

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Perilaku

##### 1. Definisi

Skinner seorang ahli psikologi dalam (Notoatmodjo S. , 2014) merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dengan demikian perilaku manusia terjadi melalui proses stimulus, organisme, respons sehingga, teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” (stimulus-organisme-respons).

##### 2. Macam-Macam Perilaku

Menurut Notoadmodjo S. , (2014) Berdasarkan teori “S-O-R”, maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu :

a. Perilaku tertutup (*covert behavior*) :

Perilaku tertutup terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respons seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk “*unobservable behavior* atau *covert behavior* yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap.

b. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Perilaku terbuka ini terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar atau “*overt behavior*.”

### 3. Domain Perilaku

Bloom (1908), dalam Notoatmodjo(2014) membagi perilaku manusia itu ke dalam 3 (tiga) domain, ranah atau kawasan yakni: kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil, ketiga domain/ranah itu diukur dari :

#### a. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Pengetahuan dibagi menjadi enam tingkat pengetahuan :

##### 1) Tahu (*Know*)

Tahu dapat diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah seorang individu mengamati sesuatu.

##### 2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami dapat diartikan bukan hanya tahu terhadap sesuatu yang diamati, tidak hanya dapat menyebutkan, tetapi seorang individu harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang suatu yang diketahui tersebut.

### 3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan apabila seorang individu telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan yang diketahui tersebut pada suatu keadaan yang lain.

### 4) Analisis (*Analysis*)

Analisis merupakan kemampuan seorang individu untuk menjabarkan atau memisahkan kemudian mencari hubungan antara komponen yang terdapat dalam suatu objek yang diketahui.

### 5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis merupakan suatu kemampuan individu untuk merangkum satu hubungan yang logis dari komponen pengetahuan yang dimiliki.

### 6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi merupakan kemampuan seorang individu untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu yang diamati.

### b. Sikap (*Attitude*)

Merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku tertutup. Sikap merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi

terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek. Ada empat tingkatan sikap :

1) Menerima (*Receiving*)

Menerima merupakan seorang individu dapat menerima suatu rangsangan yang diberikan.

2) Menanggapi (*Responding*)

Menanggapi merupakan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan yang dihadapi.

3) Menghargai (*Valuing*)

Menghargai merupakan suatu proses pemberian nilai yang positif terhadap rangsangan yang diberikan seperti membahasnya dengan orang lain, mempengaruhi atau menganjurkan orang lain untuk bersepon.

4) Bertanggung jawab (*Responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap yang telah diyakini. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya harus berani mengambil risiko bila ada orang lain yang mencemooh atau risiko-risiko yang lainnya.

c. Praktek atau tindakan (*Practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam tindakan (*overt behavior*).

Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas. Ada tiga tingkatan tindakan yaitu :

1) Praktik terpimpin

Praktik dipimpin merupakan seseorang melakukan sesuatu tetapi masih berdasarkan pada tuntutan atau menggunakan panduan.

2) Praktik secara mekanisme

Praktik secara mekanisme merupakan seseorang melakukan suatu hal secara otomatis atau spontan.

3) Adopsi

Adopsi merupakan suatu kegiatan yang sudah berkembang atau apa yang dilakukan bukan hanya sekedar rutinitas atau mekanisme tetapi sudah dilakukan modifikasi atau tindakan yang berkualitas.

#### **4. Faktor-Faktor Mempengaruhi Perkembangan Perilaku**

Menurut Notoatmodjo (2014), ada empat aliran yang sudah sangat terkenal yang mempengaruhi perkembangan perilaku yaitu sebagai berikut:

a. Nativisme

Tokoh dari nativisme adalah Schopenhauer yang beranggapan bahwa perilaku manusia itu sudah dibawa atau ditentukan sejak lahir. Sehingga lingkungan tidak mempunyai peran atau kekuatan apapun dalam membentuk perilaku manusia. Perilaku baik ataupun perilaku buruk seseorang adalah memang sudah terbentuk atau dibawa dari lahir (bawaan).

b. Empirisme

Empirisme dipelopori oleh Arsitoteles dan kemudian di lanjutkan oleh John Locke yang beranggapan bahwa manusia lahir adalah dalam keadaan kosong seperti meja lilin atau kertas lilin (tabularasa). Kertas

atau meja lilin ini akan terisi dan berwarna warni oleh karena lingkungannya. Itulah perilaku manusia, dalam aliran ini pengalaman yang sangat dominan dalam membentuk perilaku manusia karena dari pengalaman indra ini yang akan menggores atau mewarnai kertas lilin yang putih, yakni menyebabkan keberagaman perilaku anak atau manusia.

c. Naturalisme

Naturalisme dipelopori oleh Jan Jack Rousseau, ia berpendapat bahwa manusia pada hakikatnya lahir dalam keadaan baik, tetapi menjadi tidak baik karena lingkungannya. Naturalisme hampir sama dengan aliran nativisme, karena mendasar pada konsep lahir. Perbedaannya nativisme konsep lahir itu bisa baik dan bisa juga tidak baik. Apabila dilahirkan baik maka akan berkembang baik, tetapi jika dilahirkan tidak baik maka akan berkembang tidak baik. Tetapi pada naturalisme berpendapat bahwa anak dilahirkan dalam keadaan yang baik saja.

d. Konvergensi

Konvergensi dipelopori oleh William Stern seseorang ahli pendidikan dari Jerman yang berpendapat bahwa perkembangan individu dipengaruhi oleh faktor dasar (pembawaan, bakat, keturunan) maupun lingkungan yang keduanya memainkan peranan penting. William mengatakan bahwa perilaku seseorang tidak semata-mata ditentukan oleh lingkungan dan pembawaan tetapi keduanya berjalan secara bersamaan. Hal ini berarti bahwa memang perilaku dapat

dikembangkan, tetapi mempunyai keterbatasan-keterbatasan yakni pembawaan.

## **B. Konsep Spiritual**

### **1. Definisi**

Menurut Stanley & Beare (2007) Spiritual adalah hubungan trasenden antara manusia dengan yang Maha Tinggi, sebuah kualitas yang berjalan di luar afiliasi agama tertentu, yang berjuang keras untuk mendapatkan penghormatan, kekaguman, dan inspirasi, dan yang memberi jawaban tentang sesuatu yang tidak terbatas (Kozier, 2011).

Spiritualitas adalah keinginan dan kapasitas dari dalam diri seseorang atau dapat disebut juga potensi dari dalam diri manusia untuk menemukan arti dan tujuan hidup (Alwi, 2014).

