**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN MEKANISME KOPING KLIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* YANG MENJALANI TERAPI HEMODIALISIS DI RUANG RAWAT INAP INTERNE**

**RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR**

**BUKITINGGI TAHUN 2014**

**SKRIPSI**

****

**OLEH**

**DEDI SUARDI**

**NIM : 12103084105124**

**PENDIDIKAN SARJANA KEPERAWATAN**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS**

**SUMATERA BARAT**

**TAHUN 2014**

**HALAMAN PERNYATAAN ORIGINALITAS**

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Dedi Suardi

Nomor Induk Mahasiswa : 12103084105124

Nama Pembimbing I : Ns. Mera Delima, M.Kep

Nama Pembimbing II : Ns. Falerisiska Yunere, S.Kep

Nama Penguji I : Ns. Endra Amalia, S.Kep, M.Kep

Nama Penguji II : Ns. Mera Delima, M. Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dan merupakan hasil karya sendiri serta semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk saya nyatakan dengan benar.

 Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya bersedia untuk dicabut gelar akademik yang telah diperoleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Bukittinggi, Februari 2014

Dedi Suardi

NIM. 12103084105124

**KATA PENGANTAR**

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Segala puji dan syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT, yang telah memberikan Rahmat serta karunia-Nya kepada peneliti sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini dengan judul **“ Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Mekanisme Koping Klien *Chronic Kidney Disease* Yang Menjalani Terapi Hemodialisis Di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2014”** Dalam penyusunan skripsi ini peneliti banyak mendapat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, maka dari itu pada kesempatan ini perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terima kasih kepada:

1. Bapak Yandrizal Jafri, S.Kp, M. Biomed, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Sumatera Barat.
2. Ibu Ns. Yaslina, M.Kep, Sp. Kom, selaku Ka Prodi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Sumatera Barat.
3. Ibu Ns. Mera Delima, M. Kep selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan arahan yang sangat bermanfaat bagi peneliti.
4. Bapak Ns. Falerisiska Yunere, S.Kep, selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan masukan yang sangat bermanfaat bagi peneliti.
5. Pimpinan beserta Staf RSUD Dr Acmad Mochtar Bukittinggi yang telah membantu dalam pembuatan skripsi ini.
6. Bapak dan Ibu staff pengajar di Program Studi Ilmu Keperawatan Perintis terutama perkuliahan Riset Keperawatan yang telah banyak memberikan ilmu serta bimbingan yang bermanfaat bagi peneliti.
7. Kepada seluruh mahasiswa/i STIKes Perintis Sumatera Barat khususnya angkatan 2009 S1 Keperawatan Program (B) yang telah banyak memberikan bantuan dan dorongan semangat dalam menyelesaikan pembuatan skripsi ini.
8. Teristimewa kepada Ayahanda dan Ibunda, serta saudaraku tercinta yang telah banyak memberikan bantuan, baik moril maupun materil dan dengan dorongan semangat, do’a serta kasih sayang yang tulus dalam menggapai cita-cita.

Sekalipun peneliti telah mencurahkan segenap pemikiran, tenaga dan waktu agar tulisan ini menjadi lebih baik, peneliti menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh sebab itu peneliti dengan senang hati menerima saran dan kritikan yang bersifat membangun demi untuk kesempurnaan skripsi ini.

Akhir kata pada-Nya jualah kita berserah diri semoga skripsi ini bermanfaat bagi kita semua khususnya pada profesi keperawatan. Amiin...

Wassalamuailaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

 Bukittinggi, Februari 2014

 Penulis

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN JUDUL**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**ABSTRAK**

**KATA PENGANTAR**………………………………………………………………… i

**DAFTAR ISI** ………………………………………………………………………….. iii

**DAFTAR BAGAN** ……………………………………………………………………. vi

**DAFTAR TABEL** …………………………………………………………………..... vii

**DAFTAR LAMPIRAN** …………………………………………………………......... viii

**BAB I PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang ……………………………………………………... 1
	2. Rumusan Masalah…………………………………………………... 5
	3. Tujuan Penelitian …………………………………………………... 6
		1. Tujuan Umum …………………………………………………….... 6
		2. Tujuan Khusus ……………………………………………………... 6
	4. Manfaat Penelitian …………………………………………………. 7
		1. Peneliti ……………………………………………………………... 7
		2. Institusi Pendidikan ………………………………………………... 7
		3. Tempat Penelitian ………………………………………………….. 7
	5. Ruang Lingkup Penelitian …………………………………………. 8

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. Konsep *Chronic Kidney Disease* ……………..………………..…. 9

2.1.1 Pengertian *Chronic Kidney Disease* ……………….......…………. 9

 2.1.2 Etiologi Chronic Kidney Disease ............................................... ..... 9

2.1.3 Patofisiologi Chronic Kidney Disease ............................................ 10

2.1.4 Manifestasi Klinis Chronic Kidney Disease ................................... 11

2.2 Konsep Hemodialisis ...................................................................... 12

2.2.1 Pengertian Hemodialisis ................................................................. 12

2.2.2 Prinsip-Prinsip Yang Mendasari Hemodialisis .............................. 12

2.2.3 Penatalaksanaan Pasien Menjalani Hemodialisis Jangka Panjang ... 14

2.2.4 Komplikasi ..................................................................................... 15

2.3 Konsep Stres ................................................................................... 16

2.3.1 Pengertian Stres .............................................................................. 16

2.4 Konsep Mekanisme Koping ........................................................... 17

2.4.1 Pengertian Mekanisme Koping ...................................................... 17

2.5 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Mekanisme Koping .......... 20

2.5.1 Harapan Akan *Self – Efficacy* ........................................................ 20

2.5.2 Dukungan Sosial ............................................................................ 21

2.5.3 *Optimisme* ...................................................................................... 21

2.5.4 Pendidikan ..................................................................................... 22

2.5.5 Pengetahuan ................................................................................... 22

2.5.6 Jenis kelamin ................................................................................. 23

 2.6 Perubahan Psikologis Yang Terjadi Pada Klien Hemodialisis ...... 23

 2.6.1 Kecemasan ..................................................................................... 24

 2.6.2 Dependensi .................................................................................... 24

 2.6.3 Perasaan Kehilangan ...................................................................... 25

 2.7 Periode Penyesuaian Psikologis ...................................................... 25

 2.8 Intervensi Keperawatan ................................................................... 27

 2.9 Kerangka Teori ................................................................................ 28

**BAB III KERANGKA KONSEP**

* 1. Kerangka Konsep ………………………………………………….. 29
	2. Defenisi Operasioal ………………………………………………... 31
	3. Hipotesa Penelitian ……………………………………………….... 32

**BAB IV METODE PENELITIAN**

* 1. Desain Penelitian …………………………………………………… 34
	2. Tempat dan Waktu Penelitian ……………………………………… 34
	3. Populasi, Sampel dan Teknik Sampling …………………………… 35
	4. Pengumpulan Data ………………………………………………… 37
	5. Cara Pengolahan dan Analisa Data ……………………………….. 38
	6. Etika Penelitian ……………………………………………………. 40

**BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

 5.1 Gambaran umum lokasi....................................................................... 43

 5.2 Hasil penelitian..................................................................................... 44

 5.2.1 Analisa univariat.................................................................................. 44

 5.2.2 Analisa bivariat.................................................................................... 48

 5.3 Pembahasan......................................................................................... 55

**BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN**

6.1 Kesimpulan............................................................................................ 72

 6.2 Saran...................................................................................................... 73

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**DAFTAR BAGAN**

Gambar 2.1 Kerangka Teori …………………………..................................……….. 29

Gambar 3.1 Kerangka konsep ………………………………………………………. 31

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Defenisi operasional ………………………………………………….…….. 32

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi responden menurut mekanisme koping........................... 46

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi responden menurut tingkat pendidikan........................... 46

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi responden menurut tingkat pengetahuan......................... 47

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi responden menurut harapan akan self efficacy............... 47

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi responden menurut dukungan sosial............................... 48

Tabel 5.6 Distribusi frekuensi responden menurut optimisme........................................ 48

Tabel 5.7 Distribusi frekuensi responden menurut jenis kelamin.................................... 49

Tabel 5.8 Hubungan tingkat pendidikan dengan mekanisme koping.............................. 50

Tabel 5.9 Hubungan tingkat pengetahuan dengan mekanisme koping............................ 51

Tabel 5.10 Hubungan harapan akan self efficacy dengan mekanisme koping.................. 52

Tabel 5.11 Hubungan dukungan sosial dengan mekanisme koping.................................. 53

Tabel 5.12 Hubungan optimisme dengan mekanisme koping........................................... 54

Tabel 5.13 Hubungan jenis kelamin dengan mekanisme koping...................................... 55

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Permohonan menjadi responden

Lampiran 2. Persetujuan menjadi responden (informed concent)

Lampiran 3. Kisi – kisi kuesioner

Lampiran 4. Lembaran kuesioner

Lampiran 5. Master tabel

Lampiran 6. Hasil pengolahan dan analisa data

Lampiran 7. Surat penelitian

Lampiran 8. Gant Chart

Lampiran 9. Lembaran konsultasi bimbingan

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Semakin meningkatnya arus globalisasi disegala bidang, perkembangan teknologi dan industri telah banyak membawa perubahan pada perilaku dan gaya hidup masyarakat, serta situasi lingkungan misalnya perubahan pola konsumsi makanan, berkurangnya aktifitas fisik dan meningkatnya polusi lingkungan. Perubahan tersebut tanpa disadari telah mempengaruhi terhadap terjadinya transisi epidemiologi dengan semakin meningkatnya kasus – kasus penyakit tidak menular. Penyebab terjadinya gagal ginjal 40% oleh karena diabetes melitus dan gaya hidup menyebabkan 1-2% penderita gagal ginjal meningkat setiap tahunnya (setyawati, 2007). Terutama pada masyarakat perkotaan saat ini cenderung tidak sehat seperti kurang olah raga, merokok, minum – minuman keras, makan makanan berlemak, dan berkolesterol tinggi (Nugraha, 2008).

Selain itu meningkatnya usia dan penyakit kronis yang diderita seseorang seperti hipertensi atau diabetes melitus, ginjal cenderung akan menjadi rusak dan tidak dapat dipulihkan kembali. Keracunan gula akibat diabetes akan menyebabkan kerusakan nefron, yang disebut diabetic nephropaty. Sedangkan tekanan darah tinggi pada penderita hipertensi dapat merusak jaringan pembuluh darah ginjal. Kemunduran peran nefron secara bertahap dapat menjadi semakin parah bila mengkonsumsi obat – obatan untuk mengatasi penyakit kronis tersebut dalam jangka panjang, sehingga dapat memberikan efek samping pada ginjal dan mengakibatkan gagal ginjal (Alam & Iwan, 2007).

Prosedur pengobatan yang digunakan untuk memperbaiki keadaan tersebut adalah melalui hemodialisa atau transplantasi ginjal dan susahnya pencarian donor ginjal, maka cara terbanyak yang digunakan yaitu hemodialisa (Iskandarsyah, 2006). Bagi pasien gagal ginjal, hemodialisa merupakan hal yang sangat penting karena hemodialisa merupakan salah satu tindakan yang dapat mencegah kematian. Namun demikian, hemodialisa tidak dapat menyembuhkan atau memulihkan penyakit ginjal karena tidak mampu mengimbagi hilangnya aktifitas metabolik penyakit ginjal atau endokrin yang dilaksanakan oleh ginjal dan dampak dari gagal ginjal serta terapi terhadap kualitas hidup pasien. Oleh karena itu, pada pasien yang menderita penyakit gagal ginjal harus menjalani dialisa sepanjang hidupnya (Smeltzer, Suzanne, Bare & Brenda, 2001). Menghadapi situasi yang seperti ini menimbulkan kecemasan, pola perilaku disebut mekanisme koping.

Prevalensi gagal ginjal di Amerika Serikat pada tahun 2005 adalah 485.012, insiden kejadian penyakit gagal ginjal ini sebanyak 106.912 dan kematian yang disebabkan oleh penyakit gagal ginjal ini sebesar 167,3 kematian per 1000 pasien per tahun. Tercatat ada 341.319 klien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis dengan perincian sebagai berikut: yang melakukan hemodialisis di pusat hemodialisis sebanyak 312.057, hemodialis di rumah sebanyak 2.105, dan yang melakukan peritoneal dialisis sebanyak 25.895 (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease, 2008).

Menurut daftar tabulasi dasar (DTD) di rumah sakit indonesia, pada tahun 2005, gagal ginjal menempati urutan keempat dengan jumlah kematian 3.047 atau sekitar 3.16 % dan pada tahun 2007 gagal ginjal tetap menempati urutan keempat namun jumlah kematian bertambah menjadi 3.181 atau sekitar 3.41 %. Adapun klien yang menggunakan pelayanan khusus pada tahun 2005 sebanyak 11.219 dan pada tahun 2007 bertambah menjadi 137.118 pasien. Di DKI Jakarta sendiri pasien yang menjalani hemodialisis sebanyak 17.815 pasien (Depkes RI, 2008).

Demikian juga di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, dari studi pendahuluan di rumah sakit RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pasien yang datang untuk menjalani terapi hemodialisis selalu bertambah tiap tahunnya. Pada tahun 2011 pasien yang datang untuk menjalani terapi hemodialisis sebanyak 119 pasien dan pada tahun 2012 sebanyak 125 pasien. Sedangkan pada tahun 2013 sampai dengan bulan oktober sebanyak 118 pasien (RSUD Dr. Achmad Mochtar).

Adapun reaksi yang muncul ketika seseorang didiagnosis penyakit gagal ginjal yang harus dilakukan dialisis diantaranya shock, tidak percaya, depresi, marah. Seseorang dengan penyakit gagal ginjal kronik tidak memikirkan bahwa mereka sakit dan berprilaku seperti kebiasaan sehari - hari. Masalah psikologis dan sosial harus diperhatikan karena gejala - gejala yang ditimbulkan dan juga ketidakmampuan karena sakit akan mengancam identitas, menyebabkan perubahan - perubahan dalam peran, mengubah citra tubuh dan mengganggu gaya hidup yang ada (Smeltzer et. al., 2007).

