

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Selama dekade terakhir Gagal Ginjal Kronik (GGK) menunjukkan prevalensi yang meningkat. Gagal ginjal kronik atau penyakit renal tahap akhir *End Stage Renal Disease* (ESRD) merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan *irreversible* dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah) (Brunner & Suddarth, 2001) dalam (Nuari & Widayati, 2017). Dalam upaya untuk memperpanjang usia pasien GGK salah satu pengobatan atau terapi yang digunakan adalah hemodialisis. Pengobatan ini adalah terapi yang paling umum di seluruh dunia. (Mardhatillah et al. 2020).

Hemodialisis dilakukan dalam jangka waktu yang cukup panjang dan harus dilakukan rutin karena tindakan tersebut hanya menggantikan fungsi ginjal yang sudah menurun sehingga dapat membuat pasien gagal ginjal merasa lebih baik. Pada kondisi yang memaksa seseorang untuk rutin menjalani hemodialisa dan tidak ada kepastian berapa lama periode dalam menjalani terapi tersebut merupakan stressor yang kuat untuk memicu terjadinya depresi. Pasien yang menjalani HD kurang dari 6 bulan memiliki tingkat kecemasan dan tingkat stres yang lebih berat dibandingkan dengan pasien yang menjalani HD lebih dari 6 bulan (Alfikrie et al., 2020). Fenomena yang terjadi yaitu tidak semua penerimaan stres seperti yang diharapkan, bahkan tidak sedikit pasien yang mekanisme kopingnya belum adaptif.

Mekanisme koping itu sendiri dapat diartikan sebagai cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan suatu masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang sedang dihadapinya (Stuart, 2012). Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi mekanisme koping pada pasien yang menjalani hemodialisis adalah keyakinan (*locus of control*). Orang yang percaya bahwa hasil akhir itu tergantung pada perilaku mereka sendiri memiliki koping yang berbeda yaitu mereka menggunakan mekanisme koping yang adaptif, dan mereka lebih memperhatikan masalah kesehatannya dibandingkan dengan orang yang melihat hasil akhir sebagai keberuntungan, takdir, atau kekuatan yang diluar kendali mereka.

World Health Organization (WHO) (2015) menyebutkan prevalensi gagal ginjal kronik yaitu 730 juta orang, sedangkan pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisis diperkirakan 1,5 juta orang seluruh dunia. Angka kejadiannya diperkirakan naik 8% setiap tahunnya. Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018 prevalensi penderita GGK di Indonesia sebanyak 499.800 orang. Berdasarkan *Indonesian Renal Register* (IRR) pada tahun 2015 menunjukkan bahwa prevalensi penderita GGK yang mendaftar ke unit hemodialisis terus meningkat 10% setiap tahunnya. Pada tahun 2016 sebanyak 98% penderita GGK melakukan terapi hemodialisis, 2% sisanya melakukan Peritoneal Dialisis. Pada Tahun 2017 pasien yang menjalani hemodialisis meningkat menjadi 77.892 orang (Putri, E. Et al, 2020). Riset data terbaru dari IRR pada tahun 2018 menyebutkan bahwa terjadi peningkatan pasien aktif dan pasien baru yang menjalani hemodialisis dibandingkan dengan 2017. Tahun 2018 pasien baru secara Nasional sebanyak 66.433 orang, sedangkan

pasien aktif sebanyak 132.142 orang. Jumlah pasien baru di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2018 mencapai 9.607 orang (IRR, 2018).

Studi Pendahuluan pada pasien hemodialisa di RSUD Blambangan Banyuwangi dengan metode observasi mendapatkan hasil dari 10 responden. yang mempunyai Mekanisme koping baik sebanyak 4 pasien dengan *health locus of controlnya* tinggi 2 orang dan 2 orang lainnya sedang, mekanisme kopingnya cukup baik sebanyak 4 dengan *health locus of controlnya* tinggi 1 orang dan 3 orang lainnya sedang, dan yang mempunyai mekanisme koping tidak baik sebanyak 2 pasien dengan *health locus of controlnya* tidak baik. Berdasarkan data ruang hemodialisis, jumlah rata-rata pasien dari bulan Agustus-Oktober 2021 sebanyak 112 orang yang menjalani terapi Hemodialisis.

Pasien GGK sering kali mengalami Stres saat menjalani hemodialisis. Permasalahan yang sering muncul akibat stres berkaitan dengan pembatasan diet, cairan, keterbatasan fisik, penyakit komplikasi, efek samping obat, serta ketergantungan terhadap dialisis yang harus dijalani seumur hidup (Mailani,2015). Orang yang mempunyai kemampuan untuk mengontrol kesehatannya biasanya mereka mempunyai mekanisme koping yang jauh lebih efektif (Zaidner dan Endler ,1996) dalam (Auliya Hidayati, 2017). Jika seseorang tidak dapat menggunakan mekanisme koping dan gagal dalam beradaptasi terhadap masalah dan keadaan yang dihadapi maka akan mengalami penyakit fisik dan mental (Rasmun, 2004).

Upaya penyelesaian pada pasien GGK yang mengalami stres akibat dari terapi hemodialisis tentunya memerlukan sebuah penyelesaian dengan menggunakan mekanisme koping, maka diperlukan mekanisme koping untuk

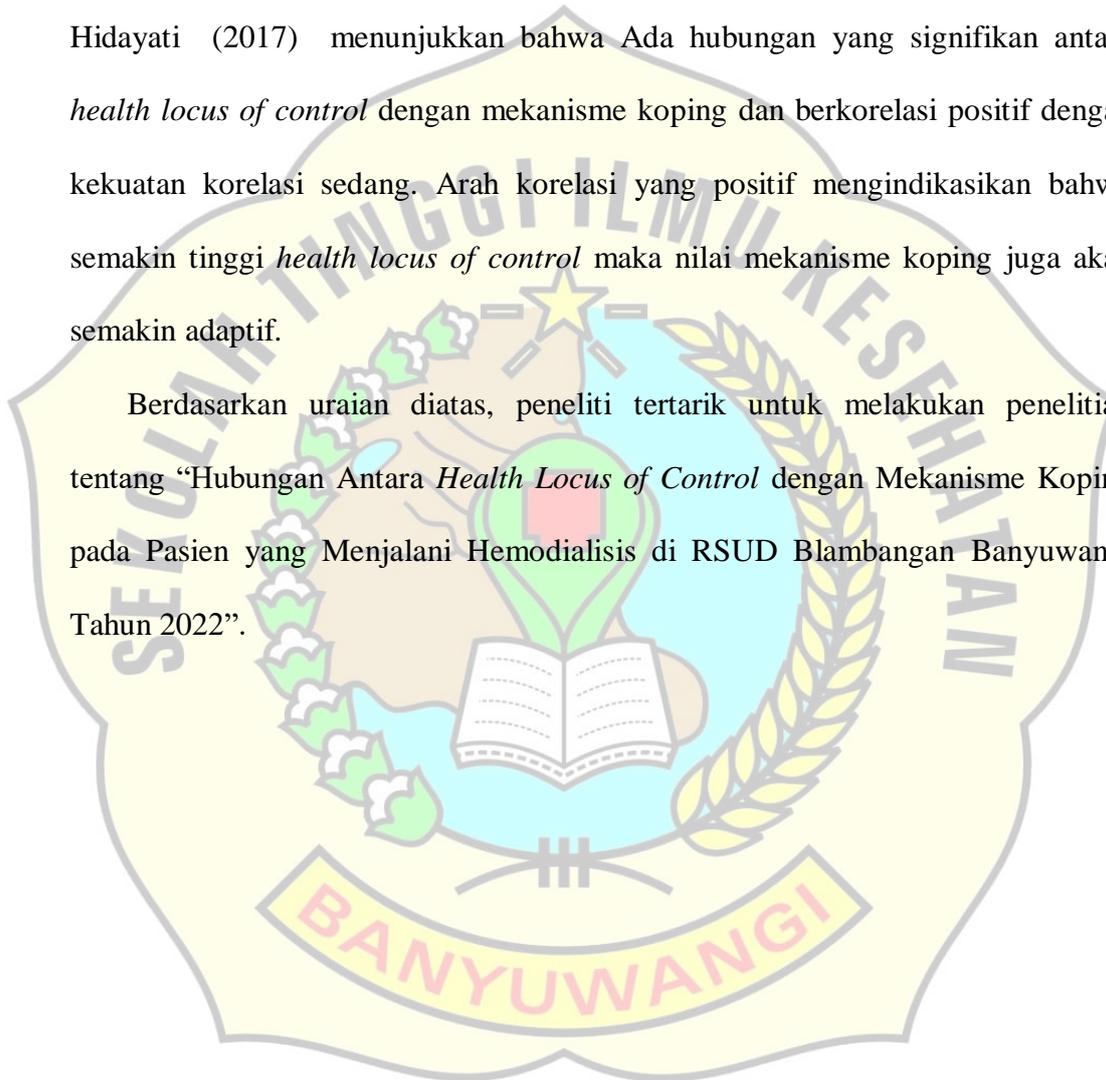
mengarahkan pasien untuk berperilaku adaptif (Wutun, E.A., Turwewi, S., & Gatum, 2016). Yang dapat dilakukan seseorang untuk mengatasi stres dan kecemasan agar mempunyai mekanisme koping yang adaptif adalah dengan mengikuti PKMRS (Promosi Kesehatan Masyarakat di Rumah Sakit) dan konseling, berkomunikasi dengan orang lain atau keluarga, mampu menyelesaikan masalah dengan baik, melakukan teknik relaksasi secara mandiri, melakukan aktivitas lain, olahraga, mengikuti kegiatan kemasyarakatan, mengaji, mendengarkan ceramah dan lain sebagainya. (Stuar dalam Taluta, Mulyadi & hamel, 2014). Adapun Beberapa faktor lain untuk meningkatkan mekanisme koping yang baik yaitu kemampuan personal, dukungan sosial, asset materi, keyakinan positif (Stuart & Stundeen, 1998) dalam (Dian Setyaningsih, 2012). Menurut Kartikasari, (2015) bentuk dukungan ini berupa penghargaan positif, pemberian semangat, persetujuan terhadap pendapat, perbandingan yang positif dengan individu lain.

Selain itu sama halnya dengan kemampuan personal, faktor yang mempengaruhi mekanisme koping pada pasien yang menjalani hemodialisis adalah keyakinan (*locus of control*). Maka, fungsi *health locus of control* bagi Pasien HD yakni sebagai kontrol diri dalam manajemen kesehatan. Jika seseorang mempunyai kemampuan untuk mengontrol kesehatannya maka mereka akan mempunyai mekanisme koping yang jauh lebih efektif dibandingkan yang tidak. Individu dengan *health locus of control* lebih mungkin untuk mengumpulkan informasi tentang penyakit dan pemeliharaan kesehatan ketika tersadar terhadap bahaya yang mungkin muncul, seperti mengambil tindakan untuk meningkatkan

kebiasaan kesehatannya (Lazarus dan Folkam, 1984) dalam (Auliya Hidayati, 2017).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Andri Yulianto et al., (2019) Menunjukkan bahwa mekanisme koping responden pasien pre hemodialisa terbanyak adalah mekanisme koping maladaptif. Menurut penelitian Auliya Hidayati (2017) menunjukkan bahwa Ada hubungan yang signifikan antara *health locus of control* dengan mekanisme koping dan berkorelasi positif dengan kekuatan korelasi sedang. Arah korelasi yang positif mengindikasikan bahwa semakin tinggi *health locus of control* maka nilai mekanisme koping juga akan semakin adaptif.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Hubungan Antara *Health Locus of Control* dengan Mekanisme Koping pada Pasien yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2022”.



1.2 Rumusan Masalah

Adakah hubungan antara *health locus of control* dengan mekanisme koping pada pasien yang menjalani hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2022 ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk Mengetahui Hubungan Antara *Health Locus of Control* dengan Mekanisme Koping pada Pasien yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2022.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi *Health Locus of Control* pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi tahun 2022.
2. Mengidentifikasi Dimensi *Health Locus of Control* pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi tahun 2022.
3. Mengidentifikasi Mekanisme Koping pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi tahun 2022.
4. Menganalisis hubungan antara *Health Locus of Control* dengan pada pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi tahun 2022.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi mengenai hubungan *health locus of control* dengan mekanisme koping pada pasien GGK yang menjalani hemodialisis.

1.4.2 Praktis

1. Bagi Responden

Hasil penelitian ini dapat digunakan oleh responden sebagai informasi sehingga dapat memotivasi diri untuk bisa meningkatkan mekanisme kopingnya agar jauh lebih baik dan mengetahui hubungan *health locus of contro* dengan mekanisme koping pada pasien GGK yang menjalani hemodialisis.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dianalisa dan dikembangkan lebih dalam oleh peneliti selanjutnya, selain itu dapat digunakan sebagai penambah literatur yang dapat digunakan untuk penelitian mendatang, khususnya bagi Ilmu Keperawatan Medikal Bedah.

