

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hemodialisa merupakan salah satu terapi untuk menggantikan fungsi ginjal. Seseorang membutuhkan dialisa ketika fungsi ginjal hanya 10 – 15%, dengan gejala mual, muntah, bengkak dan kelelahan (*National Kidney Foundation, 2015*). Pada tahun 2010, diantara 39.352 orang Kanada yang mengalami gagal ginjal, 59% (23,188) mendapat terapi dialisis (*The Kidney Foundation of Canada, 2012*). Di Indonesia, pasien yang membutuhkan cuci darah atau dialisis mencapai 150.000 orang. Namun pasien yang sudah mendapatkan terapi dialisis baru sekitar 100.000 orang. Setiap tahunnya terdapat 200.000 kasus baru gagal ginjal stadium akhir (Kompas, 2013).

Hemodialisa digunakan untuk pasien dengan sakit akut dan memerlukan dialisis jangka pendek dan untuk pasien dengan gagal ginjal atau *End Stage Renal Disease* (ESRD) yang membutuhkan jangka panjang atau terapi permanen (Brunner dan Suddarth, 2014). Pada tahun 2009, tercatat 104.252 menjadi pasien baru hemodialisa karena *End Stage Renal Disease* (ESRD) (*NxStage Medical, 2012*).

Gagal ginjal didiagnosis ketika ginjal tidak lagi berfungsi secara memadai untuk menjaga proses tubuh yang normal. Hal ini menyebabkan disfungsi di hampir semua bagian lain dari tubuh sebagai akibat dari ketidakseimbangan dalam cairan, elektrolit, dan kadar kalsium, serta gangguan pembentukan sel darah merah dan penurunan eliminasi produk limbah. Gagal ginjal kronis merupakan kerusakan ireversibel fungsi ginjal di mana tubuh tidak mampu untuk mempertahankan metabolisme cairan dan keseimbangan elektrolit. Hal ini terjadi dengan penurunan

bertahap dalam fungsi ginjal dari waktu ke waktu. Hasilnya adalah produk limbah Nitrogen dalam darah dan uremia. Penyakit ginjal kronis mempengaruhi setiap sistem tubuh (Williams dan Hopper, 2007).

Di dunia, 10% dari populasi dipengaruhi oleh penyakit ginjal kronis (CKD), dan jutaan orang meninggal setiap tahun karena mereka tidak dapat menjangkau pengobatan. Menurut *Global Burden of Disease Study*, penyakit ginjal kronis menempati peringkat 27 dalam daftar penyebab kematian di seluruh dunia tahun 1990, namun naik menjadi 18 pada tahun 2010 (*National Kidney Foundation*, 2016).

Pada pasien dengan gagal ginjal kronik, hemodialisa mencegah kematian, meskipun tidak menyembuhkan penyakit ginjal dan tidak mengkompensasi penurunan aktifitas endokrin ataupun metabolisme dari ginjal (Brunner dan Suddarth, 2014). Pasien yang menerima hemodialisa harus menjalani perawatan selama sisa hidup mereka atau sampai mereka menjalani transplantasi ginjal yang sukses. Perawatan biasanya dilakukan tiga kali seminggu selama setidaknya 3 sampai 4 jam per pengobatan (Brunner dan Suddarth, 2014).

Pasien yang mendapatkan hemodialisa, mengalami gangguan tidur yang mempengaruhi status kesehatan pasien. Hemodialisa juga membuat beberapa komplikasi seperti hipotensi, kram otot, eksanguinasi, disritimia, emboli udara, nyeri dada, *disequilibrium* dialisis (Brunner dan Suddarth, 2014). Selain itu, pasien sering mengalami banyak stresor unik sehari-hari, seperti pembatasan cairan dan pembatasan asupan makanan, pembatasan kegiatan fisik, gangguan fungsional, masalah penjadwalan sekunder untuk sesi dialisis, dan pekerjaan (Nazly, Ahmad, Musil, dan Nabolsi dalam jurnal *Hemodialysis stressors and coping strategies among Jordanian patients on hemodialysis: A qualitative study*, 2013). Diet merupakan faktor penting bagi pasien hemodialisa karena efek uremia. Tujuan terapi nutrisi

dapat meminimalkan gejala uremik dan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit; untuk mempertahankan status gizi yang baik melalui protein yang cukup, kalori, vitamin, dan asupan mineral (Brunner dan Suddarth, 2014).