Pada pasien yang menjalani terapi hemodialisis seringkali mengalami depresi. Rata – rata depresi yang dilaporkan antara 25% (Rodin & Voshart 1987) sampai 50% (Kutner et al 1985). Depresi menunjukkan hasil yang buruk pada pasien gagal ginjal kronik. Berkenaan ditemukannya hubungan antara depresi dan kelangsungan hidup, beberapa menampilkan bahwa depresi menunjukkan angka kelangsungan hidup yang rendah (Peterson et al. 1991, Kimmel 1992). Meskipun demikian, diperkirakan sekitar 20% atau lebih kematian pada pasien gagal ginjal kronik disebabkan karena penghentian dialisis, pengambilan keputusan didasari karena depresi atau ketidakpuasan terhadap hidup (Neu & Kjellstrand 1986, Mailloux et al.1993). Hilangnya fungsi ginjal membutuhkan terapi hemodialisis yang dapat mengakibatkan perubahan dalam hidup yang dapat membuat stres dan membutuhkan koping dalam mengatasinya (Welch & Austin 2001).

Mekanisme koping yang digunakan oleh pasien hemodialisis di rumah sakit Hasan Sadikin Bandung pada tahun 2000 menurut Herwina adalah koping yang berpusat pada masalah sebanyak 26,83% yaitu konfrontasi dan perencanaan pemecahan masalah, koping yang berpusat pada emosi sebanyak 19,51% seperti mencari dukungan sosial, penerimaan, menjaga jarak, kontrol diri, penghindaran, dan penilaian positif dan yang menggunakan keduanya sebanyak 21,95% (Herwina, 2000). Sedangkan dari hasil wawancara pada 5 pasien yang menjalani terapi hemodialisis yang menjalani terapi hemodialisis di RSUD Dr. Achmad Mochtar di dapatkan koping yang digunakan diantaranya adalah penerimaan sebanyak 2 orang, penyangkalan sebanyak 2 orang, dan diam sebanyak 1 orang.

Adapun perbedaan individu dalam bereaksi terhadap stres tergantung berbagai faktor seperti harapan akan *self-efficacy*, ketahanan psikologis, dukungan sosial, dan optimisme individu dalam mengahadapi stres yang ada (Nevid ,2005). Pertahanan psikologis bisa terlihat dari reaksi pertahanan jiwa terhadap ketergantungan dialisis berupa penginkaran, rasa marah, depresi, kompromi interpersonal, menerima kesalahan, isolasi, regresi, dan akhirnya menerima (Sadock, 1989 dalam Herwina, 2000).

Perasaan kehilangan yang terjadi pada diri pasien tidak boleh diabaikan karena setiap aspek dari kehidupan normal yang pernah dimiliki pasien terganggu. Rasa kehilangan yang terjadi dapat menyebabkan rasa frustasi, marah, serta upaya untuk bunuh diri. Jika rasa marah tersebut tidak diungkapkan, mungkin perasaan ini akan diproyeksikan ke dalam diri sendiri dan menimbulkan depresi, rasa putus asa serta upaya bunuh diri, insiden bunuh diri meningkat pada pasien – pasien dialisis. Jika rasa marah tersebut diproyeksikan kepada orang lain, hal ini dapat menghancurkan hubungan keluarga (Smeltzer & Barre, 2002).

Berdasarkan study pendahuluan yang peneliti lakukan, didapatkan hasil wawancara pada 5 orang pasien hemodialisis di RSUD D.r Achmad Mochtar didapatkan penggunaan mekanisme koping yang berbeda. Sebagian pasien sudah menerima keadaan mereka tapi ada beberapa pasien yang masih menyangkal dan bersikap diam untuk menghadapi masalah yang sedang mereka hadapi. Kondisi pasien seperti tersebut, menarik perhatian peneliti sebagai calon tenaga keperawatan dimana keperawatan sebagai profesi adalah unik karena keperawatan ditujukan kepada berbagai respon individu dan keluarga terhadap masalah kesehatan yang dihadapinya (Potter & Perry, 2009).

Depresi merupakan hal yang dapat terjadi pada pasien hemodialisis, tetapi faktor – faktor apa saja yang berhubungan dengan mekanisme koping belum sepenuhnya diteliti. Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk mengetahui faktor – faktor yang berhubungan dengan mekanisme koping pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.

* 1. **Rumusan Masalah**

Rumusan masalah penelitian ini adalah apa saja faktor – faktor yang berhubungan dengan mekanisme koping klien *chronic kidney disease* yang menjalani terapi hemodialisis di ruang rawat inap interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi tahun 2014.

**1.3 Tujuan Penelitian**

**1.3.1 Tujan umum**

Untuk mengetahui Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Mekanisme Koping Klien *Chronic Kidney Disease* Yang Menjalani Terapi Hemodialisis Di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi tahun 2014.

**1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus pada penelitian ini adalah untuk mengetahui:

1. Mengidentifikasi gambaran mekanisme koping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.
2. Mengidentifikasi faktor harapan akan *self – efficacy* klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.
3. Mengidentifikasi faktor dukungan sosial klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.
4. Mengidentifikasi faktor *optimisme* klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.
5. Mengidentifikasi faktor jenis kelamin klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.
6. Mengidentifikasi faktor tingkat pendidikan klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.
7. Mengidentifikasi faktor tingkat pengetahuan klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.
8. Mengidentifikasi hubungan antara harapan akan *self – efficacy* dengan mekanisme koping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.
9. Mengidentifikasi hubungan antara dukungan sosial dengan mekanisme koping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.
10. Mengidentifikasi hubungan antara *optimisme* dengan mekanisme koping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.
11. Mengidentifikasi hubungan antara jenis kelamin dengan mekanisme koping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.
12. Mengidentifikasi hubungan antara tingkat pendidikan dengan mekanisme koping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.
13. Mengidentifikasi hubungan antara tingkat pengetahuan dengan mekanisme koping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.

**1.4 Manfaat Penelitian**

**1.4.1 Bagi Peneliti**

Menambah pengetahuan penelti tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan mekanisme koping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis dan mengembangkan kemampuan peneliti dalam membuat laporan penelitian.

**1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Dapat dijadikan masukan dalam bidang ilmu terkait dan dapat dipergunakan oleh pihak lain sebagai bahan perbandingan untuk peneliti selanjutnya, khususnya tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan mekanisme koping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.

**1.4.3 Bagi Institusi Tempat Penelitian**

Sebagai bahan masukan bagi petugas kesehatan tentang apa faktor – faktor yang berhubungan dengan mekanisme koping klien chronic kidney disease yang menjalani terapi hemodialisis dan membantu perawat untuk mengajarkan penggunaan mekanisme koping yang adaptif pada klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.

**1.5 Ruang Lingkup Penelitian**

Ruang lingkup penelitian ini adalah faktor – faktor yang berhubungan dengan mekanisme koping klien chronic kidney disease yang menjalani terapi hemodialisis di ruang rawat inap interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi Tahun 2014. Dalam penelitian ini variabel independennya faktor – faktor yang berhubungan dengan mekanisme koping seperti harapan akan self – efficacy, dukungan sosial, optimisme, tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan dan jenis kelamin. Sedangkan variabel dependennya adalah mekanisme koping baik adaptif maupun maladaptif. Responden pada penelitian ini adalah pasien gagal ginjal kronik di ruang rawat inap interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2014. Pada tahun 2012 pasien CKD berjumlah 124 orang. Penelitian ini akan dilakukan pada bulan Januari sampai Februari 2014. Metoda penelitian yang digunakan adalah *korelasi* yang menelah hubungan antara dua variabel dari sekelompok subjek. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*, dimana pengumpulan data variabel independen dan dependen dilakukan secara bersamaan atau sekaligus, pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan teknik *non probability* jenis *accidental sampling.*

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

**2.1 Konsep *Chronic Kidney Disease***

**2.1.1 Pengertian *Chronic Kidney Disease***

*Chronic kidney disease* adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolit (toksik uremik) di dalam darah (Arif Muttaqin & Kumala Sari, 2011).

Gagal ginjal kronis *(chronic renal failure)* adalah kerusakan ginjal progresif yang berakibat fatal dan di tandai dengan uremia (urea dan limbah nitrogen lainnya yang beredar dalam darah serta komplikasinya jika tidak dilakukan dialisis atau transplantasi ginjal) (Nursalam & Fransisca, 2009).

Menurut Tjokronegoro dan Utama (2004), penyakit gagal ginjal kronik merupakan suatu proses patofisiologi dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal.

**2.1.2 Etiologi *Chronic Kidney Disease***

Begitu banyak kondisi klinis yang bisa menyebabkan terjadinya chronic kidney disease. Akan tetapi, apapun sebabnya, respon yang akan terjadi adalah penurunan fungsi ginjal secara progresif. Kondisi klinis yang memungkinkan dapat mengakibatkan CKD bisa disebabkan dari ginjal sendiri dan diluar ginjal.

1. Penyakit dari ginjal
2. Penyakit pada saringan (glomerulus): glomerulonefritis
3. Infeksi kuman: pyelonefritis
4. Batu ginjal: nefrolitiasis
5. Kista diginjal: polcystis kidney
6. Trauma langsung pada ginjal
7. Keganasn pada ginjal
8. Sumbatan: batu, tumor, penyempitan atau striktur
9. Penyakit umum diluar ginjal
10. Penyakit sistemik: diabetes melitus, hipertensi, kolesterol tinggi
11. Dyslipidemia
12. SLE
13. Infeksi di badan: TBC paru, sifilis, malaria, hepatitis
14. Preeklamsi
15. Obat – obatan
16. Kehilangan banyak cairan yang mendadak (luka bakar)

(Arif Muttaqin & Kumala Sari, 2011)

**2.1.3 Patofisilogi *Chronic Kidney Disease***

Secara ringkas patofisiologi gagal ginjal kronik di mulai 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 respons dari kerusakan nefron dan secara progresif fungsi ginjal menurun drastis dengan manifestasi penumpukan metabolit-metabolit yang seharusnya dikeluarkan dari sirkulasi sehingga akan terjadi sindrom uremia berat yang memberikan banyak manifestasi pada setiap organ tubuh (Arif Muttaqin & Kumala Sari, 2011).

**2.1.4 Manifestasi Klinis *Chronic Kidney Disease***

1. Gastrointestinal: ulserasi saluran pencernaan dan pendarahan
2. Kardiovaskular: Hipertensi, perubahan elektro kardiografi (EKG), perikarditis, efusi perikardium, dan tamponade perkardium.
3. Respirasi: edema paru, efusi pleura, dan pleuritis.
4. Neuromuskular: lemah, gangguan tidur, sakit kepala, letargi, gangguan muskular, neuropati perifer, bingung dan koma.
5. Metabolik atau endokrin: inti glukosa, hiperlipidemia, gangguan hormon seks menyebabkan penurunan libido, impoten dan amnenorhoe (wanita).
6. Cairan elektrolit: gangguan asam basa menyebabkan kehilangan sodium sehingga terjadi dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipermagnesemia, dan hipoklasemia.
7. Dermatologi: pucat, hiperpigmentasi, pluritis, eksimosis dan *uremia frost*.
8. Abnormal skeletal: osteodistrofi ginjal menyebabkan osteomalasia.
9. Hematologi: anemia, defek kualitas flatelat, dan perdarahan meningkat.
10. Fungsi psikososial: perubahan kepribadian dan perilaku serta gangguan proses kognitif (Nursalam & Fransisca, 2009).

**2.2 Konsep Hemodialisis**

**2.2.1 Pengertian Hemodialisis**

Hemodialisa berasal dari kata hemo = darah, dan dialisa = pemisahan atau filtrasi. Hemodialisis adalah suatu metode terapi dialisis yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dari dalam tubuh ketika secara akut ataupun secara progresif ginjal tidak mampu melaksanakan proses tersebut (Arif Muttaqin & Kumala Sari, 2011).

Terapi hemodialisis adalah suatu teknologi tinggi sebagai terapi pengganti untuk mengeluarkan sisa – sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hidrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat – zat lain melalui membran semi permeabel sebagai pemisah darah dan cairan dialisat pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultra filtrasi (Setyawan, 2001).

Hanya pada teknik cuci darah hemodialisis itulah, darah sipenderita perlu dikeluarkan dari pembuluh darahnya (biasanya dari nadi pergelangan tangan atau pergelangan kaki), disalurkan lewat selang atau pipa menuju kemesein pencuci darah. Setelah darah diedarkan dalam mesin, kemudian dikembalikan lagi kedalam tubuh lewat pembuluh balik dipergelangan tangan atau kaki tadi (dr. Willie Japaries, 1992).

**2.2.2 Prinsip-Prinsip Yang Mendasari Hemodialisis**

Tujuan hemodialisis adalah untuk menambil zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah yang mengeluarkan air yang berlebihan. Pada hemodialisis, aliran darah yang penuh dengan toksik dan limbah nitrogen dialihkan dari tubuh pasien ke dialiser tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan lagi ketubuh pasien (Alam & Iwan, 2007).

Ada tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis, yaitu: difusi, osmosis, dan ultrafiltrasi. Toksik dan zat limbah didalam darah dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi kecairan dialisat yang berkonsentrasi lebih rendah. Cairan dialisat tersusun dari semua elektrolit yang penting dengan konsentrasi ekstrasel yang ideal. Kadar elektrolit darah dapat dikendalikan dengan mengatur rendaman dialisat (dialysate bath) secara tepat (pori-pori kecil dalam membran semipermiabel tidak kemungkinan lolosnya sel darah merah dan protein (Alam & Iwan, 2007).