3. Bagi Pofesi Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan informasi bagi profesi keperawatan terutama perawatan hemodialisa tentang mekanisme koping pasien hemodialisa.

4. Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan bagi Rumah Sakit Blambangan Banyuwangi untuk melakukan

perawatan lebih lanjut pada pasien hemodialisa terutama peningkatan mekanismekoping



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Health Locus of Control*

2.1.1 Definisi *Health Locus of Control*

Locus of control adalah sebuah konsep yang menggambarkan persepsi seseorang tentang tanggung jawab atas kejadian-kejadian dalam kehidupannya (Larsen dan Buss, 2010). *Locus of control* mengacu pada kondisi-kondisi dimana individu mengatribusikan kesuksesan dan kegagalan. Ketika seseorang mempersepsikan *locus of control* tersebut berada dalam dirinya maka akan menghasilkan pencapaian yang lebih besar dalam hidupnya karena potensi tersebut dapat dimanfaatkan untuk menjadi lebih kreatif dan produktif (Forte, 2005). *Locus of control* merupakan salah satu kepribadian yang didefinisikan sebagai keyakinan individu terhadap mampu atau tidaknya mengontrol nasib sendiri. Individu yang memiliki keyakinan bahwa peristiwa dalam hidupnya berada dibawah kontrol dirinya dikatakan sebagai individu yang memiliki *internal locus of control*, sedangkan individu yang memiliki keyakinan bahwa lingkunganlah yang memiliki kontrol terhadap peristiwa atau nasib yang terjadi dalam kehidupannya dikatakan individu tersebut memiliki *external locus of control* (Suls dan Wallston, 2003: 469).

Health locus of control merupakan *locus of control* pada kesehatan. Keyakinan individu dalam persepsi terhadap sumber-sumber penyebab peristiwa- peristiwa yang berhubungan dengan kesehatan (Yanggah, 2003 dalam Pratita, 2012). *Health locus of control* merupakan derajat yang digunakan untuk mengevaluasi apakah seorang individu menganggap kesehatan dapat atau tidak dapat dikontrol oleh dirinya sendiri atau mempercayai bahwa ada faktor dari luar yang mempengaruhi kesehatan individu tersebut. Internal merupakan keyakinan seseorang bahwa kesehatan merupakan konsekuensi dari perbuatan yang telah dilakukan sedangkan eksternal merupakan keyakinan bahwa kesehatan berada di bawah kontrol orang lain atau ditentukan oleh nasib (Wallston *et al.*, 1978).

2.1.2 Faktor - faktor yang mempengaruhi Health Locus of Control

Teori *locus of control* menjelaskan mengenai pusat kendali dan pusat pengarahan dari setiap perilakunya. *Locus of control* mengacu kepada sejauh mana seseorang merasakan akibat dari perilakunya sendiri. Seseorang yang merasakan kejadian-kejadian, baik yang positif maupun negatif, sebagai akibat dari tindakannya sendiri disebut dengan *internal locus of control*. Sebaliknya apabila dilakukan akibat tekanan dari luar dirinya, seperti nasib, kesempatan, atau akibat dari perbuatan orang lain disebut *external locus of control* (Tim Pengembang Ilmu Pendidikan, 2007).

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan *internal-external locus of control* yaitu:

a. Usia

Locus of control terbentuk sejak masa kanak-kanak. Penelitian telah menunjukkan bahwa upaya untuk mengontrol lingkungan eksternal kita mulai pada masa bayi, menjadi lebih jelas antara usia 8 sampai 14 (Schultz dan Schultz, 2005). Menurut Rotter dan para ahli menemukan bahwa usia mempengaruhi *locus of control* yang dimiliki individu. Ditunjukkan dengan *locus of control* internal akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia (Schultz dan Schultz, 2005). Hal ini berkaitan dengan tingkat kematangan berpikir dan kemampuan mengambil keputusan (Allen, 2003: 291).

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin juga berpengaruh terhadap *health locus of control* yang dibuktikan pada penelitian oleh Thomas, Kamalanabhan, dan Vasanthi (2004) menyatakan bahwa penderita diabetes perempuan menunjukkan nilai yang lebih tinggi di semua parameter daripada pria. Hal ini dikarenakan pria dan wanita merespon secara berbeda terhadap item tes tertentu (Schultz dan Schultz, 2005: 434).

c. Kebudayaan

Menurut Rothbaum, Weiz, dan Snyder (1982) dalam Safitri (2013), kebudayaan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi *locus of control*, seperti pada budaya barat dan timur. Secara umum, orang Asia terbukti lebih berorientasi

eksternal daripada orang Amerika, hal ini didapatkan dari sebuah temuan yang dijelaskan dalam hal kepercayaan budaya. Budaya Amerika lebih ke arah kemandirian dan individualis sedangkan budaya Asia menekankan ketergantungan masyarakat dan saling ketergantungan (Schultz dan Schultz, 2005: 434).

d. Stimulus

Jika kekurangan stimulasi dari lingkungan maka hal ini dapat menyebabkan seseorang mengalami deprivasi persepsual (tidak memperoleh stimulasi yang memadai) (Monks, 1982 dalam Safitri, 2013).

e. Respon

Memberikan respon dan reaksi pada saat-saat yang tepat terhadap tingkah laku dapat memberikan pengaruh yang penting terhadap rasa diri. Aspek ini sangat berpengaruh dalam pembentukan *locus of control* internal atau eksternal, karena ketika lingkungan selalu merespon perilaku maka seseorang akan merasa bahwa dirinyalah yang menguasai *reinforcement* (Monks 1982 dalam Safitri, 2013).

f. Latar belakang dan lingkungan keluarga

Latar belakang dan lingkungan keluarga juga berperan dalam pembentukan *locus of control*. Pola asuh orang tua yang tidak otoriter, suportif, disiplin, dan menekankan *reinforcement* positif memungkinkan anak untuk membentuk *locus of*

control internal pada dirinya (Schultz dan Schultz, 2005).

g. Riwayat penyakit juga mempengaruhi keyakinan, pengalaman negatif seperti kendali yang rendah (Septiady dkk., 2015). Riwayat penyakit seperti Diabetes Melitus dan GGK.

h. Sosial ekonomi

Seseorang yang memiliki tipe eksternal menilai orang lain berdasarkan tingkat kesejahteraan dan bersifat materialistik. Makin berkembang dan makin bervariasi status dalam masyarakat, menyebabkan timbulnya kecenderungan untuk mengelompokkan status yang kira-kira sama tingginya ke dalam suatu kelas. Dalam penelitian antropologi, Morton Fried (1967, dalam Kottak, 2004, 2006).

2.1.3 Proses Perkembangan *Health Locus of Control*

Berdasarkan teori pembelajaran sosial Rotter Berdasarkan teori pembelajaran sosial Rotter mengembangkan *locus of control* terdiri dari skala penilaian internal-eksternal. Konsep *health locus of control* merupakan bagian dari teori *social learning* oleh J. Rotter yang menyangkut kepribadian dan mewakili harapan umum mengenai faktor-faktor yang menentukan keberhasilan maupun kegagalan terhadap kehidupan seseorang (Pervin, 1984 dalam Smet, 1994;181). Teori belajar sosial memberikan pengaruh dalam kesehatan. Melalui proses belajar, setiap individu akan mengembangkan keyakinan bahwa hasil yang didapatkan merupakan tindakan dari dirinya atau

dari luar dirinya (Rotter, 1966). Menurut Wallston, Wallston, Kaplan dan Maides(1978) mengakui bahwa ada kesulitan dalam memprediksi perilaku kesehatan khusus dari tindakan harapan umum (*expectancy*) seperti pada skala I-E Rotter. Sehingga para ahli menemukan melalui pengamatan kelas untuk pasien diabetes yang baru terdiagnosis. Didapatkan hasil bahwa keluarga dan staf medis terus menekankan pentingnya peran aktif pasien dalam perawatan kesehatan. Para profesional mencoba agar pasien mengadopsi *internal locus of control*. Hal ini mendorong minat pengembang untuk menghubungkan *locus of control* dengan perawatan kesehatan.

2.1.4 Dimensi *Health Locus of Control*

Wallston & Wallston mengembangkan *Multidimensi Health Locus Of Control Scale*. Mereka menjelaskan bahwa skala yang dibuat tersebut dapat mengukur tingkat dimana seseorang mempersepsikan dirinya antara *powerful others*, *chance* (peluang/keberuntungan) sebagai faktor yang memegang kontrol atas kesehatan dirinya. Skala MHLC terbagi menjadi 3 dimensi yaitu *internal health locus of control*, *powerful others health locus of control* dan *chance health locus of control* (Walltson, Wallston & DeVellis dalam Mandasari 2012).

- a. *internal health locus of control* (IHLC) merupakan pandangan seseorang yang meyakini bahwa kendali atas kejadian-kejadian dalam hidupnya termasuk kesehatannya ditentukan oleh kemampuan dirinya sendiri.

b. *powerful others health locus of control* (PHLC) merupakan pandangan seseorang yang meyakini bahwa kendali atas kejadian-kejadian dalam hidupnya termasuk kesehatannya ditentukan oleh orang lain yang lebih berkuasa.

c. *chance health locus of control* (CHLC)

merupakan pandangan seseorang yang meyakini bahwa kendali atas kejadian-kejadian dalam hidupnya termasuk kesehatannya ditentukan oleh nasib, peluang, dan keberuntungannya.

2.1.5 Alat Ukur *Health Locus of Control*

Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) pertama kali diciptakan oleh Barbara Wallston, Kenneth Wallston dan Rbert DeVellis di Vanderbilt University tahun 1978.

Multidimensional Health Locus Of Control Scale (MHLC) dirancang dengan 18 item pernyataan pada setiap form yaitu form A, B, dan C. Skala ini terdiri dari 3 dimensi yaitu *internal health locus of control*, *powerful others health locus of control* dan *chance health locus of control* (Wallst on, Wallston, & DeVellis, 1978). MHLC Scale menggunakan skala likert yang mewakili tingkat pendapat partisipan dari 1=sangat tidak setuju sampai dengan 6= sangat setuju. Pada setiap form telah menilai masing-masing dimensi yaitu *internal health locus of control* dan *external health locus of control* (*powerful others* dan *chance*). Form A lebih ditujukan untuk digunakan pada responden sehat, form B lebih ditujukan untuk digunakan pada pasien sakit, sedangkan form C dirancang untuk kondisi khusus (kronis).

Jadi, dengan mengganti kata “kondisi” di setiap item. Form C dapat diubah menjadi ukuran *locus of control* seseorang mengenai kondisi medis tertentu, seperti diabetes, arthritis, kanker, infeksi HIV, dll. Pada form C, dimensi eksternal dibagi menjadi dua dimensi independen yaitu dokter dan orang lain (Ayers *et al.*, 2007).

Wallston mengatakan pada akhir penyelesaian kuisioner, tidak ada total skor MHLC, karena tidak ada batas yang memisahkan antara internal dan eksternal. Pemberian skor dari kuisioner adalah untuk internal skornya 6-36 dengan item pertanyaan no 1,6,8,12,13 dan 17, subdimensi chance skornya 6-36 dengan item pertanyaan no 2,4,9,11,15 dan 16, sedangkan untuk subdimensi powerful others skornya 6-36 dengan item pertanyaan no 3,5,7,10,14, dan 18 (Wallston,dkk,1978) . Kuisioner yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 18 item pertanyaan yang sudah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia dengan menggunakan model skala likert. Model dari skala MHLC menggunakan enam pilihan dengan skala likert yang terdiri dari 18 pertanyaan yang diklasifikasikan menjadi tiga subskala yaitu internal HLOC, powerfull others HLOC dan Chance HLOC. Setelah responden menyelesaikan 18 item pernyataan tersebut, maka nilai setiap item akan dimasukkan ke dalam kolom skoring sesuai dengan sub skala yang diwakili oleh item tersebut dan sub skala yang memiliki skor tertinggi akan digunakan sebagai health locus of control responden (Lestari, 2014). Lebih tepatnya dengan penilaian sebagai berikut:

Skala ukur variabel yang digunakan dalam variabel ini adalah skala interval dimana hasil ukurnya menggunakan rumus statistik (Hidayat,2007)

$$P = \frac{\text{rentang kelas}}{\text{banyak kelas}}$$

Dimana p merupakan panjang kelas dengan rentang kelas 54 (selisih nilai tertinggi dan nilai terendah) dan banyak kelas sebanyak 3 kelas (tinggi, sedang dan rendah) maka didapatkan panjang kelas sebesar 18. Hasil ukur dengan menggunakan rumus diatas sebagai berikut : Rendah (skor = 18-36), Sedang (skor = 37-54), dan Tinggi (skor = 55-72).

