhadap tekanan emosional. Contohnya termasuk penggunaan mekanisme pertahanan ego, seperti penyangkalan, penindasan, atau proyeksi.

Menurut (Kelliat, 1999 dalam Ihdaniyati & Arifah, 2009) mekanisme koping ada dua macam yaitu mekanisme koping adaptif, adalah suatu usaha yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah akibat adanya *stressor* atau tekanan yang bersifat positif, rasional, dan konstruktif. Kategorinya adalah berbicara dengan orang

lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktifitas konstruktif. Mekanisme koping maladaptif, suatu usaha yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah akibat adanya *stressor* atau tekanan yang bersifat negatif, merugikan dan destruktif serta tidak dapat menyelesaikan masalah secara tuntas. Kategorinya adalah makan berlebihan atau tidak makan, bekerja berlebihan, menghindar, marah-marah, mudah tersinggung, dan menyerang. Mekanisme koping yang maladaptif dapat memberikan dampak yang buruk bagi seseorang seperti isolasi diri, berdampak pada kesehatan fisik dan bahkan resiko bunuh diri.

c. Sumber Koping

Stuart dan Sundeen (2008) mengemukakan bahwa kemampuan koping dipengaruhi oleh faktor internal meliputi umur, kepribadian, intelegensi, pendidikan, nilai, kepercayaan, budaya, emosi, dan kognitif. Faktor eksternal meliputi support sistem, lingkungan, dan keadaan finansial penyakit. King dalam *Family Focus Publication of National Kidney Foundation* (2005) menyatakan bahwa salah satu cara koping yang dapat dilakukan oleh pasien GGK adalah dari segi kerohanian dengan kegiatan seperti berdo'a, meditasi, serta datang ke tempat beribadah seperti masjid, gereja sesuai dengan kepercayaan yang diyakini.

Stuart (2009) menyatakan bahwa salah satu sumber koping yaitu aset ekonomi dapat membantu meningkatkan koping individu dalam

menghadapi situasi *stressful*. Pendidikan yang tinggi dapat memiliki pengetahuan yang luas dan pemikiran yang lebih realistis dalam pemecahan masalah yaitu salah satunya tentang kesehatan sehingga dapat menerapkan gaya hidup sehat agar terhindar dari penyakit (Notoatmodjo, 2011).

d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Mekanisme Koping

- 1) Harapan akan *self-efficacy*, harapan akan self-efficacy berkenaan dengan harapan kita terhadap kemampuan diri dalam mengatasi tantangan yang kita hadapi, harapan terhadap kemampuan diri untuk menampilkan tingkah laku terampil, harapan terhadap kemampuan diri untuk dapat menghasilkan perubahan hidup yang positif.
- 2) Dukungan sosial, individu dengan dukungan sosial tinggi akan mengalami stress yang rendah ketika mengalami stress, dan mereka akan mengatasi stress atau melakukan koping lebih baik. Selain itu dukungan sosial juga menunjukkan kemungkinan untuk sakit lebih rendah, mempercepat proses penyembuhan ketika sakit dan untuk mengurangi resiko kematian terhadap penyakit yang serius. Menurut hasil penelitian membuktikan bahwa dukungan sosial juga mempunyai hubungan positif yang dapat mempengaruhi kesehatan individu dan kesejahteraannya atau dapat meningkatkan kreativitas individu dalam kemampuan penyesuaian yang adaptif terhadap stress dan rasa sakit yang dialami.