Air yang berlebihan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradien tekanan dengan kata lain, air bergerak dari daerah dengan tekanan yang lebih tinggi (tubuh pasien) ketekanan yang lebih rendah (cairan dialisat). Gradien ini dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negatif yang dikenal sebagai ultrafiltrasi pada mesin dialisis. Tekanan negatif diterapkan pada alat ini sebagai kekuatan pengisap pada membran dan memfasilitasi pengeluaran air. Karena pasien tidak dapat mengeksresikan air, kekuatan ini diperlukan untuk mengeluarkan cairan hingga tercapai isovolemia (keseimbangan cairan) (Alam & Iwan , 2007).

*Buffer system* tubuh dipertahankan dengan penambahan asetat yang akan berdifusi dengan cairan dialisat kedalam darah pasien dan mengalami metabolisme untuk membentuk bikarbonat. Darah yang sudah dibersihkan kemudian dikembalikan kedalam tubuh melalui pembuluh vena pasien (Bruner & Suddart, 2001).

Pada akhir terapi dialisis, banyak zat limbah telah dikeluarkan, keseimbangan elektrolit sudah dipulihkan dan sistem dapat juga telah diperbaharui (Bruner & Suddart, 2001).

**2.2.3** **Penatalaksanaan Pasien Yang Menjalani Hemodialisis Jangka Panjang**

a. Diet dan masalah cairan

Diet merupakan faktor penting bagi pasien yang menjalani hemodilisis mengingat adanya efek uremia. Apabila ginjal yang rusak tidak mampu mengekskresikan produk akhir metabolisme, substansi yang bersifat asam ini akan bertumpuk dalam serum pasien dan bekerja sebagai racun. Gejala yang terjadi akibat penumpukan tersebut secara kolektif dikenal sebagai gejala uremik dan akan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Penumpukan cairan juga dapat terjadi dan dapat mengakibatkan gagal jantung kongestif serta edema paru. Dengan demikian, pembatasan cairan juga merupakan bagian dari resep diet untuk pasien ini (Bruner & Suddart, 2001).

b. Pertimbangan medikasi

Banyak obat yang diekskresikan seluruhnya atau sebagian melalui ginjal. Pasien yang memerlukan obat –obatan (preparat glikosida jantung, antibiotik, antiaritmia, antihipertensi) harus pantau dengan ketat untuk memastikan agar kadar obat – obat ini dalam darah dan jaringan dapat dipertahankan tanpa menimbulkan akumulasi toksik (Bruner & Suddart, 2001).

Beberapa obat akan dikeluarkan dari darah pada saat dialisis, oleh karena itu, penyesuaian dosis oleh dokter mungkin diperlukan. Obat – obat yang terikat dengan protein tidak akan dikeluarkan selama dialisis. Pengeluaran metabolit obat yang lain bergantung pada berat dan ukuran molekulnya (Bruner & Suddart, 2001).

**2.2.4 Komplikasi**

Meskipun hemodialisis dapat memperpanjang usia tanpa batas yang jelas, tindakan ini tidak akan mengubah perjalanan alami penyakit ginjal yang mendasari dan juga tidak akan mengembalikan seluruh fungsi ginjal. Pasien tetap akan mengalami sejumlah permasalah dan komplikasi. Komplikasi terapi dialisis sendiri dapat mencakup hal – hal berikut (Bruner & Suddart, 2001):

1. Hipotensi, dapat terjadi selama terapi dialisis ketika cairan dikeluarkan
2. Emboli udara, merupakan komplikasi yang jarang tetapi dapat saja terjadi jika udara memasuki sistem vaskuler pasien
3. Nyeri dada dapat terjadi karena pCO2 dengan terjadinya sirkulasi darah diluar tubuh
4. Pruritus dapat terjadi selama terapi dialisis ketika produk akhir metabolisme meninggalkan kulit
5. Gangguan keseimbangan dialisis terjadi karena perpindahan cairan cerebral dan muncul sebagai serangan kejang. Komplikasi ini kemungkinan terjadi lebih besar jika terdapat gejala uremia yang berat
6. Kram otot yang nyeri, terjadi ketika cairan dan elektrolit dengan cepat meninggalkan ruang ekstrasel
7. Mual dan muntah, merupakan peristiwa yang sering terjadi.

Adanya perubahan yang terjadi dalam hidup pada pasien hemodialisis dapat menyebabkan stres.

**2.3 Konsep Stres**

**2.3.1 Pengertian Stres**

Kami mendefinisikan stres sebagai ketidakmampuan mengatasi ancaman yang dihadapi oleh mental, fisik, emosional, dan spiritual manusia, yang pada suatu saat dapat mempengaruhi kesehatan fisik manusia tersebut (National Safety Council, 2003).

Stres adalah realitas kehidupan setiap hari yang tidak dapat dihindari. Stres disebabkan oleh perubahan yang memerlukan penyesuaian. Sering dianggap kejadian atau perubahan negatif yang dapat menimbulkan stres, misalnya cedera, sakit atau kematian orang yang dicintai, padahal perubahan positif juga dapat menimbulkan stres, seperti naik pangkat, perkawinan. Jatuh cinta dapat menimbulkan stres sama dengan putus cinta. Stres bukan sesuatu hal yang buruk dan menakutkan tetapi bagian kehidupan (Keliat, 1997).

Menurut Kuntjoro (2009) keadaan stres dapat berlangsung lambat atau cepat tergantung dari tiga kemungkinan. Pertama terjadi perubahan ke arah penyesuaian diri sehingga individu menjadi lebih matang, lebih kuat, lebih tangguh, dan terintegrasi. Kedua terjadi penolakan sehingga kalau ada perubahan hanya sedikit dan justru individu akan menjadi rentan terhadap stress, sehingga cenderung menghindar dan bermanifestasi dalam berbagai perilaku defensif, seperti proyeksi, rasionalisasi, kompensasi dan sejenisnya. Ketiga terjadi distres karena tidak mampu menghadapi stress yang melebihi kemampuannya untuk berubah.

Menurut Lubis (2007) stress menandakan adanya tuntutan internal dan eksternal untuk berubah atau melawan perubahan karena adanya risiko, ancaman, dan bahaya. Dalam mempertahankan hidupnya manusia senantiasa berusaha untuk menghindari dan mengatasi stress yang ada dalam hidupnya. Papalia (2002), mengatakan bahwa stres adalah reaksi fisik dan psikologik individu karena kesulitan untuk memenuhi kebutuhan hidup yang diperlukan. Reaksi individu untuk mengatasi kesulitan tersebut, menurut (Schwarzer 1996, dalam Snyder & Lopez, 2003) disebut sebagai *reactive coping*.Proses untuk menghadapi dan mengatasi stress, sehingga terhindar dari ancaman dan bahaya atau terhindar distress, disebut mekanisme koping.

**2.4 Konsep Mekanisme Koping**

**2.4.1 Pengertian Mekanisme Koping**

Setiap orang akan mempunyai berbagai perilaku dalam menghadapi stres untuk menghadapi situasi yang menimbulkan kecemasan, pola perilaku ini disebut mekanisme koping (Barlow & Durand, 2002).

Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam (Keliat, 1999).

Menurut stuart (2002), mekanisme koping adalah tiap upaya yang ditujukan untuk penatalaksanaan stress, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan ego yang digunakan untuk melindungi diri.

Koping bukanlah tindakan yang diambil individu dalam satu waktu, lebih tepatnya koping adalah suatu set dari respons yang terjadi tiap waktu, dimana lingkungan dan individu saling mempengaruhi (Taylor, 2003).

Lazarus dan para koleganya mengidentifikasi dua dimensi koping (Davison, 2004).

1. **Koping yang berfokus pada masalah (*Problem – focused coping*),** mencakup bertindak secara langsung untuk mengatasi masalah atau mencari informasi yang relevan dengan solusi yaitu:
2. Konfrontasi

Dicirikan dengan usaha untuk mengubah situasi atau keadaan.

1. Perencanaan masalah

Menggambarkan pertimbangan, usaha – usaha yang difokuskan pada masalah untuk mencari jalan keluar.

1. Mencari dukungan sosial

Dicirikan dengan usaha untuk memperoleh kenyamanan emosional dan informasi dari orang lain.

Pada koping yang berfokus pada masalah, orang menilai stressor yang mereka hadapi dan melakukan sesuatu untuk mengubah stressor atau memodifikasi reaksi mereka untuk meringankan efek dari stessor tersebut. Koping yang berfokus pada masalah melibatkan strategi untuk menghadapi secara langsung sumber stress, seperti mencari informasi tentang penyakit dengan mempelajari sendiri atau melalui konsultasi medis. Pencarian informasi membantu individu untuk tetap bersikap optimis karena dengan pencarian informasi tersebut timbul harapan akan mendapatkan informasi yang bermanfaat (Nevid, 2005).

1. **Koping yang berfokus pada emosi (*emotion – focused coping*)** merujuk pada berbagai upaya untuk mengurangi berbagai reaksi emosional negatif terhadap strees yaitu:
2. Penerimaan

Menggambarkan penerimaan akan keadaan.

1. Menjaga jarak

Menggambarkan usaha – usaha untuk melepaskan atau memisahkan diri dari keadaa yang stressful.

1. Kontrol diri

Menggambarkan usaha – usaha untuk mengatur perasaan atau diri sendiri.

1. Penghindaran

Menggambarkan akan harapan atau usaha untuk lari atau menghindar dari situasi.

1. Penilaian positif

Dicirikan dengan usaha – usaha untuk menemukan arti positif dalam pengalaman yang terjadi.

Pada koping yang berfokus pada emosi, orang berusaha segera mengurangi dampak stressor, dengan menyangkal adanya stressor atau menarik diri dari situasi. Penyangkalan dapat membahayakan kesehatan, terutama bila penyangkalan tersebut membuat seseorang menghindar dari atau tidak mematuhi penanganan medis yang dibutuhkan. Seperti halnya penyangkalan, menghindar membuat orang tidak mematuhi penanganan medis, yang dapat memicu memburuknya kondisi medis mereka. Namun koping yang berfokus pada emosi tidak menghilangkan stressor atau tidak juga membantu individu dalam mengembangkan cara yang lebih baik untuk mengatur stressor.

Cara koping yang paling mendasar, yaitu yang berfokus pada masalah dan yang berfokus pada emosi, adalah cara – cara umum yang dilakukan orang untuk merespons penyakit (Nevid, 2005).

Perbedaan individu juga mempengaruhi strategi koping apa yang digunakan. Beberapa karakteristik pribadi seseorang membuat keadaan yang stresful bertambah buruk, meskipun bagi yang lain dapat membuat lebih baik. Individu yang memiliki pengaruh negatif menunjukkan distress, ketidaknyamanan, dan ketidakpuasan terhadap keadaan (George & Webster, 1990).

Ketika mengalami stress, individu menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya, ketidakmampuan mengatasi stress secara konstruktif merupakan penyebab utama terjadinya perilaku patologis (Stuart, 2007). Koping dapat adaptif atau maladaptif. Koping adaptif mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang, dan aktivitas konstruktif. Koping maladaptif menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cendrung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah makan berlebihan atau tidak makan, bekerja berlebihan, menghindar (Stuart & Sundeen, 1995).

Respon yang maladaptif merupakan respon yang tidak menunjukkan kearah penyesuaian diri atau adaptasi. Pencapaian dari adaptasi adalah sehat fisik (kesehatan yang optimal), sehat secara psikologis atau memiliki perasaan yang baik (kebahagiaan, kepuasan terhadap hidup), dan menambah fungsi sosial termasuk pekejaan, kehidupan sosial, dan keluarga (hubungan yang positif). Respon maladaptif yang mengancam pencapaian adaptasi ini termasuk penghargaan yang salah dan ketidaktepatan koping (Lazarus, 1991).

**2.5 Faktor – faktor yang mempengaruhi mekanisme koping**

**2.5.1 Harapan akan *self – efficacy***

Keyakinan seseorang akan kemampuannya untuk menghasilkan sesuatu yang positif pada setiap aktivitas mereka sendiri (Bandura, 1997). *Self efficacy* merupakan unsur paling penting dari perilaku seseorang untuk memilih apa yang ia inginkan dan berapa banyak kekuatan yang mereka keluarkan dalam menghadapi kesulitan dan tantangan.

**2.5.2 Dukungan sosial**

Peran dukungan sosial sebagai penahan munculnya stress telah dibuktikan kebenarannya (Wills & Fegan, 2001). Para penyelidik percaya bahwa memiliki kontak sosial yang luas membantu melindungi sistem kekebalan tubuh terhadap stress. Para peneliti di Swedia dan Amerika menemukan bahwa orang – orang dengan tingkat dukungan sosial yang lebih tinggi kelihatannya akan hidup lebih lama.

Menurut Taylor (1999) individu dengan dukungan sosial tinggi akan mengalami stress yang rendah ketika mereka 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, selain itu dukungan sosial juga memiliki hubungan dengan penyesuaian yang baik untuk dan atau proses penyembuhan yang lebih cepat dari penyakit ginjal (Taylor, 1999).

Begitu pula menurut hasil penelitian Foote (1990) dalam tamanampo (2000) membuktikan bahwa dukungan sosial juga mempunya 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.

**2.5.3 *Optimisme***

Sebuah penelitian menunjukkan adanya hubungan antara optimisme dengan kesehatan yang lebih baik. Misalnya individu yang mempunyai pikiran lebih pesimis selama masa sakitnya akan lebih menderita dan mengalami distress (Gill dkk, 1990). Pikiran – pikiran pesimistis misalnya “saya tidak dapat melakukan apa – apa lagi” “tidak ada orang yang peduli pada penderitaanku” dan tidak adil kalau saya harus hidup seperti ini “ (Nevid, 2005).

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 yang stresful sebagai sesuatu hal yang harus dihadapi dan diselesaikan, oleh karena itu, individu lebih akan memilih menyelesaikan dan menghadapi masalah yang ada dibandingkan dengan individu yang mempunyai pikiran yang pesimis (Matthews,Ellyn E & Cook, Paul F, 2008).

