

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Gagal Ginjal Kronis

a. Definisi

Gagal ginjal kronis adalah destruksi struktur ginjal yang progresif dan terus menerus. Gagal ginjal kronis timbul pada individu yang rentan, nefropati analgesik, destruksi papila ginjal yang terkait dengan pemakaian harian obat-obatan analgesik selama bertahun-tahun. Apapun sebabnya, terjadi perburukan fungsi ginjal secara progresif yang ditandai dengan penurunan *Glomerulus Filter Rate* (GFR) yang progresif (Corwin, 2009).

b. Etiologi

Dari data yang dikumpulkan oleh *Indonesian renal Registry* (IRR) pada tahun 2007-2008 didapatkan urutan etiologi terbanyak sebagai berikut

- 1) *Glomerulonefritis* (25%)
- 2) Diabetes mellitus (10%)
- 3) Hipertensi (20%)
- 4) Ginjal polistik (10 %) (Roesli, 2008).

c. Patofisiologi

Secara ringkas patofisiologi gagal ginjal kronis pada fase awal gangguan, keseimbangan cairan penanganan garam, serta penimbunan zat-zat sisa masih bervariasi dan bergantung pada bagian ginjal yang sakit. Sampai fungsi ginjal turun kurang dari 25% normal, manifestasi klinis gagal ginjal kronik mungkin minimal karena nefron-nefron sisa yang sehat mengambil alih fungsi nefron yang rusak. Nefron yang tersisa meningkatkan kecepatan filtrasi, reabsorpsi, dan sekresinya, serta mengalami hipertrofi. Seiring dengan makin banyaknya nefron yang mati, maka nefron yang tersisa menghadapi tugas yang semakin berat sehingga nefron-nefron tersebut ikut rusak dan akhirnya mati. Sebagian dari siklus kematian ini tampaknya berkaitan dengan tuntutan pada nefron-nefron yang ada untuk meningkatkan reabsorpsi protein. Pada saat penyusutan progresif nefron-nefron, terjadi pembentukan jaringan parut dan aliran darah ginjal akan berkurang. Pelepasan renin akan meningkat bersama dengan kelebihan beban cairan sehingga dapat menyebabkan hipertensi. Hipertensi akan memperburuk kondisi gagal ginjal, dengan tujuan agar terjadi peningkatan filtrasi protein-protein plasma. Kondisi akan bertambah buruk dengan semakin banyak terbentuk jaringan parut sebagai respon dari kerusakan nefron dan secara progresif fungsi ginjal menurun drastis dengan manifestasi penumpukan metabolit-metabolit yang seharusnya dikeluarkan (Muttaqin, dkk, 2011).

d. Manifestasi Klinik

Manifestasi yang terjadi pada pasien Gagal Ginjal Kronik antara lain terjadi pada sistem kardiovaskuler, dermatologi, gastrointestinal, neurologis, pulmoner, musculoskeletal dan psiko-sosial (Smeltzer dan Bare, 2002).

e. Penatalaksanaan : Hemodialisa

1) Definisi

Hemodialisa adalah suatu usaha untuk memperbaiki kelainan biokimiawi darah yang terjadi akibat terganggunya fungsi ginjal, dilakukan dengan menggunakan mesin hemodialisis. Hemodialisa merupakan salah satu bentuk terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy/ RRT*) dan hanya menggantikan sebagian dari fungsi ekskresi ginjal. Hemodialisa dilakukan pada penderita Gagal Ginjal Kronik stadium V dan pada pasien dengan AKI (*Acute Kidney Injury*) yang memerlukan terapi pengganti ginjal. Menurut prosedur yang dilakukan Hemodialisa dapat dibedakan menjadi 3 (tiga) yaitu: Hemodialisa darurat/ *emergency*, Hemodialisa persiapan/ *preparative*, dan Hemodialisa kronis/ *regular* (Daugirdas dkk, 2007).