- 3) Optimisme, pikiran yang optimis dapat menghadapi suatu masalah lebih efektif dibanding pikiran yang pesimis berdasarkan cara individu melihat suatu ancaman. Pikiran yang optimis dapat membuat keadaan stressful sebagai sesuatu hal yang harus dihadapi dan diselesaikan, oleh karena itu individu akan memilih menyelesaikan dan menghadapi masalah yang ada dibandingkan dengan individu yang mempunyai pikiran pesimis.
- 4) Jenis kelamin, menurut Yin, Chen & Cheng (2008) bahwa ada perbedaan antara anak laki-laki dan perempuan dalam kontrol diri. Anak laki-laki lebih sering menunjukkan perilaku-perilaku yang dianggap sulit yaitu gembira berlebihan dan kadang-kadang melakukan kegiatan fisik yang agresif, menentang, menolak otoritas. Perempuan diberi penghargaan atas sensitivitas, kelembutan, dan perasaan kasih, sedangkan laki-laki didorong untuk menunjukkan emosinya, juga menyembunyikan sisi lembut mereka dan kebutuhan mereka akan kasih sayang serta kehangatan. Sebagian anak laki-laki, menganggap kemarahan adalah reaksi emosional terhadap rasa frustrasi yang paling diterima secara luas (Affandi, 2009).

5) **Periode Penyesuaian Psikologik**

Hemodialisis akan menjadi gaya hidup bagi pasien dan keluarganya, waktu yang dihabiskan untuk hemodialisis, berobat ke dokter, serta penyakit kronis dapat menciptakan konflik, frustrasi,

marah, dan depresi. Hal ini dapat menyulitkan pasien, pasangan dan keluarga untuk mengekspresikan perasaan (Daugirdas, 2001 dalam Pratiwi, 2008). Menurut Kubler-Ross dalam Iyus Yosep (2007) penyesuaian psikologis memiliki beberapa tahap, yaitu :

- a) Peningkaran atau *denial*, reaksi pertama individu yang mengalami kehilangan adalah syok, tidak percaya atau menolak kenyataan bahwa kehilangan itu terjadi. Bagi individu atau keluarga yang mengalami penyakit terminal, akan terus menerus mencari informasi tambahan.
- b) Marah atau *anger*, fase ini dimulai dengan timbulnya kesadaran akan kenyataan terjadinya kehilangan. Individu menunjukkan perasaan meningkat yang sering diproyeksikan kepada orang yang ada di lingkungannya, orang-orang tertentu atau ditujukan pada dirinya sendiri. Reaksi yang ditujukan pada fase ini adalah agresif, bicara kasar, menolak pengobatan dan menuduh dokter dan perawat yang tidak kompeten.
- c) Tawar-menawar atau *bargaining*, apabila individu telah mampu mengungkapkan rasa marahnya secara intensif maka ia akan maju ke tahap tawar-menawar. Pada tahap ini biasanya pasien akan mengeluarkan kata-kata seperti “seandainya dulu saya mau menjaga kesehatan”.
- d) Depresi atau *depression*, individu pada fase ini sering menunjukkan sikap antara lain menarik diri, tidak mau

berbicara, kadang-kadang bersikap sebagai pasien yang sangat baik dan menurut atau dengan ungkapan yang menyatakan keputusasaan, perasaan tidak berharga.

e) Penerimaan atau *acceptance*, fase ini berkaitan dengan reorganisasi perasaan kehilangan. Pikiran selalu terpusat kepada objek atau orang hilang akan mulai berkurang.

e. Pengukuran Mekanisme Koping

Alat ukur yang digunakan untuk mengetahui mekanisme koping yang digunakan oleh pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisa adalah *The ways of coping* yang telah dimodifikasi oleh Lita Purnama Sari (2013) yang terdiri dari 20 pertanyaan seperti yang terlampir dalam tabel berikut.