Perilaku spiritual adalah paradigma dan perilaku-perilaku spiritual yang tertuang dalam syariat ajaran agama yang komprehensif. Perilaku spiritual diukur dengan indikator pemahaman yang kokoh dalam aqidah, perilaku yang konsisten dalam menjalankan syariah, dan pribadi yang berakhlak (Rahman, 2015).

### **2. Karakteristik spiritualitas**

Menurut Kozier (2011), karakteristik spiritual adalah sebagai berikut :

#### **a. Hubungan dengan diri sendiri**

- 1) Kekuatan dalam dan *Self-reliance*
- 2) Pengetahuan diri (siapa dirinya, apa yang bisa dilakukannya)
- 3) Sikap (percaya pada diri sendiri, ketengan fikiran, keselarasan dengan diri sendiri)

b. Hubungan dengan alam

- 1) Mengetahui tentang tanaman, margasatwa, iklim
- 2) Berkomunikasi dengan alam (mengabdikan, melindungi alam)

c. Hubungan dengan orang lain

- 1) Berbagi waktu, pengetahuan secara timbale balik
- 2) Mangasuh anak, orang tua dan orang sakit
- 3) Mengembangkan arti penderitaan dan meyakini hikmah dari suatu kejadian atau penderitaan

d. Hubungan dengan ketuhanan

Secara singkat dapat dinyatakan bahwa seorang terpenuhi kebutuhan spiritualnya apabila mampu : 1) Merumuskan arti personal yang positif tentang tujuan keberadaan di dunia ini; 2) Mengembangkan arti penderitaan dan hikmahnya; 3) Menjalin hubungan positif dan dinamis melalui keyakinan, rasa percaya dan cinta; 4) Membina integritas personal dan merasa diri berharga dan mempunyai harapan; 5) Merasakan kehidupan yang terarah; 6) Mengembangkan HAM yang positif.

### 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi spiritual

Menurut Crapps (1995, dalam Alwi 2014) ada empat faktor yang memengaruhi spiritual, yaitu :

a. Pengaruh sosial

Pengaruh sosial dalam perkembangan spiritual yaitu orang tua, tradisi sosial dan tekanan lingkungan terutama sugesti yang diberikan oleh



orang-orang yang dianggap terhormat sehingga dapat merubah perilaku seseorang.

b. Pengalaman

Pengalaman yang dimaksud adalah pengalaman moral dan pengalaman batin emosional. Orang yang sudah mendapatkan pengalaman batin cenderung menafsirkan bahwa itu adalah pengalaman ketuhanan.

c. Kebutuhan

Setiap orang pasti memiliki kebutuhan dasar spiritual. Ada 10 macam kebutuhan spiritual, yaitu :

- 1) Kebutuhan akan kepercayaan dasar
- 2) Kebutuhan makna hidup
- 3) Kebutuhan akan komitmen peribadatan dan hubungannya dalam kehidupan sehari-hari
- 4) Kebutuhan akan pengisian keimanan dengan selalu teratur mengadakan hubungan dengan Tuhan
- 5) Kebutuhan akan bebas dari rasa bersalah dan rasa berdosa
- 6) Kebutuhan akan penerimaan diri dan harga diri
- 7) Kebutuhan rasa aman, terjamin dan keselamatan terhadap masa depan
- 8) Kebutuhan akan dicapainya derajat dan martabat yang semakin tinggi sebagai pribadi yang utuh
- 9) Kebutuhan akan terpeliharanya interaksi dengan alam dan sesama manusia

10) Kebutuhan akan kehidupan bermasyarakat yang syarat dengan nilai-nilai religious.

d. Proses pemikiran

Manusia adalah makhluk berpikir dan akibat dari pemikirannya, ia membuat dirinya menentukan keyakinan-keyakinan yang harus diterima dan ditolak.

#### **4. Manifestasi perubahan fungsi spiritual**

Menurut Kozier (2011), berbagai perilaku dan ekspresi yang dimanifestasikan seharusnya diwaspadai karena mungkin saja seseorang yang sedang mengalami masalah spiritual.

a. *Verbalisasi distress*

Individu yang mengalami gangguan spiritual biasanya menverbalisasikan *distress* yang dialaminya atau mengekspresikan kebutuhan untuk mendapatkan bantuan.

b. Perubahan perilaku

Perubahan perilaku juga dapat merupakan manifestasi gangguan fungsi spiritual.

#### **5. Ekspresi kebutuhan spiritual adaptif dan maladaptive**

Menurut Kozier (2011), ekspresi kebutuhan spiritual dapat dibagi 2 yaitu berupa perilaku adaptif dan maladaptive seperti yang terdapat dalam table 2.1

Tabel 2.1 Ekspresi kebutuhan spiritual

Kebutuhan	Perilaku Adaptif	Perilaku Maladaptive
Rasa percaya	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percaya pada diri sendiri dan kesabaran.</li> <li>- Menerima bahwa yang lain akan mampu memenuhi kebutuhan.</li> <li>- Percaya terhadap kehidupan walau terasa berat.</li> <li>- Keterbukaan terhadap Tuhan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak nyaman</li> <li>- Mudah tertipu</li> <li>- Tidak mampu untuk terbuka dengan orang lain</li> <li>- Merasa bahwa orang dan tempat yang aman</li> <li>- Mengharapkan orang tidak berbuat baik dan tidak tergantung</li> <li>- Ingin kebutuhan terpenuhi segera, tidak biasa menunggu</li> <li>- Tidak terbuka kepada Tuhan</li> <li>- Takut terhadap maksud Tuhan</li> </ul>
Kemauan memberi maaf	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menerima diri dan orang lain dapat berbuat salah</li> <li>- Tidak mendakwa dan berprasangka buruk</li> <li>- Memandang penyesalan sebagai sesuatu yang nyata</li> <li>- Memafkan diri sendiri</li> <li>- Memberi maaf orang lain</li> <li>- Menerima pengampunan dari Tuhan</li> <li>- Pandangan yang realistic terhadap masa lalu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Merasa penyesalan sebagai suatu hukuman</li> <li>- Merasa Tuhan sebagai penghukum</li> <li>- Tidak mampu menerima diri sendiri</li> <li>- Menyalahkan diri dan orang lain</li> <li>- Merasa bahwa maaf hanya diberikan berdasarkan perilaku</li> </ul>
Keyakinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ketergantungan dengan anugerah Tuhan</li> <li>- Termotivasi untuk tumbuh</li> <li>- Mampu puas dengan menjelaskan kehidupan setelah kematian</li> <li>- Mengekspresikan kebutuhan spiritual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perasaan ambivalensi dengan Tuhan</li> <li>- Takut percaya dengan kekuasaan Tuhan</li> <li>- Takut kematian dan kehidupan setelah mati</li> <li>- Merasa terisolasi dengan kepercayaan masyarakat</li> <li>- Merasapahit, frustrasi, dan marah dengan Tuhan</li> <li>- Nilai, keyakinan dan tujuan hidup yang tidak jelas</li> <li>- Konflik nilai</li> </ul>

