

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gagal ginjal terjadi ketika ginjal tidak mampu mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya. Suatu bahan yang biasanya di eliminasi di urin menumpuk dalam cairan tubuh akibat gangguan ekskresi renal dan menyebabkan gangguan fungsi endokrin dan metabolik, cairan, elektrolit serta asam-basa (Suharyanto & Madjid, 2009)

Gagal ginjal terjadi ketika ginjal tidak mampu mengeluarkan sisa metabolisme serta tidak mampu menjalankan fungsi regulasinya. Gagal ginjal dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu gagal ginjal akut dan gagal ginjal kronik. Gagal ginjal akut adalah penurunan fungsi ginjal yang terjadi dengan cepat akibat kerusakan ginjal (biasanya terjadi dalam beberapa hari atau beberapa minggu), sedangkan gagal ginjal kronik (PGK) merupakan perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lambat (biasanya berlangsung beberapa tahun) (Wilson, 2015).

Gagal ginjal adalah suatu kondisi dimana ginjal tidak dapat menjalankan fungsinya secara normal (Soematri, 2012). Secara global lebih dari 500 juta orang mengalami PGK, sekitar 1 juta orang harus mengalami hidup bergantung cuci darah (hemodialisa). Di negara maju, angka penderita gangguan ginjal cukup tinggi. Amerika Serikat terdapat 26 juta orang dewasa tahun 2010 memiliki PGK dan jutaan lainnya berada pada

peningkatan resiko (WHO, 2010). Di Indonesia tahun 2013 berdasarkan Pusat Data & Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia, jumlah pasien PGK diperkirakan 50 orang per satu juta penduduk, dimana 60% nya adalah usia dewasa dan usia lanjut (Agustina & Dewi, 2013).

Prevalensi PGK di dunia terutama di Amerika menurut United States Renal Data System (USRDS) pada tahun 2013 yaitu sekitar 650.000 kasus, dan pada tahun 2014 sekitar 651.000 kasus. Menurut Indonesian Renal Registry (IRR) prevalensi gagal ginjal di Indonesia pada tahun 2010 sebanyak 14.833 orang, pada tahun 2011 sebanyak 22.304 orang, dan meningkat pada tahun 2012 sebanyak 28.782 orang. Sedangkan menurut Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pnefri) di Jawa Tengah pada tahun 2012 sebanyak 2.146 orang, pada tahun 2013 sebanyak 2.260 orang, dan meningkat pada tahun 2014 sebanyak 3.080 orang. Jadi kesimpulannya prevalensi gagal ginjal kronik tiap tahunnya meningkat baik di Dunia, di Indonesia, maupun di Jawa Tengah. Hal ini menjadi beban bagi keluarga dan pemerintah karena sebagian besar penderita PGK yang menjalani hemodialisa adalah usia produktif dan berperan sebagai pencari nafkah keluarga. Berbagai upaya yang dilakukan untuk mengatasi gagal ginjal kronik seperti mengatur pola makan (diet), dialisis dan transplantasi ginjal. Dialisis dibagi menjadi dua yaitu peritoneal dialisis dan hemodialisis. Penatalaksanaan yang sering dilakukan untuk penyakit gagal ginjal kronik adalah hemodialisis (Tokala, Kandow & Dundu, 2015)

Hemodialisa merupakan suatu proses yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit kronik dan memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan penyakit gagal ginjal stadium terminal (*End Stage Renal Disease / ESRD*) yang membutuhkan terapi jangka panjang atau terapi permanen (Smletzer & Bare, 2013). Hemodialisa merupakan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan penyakit stadium akhir yang membutuhkan terapi jangka panjang (Brunner & Suddart, 2002). Sedangkan di Indonesia sendiri termasuk negara dengan tingkat penderita gagal ginjal yang cukup tinggi. Berdasarkan data dari Persatuan Nefrologi Indonesia (Perneftri 2004), diperkirakan ada 70.000 penderita gagal ginjal kronik di Indonesia dan yang terdeteksi sedang menjalani hemodialisa berjumlah 4.000-5.000 penderita (Sari & dkk, 2011).

PGK yang menjalani hemodialisa mengalami berbagai masalah yang timbul akibat tidak berfungsinya ginjal. Keadaan tersebut muncul setiap waktu hingga akhir kehidupan. Hal ini menjadi stressor fisik yang berpengaruh pada berbagai dimensi kehidupan pasien yang meliputi bio, psiko, sosio, spiritual. Kelemahan fisik yang dirasakan seperti mual, muntah, nyeri, lemah otot, oedema adalah sebagian dari manifestasi klinik dari pasien yang menjalani perawatan hemodialisa (Ratnawati, 2011).

