

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gagal ginjal adalah suatu kondisi dimana ginjal tidak dapat menjalankan fungsinya secara normal (Soematri, 2012). Secara global lebih dari 500 juta orang mengalami GJK, sekitar 1 juta orang harus mengalami hidup bergantung cuci darah (hemodialisa). Di negara maju, angka penderita gangguan ginjal cukup tinggi. Di Amerika Serikat misalnya 26 juta orang dewasa memiliki GJK dan jutaan lainnya berada pada peningkatan resiko (WHO, 2010). Di Indonesia, berdasarkan Pusat Data & Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia, jumlah pasien GJK diperkirakan 50 orang per satu juta penduduk, dimana 60% nya adalah usia dewasa dan usia lanjut (Agustina & Dewi, 2013).

Data dari Depkes Provinsi D.I Yogyakarta menyebutkan bahwa sepanjang tahun 2009 terdapat 461 kasus baru penyakit gagal ginjal yang terbagi atas Kota Jogja 175 kasus, kabupaten Bantul 73 kasus, Kabupaten Kulon Progo 45 kasus dan Kabupaten Sleman 168 kasus, serta pasien yang meninggal di Kota Jogja 19 orang, Bantul 8 orang, Kulon Progo 45 orang dan Sleman 23 orang (Amelia, 2014). Prevalensi kasus gagal ginjal kronik di DIY pada tahun 2015 tergolong cukup tinggi. Secara kuantitatif, angkanya memasuki peringkat terbesar kelima dari 34 provinsi di Indonesia.

Kepala bidang kesehatan masyarakat DIY mengatakan, prevalensi gagal di DIY dalam 15 tahun terakhir berada di atas angka nasional 0,2 sedangkan DIY 0,3 (Anshori, 2015). Hal ini menjadi beban bagi keluarga dan pemerintah karena sebagian besar penderita GJK yang menjalani hemodialisa adalah usia produktif dan berperan sebagai pencari nafkah keluarga.

Berbagai upaya yang dilakukan untuk mengatasi gagal ginjal kronik seperti mengatur pola makan (diet), dialisis dan transplantasi ginjal. Dialisis dibagi menjadi dua yaitu peritoneal dialisis dan hemodialisis. Penatalaksanaan yang sering dilakukan untuk penyakit gagal ginjal kronik adalah hemodialisis (Tokala, Kandow & Dundu, 2015).

Hemodialisa adalah suatu teknologi tingkat tinggi sebagai pemisah darah dan cairan dialisis pada ginjal buatan dimana terjadi proses difus, osmosis, dan ultra filtrasi (Smeltzer & Bare, 2005). Hemodialisa merupakan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) ataupun dengan penyakit stadium akhir yang membutuhkan terapi jangka panjang (Brunner & Suddart, 2002). Dari the United States Renal Data System (USRDS, 2009) menunjukkan prevalensi rate penderita penyakit ginjal kronik di Amerika Serikat sebesar 1.811 per 1 juta penduduk dan 80% menjalani terapi hemodialisis. Sedangkan di Indonesia sendiri termasuk negara dengan tingkat penderita gagal ginjal yang cukup tinggi. Berdasarkan data dari Persatuan Nefrologi Indonesia (Perneftri 2004), diperkirakan ada 70.000 penderita gagal ginjal kronik di Indonesia dan yang terdeteksi sedang menjalani hemodialisa berjumlah 4.000-5.000 penderita (Sari & dkk, 2011).

Pasien yang mengalami terapi hemodialisa mengalami perubahan dalam pola hidupnya seperti keterbatasan fungsional tubuh, ketergantungan dengan pengobatan, perasaan takut dan khawatir akan ketidakpastian tentang kematian. Selain itu juga dapat terjadi penurunan seksual serta perubahan gaya hidup yang dapat menyebabkan kecemasan pada pasien dan keluarga (Kohli, Barta, & Aggrawal, 2011).

Penderita GGK yang menjalani hemodialisa dan keluarga yang merawat harus berhadapan dengan perubahan sebagai akibat dari sakit dan terapi yang dijalannya. Pasien dan keluarga sering mengalami perubahan tingkah laku, emosional, perubahan dalam peran, citra diri, konsep diri, dan dinamika keluarga. Keluarga yang merawat mempunyai peran yang sangat besar dalam memberikan bantuan pada pasien GGK yang mengalami banyak perubahan secara fisik, psikis, sosial dan spiritual (Friedman, 1998). Keluarga harus melaksanakan tugas kesehatan keluarga yaitu memberikan bantuan perawatan bagi anggota keluarga yang sakit (Nugraha, 2011). Selain menimbulkan stres bagi pasien, hemodialisa memberi tekanan maupun stres pada keluarga karena mengambil cuti dari pekerjaan untuk mengatur perjalanan (mengantar) serta mendampingi pasien saat hemodialisa dan kehilangan waktu bekerja (Kumar, dkk. 2003).