Kebutuhan	Perilaku Adaptif	Perilaku Maladaptive
Mencintai dan keterikatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengekspresikan perasaan dicintai oleh orang lain dan Tuhan</li> <li>- Mampu menerima bantuan</li> <li>- Menerima diri sendiri</li> <li>- Mencari kebaikan dari orang lain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Takut untuk tergantung orang lain</li> <li>- Cemas berpisah dengan keluarga</li> <li>- Menolakdiri, angkuh atau mementingkan diri</li> <li>- Tidak percaya bahwa diri dicintai Tuhan, tidak mempunyai hubungan rasa cinta dengan Tuhan</li> <li>- Merasa tergantung, hubungan bersifat magik dengan Tuhan</li> <li>- Merasa jauh dengan Tuhan</li> </ul>
Kreatifitas dan harapan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minta info tentang kondisi</li> <li>- Bicara kondisi secara realistic</li> <li>- Menggunakan waktu secara konstruktif</li> <li>- Mencari cara untuk mengekspresikan diri</li> <li>- Mencari kenyamanan batin dari padafisik</li> <li>- Mengekspresikan harapan tentang masa depan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengekspresikan rasa takut kehilangan kendali</li> <li>- Ekspresi kebosanan</li> <li>- Tidak mempunyai visi alternatif</li> <li>- Takut terhadap terapi</li> <li>- Putus asa</li> <li>- Tidak dapat menolong atau menerima diri</li> <li>- Tidak dapat menikmati apapun</li> <li>- Menunda keputusan</li> </ul>
Kebutuhan	Perilaku Adaptif	Perilaku Maladaptive
Arti dan Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengekspresikan kepuasan hidup</li> <li>- Menjalankan kehidupan sesuai dengan system nilai</li> <li>- Menggunakan penderitaan sebagai cara untuk memahami diri sendiri</li> <li>- Mengekspresikan arti kehidupan atau kematian</li> <li>- Mengekspresikan komitmen dan orientasi hidup</li> <li>- Jelas tentangapa yang penting</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ekspresikan tidak ada alasan untuk bertahan hidup</li> <li>- Tidak dapat menerima arti penderitaan yang dialami</li> <li>- Mempertanyakan arti kehidupan</li> <li>- Bertanya tujuan penyesalan</li> <li>- Penyalahgunaan obat atau alcohol</li> <li>- Bercanda tentang hidup setelah kematian</li> </ul>

---

Bersyukur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Merasaber syukur</li> <li>- Merasakan anugerah dari Tuhan</li> <li>- Merasa harmonis dan utuh</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencemaskan yang lalu dan akan datang</li> <li>- Berorientasi pada pencapaian atau produktifitas</li> <li>- Terpusat pada penyesalan</li> <li>- Perfeksionis</li> <li>Mencoba lebih keras</li> </ul>
-----------	---	---

---

### **C. Konsep Mekanisme Koping**

#### **1. Definisi**

Mekanisme koping adalah usaha individu untuk mengatasi perubahan yang dihadapi atau beban yang diteima tubuh dan beban tersebut menimbulkan respon tubuh yang sifatnya nonspesifik yaitu stres. Apabila mekanisme ini berhasil, seorang akan dapat beradaptasi terhadap perubahan atau beban tersebut. Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam. Koping merupakan suatu usaha penyesuaian diri yang ditujukan pada sumber stres yang minimbulkan emosi-emosi yang tidak mnyenangkan(Lestari, 2015). Sedangkan menurut Yosep (2014) mengatakan mekanisme koping adalah proses dimana seseorang mencoba untk mengatur perbedaan yang diterima antara keinginan (*demands*) dan pendapatan (*resources*) yang dinilai dalam suatu keadaan yang penuh tekanan. Mekanisme yang dimaksud merupakan suatu tindakan mengubah kognitif secara konstan dan usaha tingkah laku untuk mengatasi tuntutan internal atau eksternal yang dinilai membebani atau melebihi sumber daya yang dimiliki individu.

## 2. Jenis - Jenis Mekanisme Koping

Menurut Aldwin dan Reverson bentuk koping antara lain dalam (Nasir dan Muhith, 2011):

- a. *Problem focused coping* merupakan strategi koping yang berpusat pada masalah atau situasi yang menyebabkan stres. Strategi ini meliputi cara-cara yang dilakukan individu secara konstruktif terhadap stres yang dialami individu dapat terbebas dari masalah tersebut.
- b. *Emotional focused coping* (strategi koping berfokus pada emosi). Strategi ini mengikutsertakan usaha mengubah emosi, berdasarkan pengalaman yang disebabkan oleh peristiwa yang menimbulkan stres.

## 3. Dimensi perilaku dari strategi koping

Selain macam-macam strategi koping secara umum seperti yang diungkapkan diatas, terdapat spesifikasi strategi koping yang digunakan dalam pengukuran strategi koping yang disebut *The Brief Cope*, antara lain: (dalam Nasir dan Muhith, 2011)

1. Keaktifan diri (*active coping*) yaitu suatu tindakan untuk mencoba menghilangkan atau mengelabui penyebab stres atau memperbaiki akibatnya dengan bertindak langsung.
2. Perencanaan (*planning*) yaitu memikirkan tentang bagaimana mengatasi penyebab stres, antara lain dengan membuat strategi untuk bertindak dan memikirkan tentang langkah apa yang perlu diambil untuk bertindak dan memikirkan tentang langkah apa yang perlu diambil untuk menangani masalah.