2) Prinsip hemodialisa

Menurut Callaghan (2009) perlu diketahui mengenai dua prinsip hemodialisa (HD). Prinsip HD yang diterapkan menggunakan prinsip dialisis dan hemofiltrasi.

a) Dialisis

Jika darah dipisahkan dari suatu cairan dengan membran semipermeabel maka elektrolit dan zat lain akan berdifusi melewati membran sampai tercapai keseimbangan. Hemodialisis menggunakan membran sintetik, sedangkan pada dialisis digunakan membran peritoneal.

b) Hemofiltrasi

Hemofiltrasi serupa dengan penyaringan pada glomerulus. Jika darah dipompa pada tekanan hidrostatis yang lebih tinggi daripada cairan di sisi membran lain, maka air dalam darah akan dipaksa bergerak melewati membran dengan cara ultrafiltrasi, dengan membawa serta molekul serta elektrolit dan zat terlarut lainnya.

3) Efek samping hemodialisa

Menurut James (2010) efek samping yang lazim dialami oleh pasien dengan Hemodialisa adalah sebagai berikut :

- a) Kram otot
- b) Masalah tidur
- c) Masalah dermatologi
- d) Anemia
- e) Kelebihan cairan
- f) Hiperkalemia
- g) Amilodosis
- h) Depresi

4) Komplikasi pasien hemodialisa

Menurut O'Callaghan (2009) ada beberapa komplikasi yang perlu diperhatikan dari terapi hemodialisa.

a) Komplikasi akut

(1) Hipertensi

Pergerakan darah ke luar sirkulasi menuju sirkuit dialisis dapat menyebabkan hipertensi. Dialisis awal yang terlalu agresif dapat menyebabkan *disequilibrium dialysis* (ketidakseimbangan dialisis), sebagai akibat perubahan osmotik di otak pada saat kadar ureum plasma berkurang.

(2) Nyeri kepala

Ketidakeimbangan dialisis menyebabkan efek dari tubuh penderita seperti mual, nyeri kepala hingga kejang sampai dengan koma. Nyeri kepala selama dialisis dapat disebabkan oleh efek vasodilator asetat.

(3) Gatal

Gatal selama atau sesudah hemodialisis dapat merupakan gatal pada gagal ginjal kronik yang dieksaserbasi oleh pelepasan histamin akibat reaksi alergi yang lebih luas.

(4) Hipoksemia

Hipoksemia selama dialisis dapat mencerminkan hipoventilasi yang disebabkan oleh pengeluaran biokarbonat atau pembentukan pirau dalam paru akibat perubahan vasomotor

yang diinduksi oleh zat yang diaktivasi oleh membran dialisis. Kadar kalium yang dikurangi secara berlebihan menyebabkan hipokalemia dan disrhythmia.

(5) Emboli paru

Masalah pada sirkuit dialisis dapat menyebabkan emboli paru, yang sebaiknya diobati dengan memposisikan kepala pasien di sisi kiri bawah dengan menggunakan oksigen 100%.

b) Komplikasi kronis

Masalah yang paling sering berkaitan dengan akses dan termasuk trombosis fistula, pembentukan aneurisma dan infeksi terutama dengan *graft sintetik* atau akses vena sentral sementara. Infeksi sistemik dapat timbul pada lokasi akses atau didapat dari sirkuit dialisis. Transmisi infeksi yang dilakukan melalui darah seperti virus hepatitis dan virus HIV merupakan suatu bahaya potensial. Dialisis jangka panjang sangat rentan dengan deposit protein amiloid yang mengandung mikroglobulin β_2 dapat menyebabkan sindrom terowongan karpal dan artropati destruktif dengan lesi tulang kistik. Senyawa pengikat fosfat yang mengandung aluminium dan kontaminasi aluminium dan cairan dialisis dapat menyebabkan toksisitas aluminium dengan demensia mioklonus, kejang dan penyakit tulang. Keadaan tersebut membaik dengan pemberian deforoksamin.