**2.5.4 Pendidikan**

Pendidikan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan – tindakan (praktik) untuk memelihara (mengatasi masalah – masalah), dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu tingkat pendidikan individu memberikan kesempatan yang lebih banyak terhadap diterimanya pengetahuan baru termasuk informasi kesehatan (Notoatmodjo, 2005).

**2.5.5 Pengetahuan**

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya seprti mata, hidung, telinga dan sebagainya (Notoatmodjo, 2005). Pengetahuan merupakan faktor penting terbentuknya perilaku seseorang.

Menurut Glanz (2002) perilaku kesehatan akan tumbuh dari keinginan individu untuk menghindari suatu penyakit dan kepercayaan bahwa tindakan kesehatan yang tersedia akan mencegah suatu penyakit.

Ketidak seimbangan antara koping individu dengan banyaknya informasi yang tersedia dapat menghambat kesembuhan. Pada suatu penelitian, pasien – pasien penyakit jantung pengguna koping represif (mengandalkan penyangkalan) yang menerima informasi lengkap tentang keadaan mereka menunjukkan tingkat komplikasi medis yang lebih tinggi dari pada pasien yang menggunakan koping represif tapi tidak menerima informasi lengkap tentang keadaan mereka (Shaw dkk dalam Nevid, 2003).

**2.5.6 Jenis kelamin**

Menurut santrock (2005) pendekatan psikologis perkembangan yang menekankan bahwa adaptasi selama perkembangan manusia menghasilkan kejiwaan berbeda antara pria dan wanita dan ini dikarenakan perbedaan peran wanita dan pria menghadapi perbedaan tekanan dalam lingkungan awal ketika manusia telah berkembang.

Ada perbedaan antara anak laki – laki dan perempuan dalam kontrol diri (Yin, Chen & Zang, 2004). Anak laki – laki lebih sering menunjukkan perilaku – perilaku yang yang kita anggap 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 menonjolkan emosinya, juga menyembunyikan sisi lembut mereka dan kebutuhan mereka akan kasih sayang serta kehangatan. Bagi sebagian anak laki – laki, kemarahan adalah reaksi emosional terhadap rasa frustasi yang paling bisa diterima secara luas (Affandi, 2009).

**2.6 Perubahan psikologis yang terjadi pada klien hemodialisis**

Dialisis menyebabkan perubahan gaya hidup pada keluarga. Waktu yang diperlukan untuk terapi dialisis akan mengurangi waktu yang tersedia untuk melakukan aktivitas sosial dan dapat menciptakan konflik, frustasi, rasa bersalah, serta depresi di dalam keluarga (Smeltzer & Bare, 2002).

Adapun perubahan psikologis yang tampak pada pasien hemodialisis diantaranya

**2.6.1 Kecemasan**

Menurut Smeltzer & Bare (2002) pasien yang mejalani terapi hemodialisis, diagnosa gagal ginjal kronis dan kebutuhan akan dialisi sering mengganggu pikiran pasien serta keluarganya. Individu dengan hemodialisis jangka panjang sering merasa khawatir akan kondisi sakitnya yang tidak dapat diramalkan dan gangguan dalam kehidupannya. Mereka biasanya menghadapi masalah finansial, dorongan seksual yang menghilang serta impotensi, depresi akibat sakit yang kronis dan ketakutan akan kematian.

Pasien –pasien yang lebih muda khawatir terhadap perkawinan mereka, anak – anak yang dimilikinya, dan beban yang ditimbulkan pada keluarga. Gaya hidup terencana berhubungan dengan terapi dialisis dan pembatasan asupan makanan serta cairan sering menghilangkan semangat hidup pasien dan keluarganya.

**2.6.2 Dependensi**

Klien memerlukan dialisis untuk mempertahankan hidup dan secara fisiologis tergantung pada mesin dialisis. Konsep diri mereka berubah dari manusia mandiri menjadi manusia yang harus bergantung pada sesuatu (Yayasan Ginjal Diatrans Indonesia, 2008).

Selain itu pasien hemodialisis harus mengikuti jadwal rutin yang telah ditetapkan dan memasukkannya ke dalam kegiatan kehidupan mereka sehingga energi mereka dipusatkan untuk menjalani terapi dialisis.

**2.6.3 Perasaan kehilangan**

Pada awal menjalani hemodialisis respon pasien seolah – olah tidak menerima atas kehilangan fungsi ginjalnya, marah dengan kejadian yang ada dan merasa sedih dengan kejadian yang dialami sehingga memerlukan penyesuain diri yang lama terhadap lingkungan yang baru dan harus menjalani hemodialisis dua kali seminggu.

Barangkali sulit bagi pasien, pasangan dan keluarganya untuk mengungkapkan rasa marah serta perasaan negatif. Meskipun perasaan tersebut normal dalam situasi ini (Smeltzer & Barre, 2002).

**2.7 Periode Penyesuaian Psikologis**

Hemodialisis akan menjadi gaya hidup bagi pasien dan kurangnaya, waktu yang dihabiskan untuk hemodialisis, berobat ke dokter, serta penyakit kronis dapat menciptakan konflik, frustasi, marah, dan depresi. Hal ini dapat menyulitkan pasien, pasangan dan keluarga untuk mengekspresikan perasaan (Pratiwi, 2008).

Menurut Iyus Yosep, 2007 penyesuain psikologis memiliki beberapa tahap, yaitu:

**1. Pengingkaran atau *denial***

Reaksi pertama individu yang mengalami kehilangan adalah syok, tidak percaya atau menolak kenyataan bahwa kehilangan itu terjadi. Dengan mengatakan atau menolak kenyataan kehilangan itu terjadi dengan mengatakan “tidak saya tidak percaya bahwa itu terjadi”,”itu tidak mungkin”. Bagi individu atau keluarga yang mengalami penyakit terminal, akan terus menerus mencari informasi tambahan.

**2. Marah atau *anger***

Fase ini dimulai dengan timbulnya kesadaran akan kenyataan terjadinya kehilangan. Individu menunjukkan perasaan yang meningkat yang sering diproyeksikan kepada orang yang ada dilingkungannya, 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.

**3. Tawar menawar atau *bargaining***

Apabila individu telah mampu mengungkapkan rasa marahnya secara intensif maka ia akan maju ketahap tawar menawar. Pada tahap ini biasanya pasien akan mengeluarkan kata – kata seperti “seandainya dulu saya mau menjaga kesehatan”.

**4. 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.

**5. Penerimaan atau *acceptance***

Fase ini berkaitan dengan reorganisasi perasaan kehilangan. Pikiran selalu terpusat kepada objek atau orang hilang akan mulai berkurang atau hilang.

**2.8 Intervensi Keperawatan**

Menurut Smeltzer & Barre, (2002) pasien gagal ginjal kronik memerlukan asuhan keperawatan yang tepat untuk menghindari komplikasi akibat menurunnya fungsi renal dan stres serta cemas dalam menghadapi penyakit yang mengancam jiwa ini.

Asuhan keperawatan diarahkan untuk mengkaji status cairan dan mengidentifikasi sumber potensial yang mengakibatkan ketidakseimbangan, mengimplementasikan program diet untuk menjamin masukan nutrisi yang sesuai dalam batas – batas program penanganan dan meningkatkan rasa positif dengan mendorong peningkatan perawatan diri dan kemandirian.

Selain itu menjelaskan dan memberikan informasi kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit, pilihan penanganan, dan komplikasi yang mungkin terjadi merupakan hal yang tidak boleh diabaikan. Dukungan emosi terbesar diperlukan pasien dan keluarga berhubungan dengan sejumlah perubahan yang dialami.

Perawat memegang peranan penting dalam penyuluhan bagi pasien penyakit gagal ginjal kronik. Banyak informasi yang harus dipahami oleh pasien dan keluarga terkait penyakit dalam rangka untuk memelihara kesehatan dan komplikasi. Karena banyaknya penyuluhan yang harus diberikan kepada pasien, perawat dialisis menyediakan pendidikan berkelanjutan dan mengulangi pelajaran awal sambil memantau perkembangan pasien dan kepatuhan mereka terhadap program penanganan.

**2.9 Kerangka Teori**

CKD adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolit (toksik uremik) di dalam darah **(Arif Muttaqin & Kumala Sari, 2011)**

Penyebab:

* Penyakit dari ginjal
* Penyakit umum diluar ginjal

**(Arif Muttaqin & Kumala Sari, 2011).**

Penatalaksanaan:

Terapi hemodialisis

**(Brunner & Suddart, 2001)**

Prilaku klien Hemodialisis:

* Adaptif
* Maladaptif

Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam **(Keliat, 1999)**

Faktor-faktor yang mempengaruhi mekanisme koping:

* Harapan akan *self-efficacy*
* Dukungan sosial
* *Optimisme*
* Pendidikan
* Pengetahuan
* Jenis kelamin

**Bandura, 1997, Taylor, 1999, Nevid, 2005, Notoatmodjo, 2005, Santrock, 2005,Keliat, 1997**

Gambar 2.1

**Faktor-faktor yang berhubungan dengan mekanisme koping klien *chronic kidney disease* yang menjalani terapi hemodialisis**

**BAB III**

**KERANGKA KONSEP**

**3.1 Kerangka Konsep**

Kerangka konsep merupakan model konseptual yang berkaitan dengan bagaimana seorang peneliti menyusun teori atau mengubungkan secara logis beberapa faktor yang dianggap penting untuk masalah. Singkatnya, kerangka konsep membahas saling ketergantungan antar variabel yang dianggap perlu untuk melengkapi dinamika situasi atau hal yang sedang atau akan diteliti (Sekaran, 2006).

Pada penelitian ini variabel independennya adalah faktor- faktor yang berhubungan dengan mekanisme koping seperti harapan akan *self – efficacy*, dukungan sosial, optimisme, tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan, dan jenis kelamin. Sedangkan yang menjadi variabel dependen yaitu mekanisme koping baik adaptif maupun maladaptif . Untuk memperjelas hal diatas, dapat dilihat kerangka konsep berikut ini.

Bagan 3.1

Kerangaka konsep penelitian

**Variabel Independen Variabel Dependen**

Tingkat pendidikan

Tingkat pengetahuan

*Optimisme*

Jenis kelamin

Harapan akan *self-efficacy*

Dukungan sosial

Mekanisme koping:

* Adaptif
* Maladaptif

**3.2 Defenisi Operasional**

Defenisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat Aziz Alimul, 2007). Berdasarkan tinjauan kepustakaan dan kerangka konsep di atas,definisi operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1

Defenisi Operasional

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variabel**  | **Defenis Operasional** | **Cara Ukur** | **Alat Ukur** | **Skala Ukur** | **Hasil Ukur** |
| **Variabel Independen**1. Tingkat pendidikan
2. Tingkat pengetahuan
3. Harapan akan *self-efficacy*
4. Dukungan sosial
5. *Optimisme*

f. Jenis kelamin | Latar belakang pendidikan formal saat ditelitiPengetahuan pasien hemodialisis tentang hemodialisis meliputi pengertian, tujuan, indikasi dilakukannya dialisisRasa percaya diri responden dan keyakinannya dalam mengatasi stresMotivasi atau bantuan yang dimiliki oleh responden dari orang disekitarnyaSemangat yang dimiliki oleh responden terhadap keadaannya saat iniIdentititas gender responden | WawancaraWawancara wawancarawawancaraWawancara Wawancara | KuesionerKuesioner kuesionerkuesionerKuesionerKuesioner | Ordinal Ordinal OrdinalOrdinal OrdinalNominal | 0. Rendah (SD, SMP)1. Tinggi (SMA, dan Perguruan tinggi)0. Kurang baik, jika kurang dari ≤ 50 %1. Baik, jika > 50% (Arikunto, 2006)0. Rendah (mean = 18)1. Tinggi (mean = 18)0. Kurang mendapat dukungan ( mean = 16)1. Banyak mendapat dukungan ( mean = 16)0. Pesimis ( mean = 13)1. Optimis (mean = 13)0. Laki – laki1. Perempuan |
| **Variabel dependen**Mekanisme koping | Usaha yang dilakukan oleh klien ketika menghadapi suatu masalah | Wawancara | Kuesioner | Nominal | 0. Maladaptif (mean = 30)1. Adaptif (mean = 30) |

**3.3 Hipotesa Penelitian**

Ha : Ada hubungan harapan akan *self – efficacy* dengan mekanisme koping pasien *chronic kidney disease* yang menjalani terapi hemodialisis di ruang rawat inap interne RSUD DrAchamd Mochtar Bukittinggi tahun 2014.

Ha : Ada hubungan dukungan sosial dengan mekanisme koping pasien *chronic kidney disease* yang menjalani terapi hemodialisis di ruang rawat inap interne RSUD Dr Achamd Mochtar Bukittinggi tahun 2014.

Ha : Ada hubungan *optimisme* dengan mekanisme koping pasien *chronic kidney disease* yang menjalani terapi hemodialisis di ruang rawat inap interne RSUD Dr Achamd Mochtar Bukittinggi tahun 2014.

Ha : Ada hubungan jenis kelamin dengan mekanisme koping pasien *chronic kidney disease* yang menjalani terapi hemodialisis di ruang rawat inap interne RSUD Dr Achamd Mochtar Bukittinggi tahun 2014.

Ha : Ada hubungan tingkat pengetahuan dengan mekanisme koping pasien *chronic kidney disease* yang menjalani terapi hemodialisis di ruang rawat inap interne RSUD Dr Achamd Mochtar Bukittinggi tahun 2014.

Ha : Ada hubungan tingkat pendidikan dengan mekanisme koping pasien *chronic kidney disease* yang menjalani terapi hemodialisis di ruang rawat inap interne RSUD Dr Achamd Mochtar Bukittinggi tahun 2014.