Dalam menjalani hemodialisa, keputusan untuk memulai dialisis harus dicapai setelah diskusi bijaksana di antara pasien, keluarga, dokter, dan lain-lain yang sesuai. Banyak masalah yang berpotensi mengancam jiwa yang terkait dengan kebutuhan untuk dialisis (Brunner dan Suddarth, 2004). Pasien hemodialisa sering memiliki masalah keuangan, kesulitan untuk memegang pekerjaan, mudarnya hasrat seksual dan impotensi, depresi dari sakit kronis dan takut mati. Pasien yang lebih muda, khawatir tentang pernikahan, memiliki anak, dan beban yang mereka bawa ke keluarga mereka (Brunner dan Suddarth, 2004). Dialisis mengubah gaya hidup pasien dan keluarga. Jumlah waktu yang dibutuhkan untuk dialisis dan kunjungan dokter dapat membuat konflik, frustrasi, rasa bersalah, dan depresi. Akan sulit bagi pasien, pasangan, dan keluarga untuk mengekspresikan kemarahan dan perasaan negatif (Brunner dan Suddarth, 2004).

Dalam penelitian *Comparison of anxiety, depression and stress among hemodialysis and kidney transplantation patients* yang dilakukan oleh Mollahadi, Tayyebi, Ebadi dan Daneshmandi, pada tahun 2010 mengungkapkan bahwa penyakit kronis mempengaruhi kejiwaan pasien, termasuk penyakit ginjal yang menjalani dialisis atau transplantasi ginjal sangat mempengaruhi fisik dan mental pasien. Penelitian ini menyatakan dari 147 responden pasien hemodialisa yang diuji, sebesar 63,9% pasien hemodialisa mengalami kecemasan.

Kecemasan adalah sebuah emosi dan pengalaman subjektif dari seseorang. Kecemasan merupakan suatu kegiatan yang membuat seseorang tidak nyaman dan terbagi dalam beberapa tingkatan (Kusumawati dan Hartono, 2010). Kecemasan

terbagi menjadi empat tingkat yaitu kecemasan ringan, kecemasan sedang, kecemasan berat, dan panik. Kecemasan ringan; terjadi saat ketegangan hidup sehari-hari, kecemasan sedang; memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, kecemasan berat; mengurangi persepsi seseorang, dan panik; berkaitan dengan ketakutan dan teror (Stuart dalam buku *Asuhan Keperawatan Jiwa*, 2009).

Ketika mengalami kecemasan, seseorang menggunakan berbagai mekanisme koping untuk menghilangkan kecemasan (Stuart, 2016). Mekanisme koping adalah mekanisme yang digunakan individu untuk menghadapi perubahan yang diterima. Apabila mekanisme koping berhasil, maka orang tersebut akan beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi (Carlson dalam buku *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV- AIDS*, 2007).

Mekanisme koping terbagi atas dua yaitu mekanisme koping adaptif dan mekanisme koping maladaptif. Mekanisme koping adaptif adalah koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Sedangkan, mekanisme koping maladaptif adalah koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan (Stuart & Sundeen dalam jurnal *Hubungan Mekanisme Koping dengan Tingkat Stres Pada Pasien Fraktur*, 2014). Mekanisme koping terbentuk melalui proses belajar dan mengingat. Belajar yang dimaksud adalah kemampuan menyesuaikan diri atau adaptasi pada pengaruh faktor internal dan eksternal (Nursalam dalam buku *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV- AIDS*, 2007).

Ada berbagai cara yang dilakukan pasien dalam menghadapi dampak kecemasan baik secara adaptif seperti bicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik relaksasi, aktivitas, olahraga, dan lain sebagainya

atau menggunakan cara yang maladaptif seperti minum alkohol, reaksi lambat atau berlebihan, menghindari, mencederai diri atau lain sebagainya (Azizah dalam jurnal Mekanisme Koping pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Prof. Dr.R.D Kandou Manado, 2013).

Untuk kecemasan ringan, yang disebabkan oleh ketegangan hidup sehari-hari, beberapa mekanisme koping yang umum digunakan termasuk menangis, tidur, makan, menguap, tertawa, memaki, latihan fisik dan melamun. Perilaku oral, seperti merokok dan minum minuman keras, merupakan cara lain untuk mengatasi kecemasan ringan. Tingkat kecemasan sedang, berat dan panik menimbulkan ancaman yang lebih besar terhadap ego dan membutuhkan lebih banyak energi untuk mengatasi ancaman tersebut (Stuart, 2016).