2. Koping

a. Definisi Koping

Menurut Lazarus dan Folkman koping adalah suatu proses dimana individu mencoba untuk mengatur kesenjangan persepsi antara tuntutan situasi yang menekan dengan kemampuan mereka dalam memenuhi tuntutan tersebut (Sarafino, 2006). Menurut Taylor koping didefinisikan sebagai pikiran dan perilaku yang digunakan untuk mengatur tuntutan internal maupun eksternal dari situasi yang menekan. Koping adalah perubahan kognitif dan perilaku secara konstan dalam upaya untuk mengatasi tuntutan internal dan atau eksternal yang melebihi kemampuan individu (Nasir dan Muhith, 2011).

b. Strategi Koping

Lazarus dan Folkman mendefinisikan strategi koping sebagai suatu proses dimana individu mencoba untuk mengelola stres yang ada dengan cara tertentu. Strategi koping adalah suatu proses di mana individu mencoba untuk mengelola jarak yang ada antara tuntutan-tuntutan (baik itu tuntutan yang berasal dari individu maupun tuntutan yang berasal dari lingkungan) dengan sumber - sumber daya yang mereka gunakan dalam menghadapi situasi *stressfull* (Smet, 1994).

c. Klasifikasi dan Bentuk Koping

1) *Problem Focused Coping* (PFC)

Menurut Flokman dan Lazarus *Problem Focused Coping* merupakan bentuk koping yang lebih diarahkan kepada upaya untuk mengurangi

tuntutan dari situasi yang penuh tekanan, artinya koping yang muncul terfokus pada masalah individu yang akan mengatasi stres dengan mempelajari cara-cara keterampilan yang baru. Individu cenderung menggunakan strategi ini ketika mereka percaya bahwa tuntutan dari situasi dapat diubah (Sarafino, 2006).

a) *Confrontative coping*

Usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang agresif, tingkat kemarahan yang cukup tinggi, dan pengambilan risiko

b) *Planful problem solving*

Usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang hati-hati, bertahap, dan analitis.

2) *Emotion Focused Coping (EFC)*

Menurut Flokman dan Lazarus *Problem Focused Coping* merupakan bentuk koping yang diarahkan untuk mengatur respon emosional terhadap situasi yang menekan. Individu dapat mengatur respon emosionalnya dengan pendekatan *behavioral* dan kognitif. Contoh dari pendekatan *behavioral* adalah penggunaan alkohol, narkoba, mencari dukungan emosional dari teman – teman dan mengikuti berbagai aktivitas seperti berolahraga atau menonton televisi yang dapat mengalihkan perhatian individu dari masalahnya. Sementara pendekatan kognitif melibatkan bagaimana individu berfikir tentang situasi yang menekan. Dalam pendekatan kognitif, individu

melakukan *redefine* terhadap situasi yang menekan seperti membuat perbandingan dengan individu lain yang mengalami situasi lebih buruk, dan melihat sesuatu yang baik diluar dari masalah. Individu cenderung untuk menggunakan strategi ini ketika mereka percaya mereka dapat melakukan sedikit perubahan untuk mengubah kondisi yang menekan (Sarafino, 2006).

a) *Self control*

Usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan

b) *Distancing*

Usaha untuk tidak terlibat dalam permasalahan, seperti menghindari permasalahan seakan tidak terjadi apa-apa atau menciptakan pandangan-pandangan yang positif, seperti menganggap masalah sebagai lelucon

c) *Positive reappraisal*

Usaha untuk mencari makna positif dari permasalahan dengan terfokus pada pengembangan diri, biasanya juga melibatkan hal-hal yang bersifat religius

d) *Accepting responsibility*

Usaha untuk menyadari tanggung jawab diri sendiri dalam permasalahan yang dihadapinya, dan mencoba menerimanya untuk membuat semuanya menjadi lebih baik.

e) *Escape/ avoidance*

Usaha untuk mengatasi situasi menekan dengan lari dari situasi atau menghindarinya dengan beralih pada hal lain seperti makan, minum, merokok, atau menggunakan obat-obatan

f) *Seeking social support*

Yaitu usaha untuk mendapatkan kenyamanan emosional dan bantuan informasi dari orang lain.

d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Strategi Koping

Menurut Lazarus dan Folkman (dalam Nasir dan Muhith, 2011) cara individu menangani situasi yang mengandung tekanan ditentukan oleh sumber daya individu yang meliputi :

1) Kesehatan fisik

Kesehatan fisik merupakan hal yang penting karena dalam usaha mengatasi stres individu dituntut untuk mengerahkan tenaga yang cukup besar.