Hasil validitas dan reliabilitas yaitu nilai *Alpha Cronbach* berkisar 0,60- 0,75 dan dilakukan *test-retest* dengan koefisien stabilitas mulai 0,60-0,70. Perkiraan reliabilitas bervariasi dan tergantung pada banyaknya isu atau masalah yang ada di populasi. Oleh sebab itu, dapat dikatakan bahwa instrumen tersebut adalah reliabel (Wallston, 1978). Skor pada setiap subskala dengan menjumlahkan nilai yang telah dijawab untuk setiap item pada subskala dengan skor 1-6. Semua subskala HLC independen satu sama lain sehingga tidak ada skor total untuk MHLCS (Wallston, Wallston, dan DeVellis, 1978).

2.2 Konsep Mekanisme Koping

2.2.1 Definisi Koping

Koping adalah tindakan mental dan fisik untuk mengontrol, mengurangi atau membuat pengaruh stres baik dari eksternal dan

internal (Rice, 1992). Koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, respon terhadap situasi yang mengancam (Keliat, 1998 dalam Nursalam 2007). Sumber koping adalah pilihan atau strategi yang membantu dalam menentukan apa yang bisa dilakukan serta apa yang dipertaruhkan. Sumber koping itu sendiri meliputi aset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, teknik pertahanan, dukungan sosial, serta motivasi (Stuart, 2013).

Menurut Ahyar (2010) mekanisme koping adalah usaha individu 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 berhasil beradaptasi terhadap perubahan atau beban tersebut. Mekanisme koping merupakan bentuk usaha kognitif dan perilaku yang dilakukan oleh individu untuk mengatur tuntutan internal dan eksternal yang timbul dari hubungan individu dengan lingkungannya. Mekanisme koping terbentuk melalui proses belajar dan mengingat, yang dimulai sejak awal timbulnya stressor dan saat mulai disadari dampak stressor tersebut. Kemampuan belajar tergantung pada kondisi internal dan eksternal, sehingga yang berperan bukan hanya bagaimana lingkungan membentuk stressor tetapi juga kondisi tempramen individu, persepsi, serta kognisi terhadap stressor tersebut (Kumboyono, Prima Yusifa Mega Adfan Pragawati dan Utami, 2014). Jadi yang dimaksud mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan

masalah, mengatasi perubahan yang terjadi dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku. Cara individu dalam menanggulangi stres bergantung pada sumber koping yang tersedia misalnya, aset ekonomi, bakat dan kemampuan, teknik pertahanan, dukungan sosial dan motivasi. Individu yang sama dapat berkoping secara berbeda dari satu waktu ke waktu yang lain.

2.2.2 Faktor – faktor yang Mempengaruhi Mekanisme Koping

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi strategi koping, yaitu (Lazarus dan Folkman, 1984 dalam (Nasir, Abdul dan Muhith, 2011):

1. Kesehatan Fisik

Kesehatan merupakan hal yang penting, karena selama dalam usaha mengalami stres individu dituntut untuk mengarahkan tenaga yang cukup besar.

2. Keyakinan atau Pandangan Positif

Keyakinan menjadi sumber daya psikologis yang sangat penting, seperti keyakinan akan nasib (*external locus of control* dan *internal locus of control*) yang mengarahkan individu pada penilaian ketidakberdayaan (*helplessness*) yang akan menurunkan kemampuan strategi koping tipe : *problem solving focused coping*.

Individu dengan *internal locus of control* mengartikan bahwa individu tersebut lebih mengutamakan kemahiran personal daripada hasil yang akan dicapai, sedangkan individu dengan *external locus of control* menganggap bahwa bantuan berasal dari faktor-faktor eksternal. Folkman, 1984 dalam Zeidner dan Endler, 1996

mengindikasikan bahwa individu dengan external locus of control menunjukkan respon koping yang maladaptif yang bermacam-macam ketika dihadapkan pada stresor.

3. Keterampilan memecahkan masalah

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk mencari informasi, menganalisa situasi, mengidentifikasi masalah dengan tujuan untuk menghasilkan alternatif tindakan, kemudian mempertimbangkan alternatif tersebut sehubungan dengan hasil yang ingin dicapai, dan pada akhirnya melaksanakan rencana dengan melakukan suatu tindakan yang tepat.

4. Keterampilan Sosial

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

5. Dukungan Sosial

Dukungan ini meliputi dukungan pemenuhan kebutuhan informasi dan emosional pada diri individu yang diberikan oleh orang tua, anggota keluarga lain, saudara, teman, dan lingkungan masyarakat sekitarnya.

Aspek-aspek koping terhadap stres : Keaktifan diri, perencanaan, kontrol diri, mencari dukungan sosial, mengingkari, penerimaan, religiusitas.

2.2.3 Klasifikasi Koping

Terdapat tiga tipe mekanisme koping menurut Stuart tahun 2013, yaitu sebagai berikut:

a. Mekanisme Koping *problem focus*

Mekanisme koping ini terdiri atas tugas dan usaha langsung untuk mengatasi ancaman diri. Contoh negosiasi, konfrontasi, dan mencari nasehat.

b. Mekanisme Koping *cognitively focus*

Mekanisme koping ini berupa seseorang yang dapat mengontrol masalah dan menetralkannya. Contoh: perbandingan positif, *selective ignorance, substitution of reward, dan devaluation of desired objects.*

c. Mekanisme Koping *emotion focus*

Individu menyesuaikan diri terhadap distres emosional secara tidak berlebihan. Contoh: menggunakan mekanisme pertahanan ego seperti *denial, supresi, atau proyeksi.*

2.2.4 Penilaian Mekanisme Koping

a. *Cope Inventory*

Cope Inventory diterbitkan oleh Charles S. Carver, Michael Scheier, dan Jagdish Weintraub pada tahun 1989, disusun untuk menilai respon koping serta berdasarkan teori tentang koping dari Lazarus dan Folkman. Skala ini terdiri dari atas 28 pertanyaan dengan indikator yang tergolong dalam koping adaptif dan koping maladaptif. Dimensi koping adaptif antara lain pengendalian diri, koping aktif, penggunaan pertolongan, perencanaan, penerimaan,

koping agama, humor, dan penyusunan positif. Dimensi koping maladaptif terdiri dari penolakan, penggunaan zat, penggunaan dukungan emosional, ketidakberdayaan, pelepasan, dan menyalahkan diri sendiri (Rahmaturrizky, 2012 dalam Umi, 2016). Untuk skoring pada *cope inventory* ini menurut Sipayung 2016 yaitu koping baik 1-37, cukup baik 38-75, tidakbaik 76-112 dimana untuk jawaban tiap pertanyaan diberi kodee 1: Sangat Setuju, 2: Setuju, 3: Tidak Setuju, dan 4: Sangat Tidak Setuju.

b. *Brief Cope*

Brief Cope dikembangkan pada tahun 1997 oleh Charles S. Carver, memiliki 14 subskala yaitu *active coping*, *positif reframing*, *acceptance*, *humor*, *religion*, *using emotional support*, *using instrumental support*, *self distraction*, *denial*, *venting*, *substance use*, *behavioural disengagement* dan *self blame*. Skala ini terdiri atas 28 pernyataan dengan 2 pernyataan untuk masing- masing subskala (Carver, 1997). Kuesioner *Brief cope* mengukur koping secara umum, tidak spesifik pada koping pasien yang menjalani hemodialisis (Nadziroh, 2016).

c. *Coping Orientations and Prototypes (COAP)*

Kuesioner kemampuan koping yang dikembangkan oleh Wong, Reker, dan Peacock tahun 2006 mengklasifikasikan koping didasarkan pada pendekatan rasional-empiris yang menggabungkan kekuatan klasifikasi logis untuk koping dukungan empiris. Kuesioner ini terdiri dari 81 pernyataan yang memuat 6 indikator

antara lain berorientasi pada situasi, emosi, pencegahan, keagamaan, eksistensi, dan restruksasi diri (Wong *et al.*, 2006 dalam Wong dan Wong, 2006). Kuesioner COAP mengukur coping secara umum tidak spesifik pada coping pasien yang menjalani hemodialisis (Nadziroh, 2016).

d. *Jalowiec Coping Scale (JCS)*

Instrumen ini dikembangkan oleh dr. Anne Jalowiec (1987). JCS bertujuan untuk menilai perilaku dalam menangani situasi yang spesifik. JCS telah digunakan untuk menilai penanganan berbagai macam stress fisik, emosional, dan sosial. Instrumen ini telah di alih bahasa kan ke dalam 20 bahasa. Berisi tentang kuesioner mekanisme coping yang terdiri dari 25 pernyataan yang diadopsi dari penelitian Novalia (2010). Kuesioner ini di buat sendiri oleh peneliti sebelumnya sesuai dengan konsep tinjauan kepustakaan dan mengadopsi dari kuesioner *Jalowiec Coping Scale*. Indikator di dalamnya terdiri dari optimis terhadap masa depan, dukungan sosial, sumber spiritual, mengontrol situasi atau perasaan, dan menerima kenyaan yang ada. Uji validitas dan reliabilitas kuesioner ini telah dilakukan oleh peneliti sebelumnya. Alat ukur ini yang nantinya akan digunakan oleh peneliti untuk mengukur mekanisme coping pada pasien yang menjalani hemodialisis.

2.3 Konsep Gagal Ginjal Kronik

2.3.1 Definisi Gagal Ginjal Kronik

Gagal ginjal kronik atau penyakit renal tahap akhir *End Stage Renal Disease* (ESRD) merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan *irreversible* dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah) (Brunner & Suddarth, 2001) dalam (Nuari & Widayati, 2017).

GGK adalah penurunan faal ginjal yang menahun mengarah pada kerusakan jaringan ginjal yang tidak *reversible* dan progresif. Adapun GGT (gagal ginjal terminal) adalah fase terakhir dari GGK dengan faal ginjal sudah sangat buruk. Kedua hal tersebut bias di bedakan dengan tes klirens kreatinin (Irwan, 2016)

Gagal ginjal kronik adalah suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisis atau transplantasi ginjal. Uremia adalah suatu sindrom klinik dan laboratorik yang terjadi pada semua organ, akibat penurunan fungsi ginjal pada gagal ginjal kronik (Suwitra, 2014).

2.3.2 Kriteria Gagal Ginjal Kronik

1. Kerusakan ginjal (*Renal Damage*) yang terjadi lebih dari 3 bulan, berupa kelainan structural atau fungsional, dengan atau tanpa penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG), dengan manifestasi :
 - a. Kelainan patologis
 - b. Terdapat tanda kelainan ginjal, termasuk kelainan dalam

komposisi darah atau urin, atau kelamin dalam tes pencitraan (*imaging test*).

2. Laju filtrasi glomerulus (LFG) kurang dari 60ml/menit/1,73m² selama 3 bulan, dengan atau tanpa kerusakan ginjal. Pada keadaan tidak terdapat kerusakan ginjal lebih dari 3 bulan, dan LFG sama atau lebih dari 60,1/menit/1,73 m², tidak termasuk kriteria gagal ginjal kronik (Suwirta, 2014).

2.3.3 Etiologi

Menurut *The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) of National Kidney Foundation* (2016), ada dua penyebab utama dari penyakit ginjal kronis yaitu diabetes dan tekanan darah tinggi, yang bertanggung jawab untuk sampai dua- pertiga kasus. Diabetes terjadi ketika gula darah terlalu tinggi, menyebabkan kerusakan banyak organ dalam tubuh, termasuk ginjal dan jantung, serta pembuluh darah, saraf dan mata.

Tekanan darah tinggi, atau hipertensi, terjadi ketika tekanan darah terhadap dinding pembuluh darah meningkat. Jika tidak terkontrol, atau kurang terkontrol, tekanan darah tinggi bisa menjadi penyebab utama serangan jantung, stroke dan penyakit ginjal kronis. Begitupun sebaliknya, penyakit ginjal kronis dapat menyebabkan tekanan darah tinggi.

Penyebab gagal ginjal pasien hemodialisis baru dari data tahun 2014 berdasarkan data dari *Indonesian Renal Registry (IRR)* masih sama

dengan tahun sebelumnya. Penyakit ginjal hipertensi meningkat menjadi 37% diikuti oleh Nefropati diabetika sebanyak 27%. Glomerulopati primer memberi proporsi yang cukup tinggi sampai 10% dan Nefropati Obstruktif pun masih memberi angka 7% dimana pada registry di negara maju angka ini sangat rendah. Masih ada kriteria lain-lain yang memberi angka 7%, angka ini cukup tinggi hal ini bisa diminimalkan dengan menambah jenis etiologi pada IRR. Proporsi penyebab yang tidak diketahui atau E10 cukup rendah.