3. Mencari dukungan sosial (*seeking social support for instrumental reasons*) adalah upaya untuk mencari dukungan sosial, seperti mencari nasihat, informasi dan bimbingan.
4. Mencari dukungan sosial secara emosional (*seeking social for emotional reasons*) merupakan upaya untuk mencari dukungan sosial seperti : mendapat dukungan moral, simpati, atau pengertian.
5. Penerimaan (*acceptance*) merupakan sebuah respons secara fungsional, dengan dugaan bahwa individu yang menerima kenyataan dengan penuh tekanan dipandang sebagai individu yang berupaya untuk mengadaptasi situasi yang terjadi.
6. Kembali kepada agama (*turning to religion*) merupakan upaya yang dilakukan individu untuk kembali pada agama untuk cara mengekspresikan kenyamanan.
7. Berfokus pada pengekspresian perasaan (*focus on and venting emotional*) merupakan upaya yang dilakukan individu dengan cara mengekspresikan perasaannya.
8. Penyangkalan (*denial*) merupakan strategi koping atau respon individu dengan menolak dan menyangkal realitas.
9. Penyimpangan perilaku (*behavioral disengagement*) kecenderungan untuk menurunkan upaya dalam mengatasi tekanan, bahkan menyerah atau menghentikan upaya untuk mencapai tujuan. Penyimpangan perilaku disebut juga ketidakberdayaan (*helpness*). Paling banyak terjadi pada saat individu tidak mengharapkan hasil yang tidak terlalu baik.

10. Penyimpangan mental (*mental disengagement*) penyimpangan mental yang terjadi melalui suatu aktivitas yang luas dan memungkinkan individu terhalang untuk berpikir tentang dimensi perilaku dan tujuan. Taktik menggunakan aktivitas alternatif untuk melupakan permasalahan, seperti : melamun, tidur, atau menenggelamkan diri dengan menonton televisi.
11. Penyimpangan dengan penggunaan alkohol dan obat-obatan (*alcohol-drug disengagement*) merupakan upaya yang dilakukan seseorang untuk menghilangkan tekanan melalui pemakaian obat-obatan atau minum-minuman keras.
12. Menyalahkan diri sendiri (*self blame*) individu mengkritik dan menyalahkan diri sendiri atas masalah yang sedang dihadapi.

#### **4. Respon koping**

Menurut Keliat, (1999, dalam Nasir dan Muhith, 2011) koping merupakan cara yang dilakukan individu menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan dan respon terhadap situasi yang mengancam. Upaya individu dapat berupa perubahan cara berfikir (kognitif), perubahan perilaku atau perubahan lingkungan yang bertujuan untuk menyesuaikan stress yang dihadapi. Mekanisme koping ada 2 macam:

1. Mekanisme koping adaptif yaitu mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar, dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang dan



aktivitas konstruktif (kecemasan yang dianggap sebagai sinyal peringatan dan individu menerima peringatan dan individu menerima kecemasan itu sebagai tantangan untuk diselesaikan). Kriteria koping adaptif antara lain :

- a) Masih mampu mengontrol emosi pada dirinya
- b) Memiliki kewaspadaan yang tinggi, lebih perhatian pada masalah
- c) Dapat menerima keadaan yang ada

2. Mekanisme koping maladaptif yaitu mekanisme yang menghambat fungsi integrasi, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah makan berlebihan / tidak makan, bekerja berlebihan, menghindar dan aktivitas destruktif (mencegah suatu konflik dengan melakukan pengelakan terhadap solusi). Kriteria koping maladaptif antara lain :

- a) Tidak mampu berpikir apa-apa atau disorientasi
- b) Tidak mampu menyelesaikan masalah
- c) Perilaku cenderung merusak.

### **5. Faktor-faktor yang mempengaruhi mekanisme koping**

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

#### **1. Kesehatan fisik**

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

## 2. Keyakinan atau pandangan positif

Keyakinan menjadi sumber daya psikologis yang sangat penting, seperti keyakinan akan nasib (*eksternal locus of control*) yang mengarahkan individu pada penilaian ketidakberdayaan (*heplessnes*) yang akan menurunkan kemampuan strategi koping tipe strategi terfokus pada masalah(*problem-solving focused coping*).

## 3. Keterampilan memecahkan masalah

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

## 4. Keterampilan sosial

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk berkomunikasi danbertingkah laku dengan cara-cara yang sesuai dengan nilai-nilai yang berlaku di masyarakat.

### **D. Konsep Gagal Ginjal Kronik**

#### **1. Definisi**

Gagal ginjal kronik adalah penyakit ginjal yang disebabkan oleh hilangnya sejumlah besar nefron fungsional yang progresif dan *irreversible*.Gejala-gejala klinis yang serius seringkali tidak muncul sampai jumlah nefron fungsional berkurang sedikitnya 70-75 persen di bawah normal, bahkan konsentrasi kebanyakan elektrolit dalam darah dan volume cairan tubuh dapat dipertahankan pada keadaan yang relatif

normal sampai jumlah nefron fungsional menurun dibawah 20-25 persen jumlah normal (Guyton, 2012).

Naga (2009) mengatakan gagal ginjal kronik terjadi apabila kedua ginjal sudah tidak mampu mempertahankan lingkungan dalam yang cocok untuk kelangsungan hidup. Kerusakan kedua ginjal bersifat *irreversible*. Penurunan fungsi nefron, obstruksi saluran kemih, kerusakan vaskular akibat diabetes mellitus, dan hipertensi yang berlangsung terus menerus dapat mengakibatkan pembentukan jaringan parut pembuluh darah dan hilangnya fungsi ginjal secara progresif.

## **2. Etiologi**

(Guyton, 2012) mengatakan penyebab paling sering dari penyakit gagal ginjal kronik stadium akhir adalah diabetes mellitus (44%), hipertensi (26%), glomerulonefritis (8%), dan penyakit ginjal polikistik (2%) serta penyakit yang tidak diketahui (20%). Berat badan berlebihan (obesitas) merupakan faktor risiko terpenting penyebab penyakit ginjal stadium akhir yaitu diabetes mellitus dan hipertensi. Terkait dengan obesitas, ditemukan sekitar 90% dari semua kasus diabetes. Berat badan berlebih juga merupakan penyebab utama hipertensi esensial dan dijumpai sebanyak 65-75% dari faktor risiko timbulnya hipertensi pada orang dewasa. Selain menyebabkan kerusakan ginjal melalui diabetes mellitus dan hipertensi, obesitas juga dapat mempunyai efek tambahan atau sinergi untuk memperburuk fungsi ginjal pada pasien dengan penyakit ginjal yang sudah ada sebelumnya.