**BAB IV**

**METODE PENELITIAN**

**4.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metoda penelitian *korelasi* yang menelaah hubungan antara 2 variabel yaitu variabel independennya faktor- faktor yang berhubungan dengan mekanisme koping seperti variabel independen : harapan akan *self – efficacy*, dukungan sosial, *optimisme*, tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan, dan jenis kelamin dan variabel dependen mekanisme koping klien *chronic kidney disease*. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional,* dimana pengumpulan data dilakukan secara bersamaan atau sekaligus pada satu waktu (Notoadmojo,2005).

**4.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

**4.2.1 Tempat**

 Penelitian ini dilakukan di ruangan interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2014 karena banyak ditemukan jumlah kasus CKD disana dan RSUD Dr. Achmad Mochtar merupakan salah satu pusat rujukan kasus penyakit dalam.

**4.2.2 Waktu**

Waktu penelitian pada bulan Januari sampai Februari 2014.

**4.3.** **Populasi, Sampel dan Teknik Sampling**

**4.3.1. Populasi**

Populasi adalah keseluruhan dari suatu variabel yang mengangkat masalah yang diteliti dan variabel tersebut bisa berupa orang, kejadian, perilaku atau sesuatu lain yang dilakukan penelitian. (Nursalam 2001:64 ). Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang akan diteliti (Notoadmojo, 2005:47).

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien rawat inap interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dengan diagnosa *chronic kidney disease* tahun 2012 berjumlah 125 orang.

**4.3.2. Sampel**

 Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan “sampling” tertentu untuk bisa memenuhi atau mewakili populasi (Nursalam, 2003). Sampel adalah bagian dari populasi yang akan diteliti dan dianggap mewakili populasi (Notoadmojo, 2005).

 Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 33 orang. Dimana peneliti akan mencari data – data responden yang didiagnosa *chronic kidney disease* sebanyak 33 responden, yang selanjutnya melakukan penelitian yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Pasien hemodialisis yang bersedia menjadi responden
2. Bisa baca tulis
3. Tidak mengalami gangguan mental
4. Kesadaran compos mentis

Jumlah sampel ditetapkan dengan rumus (Nursalam, 2003).

|  |
| --- |
| n = N . Z2 p.q d (N–1) + z.p .q |

Keterangan :

n = perkiraan jumlah sampel

N = Perkiraan jumlah populasi

 z = Nilai standar normal untuk ᵅ = 0,05 (1,96)

p = perkiraan porporsi 50% (0,05)

 q = 1 – p (0,05)

d = tingkat kesalahan yang dipilih 2,5% (d=0,025) ( Zainudin, 2000)

n = 125.(1,96)2 .0,5.0,5 n=33,44

 0,025 (125-1) + 1,96.0,5.0,5

**4.3.3 Teknik Sampling**

Teknik sampling adalah merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan objek penelitian (Notoadmojo, 2005:84).

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan teknik *non probability* jenis *Accidental Sampling* yaitu mengambil sampel siapa saja yang ada saat penelitian hadir atau sampel yang kebetulan ada saat itu yang ada di Ruang rawat inap interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2014 yang sesuai dengan kriteria inklusi.

**4.4 Pengumpulan Data**

**4.4.1 Proses Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dilakukan diruangan interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi dengan proses sebagai berikut:

1. Surat keterangan penelitian dari STIKes Perintis Sumbar.
2. Surat pengambilan data dan izin penelitian dari diklat RSUD Dr. Achmad Mochtar kerungan Rekam Medik, Interne Pria, Interne Wanita, dan Kls Interne.
3. Setelah mendapat persetujuan, peneliti melakukan penseleksian calon responden dengan teknik simple random sampling.
4. Peneliti mengadakan pendekatan dan penjelasan kepada calon responden tentang penelitian dan bagi responden yang bersedia dan memenuhi kriteria sampel dipersilahkan untuk menandatangani lembar persetujuan untuk menjadi responden.
5. Peneliti memberikan penjelasan mengenai cara pengisian kuesioner.
6. Memberikan waktu kepada responden untuk mengisi kuesioner dan memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya jika ada pernyataan yang kurang jelas.
7. Setelah seluruh pernyataan dalam kuesioner dijawab, maka peneliti mengumpulkan dan memeriksa kembali kelengkapan data.
8. Peneliti mengucapkan terimakasih kepada responden atas partisipasinya.

**4.4.2 Instrumen**

Instrumen untuk pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner yang memuat beberapa pertanyaan yang dikembangkan peneliti dengan mengacu pada kerangka konsep. Kuesiner akan dibagiakan langsung oleh peneliti kepada klien yang menderita gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis untuk diisi dan dilengkapi. Untuk kuesioner mekanisme koping mengacu pada *ways of coping scale by Susan Folkman and Richard Lazarus* dan kuesioner optimisme mengacu pada *Scheier, M.F and Carver (1985). Optimsm, coping, and health assessment and implication of generalized outcome expectancies.*

Kuesioner yang telah dibuat mencakup beberapa variabel yang diteliti, yaitu variabel independen: harapan akan *self – efficacy,* dukungan sosial, optimisme, tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan, dan jenis kelamin. Sedangakan untuk variabel dependennya adalah mekanisme koping.

Skala yang digunakan pada variabel harapan akan *self – efficacy,* dukungan sosial, optimisme dan mekanisme koping menggunakan skala likert, jawaban selalu diberi nilai 4, sering diberi nilai 3, kadang – kadang diberi nilai 2 dan tidak pernah diberi nilai 1. Variabel tingkat pengetahuan menggunakan skala Arikunto (2006) yaitu Baik > nilainya 50% dan kurang baik nilainya ≤ 50%.

**4.4.3 Uji Coba Kuesioner**

Uji coba dilakukan terhadap 3 orang responden, yang mana responden tersebut tidak termasuk dalam sampel penelitian, tetapi mempunyai kriteria sampel penelitian. Setelah dilakukan uji coba, responden mengerti terhadap kuesioner sehingga tidak ada kuesioner yang direvisi.

* 1. **Cara Pengolahan dan Analisa Data**
		1. **Cara Pengolahan Data**
	2. **Pemeriksaan Data ( *Editing)***

Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan terhadap data apakah ada kekeliruan dalam pengisiannya yang diperoleh saat penelitian. Pemeriksaan difokuskan pada kelengkapan jawaban yang diberikan oleh responden.

* 1. **Pemberian Tanda *(Coding)***

Merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Kegunaan dari koding adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat entry data.

* 1. **Pengelompokan *(tabulating)***

Pada tahap ini peneliti menyusun data yang didapatkan kedalam tabel distribusi frekuensi, untuk melihat distribusi frekuensi dari masing-masing variabel yang diteliti.

* 1. **Entry data**

Memasukkan data menggunakan komputer yang kemudian akan diproses.

* 1. **Memproses Data *(Proccessing)***

Pada tahap ini dilakukan kegiatan proses data terhadap semua kuesioner yang lengkap dan benar untuk dianalisis.

* 1. **Pembersihan data *(Cleaning)***

Cleaning ( pembersihan data) merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah diolah dengan komputer, apakah ada kesalahan atau tidak.

* + 1. **Analisa Data**
	1. **Analisa Univariat**

Analisa univariat yang di lakukan dengan menggunakan analisis distribusi frekuensi dan statistik deskriptif untuk melihat dari variabel independen yaitu faktor harapan akan *self – efficacy*, dukungan sosial, *optimisme*, tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan, jenis kelamin dan variabel dependen mekanisme koping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.

Berdasarkan jumlah nilai yang diperoleh responden maka rumus yang dipakai untuk menghitung nilai rata – rata adalah sebgai berikut (Arikunto, 2002).

|  |
| --- |
|  f P= n X 100% |

Keterangan:

 n = Jumlah sampel

 p = nilai rata – rata / persen

 f = nilai yang diobservasi

1. **Analisa Bivariat**

Analisa bivariat yang dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yang diteliti. Pengujian hipotesa untuk mengambil keputusan tentang apakah hipotesa yang diajukan cukup meyakinkan untuk di tolak atau di terima dengan menggunakan uji statistik *chi-square test*. Untuk melihat kemaknaan perhitungan statistik di gunakan batasan kemaknaan 0.05. Sehingga jika p > 0.05 maka hasil hitung tersebut tidak bermakna dan jika P value ≤ 0.05 maka Ha diterima “ada hubungan”.

 Karena dalam penelitian tabel ini data kategorik, maka digunakan *chi* *square*, uji *chi square* untuk melihat ada tidaknya asosiasi antara dua variabel yang bersifat kategorik (Hatsono dan sabri, 2009).

* 1. **Etika Penelitian**

Polit dan Hunger (2006), mengatakan bahwa dalam penelitian responden dilindungi dengan etika penelitian dengan meperhatikan prinsip etik.

* + 1. ***Nonmaleficence* (Terhindar dari cidera)**

Proses penelitian yang dilakukan haruslah tidak menimbulkan dampak yang serius pada responden. Jika dalam proses ditemukan hal-hal yang dapat membahayakan responden segera akhiri pengumpulan data dan bantu responden mengatasi dampak tersebut. Dalam penelitian ini tidak menimbulkan dampak/cidera terhadap responden.

* + 1. ***Benificience*  (kerja sama)**

Prinsip ini penting untuk menumbuhkan kerja sama yang baik dengan responden, dan penelitian ini akan memberikan manfaat baik terhadap responden secara langsung ataupun tidak langsung dan perlu dijelaskan kepada responden sebelum *informed consent*. Dalam penelitian ini responden dapat bekerja sama dengan baik dengan peneliti.

* + 1. ***Autonomy* (otonomi)**

Responden bebas menentukan apakah ia akan berpatisipasi pada studi tertentu atau tidak, tanpa paksaan dan sewaktu-waktu ia boleh mengundurkan diri tanpa sanksi apapun. Dalam penelitian ini peneliti tidak memaksa responden dalam menjadi sampel penelitian.

* + 1. ***Justice* (keadilan)**

Subjek harus diperlakukan secara adil baik, sebelum, selama, sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa diskriminasi. Subjek dijaga kerahasiaan (privacy) dan anonymity (kerahasian). Privacy, penelitian menjaga kerahasian atas informasi-informasi yang diberikan responden untuk kepentingan penelitian. Ananomity, selama kegiatan penelitian nama responden akan dirahasiakan dan sebagai dan sebagai ganti digunakan kode responden.

* + 1. ***Self determination* (kebebasan)**

Responden diberi kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak mengikuti kegiatan penelitian dengan sukarela dan sewaktu-waktu ia boleh mengundurkan diri tanpa sanksi apapun, setelah informasi yang berkaitan dengan penelitian dijelaskan, responden menandatangani *informed concent* yang disediakan. Dalam penelitian ini setiap responden menandatangani *informed concent* dan selama penelitian responden tidak ada yang mengundurkan diri.

* + 1. ***Protect discomport***

Selama penelitian responden dilindungi terhadap ketidaknyamanan yang terjadi. Selama penelitian responden kenyamanannya terlindungi.

**BAB V**

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

* 1. **Gambaran Umum Lokasi**

RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi adalah Rumah Sakit kelas B pendidikan yang terletak di kota Bukittinggi yang berudara sejuk dengan ketinggian dari permukaan laut  ± 927 M dan terletak di antara (10021 BT – 10025 BT), (00.76 LS – 00.19 LS). Adapun batas-batas RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi adalah :

* 1. Sebelah Timur dengan Jalan A. Rivai
	2. Sebelah Barat dengan Kelurahan Bukit Apit
	3. Sebelah Utara dengan Ngarai Sianok dan PMI Bukittinggi
	4. Sebelah Selatan dengan Kantor Dinas Pendapatan Daerah Sumbar

RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi didirikan pada tahun 1908 oleh pemerintah Belanda dan digunakan sebagai rumah sakit Militer. Pada tanggal 8 September 1952 rumah sakit ini diserahkan pada Dinas Pekerjaan Umum dan Tenaga Kerja, yang waktu ini masih berstatus Sumatera Tengah, kemudian menjadi rumah sakit umum Bukittinggi milik PEMDA Tingkat I Sumatera Barat. Pada tahun 1979 rumah sakit ini ditetapkan sebagai rumah sakit umum Bukittinggi kelas C, dengan 250 buah tempat tidur. Kemudian pada tanggal 1 oktober 1981 resmi memakai nama RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI yang diberikan langsung oleh Menkes RI saat itu, yaitu Bapak Dr. Suwarjono Suryaningrat.

Sejak tanggal 30 November 1987 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi diresmikan dari rumah sakit kelas C menjadi rumah sakit kelas B dengan jumlah tempat tidur 320 buah. Selanjutnya dengan persetujuan Menteri Dalam Negeri No.061/2688/SJ tanggal 9 September 1997 tentang persetujuan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi menjadi rumah sakit kelas B pendidikan dan Perda No.7 tahun 1997 tentang Organisasi dan Tata kerja RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

Dalam rangka menyikapi UU 44 tahun 2010 maka sejak tahun 2009 dibawah kepemimpinan dr. H. Azwir Dahlan, Sp.PD, M.Kes dilanjutkan oleh dr. H. Sy. Hasmi HPS, MM RSAM Bukittinggi telah mempersiapkan diri untuk penilaian akreditasi 16 Pelayanan (Administrasi & Manajemen, Pelayanan Keperawatan, Pelayanan Medis, Pelayanan Gawat Darurat, Kamar Operasi, Farmasi, Gizi Pelayanan Intensif, Pelayanan Perinatal Resiko Tinggi, Radiologi, Laboratorium, Pelayanan Rehabilitasi Medik, Rekam Medik, Pelayanan Darah, Pencegahan & Pengendalian Infeksi, Keselamatan Kerja, Kebakaran & Kewaspadaan Bencana). Dan pada akhirnya tanggal 20 Januari 2013 di Gedung Kementrian Kesehatan RI Sertifikat Akreditasi dengan nomor : KARS-Sert/147/XI/2011 Tanggal 17 November 2011 dengan predikat Lulus Tingkat Lengkap 16 Pelayanan diserahkan oleh Ketua Komisi Akreditasi Rumah Sakit.