2.3.4 Patofisiologi

Patofisiologis gagal ginjal kronik (GGK) dimulai 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 GGK 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, terjadi pembentukan jaringan parut dan aliran darah pada ginjal akan berkurang. Pelepasan renin akan meningkat bersama dengan kelebihan beban cairan sehingga dapat menyebabkan hipertensi. Hipertensi akan

memperburuk kondisi gagal ginjal, dengan tujuan agar terjadi peningkatan filtrasi protein-protein plasma. Kondisi akan bertambah buruk dengan semakin banyak terbentuk jaringan parut sebagai respon dari kerusakan nefron dan secara progresif fungsi ginjal menurun drastis dengan manifestasi penumpukan metabolit-metabolit yang seharusnya dikeluarkan dari sirkulasi sehingga akan terjadi sindrom uremia berat yang memberikan banyak manifestasi pada setiap organ tubuh (Muttaqin & sari, 2011).

Pasien gagal ginjal kronis akan menjalani terapi hemodialisis secara terus-menerus dalam mempertahankan hidupnya serta terdapat faktor-faktor yang turut mempengaruhi sehingga kualitas hidup pasien GGK akan lebih buruk daripada pasien lain pada umumnya, karena itu akan berkaitan dengan munculnya masalah psikis yaitu emosional yang berlebih, tidak kooperatif penderitaan fisik, masalah sosial yaitu kurangnya berinteraksi dengan orang lain, keterbatasan dalam beraktivitas sehari-hari serta tingginya beban biaya yang dikeluarkan. Dengan kata lain hal ini secara signifikan berdampak atau mempengaruhi kualitas hidup [asien GGK yang menjalani hemodialisis (Wua, Langi ,& Kaunang,2019).

2.3.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut Suryono (2001) dalam (Nuari & Widayati, 2017) adalah sebagai berikut :

1. Gangguan Kardiovaskuler

Hipertensi, nyeri dada, dan sesak nafas, akibat perikarditis, *effuse persikardie* dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema.

2. Gangguan Pulmonal

Nafas dangkal, kussmaul, batuk dengan sputum kental dan riak suara krekels.

3. Gangguan Gastrointestinal

Anoreksia, mual dan muntah yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan pada saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan mulut, nafas bau ammonia.

4. Gangguan Muskuloskeletal

Resiles reg sindrom (pegal pada kakinya sehingga selalu di gerakkan), *Burning feet sindrom* (rasa kesemutan dan terbakar terutama di telapak kaki), tremor, miopati (kelemahan dan hipertrofi otot-otot ekstremitas).

5. Gangguan Integumen

Kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning-kuningan akibat penimbunan urokom, gatal-gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh.

6. Gangguan Endokrin

Gangguan seksual : libido fertilitas dan ereksi menurun, gangguan menstruasi dan aminore. Gangguan metabolic glukosa, gangguan metabolic lemak dan vitamin D.

7. Gangguan cairan dan elektrolit dan keseimbangan asam basa
Biasanya retensi garam dan air tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemis, hipomagnesemia, hipokalsemia.

8. System hematologi

Anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritopoetin, sehingga rangsangan eritopoesis pada sum-sum tulang berkurang, hemolisis akibat berkurangnya masa hidup erosit dalam suasana uremia toksik, dapat juga terjadi gangguan fungsi thrombosis dan trombositopen.

2.3.6 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik

Menurut *Natoinal Kidney Foundation Classification of Chronic Kidney Disease*, GJK dibagi dalam lima stadium (Tabel 1) (Black & Hawks, 2005) dalam (Bayhakki, 2012).

Table 2.1 Stadium GJK (Black & Hawks, 2005) dalam (Bayhakki, 2012).

Stadium	Deskripsi	Istilah lain	GFR (ml/mnt/1,73m ²)
I	Kerusakan ginjal dengan GFR Normal	Beresiko	>90
II	Kerusakan ginjal dengan GFR turun ringan	Infusensi ginjal kronik (IGK)	60-89
III	GFR turun sedang	IGK, gagal ginjal kronik	30-59
IV	GFR turun berat	Gagal Ginjal Kronik	15-29

V	Gagal ginjal	Gagal ginjal tahap akhir (End Stage Renal Disease)	<15
---	--------------	--	-----

Rumus menghitung GRumus menghitung GFR (*Glomerular Filtration Rate*) berdasarkan alat kalkulasi GFR adalah untuk laki-laki : $(140 - \text{umur}) \times \text{BB}(\text{kg}) / 72 \times \text{serum kreatinin}$, dan untuk perempuan : $(140 - \text{umur}) \times \text{BB}(\text{kg}) / 72 \times \text{Serum kreatinin} \times 0,85$.

2.3.7 Komplikasi

Komplikasi yang dapat di timbulkan oleh gagal ginjal kronik adalah (Baugman,2000) dalam (Prabowo, 2014) :

1. Penyakit tulang

Penurunan kadar kalsium (hipokalsemia) secara langsung akan mengakibatkan deklafisikasi matriks tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh (osteoporosis) dan jika berlangsung lama akan menyebabkan fraktur pathologis.

2. Penyakit Kardiovaskuler

Ginjal sebagai control sirkulasi sistemik akan berdampak secara sistemik berupa hipertensi, kelainan lipid, intoleransi glukosa, dan kelainan hemodinamik (sering terjadi hipertrofi ventrikel kiri).

3. Anemia

Selain dalam fungsi sirkulasi, ginjal juga berfungsi dalam rangkaian hormonal (endokrin). Sekresi eritropoetri yang mengalami difisiensi di ginjal akan mengakibatkan penurunan hemoglobin.

4. Disfungsi Seksual

Dengan gangguan sirkulasi pada ginjal, maka libido sering mengalami penurunan dan terjadi impotensi pada pria, pada wanita dapat terjadi hiperprolaktinemia.

2.3.8 Penatalaksanaan

1. Kepatuhan diet, kepatuhan diet merupakan satu penatalaksanaan untuk mempertahankan fungsi ginjal secara terus-menerus dengan prinsip rendah protein, rendah garam, rendah kalium dimana pasien harus meluangkan waktu menjalani pengobatan yang dibutuhkan (Sumigar, Rompas, & Pondang, 2015).
2. Terapi Konservatif, tujuan dari terapi konservatif adalah mencegah memburuknya faal ginjal secara progresif, meringankan keluhan-keluhan akibat akumulasi toksin azotemia, memperbaiki metabolisme secara optimal dan memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit (Price & Sylvia, 2006, dalam Husna, 2010).
3. Terapi Pengganti Ginjal, terapi pengganti ginjal, dilakukan pada penyakit ginjal kronik stadium 5, yaitu pada GFR kurang dari 15 mL/menit. Terapi tersebut dapat berupa hemodialisis, dialisis peritoneal, dan transplantasi ginjal (Suwitra, 2006, dalam Husna, 2010).

2.3.9 Pemeriksaan Diagnostik

Hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium yang mendukung diagnosis GJK, antara lain (Verrelli, 2006) dalam (Bayhakki, 2012):

1. Peningkatan kadar ureum dari kreatinin serum.

2. Hiperkalemia, penurunan bikarbonat serum, hipokalsemia, hiperfosfatemia, hiponatremia (pada GGK tanpa Overload).
3. Hipoalbuminemia disebabkan oleh banyak protein yang keluar bersama urin.
4. Anemia normokrom normostik disebabkan oleh penurunan produksi hormone eritropoetin.
5. Urinalisis : Proteinuria, diduga akibat gangguan pada glomerulus atautubulointerstital.
6. Sel darah merah pada sedimen ureine, diduga ada glomerulonefritis proliferative. Piuria dan atau sel darah merah dalam urine, diduga adalah nefritis interstitial (terutama jika terjadi eosinofiluria) atau infeksi saluran kemih.
7. Urin 24 jam untuk memeriksa CCT (*clean coal technology*) dan protein total.
8. Elektroforesis protein urin dan serum untuk melihat protein monoklon, kemungkinan adanya myeloma multiple.
9. Antibody antinuklir (*antinuclear antibody*, ANA), kadar anti-double- stranded DNA untuk melihat adanya lupus eritematosus sistemik (*systemiclupus erythematosus*, SLE).
10. Kadar komplemen serum untuk menunjukkan glomerulonephritis.
11. C-ANCA (*cytoplasmic anti-neutrophilic cytoplasmic antibody*) and P- ANCA (*perinuclear anti-neutrophilic cytoplasmic antibody*) untuk diagnosis granulomatosis Wegener dan poliartritis nodosa atau poliangitismikroskopik.

12. Serologi Hepatitis B dan C, HIV, *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) : Berhubungan dengan glomerulonefritis. Pemeriksaan atau hasil pemeriksaan diagnostic yang mendukung diagnosis GGK adalah (Verrelli, 2006) dalam (Bayhakki, 2012) :

a. Sinar-X Abdomen

Melihat gambaran batu radio atau nefrokalsinosis.

b. Pielogramintravena

Jarang dilakukan karena potensi toksin, sering digunakan untuk diagnosis batu ginjal.

c. Ultrasonografi ginjal

Untuk melihat ginjal polikistik dan hidronefrosis, yang tidak terlihat pada awal obstruksi, Ukuran ginjal biasanya normal pada nefropati diabetic.

d. CT Scan

Untuk melihat massa dan batu ginjal yang dapat menjadi penyebab GGK

e. MRI

Untuk diagnosis thrombosis vena ginjal. Angiografi untuk diagnosis stenosis arteri ginjal, meskipun arteriografi ginjal masih menjadi pemeriksaan standart.

f. *Voding cystourethogram* (VCUG)

Pemeriksaan standart untuk diagnosis refluk vesikoureteral.

2.3.10 Pencegahan

Pencegahan gagal ginjal kronis (Irwan, 2016). Penyakit gagal ginjal kronis adalah salah satu jenis penyakit tidak menular yang memiliki angka kesakita cukup tinggi, namun demikian penyakit ini dapat dihindari melalui upaya pencegahan yang meliputi :

1. Mengendalikan penyakit diabetes, tekanan darah tinggi, dan juga penyakit jantung dengan lebih baik. Penyakit ginjal merupakan salah satu penyakit sekunder akibat dari penyakit primer yang mendasarinya. Oleh sebab itulah, perlunya mengendalikan dan mengontrol penyakit primer agar tidak komplikasi menjadi gagal ginjal.
2. Mengurangi makanan yang mengandung garam adalah salah satu jenis makanan dengan kandungan natrium yang tinggi. Natrium yang tinggi bukan hanya biasa menyebabkan tekanan darah tinggi, namun juga akan memicu terjadinya proses pembentukan batu ginjal.
3. Minumlah banyak air setiap harinya. Air adalah suatu komponen makanan yang diperlukan tubuh agar bisa terhindar dari dehidrasi. Selain itu, air juga bisa berguna dalam membantu mengeluarkan racun dari dalam tubuh. Dan juga akan membantu untuk mempertahankan volume serat konsentrasi darah. Selain itu juga bisa berguna dalam memelihara sistem pencernaan dan membantu mengendalikan suhu tubuh. Jadi jangan sampai tubuh anda mengalami dehidrasi.

4. Jangan menahan buang air kecil. Penyaringan darah merupakan fungsi paling utama yang dimiliki ginjal. Disaat proses penyaringan berlangsung, maka jumlah dari hasil kelebihan cairan akan tersimpan di dalam kandung kemih dan setelah itu harus segera di buang. Walaupun kandung kemih mampu menampung lebih banyak urin, tetapi rasa ingin buang air kecil akan dirasakan disaat kandung kemih sudah mulai penuh sekitar 120-250 ml urin. Sebaiknya jangan pernah menahan buang air kecil. Hal ini akan berdampak besar dari terjadinya proses penyaringan ginjal.
5. Makan-makanan yang baik. Makan yang baik adalah makan dengan kandungan nutrisi serta gizi yang lebih baik. Hindari makan junk food.

2.4 Konsep Hemodialisis

2.4.1 Definisi Hemodialisis

Hemodialisis didefinisikan sebagai pergerakan larutan dan air dari darah pasien melewati membran semipermeabel (dializer) ke dalam dialisat, hemodialisis merupakan metode yang dominan digunakan dalam pengobatan gagal ginjal akut dan kronik (Nuari & Widayati, 2017). Hemodialisis merupakan suatu proses yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir atau *end stage renal disease* (ESRD) yang memerlukan terapi jangka panjang atau permanen (Suharyanto & Madjid, 2009).

2.4.2 Jenis Hemodialisis

Menurut (Smeltzer et al., 2021) pembagian jenis hemodialisis berdasarkan indikasi pada pasien yaitu :

- a. Hemodialisis akut : merupakan hemodialisis yang digunakan untuk pasien yang sakit akut dan memerlukan dialisis jangka pendek (berhari – hari hingga berminggu – minggu).
- b. Hemodialisis kronik : merupakan hemodialisis yang digunakan untuk pasien dengan gagal ginjal kronik atau ESDR (*end stage renal disease*) lanjut yang membutuhkan terapi penggantian ginjal jangka panjang atau permanen.