### 3. Manifestasi Klinis

(Bararedo, 2008) mengatakan manifestasi klinis pada sistem tubuh pada pasien gagal ginjal kronik yaitu:

a. Sistem Hematopoietik

Terjadi penurunan eritropoietin, perdarahan, trombositopenia ringan, dan trombosit menurun yang mengakibatkan anemia dan cepat lelah, trombositopenia, ekimosis, dan perdarahan.

b. Sistem Kardiovaskuler

Terjadi kelebihan beban cairan, mekanisme renin-angiotensin, anemia hipertensi kronik, toksin uremik dalam cairan perikardium, hipervolemia, hipertensi, takikardia, disritmia, gagal jantung kongestik, dan perikarditis.

c. Sistem Pernafasan

Mekanisme kompensasi untuk asidosis metabolik, toksik uremik, paru uremik, kelebihan beban cairan, takipnea, pernafasan kussmaul, halitosis uremik atau fetor, sputum yang lengket, batuk disertai nyeri, suhu tubuh meningkat, hiler pneumonitis, pleural friction rub, edema paru, pengkajian pernafasan, hasil pemeriksaan gas darah arteri, inspeksi mukosa oral, dan tanda vital.

d. Sistem Gastrointestinal

Perubahan kegiatan trombosit, toksin uremik serum, ketidakseimbangan elektrolit, urea diubah menjadi amonia oleh saliva yang menyebabkan anoreksia, mual dan muntah, perdarahan gastrointestinal, distensi abdomen, diare dan konstipasi.

e. Sistem Neurologi

Toksin uremik, ketidakseimbangan elektrolit, edema selebral karena perpindahan cairan yang mengakibatkan Perubahan tingkat kesadaran; letargi, bingung, strupor dan koma, kejang, tidur terganggu, dan asteriksis.

f. Sistem Skeletal

Absorpsi kalsium menurun, ekresi fosfat menurun yang mengakibatkan osteodistrofi ginjal, rickets ginjal, nyeri sendi dan pertumbuhan lambat pada anak.

g. Kulit

Anemia, pigmentasi, kelenjar keringan mengecil, kegiatan kelenjar lemak menurun, ekskresi sisa metabolisme melalui kulit yang mengakibatkan pucat, pigmentasi, pruritus, ekimosis lecet, dan *uremic frost*.

h. Sistem Perkemihan

Kerusakan nefron yang mengakibatkan pengeluaran urine berkurang, berat jenis urine menurun, proteinuria, fragmen dan sel dalam urine, dan natrium dalam urine berkurang.

i. Sistem Reproduksi

Abnormalitas hormonal, anemia, hipertensi, mal nutrisi, yang mengakibatkan Infertilitas, libido menurun, disfungsi ereksi, amenorea dan lambat pubertas

#### 4. Patofisiologi

Pengangkatan sebagian besar ginjal melalui pembedahan mula-mula menimbulkan perubahan adaptif pada sisa nefron, yang mengakibatkan peningkatan aliran darah, peningkatan GFR, dan peningkatan keluaran urin di dalam nefron yang masih bertahan. Mekanisme ini melibatkan hipertrofi (pertumbuhan berbagai struktur nefron yang masih bertahan) dan perubahan fungsional yang menurunkan tahanan vaskular dan reabsorpsi tubulus didalam nefron yang masih bertahan. Perubahan adaptif ini membuat seseorang mengekskresi air dan zat terlarut dalam jumlah normal meskipun massa ginjal berkurang sebanyak 20 sampai 25 persen normal. Selama beberapa tahun, perubahan fungsi ginjal dapat menimbulkan kerusakan lebih lanjut pada sisa nefron yang ada, khususnya glomerulus dari nefron-nefron tersebut. Peningkatan tekanan atau peregangan sisa glomerulus, yang terjadi sebagai akibat vasodilatasi fungsional atau peningkatan tekanan darah; peningkatan tekanan dan regangan yang kronis pada arteriol kecil dan glomeruli diyakini menyebabkan sklerosis pada pembuluh (penggantian jaringan normal dengan jaringan ikat). Lesi-lesi sklerotik pada akhirnya dapat menimbulkan obliterasi glomerulus, yang mengakibatkan penurunan fungsi ginjal lebih lanjut, perubahan adaptif lebih lanjut pada nefron yang masih ada, dan menimbulkan lingkaran setan yang berkembang secara lambat yang berakhir sebagai penyakit ginjal stadium akhir (Guyton, 2012).

## 5. Penatalaksanaan

(Bararedo, 2008) mengatakan penatalaksanaan untuk pasien gagal ginjal kronik adalah:

### a. Uji Diagnostik

Karena CRF mempunyai efek multisistemik, banyak kelainan berat yang dapat diketahui dari hasil pemeriksaan laboratorium. Kadar kreatinin serum penting dalam mengevaluasi fungsi ginjal. Kreatinin serum meningkat apabila sudah banyak nefron yang rusak sehingga kreatinin tidak dapat diekskresikan oleh ginjal. Pemeriksaan uji kliens kreatinin urin 12 atau 24 jam dapat mengevaluasi fungsi ginjal dan menentukan beratnya disfungsi ginjal. Uji ini adalah indikator yang paling spesifik untuk mengetahui fungsi ginjal. Klirens kreatinin yang kurang dari 10 ml per menit menunjukkan kerusakan ginjal yang berat. Kadar kreatinin akan berubah sebagai respons hanya terhadap disfungsi ginjal, sedangkan BUN akan berubah sebagai respons terhadap dehidrasi dan pemecah protein.

### b. Medikasi

Penanganan awal pasien dengan *Chronic Renal Failure* (CRF) adalah mengendalikan gejala, mencegah komplikasi, dan memperlambat progresi gagal ginjal. Obat dipakai untuk mengendalikan hipertensi, mengatur elektrolit, dan mengendalikan volume cairan intravaskular. Hipertensi dikendalikan dengan obat *inhibitor enzim pengubah-angiotensin (ACE)*. Obat *imunosupresif* dapat diberikan pada pasien dengan glomerulonefritis. Volume cairan intravaskular dapat

diatur dengan *diuretik*. Ketidakseimbangan elektrolit dapat diperbaiki dengan *natrium bikarbonat* apabila terjadi asidosis metabolik. Hiperkalemia dapat ditangani dengan *kombinasi insulin dan dekstrosa* atau *natrium polisterin sulfonat*. Kadar kalsium dan fosfor dapat dipertahankan dengan tambahan kalsium dan vitamin D.

c. Tindakan

1) Pengendalian Cairan

Perubahan kemampuan untuk mengatur air dan mengekskresi natrium merupakan tanda awal gagal ginjal. Pasien mengalami hipervolemia akibat ginjal tidak mampu mengekskresi natrium dan air. Beberapa pasien tidak mampu menahan natrium dan air sehingga mengalami hipovolemia. Tujuan pengendalian cairan ini adalah mempertahankan status normotensif (tekanan darah dalam batas normal) dan status normovolemik (volume cairan dalam batas normal).