* 1. **Hasil Penelitian**
		1. **Analisa Univariat**

Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian, yang disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan persentase. Analisa ini terdiri dari variabel independen tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, harapan akan self efficacy, dukungan sosial, optimisme dan jenis kelamin, serta variabel dependen mekanisme koping klien chronic kidney disease yang menjalani terapi hemodialissi di ruang rawat inap interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2014. Hasil analisa univariat pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. **Mekanisme Koping**

**Tabel 5.1**

**Distribusi Frekuensi Responden menurut Mekanisme Koping di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi**

**Tahun 2014**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Mekanisme Koping | Frekuensi | % |
| 1 | Adaptif | 14 | 42,4 |
| 2 | Maladaptif | 19 | 57,6 |
|  | Jumlah | 33 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.1 dapat diketahui bahwa dari 33 responden, lebih dari sebagian memiliki mekanisme koping yang maladaptif yaitu sebanyak 19 orang (57,6 %).

1. **Tingkat Pendidikan**

**Tabel 5.2**

**Distribusi Frekuensi Responden menurut Tingkat Pendidikan di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi**

**Tahun 2014**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Tingkat Pendidikan | Frekuensi | % |
| 1 | Tinggi | 25 | 75,8 |
| 2 | Rendah | 8 | 24,2 |
|  | Jumlah | 33 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui bahwa dari 33 responden, lebih dari sebagian memiliki tingkat pendidikan tinggi yaitu sebanyak 25 orang (75,8 %).

1. **Tingkat Pengetahuan**

**Tabel 5.3**

**Distribusi Frekuensi Responden menurut Tingkat Pengetahuan di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar**

**Bukittinggi Tahun 2014**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Tingkat Pengetahuan | Frekuensi | % |
| 1 | Baik | 19 | 57,6 |
| 2 | Kurang baik | 14 | 42,4 |
|  | Jumlah | 33 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui bahwa dari 33 responden, lebih dari sebagian memiliki pengetahuan baik tentang hemodialisis yaitu sebanyak 19 orang (57,6 %).

1. **Harapan akan Self Efficacy**

**Tabel 5.4**

**Distribusi Frekuensi Responden menurut Harapan akan Self Efficacy di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar**

**Bukittinggi Tahun 2014**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Harapan akan Self Efficacy | Frekuensi | % |
| 1. | Tinggi | 12 | 36,4 |
| 2. | Rendah | 21 | 63,6 |
|  | Jumlah | 33 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui bahwa dari 33 responden, lebih dari sebagian memiliki harapan akan self efficacy yang rendah yaitu sebanyak 21 orang (63,6 %).

1. **Dukungan Sosial**

**Tabel 5.5**

**Distribusi Frekuensi Responden menurut Dukungan Sosial di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar**

**Bukittinggi Tahun 2014**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Dukungan Sosial | Frekuensi | % |
| 1. | Banyak | 22 | 66,7 |
| 2. | Kurang | 11 | 33,3 |
|  | Jumlah | 33 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui bahwa dari 33 responden, lebih dari sebagian banyak memperoleh dukungan sosial yaitu 22 orang (66,7 %).

1. **Optimisme**

**Tabel 5.6**

**Distribusi Frekuensi Responden menurut Optimisme di Ruang**

**Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar**

**Bukittinggi Tahun 2014**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Optimisme | Frekuensi | % |
| 1. | Optimis | 18 | 54,5 |
| 2. | Pesimis | 15 | 45,5 |
|  | Jumlah | 33 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.6 dapat diketahui bahwa dari 33 responden, lebih dari sebagian optimis dalam menjalani terapi hemodialisis yaitu sebanyak 18 orang (54,5 %).

1. **Jenis Kelamin**

**Tabel 5.7**

**Distribusi Frekuensi Responden menurut Jenis Kelamin di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar**

**Bukittinggi Tahun 2014**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Jenis Kelamin | Frekuensi | % |
| 1. | Laki-laki | 21 | 63,6 |
| 2. | Perempuan | 12 | 36,4 |
|  | Jumlah | 33 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.7 dapat diketahui bahwa dari 33 responden, lebih dari sebagian merupakan laki-laki yaitu sebanyak 21 orang (63,3 %).

**5.2.2 Analisa Bivariat**

Analisa bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan. Analisis hasil uji statistic dengan menggunakan *Chi-Square test*, untuk menyimpulkan adanya hubungan 2 variabel. Analisa data menggunakan derajat kemaknaan signifikan 0,05. Hasil analisa chi-square dibandingkan dengan nilai p, dimana bila p < 0,05 artinya secara statistik bermakna dan apabila nilai p > 0,05 artinya secara statistik tidak bermakna. Hasil analisa bivariat pada penelitian ini adalah :

1. **Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Mekanisme Koping**

**Tabel 5.8**

**Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Mekanisme Koping di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi**

**Tahun 2014**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tingkat Pendidikan | Mekanisme Koping | Jumlah | pvalue | OR(CI 95 %) |
| Adaptif | Maladaptif |
| n | % | n | % | n | % |
| Tinggi | 14 | 56,0 | 11 | 44,0 | 25 | 100 | 0,010 | - |
| Rendah | 0 | 0 | 8 | 100,0 | 8 | 100 |
| Total | 14 | 42,4 | 19 | 47,6 | 33 | 100 |

Dari tabel 5.8 dapat diketahui bahwa diantara 25 responden dengan pendidikan tinggi, terdapat 14 orang (56,0 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif. Dan dari 8 responden dengan pendidikan rendah, tidak ada (0 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif.

Hasil uji statistik chi-square didapatkan nilai p = 0,010 (p < 0,05) artinya terdapat hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan mekanisme koping Klien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Terapi Hemodialisis Di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi tahun 2014.

1. **Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Mekanisme Koping**

**Tabel 5.9**

**Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Mekanisme Koping di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi**

**Tahun 2014**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tingkat Pengetahuan | Mekanisme Koping | Jumlah | pvalue | OR(CI 95 %) |
| Adaptif | Maladaptif |
| n | % | n | % | n | % |
| Baik | 12 | 63,2 | 7 | 36,8 | 19 | 100 | 0,014 | 10,286(1,764-59,992) |
| Kurang baik | 2 | 14,3 | 12 | 85,7 | 14 | 100 |
| Total | 14 | 42,4 | 19 | 57,6 | 33 | 100 |

Dari tabel 5.9 dapat diketahui bahwa diantara 19 responden dengan pengetahuan tinggi, terdapat 12 orang (63,2 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif. Dan dari 14 responden dengan pengetahuan rendah, hanya terdapat 2 orang (14,3 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif.

Hasil uji statistik chi-square didapatkan nilai p = 0,014 (p < 0,05) artinya terdapat hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan dengan mekanisme koping Klien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Terapi Hemodialisis Di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi tahun 2014.

Nilai Odds Ratio diperoleh 10,286 artinya responden yang memiliki pengetahuan baik berpeluang 10,286 kali untuk memiliki mekanisme koping adaptif, dibandingkan responden yang memiliki pengetahuan kurang baik.

1. **Hubungan Harapan akan Self Efficacy dengan Mekanisme Koping**

**Tabel 5.10**

**Hubungan Harapan akan Self Efficacy dengan Mekanisme Koping di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi**

**Tahun 2014**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Harapan akan Self Efficacy | Mekanisme Koping | Jumlah | pvalue | OR(CI 95 %) |
| Adaptif | Maladaptif |
| n | % | n | % | n | % |
| Tinggi | 9 | 75,0 | 3 | 25,0 | 12 | 100 | 0,013 | 9,6(1,847-49,884) |
| Rendah | 5 | 23,8 | 16 | 76,2 | 21 | 100 |
| Total | 14 | 42,4 | 19 | 57,6 | 33 | 100 |

Dari tabel 5.10 dapat diketahui bahwa diantara 12 responden dengan harapan akan self efficacy tinggi, terdapat 9 orang (75,0 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif. Dan dari 21 responden dengan harapan akan self efficacy rendah, hanya terdapat 5 orang (23,8 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif.

Hasil uji statistik chi-square didapatkan nilai p = 0,013 (p < 0,05) artinya terdapat hubungan bermakna antara harapan akan self efficacy dengan mekanisme koping Klien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Terapi Hemodialisis Di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi tahun 2014.

Nilai Odds Ratio diperoleh 9,6 artinya responden yang memiliki harapan akan self efficacy tinggi berpeluang 9,6 kali untuk memiliki mekanisme koping adaptif, dibandingkan responden yang memiliki harapan akan self eficacy rendah.

1. **Hubungan Dukungan Sosial dengan Mekanisme Koping**

**Tabel 5.11**

**Hubungan Dukungan Sosial dengan Mekanisme Koping di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi**

**Tahun 2014**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dukungan Sosial  | Mekanisme Koping | Jumlah | pvalue | OR(CI 95 %) |
| Adaptif | Maladaptif |
| n | % | n | % | n | % |
| Banyak | 13 | 59,1 | 9 | 40,9 | 22 | 100 | 0,009 | 14,44(1,562-133,580) |
| Kurang | 1 | 9,1 | 10 | 90,9 | 11 | 100 |
| Total | 14 | 42,4 | 19 | 57,6 | 33 | 100 |

Dari tabel 5.11 dapat diketahui bahwa diantara 22 responden dengan dukungan sosial banyak, terdapat 13 orang (59,1 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif. Dan dari 11 responden dengan dukungan sosial kurang, hanya terdapat 1 orang (9,1 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif.

Hasil uji statistik chi-square didapatkan nilai p = 0,009 (p < 0,05) artinya terdapat hubungan bermakna antara dukungan sosial dengan mekanisme koping Klien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Terapi Hemodialisis Di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi tahun 2014.

Nilai Odds Ratio diperoleh 14,44 artinya responden yang memperoleh dukungan sosial banyak, berpeluang 14,444 kali untuk memiliki mekanisme koping adaptif, dibandingkan responden yang memperoleh dukungan sosial kurang.

1. **Hubungan Optimisme dengan Mekanisme Koping**

**Tabel 5.12**

**Hubungan Optimisme dengan Mekanisme Koping di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi**

**Tahun 2014**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Optimisme | Mekanisme Koping | Jumlah | pvalue | OR(CI 95 %) |
| Adaptif | Maladaptif |
| n | % | n | % | n | % |
| Optimis | 11 | 61,1 | 7 | 38,9 | 18 | 100 | 0,043 | 6,286(1,294-30,538) |
| Pesimis | 3 | 20,0 | 12 | 80,0 | 15 | 100 |
| Total | 14 | 42,4 | 19 | 57,6 | 33 | 100 |

Dari tabel 5.11 dapat diketahui bahwa diantara 18 responden yang optimis, terdapat 11 orang (61,1 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif. Dan dari 15 responden yang pesimis, hanya terdapat 3 orang (20,0%) yang memiliki mekanisme koping adaptif.

Hasil uji statistik chi-square didapatkan nilai p = 0,043 (p < 0,05) artinya terdapat hubungan bermakna antara optimisme dengan mekanisme koping Klien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Terapi Hemodialisis Di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi tahun 2014.

Nilai Odds Ratio diperoleh 6,286 artinya responden yang optimis berpeluang 6,286 kali untuk memiliki mekanisme koping adaptif, dibandingkan responden yang pesimis.

1. **Hubungan Jenis Kelamin dengan Mekanisme Koping**

**Tabel 5.13**

**Hubungan Jenis Kelamin dengan Mekanisme Koping di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi**

**Tahun 2014**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Jenis Kelamin | Mekanisme Koping | Jumlah | pvalue | OR(CI 95 %) |
| Adaptif | Maladaptif |
| n | % | n | % | n | % |
| Perempuan | 7 | 58,3 | 5 | 41,7 | 12 | 100 | 0,302 | 2,800(0,648-12,092) |
| Laki-laki | 7 | 33,3 | 14 | 66,7 | 21 | 100 |
| Total | 14 | 42,4 | 19 | 57,6 | 33 | 100 |

Dari tabel 5.13 dapat diketahui bahwa diantara 12 responden perempuan, terdapat 7 orang (58,3 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif. Dan dari 21 responden laki-laki, juga terdapat 7 orang (33,3%) yang memiliki mekanisme koping adaptif.

Hasil uji statistik chi-square didapatkan nilai p = 0,302 (p > 0,05) artinya tidak terdapat hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan mekanisme koping Klien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Terapi Hemodialisis Di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi tahun 2014.

Nilai Odds Ratio diperoleh 2,800 artinya responden perempuan berpeluang 58,3 kali untuk memiliki mekanisme koping adaptif, dibandingkan responden laki-laki.

* 1. **Pembahasan**
		1. **Analisa Univariat**
1. **Mekanisme Koping**

Berdasarkan tabel 5.1 dapat diketahui bahwa dari 33 responden, lebih dari sebagian memiliki mekanisme koping yang maladaptif yaitu sebanyak 19 orang (57,6 %).

Menurut stuart (2002), mekanisme koping adalah tiap upaya yang ditujukan untuk penatalaksanaan stress, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan ego yang digunakan untuk melindungi diri. Koping adalah sebuah mekanisme untuk mengatasi perubahan yang dihadapi atau beban yang diterima tubuh dan beban tersebut menimbulkan respon tubuh yang sifatnya nonspesifik yaitu stres. Apabila mekanisme koping ini berhasil, seseorang akan dapat beradaptasi terhadap perubahan atau beban tersebut. (http://www.psychologymania.com/2012/08/pengertian-koping.html).