Family caregiver yang merawat anggota keluarga yang menderita GGK yang menjalani hemodialisa juga terkena dampak yang menyulitkan. Menurut Beandland, dkk, (2005) dalam Nugraha, (2011) dampak pada *family caregiver* dalam merawat pasien GGK yang menjalani hemodialisa adalah emosional,

sosial, fisik dan keuangan. Secara emosional (psikologis) biasanya respon yang muncul adalah marah, ketakutan, depresi dan kesal/kecewa. Secara sosial adalah terbatasnya pergaulan dengan lingkungan sekitar, hilangnya *privacy*, terbatasnya kegiatan dengan anggota keluarga lain dan gangguan pola tidur. Dampak pada fisik akibat lamanya memberikan bantuan adalah arthritis, hipertensi, penyakit jantung, insomnia, sakit otot dan kelelahan. Dampak pada ekonomi adalah karena hemodialisa terjadinya ketidakstabilan keuangan (Beandlands, dkk, 2005 dalam Nugraha, 2011).

Dalam teori stres keluarga dijelaskan mengenai sebuah krisis timbul karena sumber-sumber dan strategi adaptif tidak secara efektif mengatasi ancaman-ancaman stressor, sehingga keluarga tidak terampil dalam memecahkan masalah dan keluarga menjadi kurang bermanfaat (Wardahningsi dkk, 2010). Oleh karena itu keluarga harus mempunyai upaya positif agar dapat beradaptasi dalam memecahkan masalah yang berhubungan langsung dengan setiap individu keluarga dengan menggunakan mekanisme koping keluarga. Sehingga keluarga akan berhasil dalam menghadapi tuntutan-tuntutan perubahan yang datang baik dari internal keluarga maupun eksternal.

Untuk mengatasi stres secara efektif, diperlukan mekanisme koping (penanggulangan). Strategi koping yang paling efektif dilakukan untuk mendapatkan resolusi damai. Koping adalah proses dimana seseorang mencoba untuk mengelola perbedaan yang dirasakan antara tuntutan dan sumber daya mereka dalam menilai stres (Sarafino, 2008). Usaha koping

bertujuan pada mengoreksi atau menguasai suatu masalah, tetapi hal itu juga membantu seseorang mengubah persepsinya mengenai ketidak sesuaian, toleransi atau penerimaan ancaman atau hal yang membahayakan, atau melarikan diri atau menghindari sesuatu (Lazarus dkk, 1984).

Menurut penelitian Farhan, dkk 2014, hampir seluruh keluarga (95%) mengalami tingkat stres yang sangat berat pada saat anggota keluarga di rawat. Banyaknya keluarga yang mengalami stres yang sangat berat disebabkan oleh tidak adekuatnya informasi yang didapatkan oleh keluarga, tanggungan biaya perawatan, lamanya hari perawatan pasien, dan tugas sehari-hari keluarga terganggu selama pasien dirawat.

Strategi koping keluarga dalam penelitian Retnowati, (2012) cukup menyebar. Tidak terlalu signifikan antara kecenderungan penggunaan strategi koping yang dilakukan. Sebagian keluarga cenderung menggunakan *emotion focus coping*, sebagian kecil keluarga cenderung menggunakan *problem focused coping*, dan sangat sedikit keluarga yang cenderung menggunakan kedua strategi koping tersebut. Perbedaan kecenderungan strategi koping ini disebabkan oleh adanya penilaian kognitif yang berbeda-beda dalam setiap keluarga, tingkat stres yang dialami keluarga, dan tergantung pada sumber daya yang dimiliki, yaitu kesehatan fisik, keyakinan atau pandangan positif, keterampilan memecahkan masalah, keterampilan sosial, dukungan sosial, dan materi.