Ada berbagai jenis hemodialisis yang biasa dilakukan, menurut (Tjokroprawiro, Setiawan, Santoso, Soegiarto, & Rahmawati, 2015) berikut jenis – jenis hemodialisis:

1. Hemodialisis pada gangguan ginjal akut: SLED, SLEDD, Isolated UF atau HD *Intermittent*.
2. Hemodialisis pada penyakit gagal ginjal kronik:
 - a) Hemodialisis konvensional: Hemodialisis kronis biasanya dilakukan 2-3 kali perminggu, selama sekitar 4-5 jam untuk setiap tindakan.
 - b) Hemodialisis harian: biasanya digunakan oleh pasien pasien yang melakukan cuci darah sendiri di rumah, dilakukan selama 2 jam setiap hari.
 - c) Hemodialisis nocturnal: dilakukan saat pasien tidur malam, 6 – 10 jampertindakan, 3 – 6 kali dalam seminggu.

2.4.3 Prinsip Dasar Hemodialisis

Tujuan dari hemodialisis adalah untuk mengeluarkan zat – zat yang toksik dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebihan. Terdapat tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis, yaitu: difusi, osmosis dan ultrafiltrasi. Toksin dan zat limbah dalam darah dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi, ke cairan dialisat dengan konsentrasi yang lebih rendah. Cairan dialisat tersusun dari semua elektrolit yang penting dengan konsentrasi ekstrasel yang ideal. Kelebihan cairan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradien tekanan, dimana air bergerak dari tekanan yang lebih tinggi (tubuh pasien) ke tekanan 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 penghisap pada membran dan memfasilitasi pengeluaran air (Suharyanto & Madjid, 2009).

2.4.4 Komplikasi Hemodialisis

Komplikasi yang mungkin dialami oleh pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis meliputi komplikasi akut, komplikasi kronik, serta komplikasi psikologis.

1. Komplikasi Akut

Pergerakan darah ke luar sirkulasi menuju sirkuit dialisis dapat menyebabkan hipotensi. Dialisis awal yang terlalu agresif dapat menyebabkan *disequilibrium* (ketidakseimbangan) dialisis, sebagai

akibat perubahan osmotik di otak pada saat kadar ureum plasma berkurang. Efeknya bervariasi dari mual dan nyeri kepala sampai kejang dan koma. Nyeri kepala selama dialisis dapat disebabkan oleh efek vasodilator asetat. Gatal selama atau sesudah hemodialisis dapat merupakan gatal pada gagal ginjal kronik yang dieksaserbasi oleh pelepasan histamin akibat reaksi alergi ringan terhadap membran dialisis. Kadangkala, pajanan darah ke membran dialisis dapat menyebabkan respon alergi yang lebih luas, hal yang lebih jarang terjadi jika menggunakan membran biokompatibel modern. Kram pada dialisis mungkin mencerminkan pergerakan elektrolit melewati membran otot. Hipoksemia selama dialisis dapat mencerminkan hipoventilasi yang disebabkan oleh pengeluaran bikarbonat atau pembentukan pirau dalam paru akibat perubahan vasomotor yang diinduksi oleh zat yang diaktivasi oleh membran dialisis. Kadar kalium yang dikurangi secara berlebihan menyebabkan hipokalemia dan disritmia. Masalah pada sirkuit dialisis dapat menyebabkan emboli udara, yang sebaiknya diobati dengan memposisikan kepala pasien di sisi kiri bawah dengan menggunakan oksigen 100% (O'callaghan, 2009).

2. Komplikasi Kronik

Masalah yang paling sering berkaitan dengan akses termasuk thrombosis fistula, pembentukan aneurisma, dan infeksi, terutama dengan raft sintetik atau akses vena sentral sementara. Infeksi sistemik dapat timbul pada lokasi akses atau didapat dari sirkuit

dialisis. Transmisi infeksi yang ditularkan melalui darah (*blood – borne infection*) seperti virus hepatitis dan HIV merupakan suatu bahaya potensial. Pada dialisis jangka panjang, deposit protein amiloid dialisis yang mengandung mikroglobulin-B₂, dapat menyebabkan sindrom terowongan karpal (*carpal tunnel syndrome*) dan artropati destruktif dengan lesi tulang kistik. Senyawa pengikat fosfat yang mengandung aluminium dan kontaminasi aluminium dari cairan dialisis dapat menyebabkan toksisitas aluminium dengan demensia, mioklonus, kejang dan penyakit tulang (O'callaghan, 2009).

3. Komplikasi Psikologis Pasien Hemodialisis

Selain mengalami komplikasi pada fisik pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisis juga kerap mengalami komplikasi psikologis. Faktor psikologis pada pasien GGK sangat terpengaruh oleh perjalanan penyakit yang panjang, ketidakmampuan pasien dan perasaan tidak nyaman bergantung dengan mesin hemodialisis. Terapi hemodialisis sampai sekarang selain mengganggu fisik, komplikasinya dapat pula memicu gangguan jiwa. Pasien GGK sering mengalami gangguan psikiatrik terkait dengan kondisi medis umumnya. Gangguan psikiater seperti delirium, depresi, kecemasan dan sindrom disequilibrium sering dialami oleh pasien dengan GGK (Rosmalia & Kusumadewi, 2018). Perubahan akibat dari situasi stres terus menerus yang dapat menyebabkan perubahan pada personal, sosial dan lingkungan. Bahkan juga dapat menurunkan mekanisme koping pada pasien tersebut.

2.5 Hubungan *Health Locus of Control* dengan Mekanisme Koping pada Pasien GGK yang Menjalani Hemodialisis

Salah satu pengobatan atau terapi untuk penyakit GGK ini adalah hemodialisis. Menurut Georgianni (2014), dalam penelitiannya ditemukan bahwa dampak dari tindakan hemodialisis adalah dampak fisik (Anemia, nyeri, gangguan tulang) sedangkan dampak psikososial (depresi, penolakan penyakit, kecemasan, harga diri rendah, isolasi sosial, persepsi negatif dari tubuh image/body, takut kecacatan, dan kematian, kehilangan pekerjaan, kesulitan keuangan). Pada kondisi yang memaksa seseorang untuk rutin menjalani hemodialisa dan ketidakpastian periode lamanya menjalani terapi tersebut merupakan stressor yang kuat untuk memicu terjadinya depresi. Seseorang dalam menghadapi stress tergantung pada koping yang dimiliki (Snyder, 1999). Penggunaan mekanisme koping menjadi efektif bila didukung oleh kekuatan lain dan adanya keyakinan pada individu yang bersangkutan bahwa mekanisme koping yang digunakan dapat mengatasi stresornya (Asmadi, 2008).

Pada pasien GGK yang menjalani hemodialisis melibatkan disiplin fisik dan fisiologis yang dapat memberikan pengaruh secara signifikan terhadap jiwa dan gaya hidupnya sehingga diperlukan *Health Locus of Control* (HLC) atau kemampuan untuk mengontrol kesehatannya, membuat keputusan tentang pengobatan, dan mematuhi perencanaan yang telah dibuat (Thomas *et al.*, 2004). Teori *locus of control* yang dikemukakan oleh Rotter pada tahun 1966 ini, menitik beratkan pada penilaian kognitif terutama persepsi sebagai penggerak tingkah laku dan tentang bagaimana tingkah laku dikendalikan dan

diarahkan melalui fungsi kognitif (Allen, 2003: 291). *Health locus of control* memiliki tiga dimensi yaitu *internal*, *powerful others*, dan *chance*. Seseorang dengan *locus of control* internal yakin bahwa kesehatan mereka berada dalam kendali dari keberhasilan dan kegagalan mereka sendiri. Oleh karena itu, orang dengan *locus of control* internal yang kuat lebih mungkin untuk berpikir bahwa kendali mereka untuk mengatasi penyakit serius ditentukan oleh diri mereka sendiri dan perilaku mereka. Seseorang dengan *locus of control* eksternal (*powerful others*) lebih mungkin untuk yakin bahwa hasil perawatan penyakit mereka berada di tangan seorang profesional medis, meskipun pada dasarnya orang tersebut hanya melakukan apa yang diberitahu. Berbeda dengan *locus of control* eksternal (*chance*) yang lebih ditunjukkan bahwa keberhasilan dan kegagalan mereka bergantung pada keberuntungan, nasib atau Tuhan menentukan keberhasilan dan kegagalan mereka (Thomas *et al.*, 2004).

Menurut penelitian Auliya Hidayati (2017) menunjukkan bahwa Ada hubungan yang signifikan antara *health locus of control* dengan mekanisme coping dan berkorelasi positif dengan kekuatan korelasi sedang. Arah korelasi yang positif mengindikasikan bahwa semakin tinggi *health locus of control* maka nilai mekanisme coping juga akan semakin adaptif.

Penelitian yang terkait telah menemukan bahwa *internal locus of control* memiliki hubungan dengan respon coping yang lebih adaptif (Holahan dan Moos, 1987; Litt, 1988 dalam Zaidner & Endler, 1996). Compas, Banez, Malcarne, dan Worsham (1991) dalam Zaidner & Endler (1996) mengindikasikan bahwa *internal locus of control* memiliki kaitan dengan

koping berfokus masalah. Zaidner & Endler (1996) menyimpulkan bahwa *powerful others* dan *chance locus of control* memiliki kaitan dengan respon koping yang lebih maladaptif.



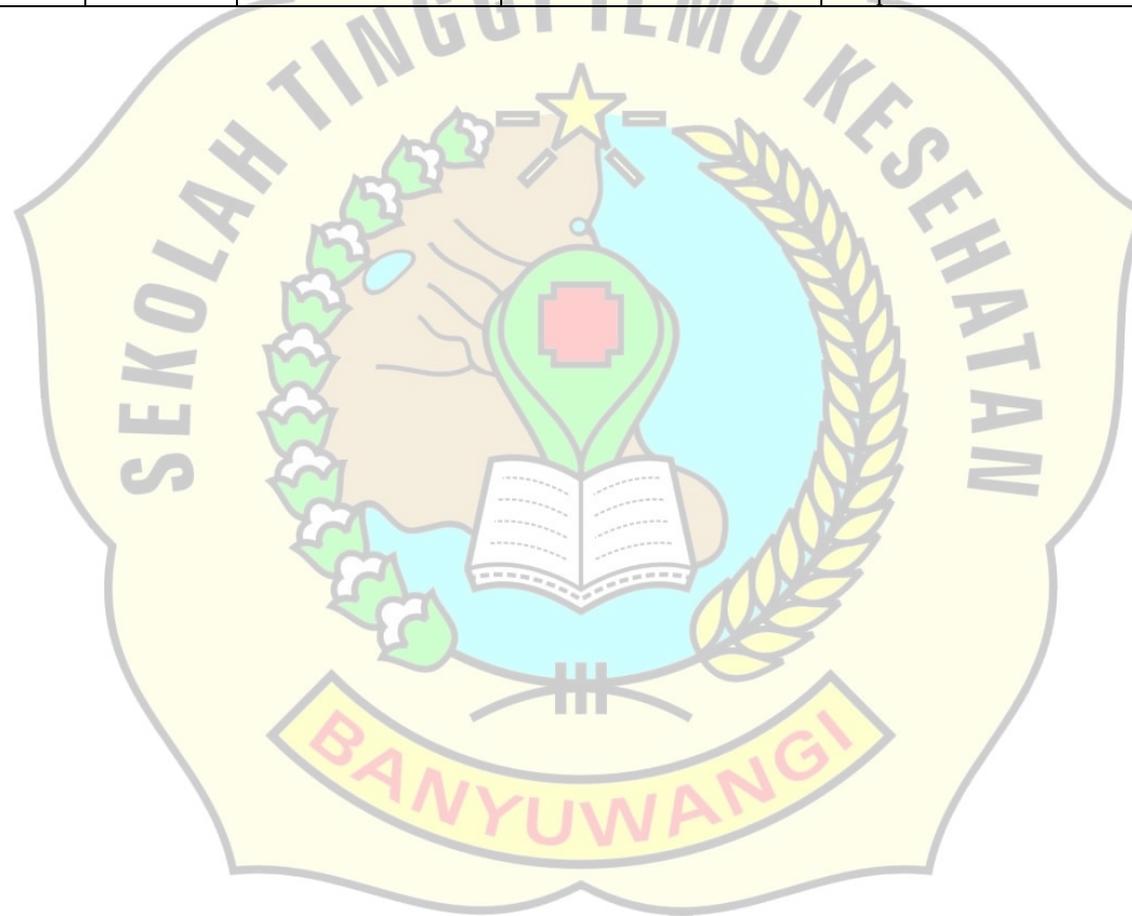
2.6 Tabel Sintesis

Tabel 2.2 Sintesis dari Jurnal Penelitian

No	Author	Tahun	Judul	Tujuan	Metode	Hasil
1.	Jaleh Mohammad Aliha	2015	The Relationship Between Quality of Life and Health Locus of Control Beliefs in Hemodialysis Patients.	The purpose of this study was to determine the relationship between the quality of life and health locus of control beliefs in hemodialysis patients.	A cross-sectional correlation research design was used to conduct the study. The research population included all hemodialysis patients admitted to Shahid Hashemi Nejad Hospital. One hundred hemodialysis patients were recruited by convenience sampling. The patients' information was collected from their medical records. The WHO quality of life (WHOQoL) questionnaire and multidimensional health locus of control scale (MHLC) were used to collect data about main variables of the study. The data were analyzed by SPSS 16 software using descriptive and inferential statistics.	The mean and standard deviation related to health locus of control beliefs was 53±11. There was a statistically significant relationship between the quality of life and health locus of control beliefs (P=0.008), but the correlation was weak (r=0.2).
2.	A. Gurkan, S.C.r Pakyuz, T. Demir	2015	Stress Coping Strategies in Hemodialysis and Kidney Transplant Patients	The aim of this study was to determine the levels of anxiety and depression, and stress coping strategies used by hemodialysis and kidney transplant patients.	This study included 138 hemodialysis patients treated at the two private dialysis centers and 76 kidney transplantation patients followed up at the private hospital. Data were collected	The results of data analysis showed that the hemodialysis patients used fewer functional coping strategies and had more anxiety and depression than kidney transplant patients. It would be helpful to know an individual's coping