2) Keyakinan atau pandangan positif

Keyakinan menjadi sumber daya psikologis yang sangat penting, seperti keyakinan akan nasib (*external locus of control*) yang mengerahkan individu pada penilaian ketidakberdayaan (*helplessness*) yang akan menurunkan kemampuan strategi koping.

3) Keterampilan memecahkan masalah

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk mencari informasi, menganalisa situasi, mengidentifikasi masalah dengan tujuan untuk

menghasilkan alternatif tindakan, kemudian mempertimbangkan alternatif tersebut sehubungan dengan hasil yang ingin dicapai, dan pada akhirnya melaksanakan rencana dengan melakukan suatu tindakan yang tepat.

4) Keterampilan sosial

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk berkomunikasi dan bertingkah laku dengan cara-cara yang sesuai dengan nilai-nilai sosial yang berlaku dimasyarakat.

5) Dukungan sosial

Dukungan ini meliputi dukungan pemenuhan kebutuhan informasi dan emosional pada diri individu yang diberikan oleh orang tua, anggota keluarga lain, saudara, teman, dan lingkungan masyarakat sekitarnya. Menurut Sarafino (2006) dukungan sosial adalah kenyamanan, perhatian, penghargaan, maupun bantuan dalam bentuk lainnya yang diterimanya individu dari orang lain ataupun dari kelompok. Terdapat lima bentuk dukungan sosial, yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dukungan informasi, dan dukungan kelompok.

6) Materi (ekonomi)

Dukungan ini meliputi sumber daya berupa uang, barang-barang atau layanan yang biasanya dapat dibeli. Seorang dengan status ekonomi rendah akan menampilkan bentuk coping kurang aktif, kurang

realistis, dan lebih sering menampilkan respon meolak dibandingkan dengan seseorang yang status ekonominya tinggi.

e. Hasil dari koping (*Coping Outcome*)

Koping yang efektif adalah koping yang membantu seseorang untuk menoleransi dan menerima situasi menekan, serta tidak merisaukan tekanan yang tidak dapat dikuasainya. Strategi koping perlu mengacu pada lima fungsi tugas koping yang dikenal dengan istilah *coping task*, agar koping dapat dilakukan dengan efektif (Lazarus dan Folkman dalam Nasir dan Muhith, 2011) yaitu :

- 1) Mengurangi kondisi lingkungan yang berbahaya dan meningkatkan prospek untuk memperbaikinya
- 2) Menoleransi dan menyesuaikan diri dengan kenyataan yang negative
- 3) Mempertahankan gambaran diri yang positif
- 4) Mempertahankan keseimbangan emosional
- 5) Melanjutkan kepuasan terhadap hubungannya dengan orang lain.