Efek samping Hemodialisa dapat memperpanjang usia tanpa batas yang jelas, namun tindakan ini tidak akan mengubah perjalanan alami

penyakit ginjal yang mendasari, juga tidak akan memperbaiki seluruh fungsi ginjal. Pasien tetap akan mengalami sejumlah permasalahan dan komplikasi (Smeltzer & Bare, 2001)

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

Caregiver yang merawat anggota keluarga yang menderita GKG yang menjalani hemodialisa juga terkena dampak yang menyulitkan. Menurut penelitian Beandland, dkk, (2005) dalam Nugraha, (2011) dampak pada *caregiver* dalam merawat pasien PGK yang menjalani hemodialisa adalah emosional, sosial, fisik dan keuangan. Secara emosional (psikologis) biasanya respon yang muncul adalah kecemasan,

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

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

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

Penelitian terkait kondisi psikologis *caregiver* dengan pasien PGK belum pernah ditemukan, maka dari itu penulis ingin mengetahui “Kondisi Psikologis *Caregiver* Penyakit Ginjal Kronis dengan Hemodialisa di RS ROEMANI MUHAMMADIYAH Semarang”

B. Rumusan Masalah

Bagaimana Kondisi Psikologis *Caregiver* Pasien Ginjal Kronis dengan HD di RS ROEMANI MUHAMMADIYAH Semarang?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum
Untuk Mengetahui Bagaimana Kondisi Psikologis *Caregiver* PGK dengan HD
2. Tujuan Khusus
 - a. Mendeskripsikan karakteristik PGK yang menjalani Hemodialisa
 - b. Mendeskripsikan kondisi psikologis(depresi) *Caregiver* PGK dgn Hemodialisa
 - c. Mendeskripsikan kondisi psikologis(ansietas) *Caregiver* PGK dgn Hemodialisa
 - d. Mendeskripsikan kondisi psikologis(Stres) *Caregiver* PGK dgn Hemodialisa

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan ilmu keperawatan keluarga, dengan mengetahui kondisi psikologis keluarga early diagnosed dalam merawat pasien gagal ginjal kronik di lingkungan keluarga, memberikan sumbangsih keilmuan bagi Ilmu Keperawatan, khususnya di Program Studi Ilmu Keperawatan UNIMUS,

2. Bagi Keluarga dan anggota keluarga

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

3. Bagi Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan mengenai kondisi psikologis keluarga early diagnosed dalam merawat pasien gagal ginjal kronik

4. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah wawasan baru bagi peneliti.

E. Keaslian Penelitian

1. “Strategi Coping pada Family Caregiver Pasien Gagal Ginjal kronis yang menjalani Hemodialisa” oleh Agustina Kartika dan Dwi Triana Kusuma, 2013. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Tipe penelitian studi kasus instrinsik. Jenis sampling yang digunakan pada penelitian ini adalah purposive atau judgmental sampling. Karakteristik subjek adalah a) anggota keluarga, b) tinggal satu rumah dengan anggota keluarga yang sakit, c) merawat anggota keluarga yang sakit sejak awal didiagnosa. Teknik penggalan data melalui wawancara secara mendalam (depth interview). Hasil penelitian menunjukkan bahwa family caregiver mengalami stres ketika merawat pasien hemodialisa. Stres yang dialami oleh family caregiver laki-laki dan perempuan memiliki gambaran stres yang berbeda. Perempuan, situasi stres lebih dipengaruhi oleh kekhawatiran akan kondisi kesehatan 8 pasien yang dirawat. Sedangkan laki-laki situasi stres dipengaruhi karena adanya tanggung jawab baru yang harus dijalani selain tanggung jawab kerja. Perbedaan antara penelitian ini dengan penelitian sebelumnya terletak pada variabelnya, penelitian sebelumnya hanya menggunakan variabel coping saja sedangkan penelitian ini menggunakan variabel stres dan coping. Teknik pengambilan sampel, penelitian sebelumnya menggunakan wawancara sedangkan penelitian ini menggunakan kuesioner. Pengambilan

sampel, penelitian sebelumnya menggunakan judgmental sampling sedangkan penelitian ini menggunakan total sampling.

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