					with socio-demographic characteristics, the Hospital Anxiety and Depression Scale, and the Coping Strategies Questionnaire (COPE)..	strategies in the case of a stressful situation in order to determine treatment goals and monitor therapeutic efficacy.
3.	Iffah nur amalia dan henni kusuma.	2020	Hubungan antara <i>Health Locus of Control</i> dengan Kualitas Hidup pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis.	Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara <i>Health Locus of Control</i> dengan Kualitas Hidup pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis	Penelitian menggunakan desain cross sectional. Sebanyak 124 pasien PGK yang menjalani hemodialisis menjadi sampel dengan teknik purposive sampling. Pengumpulan data menggunakan kuesioner Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) dan kuesioner WHOQOL-BREF. Analisis statistik menggunakan Fisher Exact test.	Hasil dari penelitian ini adalah tidak ada hubungan yang signifikan antara HLOC dengan kualitas hidup pasien PGK yang menjalani HD
4.	Gusti ayu ary antari	2020	<i>Health locus of control</i> pasien gagal ginjal tekminal yang menjalani hemodialisis	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran <i>health locus of control</i> pasien yang menjalani hemodialisis.	sain penelitian ini adalah cross-sectional. Sebanyak 100 pasien hemodialisis yang telah mengisi multidimensional health locus of control scale dilibatkan dalam penelitian ini. Pengambilan data dilakukan di Ruang Hemodialisis RSD Mangusada dan RSUD Wangaya selama Bulan Juli-Agustus 2019.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata skor <i>internal health locus of control</i> lebih tinggi daripada <i>chance</i> maupun <i>powerful others</i> yaitu berturut-turut 29,35; 22,45; dan 27,95. Temuan ini mengindikasikan bahwa responden cenderung memiliki keyakinan akan diri sendiri (<i>internal</i>) yang lebih memiliki kendali atas kondisi kesehatannya dibandingkan orang lain, dokter maupun <i>chance</i> .
5.	Angga satria pratama, andria	2020	Mekanisme Koping pada Pasien Gagal	Tujuan dari penelitian untuk mengetahui	penelitian menggunakan deskriptif kuantitatif.	hasil penelitian mekanisme koping lebih dari setengahnya adalah

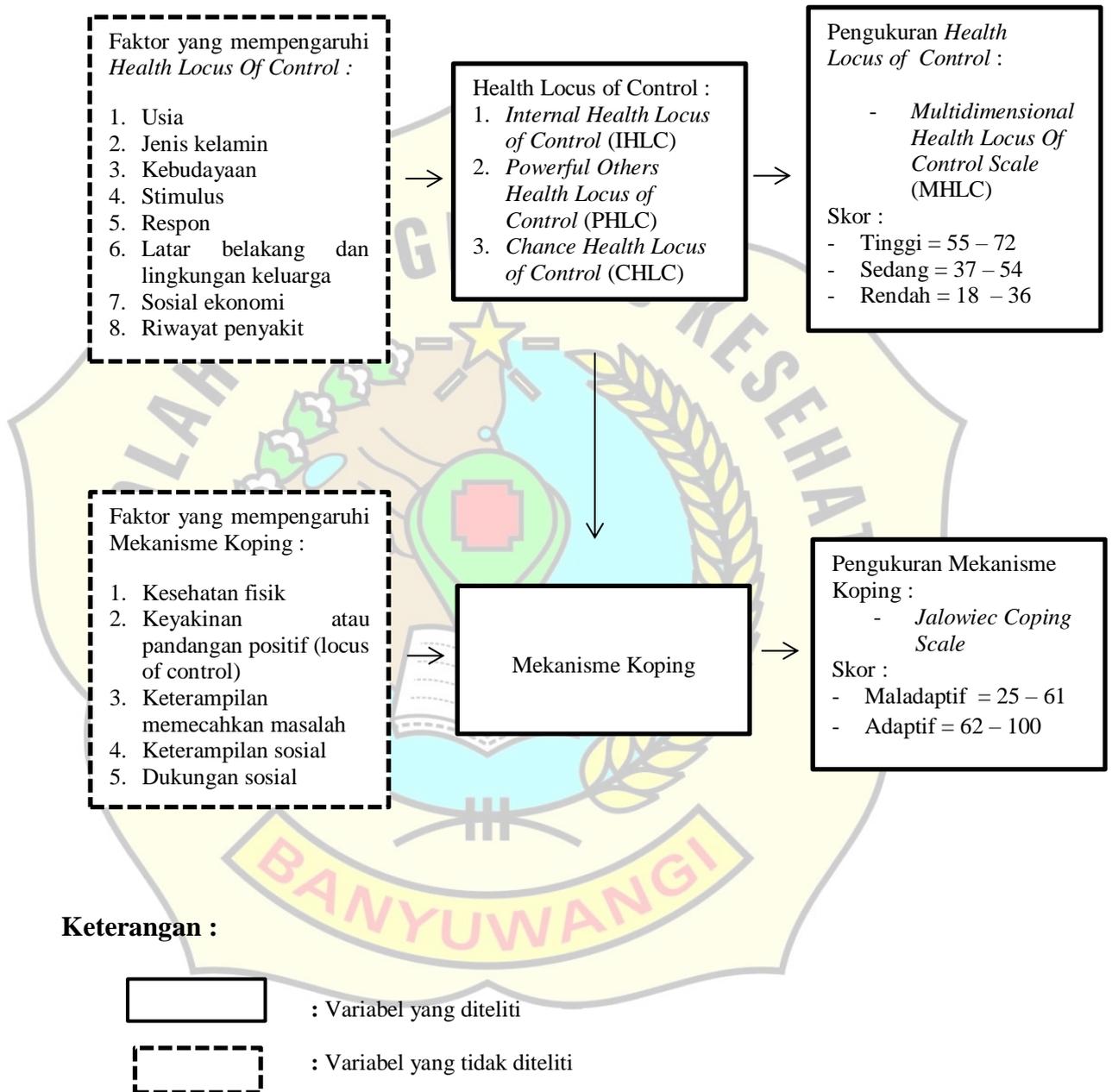
	pragholapati, ikhwan nurrohman		Ginjak Kronik yang Menjalani Hemodialisis Di Unit Hemodialisa RSUD Bandung	Mekanisme Koping pada Pasien Gagal Ginjak Kronik yang Menjalani Hemodialisis Di Unit Hemodialisa RSUD Bandung	Sampel dalam penelitian ini menggunakan total sampling yaitu sebanyak 51 responden pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.	mekanisme koping adaptif sebanyak 38 orang (74.5%).
--	--------------------------------------	--	--	--	---	---



BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 : Kerangka Konseptual Hubungan Antara *Health Locus of Control* dengan Mekanisme Koping pada Pasien Hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2022.

3.2 Hipotesis Penelitian

Menurut Nursalam (2016), hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan peneliti. Hipotesis dari penelitian ini adalah:

“Ada Hubungan yang signifikan antara *Health Locus Of Control* dengan Mekanisme Koping pada Pasien GGK yang Menjalani Hemodialis di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2022”



BAB 4

METODE PENELITIAN

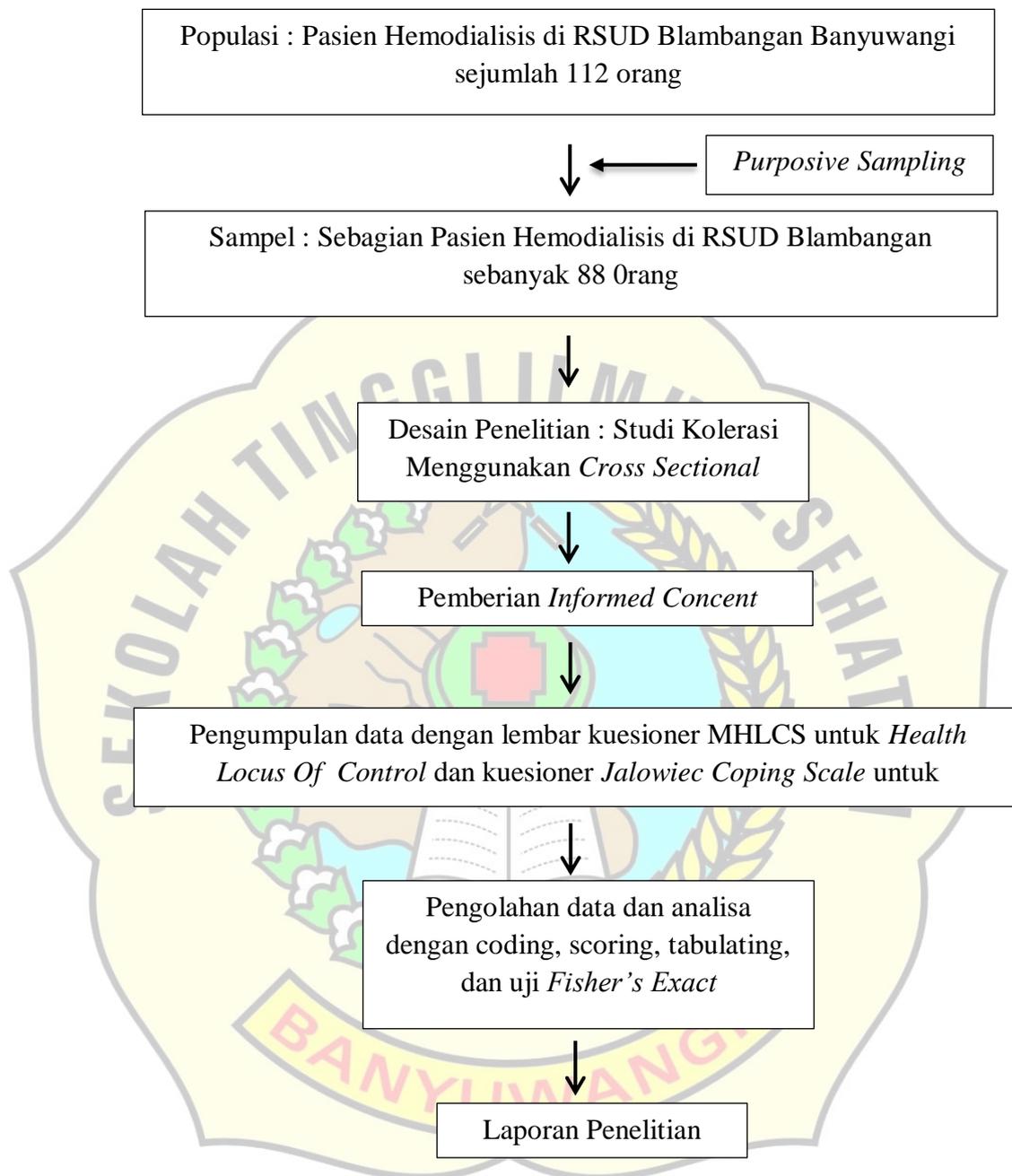
4.1 Rencana Penelitian yang Digunakan

Jenis penelitian merupakan strategi yang digunakan untuk mencapai tujuan penelitian yang sudah berperan sebagai penentuan atau pedoman peneliti pada seluruh proses penelitian (Nursalam, 2016).