2) Pengendalian Elektrolit

a) Hiperkalemia

Kadar kalium plasma pada hiperkalemia adalah lebih dari 5,5 mEq/L. Retensi kalium terjadi karena nefron kurang mampu melakukan ekskresi. Hiperkalemia dapat dikendalikan dengan mengurangi asupan makanan yang kaya dengan kalium, yang biasanya terdapat pada buah pisang, jeruk, kentang, kismis, dan sayuran berdaun hijau atau hemodialisis dengan dialisat tanpa



mengandung kalium yang dapat segera mengambil kalium dalam tubuh pasien.

b) Asidosis Metabolik

Asidosis metabolik terjadi karena nefron yang rusak tidak dapat mengekskresi asam yang dihasilkan dari metabolisme tubuh. Apabila laju filtrasi glomerulus menurun sampai 30-40%, asidosis metabolik mulai berkembang karena kemampuan tubulus distal untuk mereabsorpsi bikarbonat menurun. Walaupun terjadi retensi ion hidrogen dan hilangnya bikarbonat, pH plasma darah masih dapat dipertahankan karena tubuh mempunyai mekanisme *buffering*.

c) Hipokalsemia/Hiperfosfatemia

Siklus hipokalsemia atau hiperfosfatemia mengakibatkan demineralisasi tulang. Kalsium dan fosfor dikeluarkan dalam darah. Berkurangnya laju filtrasi glomerulus mengakibatkan peningkatan fosfat plasma, sekaligus penurunan kalsium serum. Penurunan kadar kalsium serum akan menstimulasi sekresi hormon paratiroid dengan akibat kalsium diresorpsi dari tulang. Ginjal tidak mampu mengekskresi sintesis vitamin D ke bentuk yang aktif, yaitu 1,25 dihidroksikolekalsiferol. Vitamin D yang aktif diperlukan untuk mengabsorpsi kalsium dari traktus gastrointestinal dan menyimpan kalsium dalam tulang. Tujuan terapi adalah menurunkan fosfor serum ke batas normal.

#### d) Penanganan Anemia

Pengobatan dengan *epoetin alfa (EPO)*, (bentuk rekombinan dari eritropoitein) berhasil meningkatkan hematokrit, mengurangi kebutuhan transfusi darah, dan menambah tenaga pasien. Peningkatan hematokrit ini dapat membuat pasien mampu melakukan aktivitas hidup sehari-hari. *Epoetin alfa* diberikan subkutan 50U/kg berat badan tiga kali seminggu. *Epoetin alfa* dapat diberikan sewaktu dialisis dilakukan.

#### e) Dialisis

Dialisis adalah pergerakan cairan dan butir-butir (partikel) melalui membran semipermeabel. Dialisis adalah suatu tindakan yang dapat memulihkan keseimbangan cairan dan elektrolit, menegendalikan keseimbangan asam basa, dan menegeluarkan sisa metabolisme dan bahan toksik dari tubuh. Ada tiga prinsip yang mendasari dialisis, yaitu difusi, osmosis, dan ultrafiltrasi.

### E. Konsep Hemodialisa

#### 1. Definisi

Hemodialisa adalah pengalihan darah pasien dari tubuhnya melalui dialiser yang terjadi setara difusi dan ultrafiltrasi, kemudian darah kembali lagi ke pasien (Bararedo, 2008). Hemodialisa adalah pembersihan produk buangan yang toksik serta pengembalian volume dan komposisi cairan tubuh ke keadaan normal. Hemodialisa digunakan untuk membantu pasien melewati masa krisis sampai fungsi ginjal kembali normal (Guyton, 2012). Selain itu, menurut PERNEFRI (2013) Hemodialisis adalah salah

satu terapi pengganti ginjal yang menggunakan alat khusus dengan tujuan mengeluarkan toksin uremik dan mengatur cairan akibat penurunan laju filtrasi glomerulus dengan mengambil alih fungsi ginjal yang menurun menggunakan membran dialiser dengan teknik dialisis atau filtrasi, dapat dilakukan pada kondisi akut ataupun kronik (renal support & renal replacement).

## **2. Tempat dan Jenis pelayanan**

Berdasarkan tempat dan jenis pelayanan menurut (Perhimpunan Nefrologi Indonesia, 2013):

- a. Unit hemodialisis di RS (sentral) : melayani pasien gawat darurat, rawat inap dan rawat jalan baik pasien dewasa maupun anak.
- b. Unit hemodialisis di luar RS (satelit/klinik) : hanya melayani pasien rawat jalan stabil.

## **3. Indikasi dan Kontra Indikasi Hemodialisa**

Menurut Pernefri (2003) dalam Daryani (2011) indikasi hemodialisa di Indonesia secara ideal dilakukan pada pasien dengan laju filtrasi glomerulus  $<15$  mL/menit. Penurunan LFG  $<15$  mL/menit mengindikasikan fungsi ekskresi ginjal sudah minimal sehingga terjadi akumulasi zat toksik dalam darah. Pada tahap ini komplikasi akut yang membahayakan jiwa pasien dapat terjadi sehingga inisiasi hemodialisa perlu dilakukan. Indikasi khusus hemodialisa adalah:

- a. Terdapat komplikasi akut: edema paru, hiperkalemia dan asidosis metabolik berulang. Pada keadaan ini indikasi hemodialisa

bertujuan untuk mengeluarkan cairan yang berlebih, racun/zat toksik secara cepat.

b. Pasien Nefropati Diabetik

Nefropati diabetik merupakan komplikasi pada pasien diabetes melitus yang mempercepat komplikasi kardiovaskuler. Untuk mencegah kerusakan organ lain pada penderita deabetea melitus inisiasi hemodialisa dapat dimulai lebih dini.

#### 4. Komplikasi Hemodialisa

Menurut(Brunner & Suddarth, 2002) komplikasi terapi dialisis sendiri dapat mencakup hal-hal berikut:

- a. Hipotensi dapat terjadi selama terapi dialisis ketika cairan dikeluarkan
- b. Emboli udara merupakan komplikasi yang jarang tetapi dapat saja terjadi jika udara memasuki sistem vaskuler pasien.
- c. Nyeri dada dapat terjadi karena  $p\text{CO}_2$  menurun bersamaan dengan terjadinya sirkulasi darah diluar tubuh.
- d. Pruritusdapat terjadi selama terapi dialisis ketika produk akhir metabolisme meninggalkan kulit.
- e. Gangguan keseimbangan dialisis terjadi karena perpindahan cairan serebral dan muncul sebagai serangan kejang. Komplikasi ini kemungkinan terjadinya lebih besar jika terdapat gejala uremia yang berat.
- f. Kram otot yang nyeri terjadi ketika cairan dan elektrolit dengan cepat meninggalkan ruang ekstrasel.