Pada tingkat kecemasan sedang, dapat memotivasi pembelajaran dan perubahan perilaku. Untuk kecemasan berat, keterampilan kognitif yang mendominasi, sulit berpikir dan melakukan pertimbangan, otot-ototnya menjadi tegang, tanda-tanda vital meningkat, mondar-mandir, memperlihatkan kegelisahan, iritabilitas, dan kemarahan, atau menggunakan cara psikomotor-emosional yang sama lainnya untuk melepas ketegangan. Dalam keadaan panik, alam psikomotor-emosional individu tersebut mendominasi, disertai respon *fight, flight, atau freeze*. Lonjakan adrenalin menyebabkan tanda-tanda vital sangat meningkat, pupil membesar untuk memungkinkan lebih banyak cahaya yang masuk dan satu-satunya proses kognitif berfokus pada pertahanan individu tersebut (Videbeck, 2008). Mekanisme koping sedang, berat dan panik dikategorikan berfokus pada masalah atau tugas dan berfokus pada emosi atau ego (Stuart, 2016).

Salah satu penelitian terkait yang dilakukan di Rumah Sakit Prof. Dr.R.D Kandou Manado oleh Wurara, Kanine, E. dan Wowiling (2013), menyebutkan

bahwa pasien yang melakukan mekanisme koping maladaptif lebih banyak dibandingkan mekanisme koping adaptif dengan frekuensi 27 pasien untuk mekanisme koping adaptif dan 32 pasien untuk mekanisme koping maladaptif.

Pasien hemodialisa yang menggunakan mekanisme koping maladaptif, disebabkan oleh berbagai hal yang berpengaruh terhadap kondisi pasien, baik psikis maupun fisiknya. Rentang waktu lama menjalani terapi hemodialisis juga berpengaruh, dimana belum terbiasa dan masih beradaptasi dengan proses terapi hemodialisis dan masih kurangnya pendidikan kesehatan serta informasi yang diperlukan mengenai terapi hemodialisis. Selain itu juga pandangan yang negatif, ketidakberdayaan, keputusasaan, tidak adanya semangat untuk sembuh membuat pasien melakukan mekanisme koping maladaptif (Wurara, Kanine, dan Wowiling, 2013). Selye dalam buku *Medical surgical Nursing* (2004), memberikan daftar gangguan yang ia sebut penyakit karena maladaptasi yaitu tekanan darah tinggi, penyakit jantung dan pembuluh darah, penyakit ginjal, hipertensi kehamilan, rematik dan rheumatoid arthritis, peradangan pada kulit dan mata, infeksi, alergi dan penyakit hipersensitivitas, gangguan saraf dan mental, gangguan seksual, gangguan pencernaan, penyakit metabolik, dan kanker.

Pasien hemodialisa yang melakukan mekanisme koping adaptif merupakan pasien yang telah terbiasa dengan proses terapi hemodialisis dan juga mendapatkan dukungan keluarga yang baik dimana peran yang penting dalam memberikan pandangan atau respon adaptif bagi pasien (Wurara, Kanine, dan Wowiling, 2013). Pasien harus didorong untuk menggunakan mekanisme koping adaptif atau konstruktif (Stuart, 2016).

Dengan melihat situasi diatas peneliti tertarik untuk meneliti hubungan tingkat kecemasan dengan mekanisme koping pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Kota Bekasi.

B. Rumusan Penelitian

Dengan melihat latar belakang diatas maka peneliti merumuskan masalah sebagai berikut: Adakah hubungan tingkat kecemasan dengan mekanisme koping pasien yang menjalani hemodialisa?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum : mengetahui hubungan tingkat kecemasan dengan mekanisme koping pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Kota Bekasi.

Tujuan Khusus:

1. Untuk mengidentifikasi gambaran tentang tingkat kecemasan pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Kota Bekasi.
2. Untuk mengidentifikasi gambaran tentang mekanisme koping pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Kota Bekasi.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi RSUD Kota Bekasi

Sebagai masukan dan sumbangan pengetahuan tentang hubungan tingkat kecemasan dengan mekanisme koping pasien hemodialisa dan untuk meningkatkan pelayanan pada pasien yang menjalani hemodialisa.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan informasi terbaru tentang hubungan tingkat kecemasan dengan mekanisme koping pasien hemodialisa guna meningkatkan materi perkuliahan yang berguna untuk meningkatkan ilmu keperawatan.

3. Bagi Penelitian

Menjadi landasan penelitian mengenai hubungan tingkat kecemasan dengan mekanisme koping pasien yang menjalani hemodialisa.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini membahas tentang “Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mekanisme Koping Pasien yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Kota Bekasi”. Alasan penelitian ini dilakukan untuk melihat mekanisme koping pasien yang menjalani hemodialisa terkait adaptif atau maladaptif. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 24 - 27 Maret 2017 di RSUD Kota Bekasi dengan sasaran penelitian ditujukan pada pasien hemodialisa. Penelitian ini menggunakan penelitian dengan metode kuantitatif dengan menggunakan kuesioner sebagai alat ukur.