Jenis penelitian yang digunakan di penelitian kali ini adalah korelasional. Korelasional merupakan penelitian yang mengkaji hubungan antara variabel. Penelitian korelasional memiliki tujuan untuk mengungkapkan hubungan korelasi diantara variabel. Hubungan korelatif melihat pada kecenderungan bahwa variasi suatu variabel diikuti oleh variabel yang lain (Nursalam, 2016).

Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*. Pendekatan *cross sectional* merupakan jenis penelitian yang ditekankan pada waktu pengukuran atau observasi data variabel independent dan dependen yang hanya satu kali pada suatu saat (Nursalam, 2016).

4.2 Kerangka Kerja



Bagan 4.1 : Kerangka Kerja Hubungan Antara *Health Locus of Control* dengan Mekanisme pada Pasien GGK yang menjalani Hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2022.

4.3 Populasi, Sampel, Sampling

4.3.1 Populasi

Menurut Sugiono (2011) populasi adalah wilayah generalisasi terdiri dari objek atau subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditentukan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi penelitian ialah subjek (misalnya manusia atau klien) yang memiliki kriteria sesuai dengan yang ditetapkan (Nursalam, 2016).

Penelitian ini yang akan menjadi populasi adalah rata-rata pasien hemodialisis dari bulan Agustus – Oktober 2021 di RSUD Blambangan Banyuwangi sejumlah orang 112 orang.

4.3.2 Sampel

Menurut Nursalam (2016) sampel adalah bagian populasi yang terjangkau dan dapat digunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling. Sampel pada penelitian kali ini adalah sebagian pasien hemodialisis di RSD Blambangan Banyuwangi yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.

Menentukan besar sampel dengan menggunakan rumus sebagai berikut (Nursalam, 2011) :

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan :

n = Jumlah Sampel

N = Jumlah Populasi

d = Tingkat kesalahan yang dipilih (0,05)

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N}{1 + N (d)^2} \\
 &= \frac{112}{1 + 112 (0,05)^2} \\
 &= \frac{112}{1 + 0,28} \\
 &= 87,5 \text{ dibulatkan menjadi } = 88 \text{ responden}
 \end{aligned}$$

4.3.3 Teknik Sampling

Menurut Nursalam (2016) Sampling merupakan proses seleksi porsi dari populasi agar dapat mewakili populasi. Teknik sampling adalah cara yang digunakan untuk pengambilan sampel sehingga memperoleh sampel yang benar sesuai dengan subjek penelitian.

Pada penelitian ini menggunakan teknik *Purposive* sampling. Teknik *purposive* sampling adalah teknik penetapan sampel sesuai yang dikendaki peneliti (tujuan atau masalah penelitian). Sehingga sampel dapat mewakili karakteristik dari populasi telah ditentukan sebelumnya.

1. Kriteria Inklusi

Kriteria Inklusi menurut Nursalam (2016) merupakan karakteristik umum dari subjek penelitian dari sebuah populasi target yang terjangkau dan yang akan diteliti. Pertimbangan secara ilmiah harus dilakukan dalam penentuan kriteria inklusi. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

- a. Pasien hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi.
- b. Pasien yang bersedia menjadi responden.

2. Kriteria Ekslusi

Kriteria eklusi merupakan mengeluarkan/menghilangkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi atau penelitian karena berbagai alasan (Nursalam, 2016). Kriteria Ekslusi pada penelitian ini :

- a. Terjadi kegawatdaruratan hemodialisa pada pasien hemodialisis di RSD Blambangan Banyuwangi.
- b. Pasien mengalami kelemahan saat melakukan hemodialisis di RSD Blambangan Banyuwangi.

4.4 Identifikasi Variabel

Variabel merupakan perilaku atau karakteristik yang memberi nilai berbeda pada sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) (Nursalam, 2016).

4.4.1 Variabel Independent (Bebas)

Variabel independent adalah variabel yang mempengaruhi, nilainya menentukan variabel yang lain (Nursalam, 2016). Penelitian ini variabel independennya adalah *Health Locus of Control*.

4.4.2 Variabel Dependent (Terikat)

Variabel dependent adalah variabel yang dipengaruhi, nilainya ditentukan oleh yang lain (Nursalam, 2016). Penelitian ini variabel dependennya adalah Mekanisme Koping.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan pendeskripsian atau penjelasan semua variabel dan istilah yang digunakan dalam penelitian secara operasional, sehingga mempermudah penyaji atau pembaca dalam mengartikan makna dari penelitian (Nursalam, 2016).

Tabel. 4.1 : Definisi Operasional Penelitian Hubungan Antara *Health Locus of Control* dengan Mekanisme Koping pada Pasien Hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2022.

NO	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
1	Variabel Bebas : <i>Health Locus of Control</i>	Keyakinan individu dalam persepsi terhadap sumber-sumber penyebab peristiwa-peristiwa yang berhubungan dengan kesehatan. Pandangan individu bahwa yang mengontrol kesehatannya adalah dirinya sendiri, orang lain, dan ditentukan oleh keberuntungan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Internal Health Locus of Control (IHLC)</i> 2. <i>Powerful Other Health Locus of Control (PHLC)</i> 3. <i>Chance Health Locus of Control (CHLC)</i> 	Lembar Kuesioner <i>Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC)</i>	Skala Ordinal	-Tinggi (55-72) -Sedang (37-54) -Rendah (18-36)
2	Variabel Terikat : Mekanisme Koping	Cara yang dilakukan individu dalam mengatasi stressor selama menjalani	<ol style="list-style-type: none"> 1. Optimis terhadap masa depan 2. Dukungan sosial 3. Sumber spiritual 4. Mengontrol 	Lembar Kuesioner mekanisme koping (<i>Jalowiec</i>)	Skala Nominal	Rentang skor antara 25-100. Hasil pengukuran kuesioner dikategorikan menjadi:

		hemodialysis	situasi atau perasaan 5. Menerima kenyataan yang ada	<i>Coping Scale)</i>		1. Mal adaptif : 25- 61 2. Adaptif : 62-100
--	--	--------------	---	----------------------	--	--

4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data

4.6.1 Instrument Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan untuk pengumpulan data agar pekerjaan lebih riangan dan mendapatkan hasil yang baik, dalam arti lebih cermat, lengkap, dan sistematis sehingga mudah untuk diolah. Variasi jenis instrument yang digunakan dalam ilmu keperawatan diklasifikasikan menjadi lima bagian, yaitu : Pengukuran, biofisiologis, observasi, wawancara, kuesioner, dan skala (Nursalam 2016).

Penelitian ini menggunakan instrument berupa lembar kuesioner *Multimensional Health Locus Of Control Scale* (MHLCS) untuk mengukur *Health Locus Of Control* dan *Jalowiec Coping Scale* untuk mengukur mekanisme koping.

4.6.1.1 Instrumen *Health Locus Of Control*

Multidimensional Health Locus Of Control Scale (MHLC) dirancang dengan 18 item pernyataan pada setiap form yaitu form A, B, dan C. Skala ini terdiri dari 3 dimensi yaitu *internal health locus of control*, *powerful others health locus of control* dan *chance health locus of control* (Wallst on, Wallston, & DeVellis, 1978). MHLC Scale menggunakan skala likert yang

mewakili tingkat pendapat partisipan dari 1=sangat tidak setuju sampai dengan 6= sangat setuju. Pada setiap form telah menilai masing-masing dimensi yaitu *internal health locus of control* dan *external health locus of control* (*powerful others* dan *chance*). Form A lebih ditujukan untuk digunakan pada responden sehat, form B lebih ditujukan untuk digunakan pada pasien sakit, sedangkan form C dirancang untuk kondisi khusus (kronis). Jadi, dengan mengganti kata “kondisi” di setiap item. Form C dapat diubah menjadi ukuran *locus of control* seseorang mengenai kondisi medis tertentu, seperti diabetes, arthritis, kanker, infeksi HIV, dll. Pada form C, dimensi eksternal dibagi menjadi dua dimensi independen yaitu dokter dan orang lain (Ayers *et al.*, 2007).

Wallston mengatakan pada akhir penyelesaian kuisioner, tidak ada total skor MHLC, karena tidak ada batas yang memisahkan antara internal dan eksternal. Pemberian skor dari kuisioner adalah untuk internal skornya 6-36 dengan item pertanyaan no 1,6,8,12,13 dan 17, subdimensi chance skornya 6-36 dengan item pertanyaan no 2,4,9,11,15 dan 16, sedangkan untuk subdimensi powerful others skornya 6-36 dengan item pertanyaan no 3,5,7,10,14, dan 18 (Walltson,dkk,1978). Kuisioner yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 18 item pertanyaan yang sudah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia dengan menggunakan model skala likert. Model dari

skala MHLC menggunakan enam pilihan dengan skala likert yang terdiri dari 18 pertanyaan yang diklasifikasikan menjadi tiga subskala yaitu internal HLOC, powerful others HLOC dan Chance HLOC, tetapi nanti disini peneliti menggunakan 4 skala likert. Setelah responden menyelesaikan 18 item pernyataan tersebut, maka nilai setiap item akan dimasukkan ke dalam kolom skoring sesuai dengan sub skala yang diwakili oleh item tersebut dan sub skala yang memiliki skor tertinggi akan digunakan sebagai health locus of control responden (Lestari, 2014). Lebih tepatnya dengan penilaian sebagai berikut:

Skala ukur variabel yang digunakan dalam variabel ini adalah skala interval dimana hasil ukurnya menggunakan rumus statistik (Hidayat,2007)

$$P = \frac{\text{rentang kelas}}{\text{banyak kelas}}$$

Dimana p merupakan panjang kelas dengan rentang kelas 54 (selisih nilai tertinggi dan nilai terendah) dan banyak kelas sebanyak 3 kelas (tinggi, sedang dan rendah) maka didapatkan panjang kelas sebesar 18. Hasil ukur dengan menggunakan rumus diatas sebagai berikut : Rendah (skor = 18-36), Sedang (skor = 37-54), dan Tinggi (skor = 55-72)

Kuesioner MHLCS (*Multimensional Health Locus Of Control Scale*) sudah divalidasi oleh Umar pada penelitian Sarah

Rahmadian (2011), pada dimensi internal nilai P-value sebesar 0,51183 sedangkan pada dimensi chance dan powerful others nilai P-value sebesar 0,05228. Selain itu juga dilakukan validitas kembali oleh Nurlatifah pada dosen Keperawatan Universitas Sumatera Utara yang ahli dalam bidangnya yaitu, Ibu Mahnum Lailan Nasution, S.Kep.,Ns.,M.Kep dan Ibu Eqlima Elfira, S.Kep,M.Kep. Uji validitas instrumen dilakukan dengan menggunakan Content Validity Instrument (CVI) yaitu, mengukur sejauh mana instrumen yang dibuat mewakili semua aspek sebagai kerangka konsep. Sebuah alat ukur dianggap valid jika $CVI \geq 0,6$ (Polit & Beck, 2012). Nilai validitas untuk instrumen dalam penelitian ini adalah 0,97. Artinya, instrumen dalam penelitian ini valid dan mampu mewakili semua aspek sebagai kerangka konsep. Kuesioner MHLCS (*Multimensional Health Locus Of Control Scale*) Pada instrumen MHLCS Form C yang telah dilakukan uji reliabilitas didapatkan nilai koefisien Alpha Cronbach pada subskala IHLC, PHLC, CHLC yaitu 0,703; 0,715; dan 0,791 sehingga dapat dinyatakan reliabel.

4.6.1.2 Instrumen mekanisme koping (*Jalowiec Coping Scale*)

Berisi tentang kuesioner mekanisme koping yang terdiri dari 25 pernyataan yang diadopsi dari penelitian Novalia (2010). Kuesioner ini di buat sendiri oleh peneliti sebelumnya sesuai dengan konsep tinjauan kepustakaan dan mengadopsi dari kuesioner Jalowiec Coping Scale. Uji validitas dan reliabilitas

kuesioner ini telah dilakukan oleh peneliti sebelumnya. Uji validitas kuesioner ini telah dilakukan oleh peneliti sebelumnya sehingga tidak dilakukan uji validitas ulang dan kuesioner langsung dapat digunakan. Uji validitas yang digunakan adalah uji validitas isi. Validitas isi adalah suatu keputusan tentang bagaimana instrumen yang baik mewakili karakteristik yang diteliti. Penelitian tentang validitas ini bersifat subyektif dan keputusan apakah instrumen sudah mewakili atau tidak. Hasil uji validitas didapatkan hasil korelasi setiap item sebesar 0,70-0,84. Sehingga kuesioner ini valid dan sah. Kuesioner mekanisme koping telah dilakukan uji reliabilitas oleh Novalia (2010) menggunakan koefisien alpha cronbach dan hasil uji reliabilitas untuk 25 pernyataan didapatkan hasil koefisien alpha cronbach sebesar 0,886. Hal ini menunjukkan bahwa kedua kuesioner telah memenuhi keandalan alat ukur atau reliabel.