- g. Mual dan muntah merupakan peristiwa yang sering terjadi.

## 5. Persiapan Hemodialisis

Menurut PERNEFRI (2013), pemasangan akses vaskular permanen pada waktu yang tepat, sebaiknya dilakukan pada PGK stadium 4. Hal ini penting untuk:

- a. Mencegah pemasangan akses temporer dan mengurangi komplikasi akibat kateter.
- b. Memberikan waktu maturasi yang cukup untuk fistula.

### Persiapan lain:

- a. Penilaian kelayakan akses vaskular permanen
- b. Pada pasien yang belum memiliki akses vaskular permanen sebaiknya dilakukan pemasangan akses vaskular temporer.
- c. Pemeriksaan serologi HbsAg, anti-HCV, anti-HIV.
- d. Penilaian klinis kelayakan/persyaratan untuk menjalani tindakan HD.

Sedangkan Inisiasi kronik adalah semua pasien PGK stadium 5 dengan pertimbangan sebagai berikut:

- a. Estimasi laju filtrasi glomerulus (eLFG) <5 ml/menit walaupun tanpa gejala uremikum (letargi, anoreksia, mual, muntah).
- b. Elfg <10 ml/menit dengan gejala uremikum atau malnutrisi.
- c. Kondisi khusus :
  - Terdapat edema paru, hiperkalemia, asidosis metabolik dan hiperfosfatemia yang refrakter terhadap terapi konservatif.
  - Pada pasien nefropati diabetik dapat dilakukan lebih awal (pada eLFG <15ml/menit).

- Hipertensi yang sulit terkontrol akibat *overload* cairan.

## 6. Peralatan

Menurut (Supeno, 2010), peralatan hemodialisa sebagai berikut :

### a. Dialiser atau Ginjal Buatan

Komponen ini terdiri dari membran dialiser yang memisahkan kompartemen darah dan dialisat. Dialiser bervariasi dalam ukuran, struktur fisik dan tipe membran yang digunakan untuk membentuk kompartemen darah. Semua faktor ini menentukan potensi efisiensi dialiser, yang mengacu pada kemampuannya untuk membuang air (ultrafiltrasi) dan produk-produk sisa (klirens).

### b. Dialisat atau Cairan dialysis

Dialisat atau "bath" adalah cairan yang terdiri atas air dan elektrolit utama dari serum normal. Dialisat ini dibuat dalam sistem bersih dengan air keran dan bahan kimia disaring. Bukan merupakan sistem yang steril, karena bakteri terlalu besar untuk melewati membran dan potensial terjadinya infeksi pada pasien minimal. Karena bakteri dari produk sampingan dapat menyebabkan reaksi pirogenik, khususnya pada membran permeable yang besar, air untuk dialisat harus aman secara bakteriologis. Konsentrat dialisat biasanya disediakan oleh pabrik komersial. Bath standar umumnya digunakan pada unit kronis, namun dapat dibuat variasinya untuk memenuhi kebutuhan pasien tertentu.

### c. Sistem Pemberian Dialisat

Unit pemberian tunggal memberikan dialisat untuk satu pasien: sistem pemberian multiple dapat memasok sedikitnya untuk 20 unit pasien. Pada kedua sistem, suatu alat pembagian proporsi otomatis dan alat pengukur serta pemantau menjamin dengan tepat kontrol rasio konsentrat-air.

d. Asesori Peralatan

Piranti keras yang digunakan pada kebanyakan sistem dialysis meliputi pompa darah, pompa infus untuk pemberian heparin, alat monitor untuk pendeteksi suhu tubuh bila terjadi ketidakamanan, konsentrasi dialisat, perubahan tekanan, udara, dan kebocoran darah.

e. Komponen manusia.

f. Pengkajian dan penatalaksanaan.

## 7. Pedoman Pelaksanaan Hemodialisa

Menurut(Supeno, 2010), pelaksanaan hemodialisa sebagai berikut :

a. Perawatan sebelum hemodialisa

- 1) Sambungkan selang air dengan mesin hemodialisa
- 2) Kran air dibuka
- 3) Pastikan selang pembuang air dan mesin hemodialisis sudah masuk kelubang atau saluran pembuangan
- 4) Sambungkan kabel mesin hemodialisis ke stop kontak
- 5) Hidupkan mesin
- 6) Pastikan mesin pada posisi rinse selama 20 menit
- 7) Matikan mesin hemodialisis
- 8) Masukkan selang dialisat kedalam jaringan dialisat pekat

- 9) Sambungkan selang dialisis dengan konektor yang ada pada mesin hemodialisis
- 10) Hidupkan mesin dengan posisi normal (siap)

b. Menyiapkan sirkulasi darah

- 1) Bukalah alat-alat dialysis dari set nya
- 2) Tempatkan dializer pada tempatnya dan posisi “inset” (tanda merah) diatas dan posisi “outset” (tanda biru) dibawah
- 3) Hubungan ujung merah dari ABL dengan ujung “inset” dari dializer
- 4) Hubungan ujung biru dari UBL dengan ujung “out set” dari dializer dan tempatkan bubble trap di holder dengan posisi tengah
- 5) Set infus ke boto; NaCl 0,9% - 500 cc
- 6) Hubungkan set infus ke selang arteri
- 7) Bukalah klem NaCl 0,9%, isi slang arteri sampai ujung slang lalu di klem
- 8) Memutarkan letak dializer dengan posisi “inset” dibawah dan “out set” di atas, tujuannya agar dializer bebas dari udara
- 9) Tutup klem dari selang untuk tekanan arteri, vena, heparin
- 10) Buka klem dari infus set ABL, VBL
- 11) Jalankan pompa darah dengan kecepatan mula-mula 100 ml/menit, kemudian naikkan secara bertahap sampai dengan 200 ml/menit
- 12) Isi bubble-trap dengan NaCl 0,9% sampai  $\frac{3}{4}$  cairan