Perbedaan individu dalam bereaksi terhadap stres tergantung berbagai faktor seperti harapan akan *self-efficacy*, ketahanan psikologis, dukungan sosial, dan optimisme individu dalam mengahadapi stres yang ada (Nevid ,2005). Pertahanan psikologis bisa terlihat dari reaksi pertahanan jiwa terhadap ketergantungan dialisis berupa penginkaran, rasa marah, depresi, kompromi interpersonal, menerima kesalahan, isolasi, regresi, dan akhirnya menerima (Sadock, 1989 dalam Herwina, 2000).

Menurut analisis peneliti, banyak responden yang memiliki mekanisme koping maladaptif karena merasa tidak ada harapan untuk sembuh, merasa putus asa dengan penyakit yang diderita, dan banyak yang melampiaskan kekecewaan dengan makan berlebihan. Timbulnya mekanisme koping maladaptif tersebut disebabkan mereka tidak menerima atas kehilangan fungsi ginjalnya, marah dengan kejadian yang ada dan merasa sedih dengan kejadian yang dialami sehingga memerlukan penyesuaian diri yang lama terhadap lingkungan yang baru dan harus menjalani hemodialisis dua kali seminggu. Hemodialisis juga menjadi gaya hidup bagi pasien dan kurangnaya, waktu yang dihabiskan untuk hemodialisis, berobat ke dokter, serta penyakit kronis dapat menciptakan konflik, frustasi, marah, dan depresi.

1. **Tingkat Pendidikan**

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui bahwa dari 33 responden, lebih dari sebagian memiliki tingkat pendidikan tinggi yaitu sebanyak 25 orang (75,8 %).

Pendidikan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan – tindakan (praktik) untuk memelihara (mengatasi masalah – masalah), dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu tingkat pendidikan individu memberikan kesempatan yang lebih banyak terhadap diterimanya pengetahuan baru termasuk informasi kesehatan (Notoatmodjo, 2005). Pendidikan merupakan upaya dasar yang dilakukan oleh keluarga masyarakat serta pemerintah dengan melalui pengajaran atau latihan kegiatan bimbingan yang berlangsung di dalam sekolah dan di luar sekolah sepanjang hidupnya, yang bertujuan untuk mempersiapkan anak didik supaya mampu memainkan peranan pada berbagai kondisi lingkungan hidup dengan tepat di waktu yang akan datang (Mudyahario). Sedangkan menurut kamus besar bahasa indonesia pendidikan adalah suatu proses untuk mengubah sikap dan tingkah laku seseorang maupun kelompok orang dengan tujuan untuk mendewasakan seseorang melalui usaha pengajaran dan pelatihan.

Menurut analisis peneliti, responden yang memiliki pendidikan tinggi disebabkan karena adanya kesadaran akan arti penting pendidikan bagi proses berpikirnya dan juga bagi kehidupan dan kesehatannya. Pendidikan yang tinggi ini juga tidak terlepas dari faktor sosial ekonomi yang tinggi dan fasilitas pendidikan tinggi yang dekat dari lokasi penelitian, sehingga sangat mendukung mereka untuk melanjutkan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi. Banyak klien berpendidikan tinggi yang menjalani terapi hemodialisis karena mereka cendrung memiliki pekerjaan dan ekonomi yang layak, sehingga memiliki kemampuan untuk membiaya terapi hemodialisis.

Sedangkan responden dengan pendidikan rendah yang menjalani terapi hemodialisis ini disebabkan adanya dukungan dari keluarga untuk mengikuti hemodialisis, baik berupa dukungan moril maupun dukungan materil untuk mengikuti terapi setiap minggu.

1. **Tingkat Pengetahuan**

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui bahwa dari 33 responden, lebih dari sebagian memiliki pengetahuan baik tentang hemodialisis yaitu sebanyak 19 orang (57,6 %).

Pengetahuan adalah merupakan hasil mengingat suatu hal,termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu obyek tertentu (Mubarok, dkk, 2007). Dari pengalaman penelitian tertulis bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoadmojo, 2003).Pengetahuan merupakan faktor penting terbentuknya perilaku seseorang.

 Menurut analisis peneliti, banyak responden yang memiliki pengetahuan baik tentang hemodialisis disebabkan adanya informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan saat mereka pertamakali menjalani hemodialisis ataupun saat didiagnosa menderita chronic kidney disease. Dari informasi tersebut, maka mereka dapat mengetahui tentang pengertian terapi cuci carah. Dari pengalaman selama menjalani terapi hemodialisis, responden juga mengetahui tentang cara kerja terapi cuci darah dan lama waktu yang digunakan untuk sekali cuci darah.

1. **Harapan akan Self Efficacy**

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui bahwa dari 33 responden, lebih dari sebagian memiliki harapan akan self efficacy yang rendah yaitu sebanyak 21 orang (63,6 %).

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, dan harapan terhadap kemampuan diri untuk dapat menghasilkan perubahan hidup yang positif. Menurut (Herliani dan Indrawati, 2009), efikasi diri adalah pada masalah adanya keyakinan bahwa pada setiap individu mempunyai kemampuan mengontrol pikiran, perasaan dan perilakunya, efikasi diri merupakan masalah persepsi subyektif yang berarti efikasi diri tidak menggambarkan kemampuan yang sebenarnya tetapi terkait dengan keyakinan yang dimiliki individu.

Menurut analisis peneliti, banyak responden yang memiliki self efficacy rendah karena mereka merasa tidak perlu menjalani pola hidup sehat setelah melakukan terpai cuci darah, kurangnya harapan untuk kembali mewujudkan cita-cita dan dapat membahagiakan keluarga, dan kurang yakin dapat melewati proses cuci darah dengan baik. Harapan akan self efficacy yang rendah ini dipengaruhi oleh rasa pesimis mereka untuk sembuh, karena harus selalu bergantung dengan alat-alat dialisis. Mereka juga jarang mendengar informasi tentang orang-orang yang sembuh dari chronic kidney disease, sehingga mereka tidak mau berharap akan dapat membahagiakan keluarganya kembali. Mereka kurang yakin melewati proses cuci darah dengan baik karena besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk menjalani terapi tersebut.

1. **Dukungan Sosial**

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui bahwa dari 33 responden, lebih dari sebagian banyak memperoleh dukungan sosial yaitu 22 orang (66,7 %).

Peran dukungan sosial sebagai penahan munculnya stress telah dibuktikan kebenarannya (Wills & Fegan, 2001). Para penyelidik percaya bahwa memiliki kontak sosial yang luas membantu melindungi sistem kekebalan tubuh terhadap stress. Para peneliti di Swedia dan Amerika menemukan bahwa orang – orang dengan tingkat dukungan sosial yang lebih tinggi kelihatannya akan hidup lebih lama. Dukungan sosial adalah kenyamanan, perhatian, penghargaan, maupun bantuan dalam bentuk lainnya yang diterimanya individu dari orang lain ataupun dari kelompok (sarafini, 2002). Sedangkan menurut (Shumaker & Browne dalam Duffy & Wong, 2003), dukungan sosial adalah pertukaran bantuan antara dua individu yang berperan sebagai pemberi dan penerima.

Menurut analisis peneliti, responden yang banyak mendapat dukungan sosial karena dukungan keluarga tersebut diperlukan untuk memotivasi mereka dalam melakukan hemodialisis. Dukungan yang sangat dibutuhkan oleh responden tersebut adalah dukungan emosional dan material dari keluarga. Dukungan emosional dibutuhkan untuk memberikan semangat hidup bagi pasien yang menjalani terapi hemodialisis, dan dukungan material diperlukan untuk menutupi seluruh biaya yang harus dikeluarkan selama mengikuti terapi hemodialisis. Keikut sertaan keluarga dalam mendampingi proses hemodialisis juga memberikan semangat hidup bagi pasien yang menjalani terapi hemodialisis, karena mereka merasa diperhatikan oleh anggota keluarganya.

1. **Optimisme**

Berdasarkan tabel 5.6 dapat diketahui bahwa dari 33 responden, lebih dari sebagian optimis dalam menjalani terapi hemodialisis yaitu sebanyak 18 orang (54,5 %).

Optimis adalah kebiasaan berfikir positif, cara yang positif dan realistis dalam memandang suatu masalah (Shapiro, 1997). Sedangkan menurut (Mc. Ginnis, 1995), Optimisme adalah suatu rencana atau tindakan untuk menggali yang terbaik dari diri sendiri, bertanggung jawab penuh atas hidup, membangun cinta kasih dalam hidup dan menjaga agar antusiasme tetap tinggi. Klien memerlukan dialisis untuk mempertahankan hidup dan secara fisiologis tergantung pada mesin dialisis. Konsep diri mereka berubah dari manusia mandiri menjadi manusia yang harus bergantung pada sesuatu (Yayasan Ginjal Diatrans Indonesia, 2008).

Menurut analisis peneliti, banyak responden yang optimis dalam menjalani terapi hemodialisis karena mereka yakin bahwa terapi cuci darah akan berpengaruh terhadap kesehatannya, adanya semangat untuk menlanai terapi cuci darah dam merasa bahwa terapi tersebut tidak sia-sia. Lahirnya rasa optimis tersebut karena mereka sudah merasakan manfaat dari pelaksanaan terapi cuci darah, dimana keluhan-keluhan yang selama ini mereka rasakan mulai berkurang dan mereka dapat beraktifitas walaupun tidak sebaik hari-hari sebelumnya. Responden tersebut juga optimis menjalani terapi hemodialisis karena adanya dukungan semangat yang diberikan oleh keluarga.

1. **Jenis Kelamin**

Berdasarkan tabel 5.7 dapat diketahui bahwa dari 33 responden, lebih dari sebagian merupakan laki-laki yaitu sebanyak 21 orang (63,3 %).

Menurut santrock (2005) pendekatan psikologis perkembangan yang menekankan bahwa adaptasi selama perkembangan manusia menghasilkan kejiwaan berbeda antara pria dan wanita dan ini dikarenakan perbedaan peran wanita dan pria menghadapi perbedaan tekanan dalam lingkungan awal ketika manusia telah berkembang. Menurut Hungu (2007) jenis kelamin (seks) adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. Seks berkaitan dengan tubuh laki-laki dan perempuan, dimana laki-laki memproduksikan sperma, sementara perempuan menghasilkan sel telur dan secara biologis mampu untuk menstruasi, hamil dan menyusui. Perbedaan biologis dan fungsi biologis laki-laki dan perempuan tidak dapat dipertukarkan diantara keduanya, dan fungsinya tetap dengan laki-laki dan perempuan pada segala ras yang ada di muka bumi.

Menurut analisis peneliti, banyak responden laki-laki yang menjalani terapi hemodialisis karena laki-laki lebih beresiko untuk mengalami chronic kidney disease dibandingkan perempuan. Terapi hemodialisis juga sangat diperlukan oleh pasien laki-laki, karena sebagai kepala rumah tangga keberadaan mereka sangat dibutuhkan dalam keluarga terutama untuk memenuhi kebutuhan keuangan keluarga. Dengan menjalani terapi hemodialisis ini, maka mereka dapat berekerja walaupun tidak seperti biasanya.

* + 1. **Analisa Bivariat**
1. **Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Mekanisme Koping**

Berdasarkan tabel 5.8 dapat diketahui bahwa diantara 25 responden dengan pendidikan tinggi, terdapat 14 orang (56,0 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif. Dan dari 8 responden dengan pendidikan rendah, tidak ada (0 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif. Hasil uji statistik chi-square didapatkan nilai p = 0,010 (p < 0,05) artinya terdapat hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan mekanisme koping Klien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Terapi Hemodialisis di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi tahun 2014.

Hasil ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa pendidikan yaitu proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan penelitian. Diharapkan orang yang berpendidikan tinggi memiliki kedewasaan berpikir dibandingkan dengan orang yang tidak berpendidikan. Dalam hal ini maka pendidikan yang tinggi diharapkan dapat melahirkan mekanisme koping yang adaptif (Hasan, 2002).

Menurut analisis peneliti, adanya hubungan pendidikan dengan mekanisme koping klien chronic kidney disease yang menjalani terapi hemodialisis karena seluruh responden dengan pendidikan rendah, memiliki mekanisme maladaptif. Pendidikan yang rendah menyebabkan mereka cenderung berpikiran sempit dan beranggapan bahwa tidak ada harapan lagi untuk sembuh dan tidak dapat menerima keadaan dengan penyakit yang dideritanya. Namun demikian, juga cukup banyak responden yang memiliki pendidikan tinggi dan mekanisme koping maladaptif. Hal ini dapat terjadi karena pada umumnya responden yang memiliki pendidikan tinggi tersebut, terbiasa dengan rutinitas pekerjaan yang sibuk dan bergaul dengan teman-teman seprofesinya. Namun setelah menjalani terapi hemodialisis, rutinitas tersebut sedikit berkurang atau bahkan berhenti sama sekali sehingga mereka lebih memilih untuk menyendiri. Adanya persepsi yang salah tentang dampak hemodialisis menyebabkan mereka merasa malu untuk bergaul dengan orang lain di lingkungan tempat tinggalnya.

Hasil penelitian oleh Itoh Mutoharoh dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan mekaisme koping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di rumah sakir umum pusat fatmawati tahun 2009, di dapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan klien GGK yang menjalani terapi hemodialisis dengan mekanisme koping dimana P value >0.05 yaitu 0.258. Dapat disimpulkan secara statistik belum cukup bukti untuk menyatakan adanya hubungan antara tingkat pendidikan klien GGK yang menjalani terapi hemodialisis dengan mekanisme koping.

1. **Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Mekanisme Koping**

Dari tabel 5.9 dapat diketahui bahwa diantara 19 responden dengan pengetahuan tinggi, terdapat 12 orang (63,2 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif. Dan dari 14 responden dengan pengetahuan rendah, hanya terdapat 2 orang (14,3 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif. Hasil uji statistik chi-square didapatkan nilai p = 0,014 (p < 0,05) artinya terdapat hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan dengan mekanisme koping Klien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Terapi Hemodialisis di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi tahun 2014.