Kuesioner mekanisme koping menggunakan skala Likert dengan penilaian terdiri dari pernyataan positif dan negatif. Pernyataan unfavourable (negatif) ada empat pernyataan nomor 3,12,15,16 sedangkan selebihnya merupakan pernyataan favourable (positif). Setiap tingkatan untuk pernyataan favourable diberi nilai dimana 1: tidak pernah, 2: jarang, 3: kadang-kadang dan 4: sering. Sedangkan untuk pernyataan unfavourable diberi nilai 4: tidak pernah, 3: jarang, 2: kadang-

kadang, dan 1: sering. Skor penilaian mekanisme coping yaitu sebagai berikut: Maladaptif : nilai 25-61 Adaptif : nilai 62-100

4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi atau Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang hemodialisis RSUD Blambangan Banyuwangi.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 30 Maret 2022 – 2 April 2022.

4.6.3 Prosedur

Prosedur pengumpulan data merupakan proses pendekatan yang dilakukan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan untuk suatu penelitian (Nursalam, 2016).

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan observasi dan kuesioner. Teknik Observasi adalah pengamatan dan pencatatan dengan sistematis pada unsur-unsur yang tampak dalam suatu gejala terhadap objek penelitian (Widoyoko, 2014). Kuesioner adalah teknik pengumpulan data dengan cara membuat daftar yang berisikan sejumlah alternative jawaban dan bersifat tertutup. Responden hanya perlu memilih jawaban yang paling tepat (Sugiyono, 2016).

Prosedur pengumpulan data ini terdiri dari 3 tahap : tahap yang pertama yaitu persiapan awal disini peneliti menyiapkan kuesioner *MHLCS* dan *Jalowiec Coping Scale*, bingkisan untuk responden, dan tidak lupa menyiapkan masker untuk dipakai agar mematuhi protokol

kesehatan yang ada, tahap yang kedua yaitu meminta izin terlebih dahulu (*informed consent*) kepada responden tidak lupa juga menerapkan protokol kesehatan yang ada dan jika responden telah menyetujui peneliti akan memberikan kuesioner. Jika ada responden yang kurang mengerti terhadap kuesioner yang ada maka peneliti akan membantu untuk mengisinya, tahap yang terakhir yaitu pengumpulan kuesioner dan pemberian bingkisan terhadap responden.

4.6.4 Cara Analisa Data

a. Langkah – Langkah Analisa Data

1. Coding

Coding merupakan pemberian kode pada data yang bertujuan untuk menterjemahkan data ke dalam kode-kode, biasanya berbentuk angka (Nursalam, 2013).

a. Coding untuk MHLCS

1 : Sangat Tidak Setuju

2 : Tidak Setuju

3 : Setuju

4 : Sangat Setuju

b. Coding untuk Jalowiec Coping Scale

Pertanyaan *Favourable* (positif)

1 : Tidak Pernah

2 : Jarang

3 : Kadang-kadang

4 : Sering

Pertanyaan *Unfavourable* (negatif)

- 1 : Sering
- 2 : Kadang-kadang
- 3 : Jarang
- 4 : Tidak Pernah

2. *Skoring*

Skoring merupakan penilaian yang berupa angka pada jawaban pertanyaan yang digunakan untuk memperoleh data kuantitatif (Nursalam, 2013).

a. *Skoring* untuk MHLCS

Skor akhir MHLC : Tinggi : 55 – 72

Skor akhir MHLC : Sedang : 37 – 54

Skor akhir MHLC : Rendah : 18 - 36

b. *Skoring* untuk *Jalowiec Coping Scale*

Skor akhir *Jalowiec Coping Scale*: Maladaptif : 25 – 61

Skor akhir *Jalowiec Coping Scale*: Adaptif : 62 – 100

3. *Tabulating*

Tabulating merupakan penyajian data dalam bentuk tabel yang terdiri dari kolom dan baris. Tabel ini digunakan untuk menjelaskan beberapa variabel hasil observasi, survei, dan penelitian sehingga data mudah untuk dimengerti dan dibaca (Nursalam, 2013).

b. Analisa Data

Analisa data statistik digunakan untuk data kuantitatif atau data yang dikontingensi. Pada penelitian ini data yang terkumpul diuji statistik *Fisher's Exact* karena tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara variabel independent dan dependent dengan skala data nominal-ordinal.

c. Analisis Statistik

Data yang terkumpul *health locus of control* menggunakan skala data ordinal dan mekanisme koping menggunakan skala data nominal. Jika data sudah terkumpul selanjutnya diolah menggunakan uji statistik yang relevan yaitu *Fisher's Exact Test* untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat dengan skala data ordinal dan nominal dengan data kontingensi menggunakan *SPSS 25 For Windows*. Apabila nilai yang di dapat pada pengujian statistic menunjukkan nilai $p < 0,05$ atau lebih kecil dari α maka terdapat hubungan signifikan antara *health locus of control* dengan mekanisme koping pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis, dengan kata lain H_0 ditolak dan H_a diterima. Jika $p \geq 0,05$ menunjukkan H_0 diterima dan H_a ditolak yang berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara *health locus of control* dengan mekanisme koping pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.

d. Menurut Arikunto (2014) interpretasi skala dari distribusi frekuensi adalah :

Seluruh	: 100%
Hampir seluruhnya	: 76% - 99%
Sebagian besar	: 51% - 75%
Setengah	: 50%
Hampir setengahnya	: 26% - 49%
Sebagian kecil	: 1% - 25%
Tak satupun	: 0%

4.7 Analisis Variabel

Tabel 4.3 Analisis Variabel Independen dan Variabel Dependen

Tujuan	Variabel	Skala Pengukuran	Pendekatan Statistik
Identifikasi Data Variabel Demografi	1. Umur/Usia 2. Jenis Kelamin 3. Pendidikan 4. Pekerjaan 5. Status Perkawinan 6. Lama Menjalani Terapi Hemodialisis 7. Frekuensi Hemodialisa/minggu 8. Suku Bangsa 9. Riwayat Penyakit	Rasio Nominal Ordinal Nominal Nominal Rasio Rasio Nominal Rasio	Deskriptif Statistik
Hubungan Antara <i>Health Locus of Control</i> dengan Mekanisme Koping pada Pasien Hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi	<i>Health Locus of Control</i> 1. <i>Internal Health Locus of Control (IHLC)</i> 2. <i>Powerful Other Health Locus of Control (PHLC)</i> 3. <i>Chance Health Locus of Control</i>	Ordinal	Uji Fisher's Exact

Tahun 2022.	(CHLC Mekanisme Koping 1. Optimis terhadap masa depan 2. Dukungan sosial 3. Sumber spiritual 4. Mengontrol situasi atau perasaan 5. Menerima kenyataan yang ada	Nominal	
-------------	---	---------	--

4.8 Etika Penelitian

Penelitian ini telah diuji etik oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) STIKES Banyuwangi dan telah dinyatakan lolos uji etik dengan Nomor Etik 058/01/KEPK-STIKESBWI/II/2022. Setelah itu peneliti mengajukan surat izin penelitian kepada Direktur RSUD Blambangan Banyuwangi untuk mendapatkan persetujuan dalam pengambilan data.

4.8.1 *Informed Consent* (Lembar Persetujuan Penelitian)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuannya adalah supaya subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian. Jika subjek bersedia, maka responden harus menandatangani lembar persetujuan, jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak responden.

4.8.2 *Anonimity* (Tanpa Nama)

Dalam menggunakan subjek penelitian dilakukan dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan

4.8.3 *Confidentialy* (Kerahasiaaan)

Peneliti memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya yang berhubungan dengan responden. Hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

4.8.4 *Rights to self Determination* (Hak untuk tidak ikut menjadi responden)

Rights to self Determination adalah responden diminta menjadi responden partisipan dalam penelitian ini dan apabila responden setuju, responden dipersilakan menandatangani surat persetujuan. Adapun penandatanganan responden dalam keadaan tenang, cukup waktu untuk berpikir dan memahaminya (Nursalam, 2016).

4.8.5 Kejujuran (*veracity*)

Prinsip *veracity* merupakan prinsip kebenaran/kejujuran. Prinsip *veracity* berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Peneliti akan memberikan informasi dengan sebenar-benarnya yang responden alami sehingga hubungan antara peneliti dan responden dapat terbina dengan baik dan penelitian ini dapat berjalan dengan baik (Hidayat, 2017).

4.8.6 *Justice* (Keadilan)

Keadilan merupakan bentuk adil terhadap orang lain yang menjunjung tinggi prinsip moral, legal, dan kemanusiaan. Prinsip ini juga diterapkan pada Pancasila pada sila ke-5 yaitu keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, dengan ini menunjukkan prinsip keadilan adalah bentuk prinsip yang dapat menyeimbangkan dunia (Abrori, 2016). Penelitian ini diharapkan dapat bersikap adil kepada responden.

4.8.7 *Non Maleficient* (Tidak Merugikan)

Tidak merugikan adalah sebuah prinsip yang memiliki arti bahwa setiap tindakan yang dilakukan pada seseorang tidak menimbulkan kerugian baik secara fisik maupun mental (Abrori, 2016). Dalam penelitian ini diharapkan untuk tidak merugikan responden.

4.8.8 **Memperhitungkan Manfaat dan Kerugian Yang ditimbulkan** (*Balancing harm and benefits*)

Prinsip mengandung makna bahwa setiap penelitian harus mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi subjek penelitian dan populasi dimana hasil penelitian akan diterapkan (*beneficience*). Kemudian meminimalisir resiko/dampak yang merugikan bagi subjek penelitian (*nonmaleficience*). Prinsip ini yang harus diperhatikan oleh peneliti ketika mengajukan usulan penelitian untuk mendapatkan persetujuan etik dari komite etik penelitian. Peneliti harus mempertimbangkan rasio antara manfaat dan kerugian/resiko dari penelitian (Dharma, 2017).

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai hasil dan pembahasan dari penelitian tentang “**Hubungan Antara *Health Locus Of Control* dengan Mekanisme Koping pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2022**”. Hasil penelitian ini akan di bagi dalam dua bagian yaitu data umum data khusus. Data umum akan menampilkan karakteristik tempat penelitian, karakteristik responden sedangkan data khusus menampilkan tentang *Health Locus Of Control* dengan Mekanisme Koping pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi.

5.1 Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 30 Maret 2022 – 2 April 2022. Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan lembar kuesioner *Health Locus Of Control* (MHLCS) dan Mekanisme Koping (*Jalowiec Coping Scale*) yang diberikan kepada responden atau keluarga responden yang berjumlah 88 pasien.

5.1.1 Data Umum

1. Gambaran Umum Tempat Penelitian

RSUD Blambangan Banyuwangi merupakan salah satu rumah sakit umum daerah yang terletak di Jl. Letkol Istiqlah No. 49, Singotrunan, Kec. Banyuwangi, Kab. Banyuwangi. Rumah Sakit ini merupakan salah satu rumah sakit yang dijadikan tempat rujukan.

RSUD Blambangan Banyuwangi memiliki beberapa pelayanan yang tersedia yaitu Instalasi Gawat Darurat (IGD), Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Pengunjung dan *Medical Chek-Up*. Selain itu, RSUD Blambangan Banyuwangi juga memiliki instalasi hemodialisis yang cukup besar dan terdiri dari ruang tunggu keluarga dan pasien, ruang pantau perawat depan dan belakang dengan bed bagian depan berjumlah 11 dan bagian belakang 6 bed. Jumlah mesin hemodialisis sebanyak 27 tetapi yang beroperasi secara rutin hanya 15 mesin dan 2 mesin sisanya digunakan sebagai *back-up* apabila ada mesin yang mengalami masalah. Jumlah ini terbagi menjadi 2 yaitu 14 mesin untuk HbsAg Negatif dan 1 mesin untuk HbsAg Positif. Ruang hemodialisis ini juga dilengkapi dengan fasilitas seperti kamar mandi, ruang berganti pakaian, dan ruang perawat. Jumlah tenaga kesehatan yang tersedia adalah 15 orang dengan rincian 1 dokter spesialis penyakit dalam dan 14 orang perawat yang terdiri dari 5 perawat laki-laki dan 9 perawat perempuan.

Ruang hemodialisis ini terletak di sebelah barat dekat dengan pintu keluar rumah sakit. Di depan ruang hemodialisis terdapat ruang tunggu untuk pasien yang akan melakukan hemodialisis pada sesi berikutnya, ruang tunggu ini juga dilengkapi dengan banyak beberapa bangku atau tempat duduk.