Tabel 2.1 Kisi-kisi pertanyaan tentang mekanisme koping

Jenis Koping	Indikator	Sebaran item	Jumlah
Adaptif	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Membicarakan masalah dengan keluarga ▪ Berdoa dan bertawakkal ▪ Membicarakan dengan orang yang professional ▪ Menyelesaikan permasalahan secara bertahap ▪ Meminta nasihat pada orang lain ▪ Membicarakan pada orang terdekat ▪ Berfikir masalah ini wajar karena apa yang sudah dilakukan di masa lalu ▪ Mengambil hikmah dari masalah yang dihadapi ▪ Meyakinkan diri sendiri untuk tidak khawatir ▪ Mencoba lebih baik lagi dan menerima masalah sebagai suatu pengalaman ▪ Mencoba melihat masalah dengan sudut pandang yang berbeda ▪ Meyakinkan diri sendiri bahwa masalah ini tidak terlalu penting 	1,4,5,9,12,16, 11,14,18,2,8,7	12
Maladaptif	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melampiaskan masalah dengan orang lain ▪ Menghindar dari orang lain ▪ Merahasiakan kondisi sakit ▪ Melakukan sesuatu yang berbahaya ▪ Marah dan menyalahkan orang lain ▪ Mencoba melupakan masalah ▪ Mencoba melakukan pengobatan lain ▪ Tetap beraktivitas walaupun dalam kondisi sakit 	3,6,,10,13,15,19,20,1	8
Jumlah			20

Instrumen mekanisme koping ini menggunakan skala Likert pernyataan bersifat favorabel, Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Tahu (TT), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS). Pemberian skor pernyataan yang bersifat unfavorabel, Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Tahu (TT), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS).

Kriteria pemberian skor untuk item favorabel meliputi jawaban Sangat Setuju (SS) mendapatkan nilai 5, Setuju (S) mendapat nilai 4, Tidak Tahu (TT) mendapatkan nilai 3, Tidak Setuju (TS) mendapatkan nilai 2, Sangat Tidak Setuju (STS) mendapatkan nilai 1. Kriteria pemberian skor untuk item unfavorabel meliputi jawaban Sangat Setuju (SS) mendapatkan nilai 1, Setuju (S) mendapat nilai 2, Tidak Tahu (TT) mendapatkan nilai 3, Tidak Setuju (TS) mendapatkan nilai 4, Sangat Tidak Setuju (STS) mendapatkan nilai 5. Skor total dari pernyataan favorabel adalah 60 sementara skor total dari pernyataan unfavorable adalah 40. Untuk menentukan responden yang menggunakan mekanisme koping adaptif atau maladaptif dengan melihat nilai perbandingan skor pernyataan yang lebih besar yaitu dengan menggunakan rumus sebagai berikut.

$$\text{Nilai perbandingan skor adaptif} = \frac{X}{60}$$

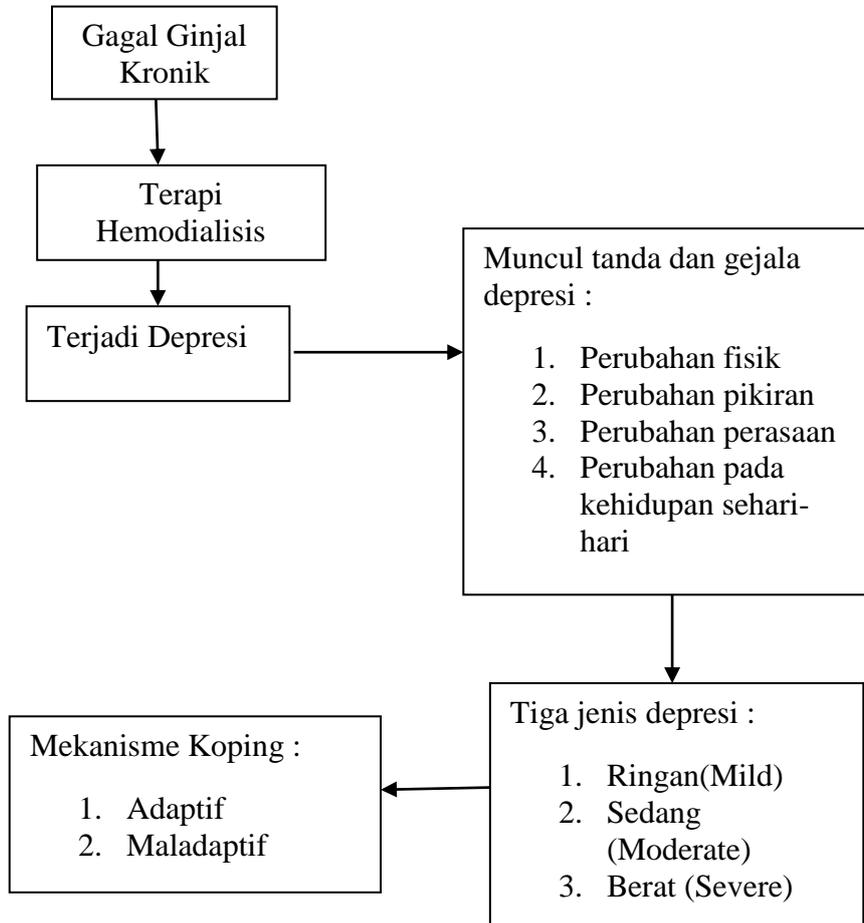
$$\text{Nilai perbandingan skor maladaptive} = \frac{Y}{40}$$