Penelitian terkait stres dan koping keluarga dengan pasien GGK belum pernah ditemukan, maka dari itu penulis ingin mengetahui “Gambaran Stres

dan Mekanisme koping Pada Keluarga Pasien Dengan Gagal Ginjal Kronik di RS PKU Muhammadiyah Gamping”.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah penelitian ini adalah “bagaimana gambaran stres dan mekanisme koping pada keluarga pasien dengan gagal ginjal kronik di RS. PKU Muhammadiyah Gamping”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui bagaimana gambaran stres dan mekanisme koping pada keluarga pasien dengan gagal ginjal kronik

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui tingkat stres yang mempengaruhi keluarga dalam merawat pasien gagal ginjal kronik.
- b. Mengetahui mekanisme koping keluarga yang sering digunakan keluarga dalam merawat pasien gagal ginjal kronik.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan ilmu keperawatan keluarga, dalam merawat pasien gagal ginjal kronik di lingkungan keluarga melalui mekanisme koping yang dilakukan keluarga, memberikan sumbangsih keilmuan bagi Ilmu Keperawatan, khususnya di Program Studi Ilmu Keperawatan UMY, perawat dapat meningkatkan dan memfasilitasi koping keluarga pasien, misalnya perawat dapat membuat kelompok diskusi antara

keluarga pasien untuk saling berbagi pengalaman selama merawat anggota keluarga yang sakit.

2. Bagi Keluarga dan anggota keluarga

Penelitian ini diharapkan dapat membantu keluarga dalam memahami peran dan fungsi keluarga terhadap masalah kesehatan keluarga terutama anggota keluarga yang sakit.

3. Bagi Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan mengenai mekanisme coping keluarga dalam merawat pasien gagal ginjal kronik

4. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah wawasan baru bagi peneliti.

E. Keaslian Penelitian

1. “Strategi Coping pada *Family Caregiver* Pasien Gagal Ginjal kronis yang menjalani Hemodialisa” oleh Agustina Kartika dan Dwi Triana Kusuma, 2013. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Tipe penelitian studi kasus instrinsik. Jenis sampling yang digunakan pada penelitian ini adalah *purposive* atau *judgmental sampling*. Karakteristik subjek adalah a) anggota keluarga, b) tinggal satu rumah dengan anggota keluarga yang sakit, c) merawat anggota keluarga yang sakit sejak awal didiagnosa. Teknik penggalan data melalui wawancara secara mendalam (*depth interview*). Hasil penelitian menunjukkan bahwa *family caregiver* mengalami stres ketika merawat pasien hemodialisa. Stres yang dialami oleh *family caregiver* laki-laki dan perempuan memiliki gambaran stres yang berbeda. Perempuan, situasi stres lebih dipengaruhi oleh kekhawatiran akan kondisi kesehatan

pasien yang dirawat. Sedangkan laki-laki situasi stres dipengaruhi karena adanya tanggung jawab baru yang harus dijalani selain tanggung jawab kerja. Perbedaan antara penelitian ini dengan penelitian sebelumnya terletak pada variabelnya, penelitian sebelumnya hanya menggunakan variabel koping saja sedangkan penelitian ini menggunakan variabel stres dan koping. Teknik pengambilan sampel, penelitian sebelumnya menggunakan wawancara sedangkan penelitian ini menggunakan kuesioner. Pengambilan sampel, penelitian sebelumnya menggunakan *judgmental sampling* sedangkan penelitian ini menggunakan *total sampling*.

2. “Strategi koping keluarga dalam merawat anggota keluarga penderita skizofrenia di instalasi rawat jalan rumah sakit jiwa Provinsi Jawa Barat” oleh Reni Retnowati, Aat Sriati, dan Metty Widiastuti, 2012. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif, sampel yang diambil menggunakan teknik *consecutive sampling*. Dalam penelitian ini sebagian keluarga cenderung menggunakan *emotion focused coping*, sebagian kecil keluarga cenderung menggunakan *problem focused coping*, dan sangat sedikit keluarga yang cenderung menggunakan kedua strategi koping tersebut. Perbedaan kecenderungan pada strategi koping ini disebabkan oleh adanya penilaian kognitif yang berbeda-beda setiap keluarga, tingkat stres yang dialami keluarga, dan tergantung pada sumber daya yang dimiliki, yaitu kesehatan fisik, keyakinan atau pandangan positif, keterampilan memecahkan masalah, keterampilan sosial, dan materi. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya yaitu pada variabel independennya, variabel independen dalam penelitian ini menggunakan koping sedangkan penelitian sebelumnya menggunakan stres dan koping.