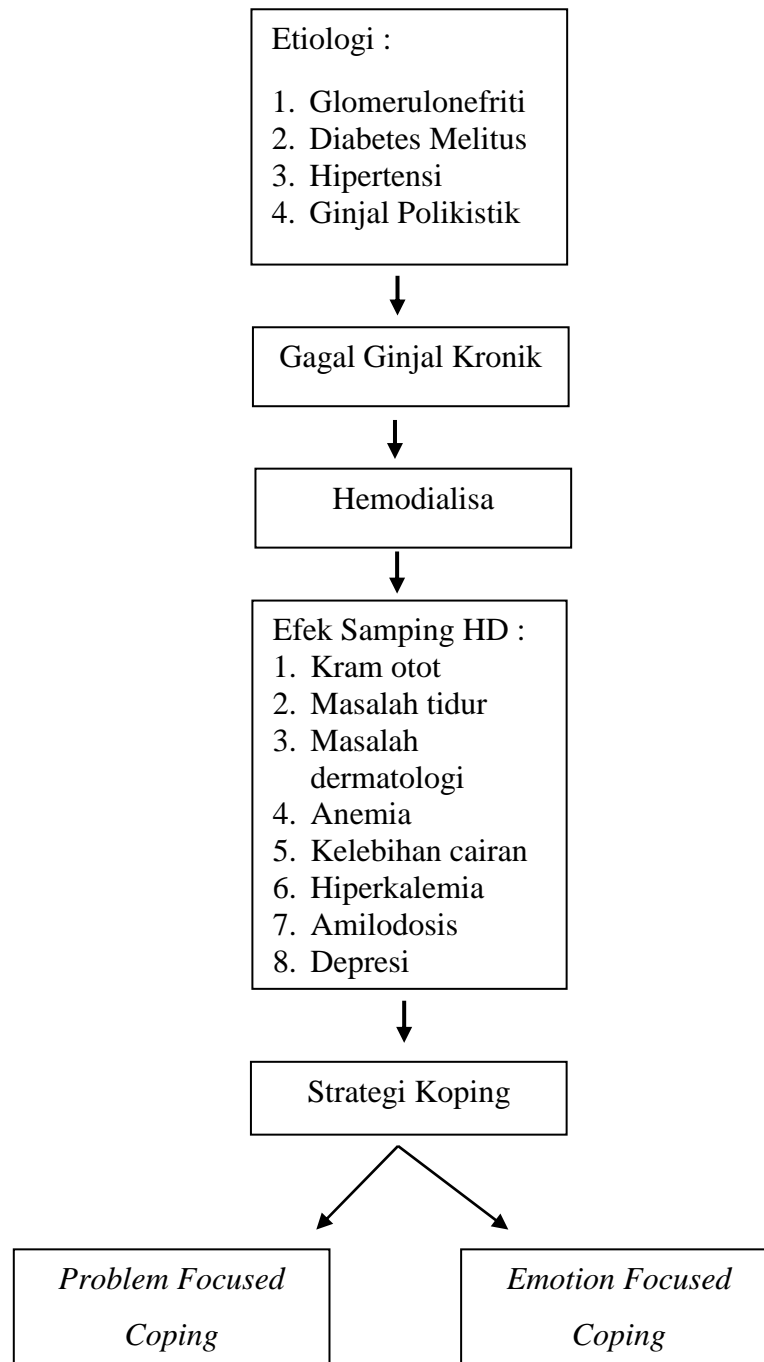
Efektifitas koping bergantung pada pemenuhan *coping task*. Setelah koping dapat memenuhi sebagian atau semua fungsi tugas tersebut, maka dapat terlihat bagaimana *coping outcome* yang dialami tiap individu. *Coping outcome* adalah kriteria hasil koping untuk menentukan keberhasilan koping. Menurut Nasir dan Muhith (2011) beberapa *coping outcome* adalah sebagai berikut :

- 1) Ukuran fungsi fisiologis, yaitu koping dinyatakan berhasil bila koping yang dilakukan dapat mengurangi indikator dan membangkitkan

(*arousal*) stres seperti menurunnya tekanan darah, detak jantung, detak nadi, sistem pernapasan.

- 2) Apakah individu dapat kembali keadaan seperti sebelum ia mengalami stress dan seberapa cepat ia dapat kembali. Koping dinyatakan berhasil bila koping yang dilakukan dapat membawa individu kembali pada keadaan seperti sebelum individu mengalami stress.
- 3) Efektifitas dalam mengurangi *psychological distress*. Koping dinyatakan berhasil jika koping tersebut dapat mengurangi rasa cemas dan depresi pada individu.

B. Kerangka Teori



Sumber : Roesli (2008), James (2010), dan Sarafino (2006)

Gambar 1. Kerangka Teori

C. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran karakteristik pasien terminal gagal ginjal kronik dengan terapi hemodialisa di RSUD Panembahan Senopati?
2. Bagaimana gambaran strategi koping pada pasien terminal gagal ginjal kronik dengan terapi hemodialisa di RSUD Panembahan Senopati berdasarkan strategi *Emotion Focused Coping*?
3. Bagaimana gambaran strategi koping pada pasien terminal gagal ginjal kronik dengan terapi hemodialisa di RSUD Panembahan Senopati berdasarkan strategi *Problem Focused Coping*?