Keterangan :

x : nilai skor pernyataan adaptif

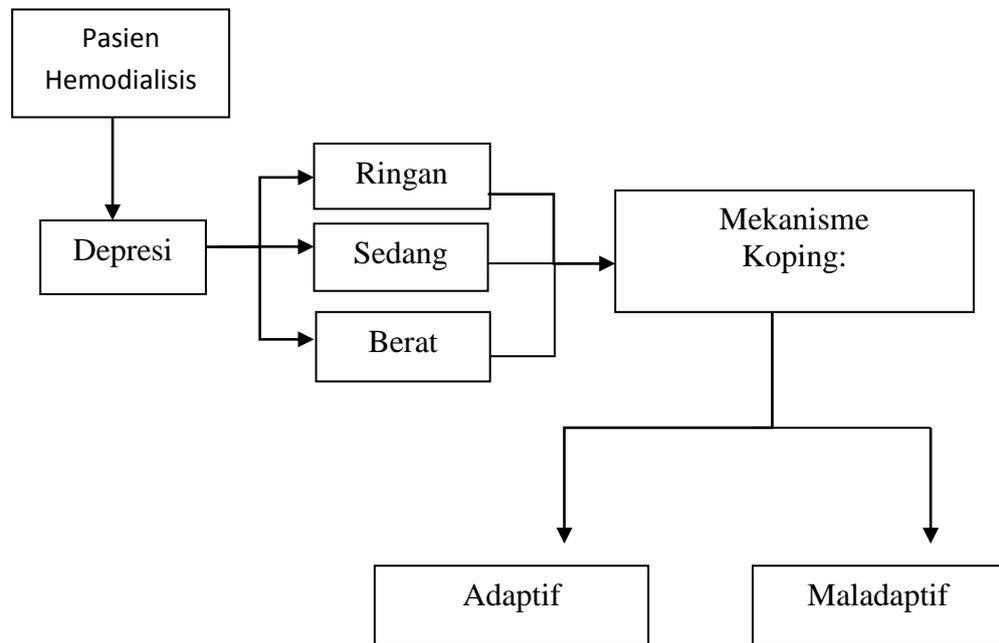
y : nilai skor pernyataan maladaptif

B. Gambar 2.1 Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori Penelitian
Sumber Modifikasi Roy (1979), Health Belief Model, dan
Thallis (1995).

C. Gambar 2.2 Kerangka Konsep



Keterangan :



= Variabel yang diteliti

A. HIPOTESIS

Ha : Terdapat hubungan tingkat depresi dengan mekanisme koping pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah II Yogyakarta.

Ho : Tidak terdapat hubungan tingkat depresi dengan mekanisme koping pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah II Yogyakarta.