- 13) Berikan tekanan secara intermiten pada VBL untuk mengalirkan udara dari dalam dializer, dilakukan sampai dengan dializer bebas udara (tekanan lebih dari 200 mmHg)
  - 14) Lakukan pembilasan dan pencucian dengan NaCl 0,9% sebanyak 500 cc yang terdapat pada botol (kalf) sisanya ditampung pada gelas ukur
  - 15) Ganti kalf NaCl 0,9% yang kosong dengan kalf NaCl 0,9% baru
  - 16) Sambungkan ujung biru VBL dengan ujung merah ABL dengan menggunakan konektor
  - 17) Hidupkan pompa selama 10 menit. Untuk dializer baru 15-20 menit untuk dializer reuse dengan aliran 200-250 ml/menit
  - 18) Kembalikan posisi dializer ke posisi semula dimana “inlet” di atas dan “outlet” di bawah
  - 19) Hubungkan sirkulasi darah dengan sirkulasi dialisat selama 5-10 menit, siap untuk dihubungkan dengan pasien soaking.
- c. Persiapan pasien
- 1) Menimbang berat badan
  - 2) Mengatur posisi pasien
  - 3) Observasi keadaan umum
  - 4) Observasi tanda-tanda vital
  - 5) Melakukan kamulasi/fungsi untuk menghubungkan sirkulasi, biasanya mempergunakan salah satu jalan darah/nlood akses seperti di bawah ini :
    - a) Dengan interval A-V shunt / fistula simino

- b) Dengan external A-V shunt / schungula
- c) Tanpa 1-2 (vena pulmonalis)

## **F. Penelitian Terkait**

Peneliti terkait pengalaman pasien saat menjalani hemodialisa sejauh peneliti menyururi terdapat beberapa penelitian diantaranya yang di lakukan oleh Pujiasih (2015) tentang hubungan dukungan keluarga dengan mekanisme koping pasien CKD derajat 5 yang menjalani hemodialisa di poli hemodialisa RSD dr Soebandi Jember menunjukkan bahwa mekanisme koping pasien termasuk dalam kategori adaptif sebanyak 78 responden (97,5%) dan maladaptif sebanyak 2 responden (2,5%). Hal ini didapat dari hasil peneliti dengan menggunakan kuesioner dikarenakan hubungan pasien dan keluarga terjalin dengan baik di nilai  $p = 0,002$  yang berarti  $p < 0,05$ .

Penelitian terkait yang dilakukan oleh Hamit (2017) tentang hubungan mekanisme koping dengan kejadian depresi pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa RSUD Raden Mattaher Jambi didapatkan mekanisme koping pasien gagal ginjal kronik sebanyak 22 (68,8%) responden mempunyai mekanisme koping adaptif dalam menjalani hemodialisa, kemudian kejadian depresi pasien gagal ginjal kronik sebanyak 24 (75%) responden tidak depresi dalam menjalani hemodialisa. Ada hubungan mekanisme koping dengan kejadian depresi pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa dengan nilai  $p 0,000$ .

Penelitian terkait juga yang dilakukan oleh Sasmita dkk (2015) tentang hubungan tingkat kecemasan dengan strategi koping pada pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Arifin Ahmad diketahui bahwa mayoritas

responden berada pada tingkay kecemasan berat ada 7 orang (58,3%) menggunakan startegi koping adaptif. Begitu juga penelitian terkait yang dilakukan oleh Wurara dkk (2013) tentang mekanisme koping pada pasien penyakit gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Rumah Sakit Prof. Dr.R.D Kandou Manado, maka hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa karateristik pasien : Usia responden yang terbanyak yaitu 36-45 tahun sebanyak 16 orang dan responden yang kurang yaitu berusia 25-35 tahun sebanyak 5 orang, jenis kelamin perempuan merupakan jumlah tertinggi responden penyakit gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis dibandingkan jenis kelamin laki-laki.

Penelitian terkait yang dilakukan oleh Suratih dkk (2014) yang berjudul pengaruh bimbingan spiritual islami terhadap kualitas hidup pasien hemodialisis di RSUD Kabupaten Semarang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien hemodialisis di unit hemodialisis Rumah Sakit Umum Daerah Semarang pada kelompok yang tidak mendapatkan bimbingan spiritual islami dalam kategori baim sebanyak 9 orang (70,33%). Hal tersebut ditunjukkan dengan perasaan nyaman dengan hidup yang dijalani dan membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari.

Penelitian terkait juga dilakukan oleh Alfianur,dkk (2015) yang berjudul hubungan antara kecerdasan spiritual dengan tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa didapatkan frekuensi tingkat kecerdasan spiritual sebagian besar yaitu kecerdasan spiritual tinggi (60%), sedangkan tingkat kecemasan didapatkan sebagian besar berada pada

tingkat kecemasan ringan-sedang (40%). Setelah dilakukan uji statistik *Kolmogorof Smirnov* didapatkan hasil bahwa ada hubungan antara kecerdasan spiritual dengan tingkat kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa ( $p\ value=0,036$ ).

Penelitian terkait juga dilakukan oleh Khayati (2017) yang berjudul kebutuhan spiritual pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD PKU Muhammadiyah Gombong, hasil penelitian menunjukkan sebagian besar aktivitas spiritual kurang 14 orang (46,7%) dan tingkat stres dengan klasifikasi ringan sebanyak 17 orang (56,7%). Hasil uji analisis dengan *Kendal Tau* didapatkan nilai yang signifikan  $p$  sebesar 0,000 ( $<0,05$ ) dan nilai  $\pi$  sebesar  $-0,796$  sehingga dinyatakan ada hubungan bermakna dan keeratan kuat.

Penelitian terkait dilakukan oleh Widiyati (2016) yang berjudul mekanisme koping individu pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di Bangsal Teratai RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri. Didapatkan hasil bahwa yang paling banyak memiliki tingkat mekanisme koping sedang sebanyak 29 (96,7%) responden, semua responden 30 (100%) memiliki tingkat kecemasan panik. Berdasarkan analisis *Rank Spearman* didapatkan sebesar 0.664 dengan nilai *sig.* 0.000 yang berarti  $p\ value<0,005$ .

Penelitian terkait dilakukan oleh Agung (2016) dengan judul faktor faktor yang berhubungan dengan mekanisme koping pada klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Rumah Sakit Sentra Medika Cikarang , didapatkan hasil data dari 30 responden pasien hemodialisa yang

diteliti terbanyak mengatakan tidak menerima keadaan berjumlah 19 orang (63,3%) dan mengatakan 11 orang (36,7%). Dan terakhir penelitian terkait oleh didapatkan pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien gagal ginjal kronik di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh berada kurang baik dengan jumlah 18 responden (51,4%), hubungan dengan Tuhan baik dengan jumlah 18 responden (51,4%), hubungan dengan diri sendiri kurang baik dengan jumlah 20 responden (57,1%), hubungan dengan orang lain kurang baik dengan jumlah 20 responden (57,1%), hubungan dengan alam kurang baik dengan jumlah 23 responden (65,7%).