Menurut Glanz (2002) perilaku kesehatan akan tumbuh dari keinginan individu untuk menghindari suatu penyakit dan kepercayaan bahwa tindakan kesehatan yang tersedia akan mencegah suatu penyakit. Ketidak seimbangan antara koping individu dengan banyaknya informasi yang tersedia dapat menghambat kesembuhan. Pada suatu penelitian, pasien – pasien penyakit jantung pengguna koping represif (mengandalkan penyangkalan) yang menerima informasi lengkap tentang keadaan mereka menunjukkan tingkat komplikasi medis yang lebih tinggi dari pada pasien yang menggunakan koping represif tapi tidak menerima informasi lengkap tentang keadaan mereka (Shaw dkk dalam Nevid, 2003).

Menurut analisis peneliti, adanya hubungan pengetahuan dengan mekanisme koping pasien yang menjalani terapi hemodialisis karena pasien dengan pengetahuan baik cendrung memiliki mekanisme koping adaptif, sebaliknya responden dengan pengetahuan kurang baik cendrung memiliki mekanisme koping maladaptif. Hal ini terjadi karena dengan adanya pengetahuan tentang penyakit yang diderita dan tujuan dilakukannya cuci darah, maka responden akan memiliki harapan untuk sembuh, dan tidak merasa malu untuk bergaul dengan orang lain di sekitar tempat tinggalnya. Namun demikian, juga ditemukan responden yang memiliki pengetahuan baik dan mekanisme koping maladaptif. Hal ini dapat terjadi karena mereka tidak dapat menerima keadaan penyakit yang dideritanya, dimana rutinitas hemodialisis tersebut terasa sangat menghambat aktifitas dan kebiasaan mereka sehari-hari. Responden tersebut juga merasa tidak berfungsi sebagaiman kodratnya, terutama bagi responden laki-laki yang tidak dapat bekerja seperti biasanya untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga.

Hasil penelitian oleh Itoh Mutoharoh dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan mekaisme koping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di rumah sakir umum pusat fatmawati tahun 2009, didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan klien GGK yang menjalani terapi hemodialisis dengan mekanisme koping dimana P value > 0.05 yaitu 0.411. Dapat disimpulkan secara statistik belum cukup bukti untuk menyatakan adanya hubungan antara pengetahuan klien GGK yang menjalani terapi hemodialisis dengan mekanisme koping.

1. **Hubungan Harapan akan Self Efficacy dengan Mekanisme Koping**

Berdasarkan tabel 5.10 dapat diketahui bahwa diantara 12 responden dengan harapan akan self efficacy tinggi, terdapat 9 orang (75,0 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif. Dan dari 21 responden dengan harapan akan self efficacy rendah, hanya terdapat 5 orang (23,8 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif. Hasil uji statistik chi-square didapatkan nilai p = 0,013 (p < 0,05) dan OR = 9,6. Artinya terdapat hubungan bermakna antara harapan akan self efficacy dengan mekanisme koping Klien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Terapi Hemodialisis di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi tahun 2014.

Salah satu faktor yang mempengaruhi mekanisme koping adalah harapan akan *self – efficacy*, yang berkenaan dengan harapan kita terhadap kemampuan diri dalam mengatasi tantangan yang kita hadapi, harapan terhadap kemampuan diri untuk menampilkan tingkah laku terampil, dan harapan terhadap kemampuan diri untuk dapat menghasilkan perubahan hidup yang positif.

Menurut analisis peneliti, adanya hubungan harapan akan self efficacy dengan mekanisme koping karena self efficacy yang tinggi sangat diperlukan untuk melahirkan semangat hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis. Harapan akan self efficacy yang rendah menyebabkan responden merasa tidak ada harapan untuk sembuh dan merasa penyakitnya tidak dapat sembuh dalam waktu dekat. Sebaliknya self efficacy yang tinggi melahirkan semangat hidup bagi responden, sehingga mereka bisa menerima keadaan penyakitnya dan tidak malu untuk bergaul dengan orang-roang di lingkungan tempat tinggalnya.

Hasil penelitian oleh Itoh Mutoharoh dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan mekaisme koping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di rumah sakir umum pusat fatmawati tahun 2009, didapatkan ada hubungan yang signifikan antara harapan akan *self-efficacy* klien GGK yang menjalani terapi hemodialisis dengan mekanisme koping dimana P value < 0.05 yaitu 0.007. Analisis keerataan hubungan dua variabel didapatkan OR = 4.533 (95 % CI 1.602-12.830) artinya klien GGK yang menjalani terapi hemodialisis yang memiliki harapan akan *self-efficacy* tinggi memiliki peluang 4.533 kali untuk melakukan mekanisme koping maladaptif dibandingkan dengan klien yang memiliki *self-efficacy* rendah.

1. **Hubungan Dukungan Sosial dengan Mekanisme Koping**

Berdasarkan tabel 5.11 dapat diketahui bahwa diantara 22 responden dengan dukungan sosial banyak, terdapat 13 orang (59,1 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif. Dan dari 11 responden dengan dukungan sosial kurang, hanya terdapat 1 orang (9,1 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif. Hasil uji statistik chi-square didapatkan nilai p = 0,009 (p < 0,05) dan OR = 14,44. Artinya terdapat hubungan bermakna antara dukungan sosial dengan mekanisme koping Klien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Terapi Hemodialisis di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi tahun 2014.

Menurut Taylor (1999) individu dengan dukungan sosial tinggi akan mengalami stress yang rendah ketika mereka 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, selain itu dukungan sosial juga memiliki hubungan dengan penyesuaian yang baik untuk dan atau proses penyembuhan yang lebih cepat dari penyakit ginjal (Taylor, 1999).

Menurut analisis peneliti, adanya hubungan dukungan sosial dengan mekanisme koping karena dukungan sosial tersebut sangat dibutuhkan sekali oleh responden selama menjalani terapi hemodialisis, terutama dukungan emosional, serta dukungan informasi dan instrumental yang berhubungan dengan hemodialisis dan kebutuhan yang diperlukan selama menjalani terapi hemodialisis. Dukungan emosional sangat dibutuhkan untuk melahirkan semangat hidup dan menghilangkan rasa rendah diri/malu mereka untuk bergaul dengan orang lain. Serta dukungan intstrumental diperlukan sekali untuk menutupi seluruh biaya yang harus dikeluarkan selama menjalani terapi hemodialisis.

Hasil penelitian oleh Itoh Mutoharoh dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan mekaisme koping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di rumah sakir umum pusat fatmawati tahun 2009, didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial klien GGK yang menjalani terapi hemodialisis dengan mekanisme koping dimana P value > 0.05 yaitu 1.000. Dapat disimpulkan secara statistik belum cukup bukti untuk menyatakan adanya hubungan antara dukungan sosial yang dimiliki klien GGK yang menjalani terapi hemodialisis dengan mekanisme koping.

1. **Hubungan Optimisme dengan Mekanisme Koping**

Berdasarkan tabel 5.11 dapat diketahui bahwa diantara 18 responden yang optimis, terdapat 11 orang (61,1 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif. Dan dari 15 responden yang pesimis, hanya terdapat 3 orang (20,0%) yang memiliki mekanisme koping adaptif. Hasil uji statistik chi-square didapatkan nilai p = 0,043 (p < 0,05) dan OR = 6,286. Artinya terdapat hubungan bermakna antara optimisme dengan mekanisme koping Klien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Terapi Hemodialisis di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi tahun 2014.

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 yang stresful sebagai sesuatu hal yang harus dihadapi dan diselesaikan, oleh karena itu, individu lebih akan memilih menyelesaikan dan menghadapi masalah yang ada dibandingkan dengan individu yang mempunyai pikiran yang pesimis (Matthews,Ellyn E & Cook, Paul F, 2008).

Menurut analisis peneliti, adanya hubungan optimisme dengan mekanisme koping karena rasa pesimis yang dimiliki responden cendrung untuk melahirkan mekanisme koping maladaptif, sebaliknya rasa optimis akan melahirkan mekanisme koping yang adaptif. Adanya fikiran responden bahwa terapi cuci darah tidak akan berpengaruh terhadap kesehatannya, menyebabkan merasa putus asa dengan penyakit yang diderita dan merasa bosan dengan keadaan yang dirasa tidak bisa normal seperti biasanya. Begitu juga dengan rasa pesimis mereka bahwa terapi tersebut sia-sia, menyebabkan mereka kurang memiliki keinginan bahwa penyakitnya dapat sembuh dalam waktu dekat.

Hasil penelitian oleh Itoh Mutoharoh dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan mekaisme koping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di rumah sakir umum pusat fatmawati tahun 2009, didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara optimisme klien GGK yang menjalani terapi hemodialisis dengan mekanisme koping dimana P value > 0.05 yaitu 0.813. Dapat disimpulkan secara statistik belum cukup bukti untuk menyatakan adanya hubungan antara optimisme klien GGK yang menjalani terapi hemodialisis dengan mekanisme koping.

1. **Hubungan Jenis Kelamin dengan Mekanisme Koping**

Berdasarkan tabel 5.13 dapat diketahui bahwa diantara 12 responden perempuan, terdapat 7 orang (58,3 %) yang memiliki mekanisme koping adaptif. Dan dari 21 responden laki-laki, juga terdapat 7 orang (33,3%) yang memiliki mekanisme koping adaptif. Hasil uji statistik chi-square didapatkan nilai p = 0,302 (p > 0,05) artinya tidak terdapat hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan mekanisme koping Klien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Terapi Hemodialisis di Ruang Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi tahun 2014.

Ada perbedaan antara anak laki – laki dan perempuan dalam kontrol diri (Yin, Chen & Zang, 2004). Anak laki – laki lebih sering menunjukkan perilaku – perilaku yang yang kita anggap 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 menonjolkan emosinya, juga menyembunyikan sisi lembut mereka dan kebutuhan mereka akan kasih sayang serta kehangatan. Bagi sebagian anak laki – laki, kemarahan adalah reaksi emosional terhadap rasa frustasi yang paling bisa diterima secara luas (Affandi, 2009).

Menurut analisis peneliti, tidak adanya hubungan jenis kelamin dengan mekanisme koping pasien yang menjalani terapi hemodialisis karena cukup banyak perempuan yang mengalami mekanisme koping maladaptif. Hal ini dapat terjadi karena mereka khawatir terhadap perkawinan mereka, anak–anak yang dimilikinya, dan beban yang ditimbulkan pada keluarga. Mereka merasa dengan menjalani terapi hemodialisis maka mereka tidak akan bisa lagi melaksanakan perannya sebagai istri dan sebagai ibu rumah tangga, sehingga melahirkan ketakutan kalau mereka akan ditinggalkan suami atau anak-anaknya tidak terawat dengan baik.

Hasil penelitian oleh Itoh Mutoharoh dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan mekaisme koping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di rumah sakir umum pusat fatmawati tahun 2009, didapatkan ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin klien GGK yang menjalani terapi hemodialisis dengan mekanisme koping dimana P value > 0.05 yaitu 0.013. Analisis keerataan hubungan dua variabel didapatkan OR 0.260 (95% CI 0.096-0.698) artinya jenis kelamin laki-laki meningkatkan resiko 0.260 kali untuk melakukan mekanisme koping maladaptif

**BAB VI**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

* 1. **Kesimpulan**

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 33 orang pasien yang menjalani terapi hemodialisis di Ruangan Rawat Inap Interne RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2014, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

* + 1. Lebih dari sebagian responden memiliki mekanisme koping yang maladaptif, yaitu sebanyak 19 orang (57,6 %)
		2. Lebih dari sebagian responden memiliki tingkat pendidikan tinggi, yaitu sebanyak 25 orang (75,8 %)
		3. Lebih dari sebagian responden memiliki pengetahuan baik tentang hemodialisis, yaitu sebanyak 19 orang (57,6 %)
		4. Lebih dari sebagian responden memiliki harapan akan self efficacy yang rendah, yaitu sebanyak 21 orang (63,6 %)
		5. Lebih dari sebagian responden banyak memperoleh dukungan sosial, yaitu 22 orang (66,7 %)
		6. Lebih dari sebagian responden optimis dalam menjalani terapi hemodialisis, yaitu sebanyak 18 orang (54,5 %)
		7. Lebih dari sebagian responden yang menjalani terapi hemodialisis merupakan laki-laki, yaitu sebanyak 21 orang (63,3 %)
		8. Terdapat hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan mekanisme koping Klien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Terapi Hemodialisis (p = 0,010)
		9. Terdapat hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan dengan mekanisme koping Klien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Terapi Hemodialisis (p = 0,014 dan OR = 10,286)
		10. Terdapat hubungan bermakna antara harapan akan self efficacy dengan mekanisme koping Klien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Terapi Hemodialisis (p = 0,013 dan OR = 9,6)
		11. Terdapat hubungan bermakna antara dukungan sosial dengan mekanisme koping Klien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Terapi Hemodialisis (p = 0,009 dan OR = 14,44)
		12. Terdapat hubungan bermakna antara optimisme dengan mekanisme koping Klien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Terapi Hemodialisis (p = 0,043 dan OR = 6,286)
		13. Tidak terdapat hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan mekanisme koping Klien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Terapi Hemodialisis (= 0,302).

**6.2 Saran**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, maka disarankan :

**6.2.1 Bagi Peneliti**

 Agar dapat melakukan penelitian lebih lanjut yang berhubungan dengan mekanisme koping klien chronic kidney disease yang menjalani terapi hemodialisis, seperti dukungan keluarga dan kepatuhan menjalani diet hemodialisa.

**6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan**

 Agar dapat dijadikan tambahan bahan bacaan bagi mahasiswa serta menambah wawasan mereka tentang mekanisme koping klien chronic kidney disease yang menjalani terapi hemodialisis.

**6.2.1**  **Bagi Rumah Sakit**

Diharapkan pada petugas/perawat agar dapat memberikan motivasi dan dukungan terhadap klien *chronic kidney disease* yang menjalani terapi hemodialisis.