

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dukungan Keluarga

2.1.1 Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang melindungi seseorang dari efek stres yang buruk (Kaplan dan Sadock, 2002). Dukungan keluarga menurut Fridman (2010) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikannya. Jadi dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan-dukungan sosial yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga yang selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Erdiana, 2015).

2.1.2 Sumber Dukungan Keluarga

Menurut Caplan (1974) dalam Friedman (2010) terdapat tiga sumber dukungan sosial umum, sumber ini terdiri atas jaringan informal yang spontan: dukungan terorganisasi yang tidak diarahkan oleh petugas kesehatan profesional, dan upaya terorganisasi oleh profesional kesehatan. Dukungan sosial keluarga mengacu kepada

dukungan-dukungan sosial yang di pandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami/istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal (Friedman, 1998).

2.1.3 Tujuan Dukungan Keluarga

Sangatlah luas diterima bahwa orang yang berada dalam lingkungan sosial yang suportif umumnya memiliki kondisi yang lebih baik dibandingkan rekannya yang tanpa keuntungan ini. Lebih khususnya, karena dukungan sosial dapat dianggap mengurangi atau menyangga efek serta meningkatkan kesehatan mental individu atau keluarga secara langsung, dukungan sosial adalah strategi penting yang haru ada dalam masa stress bagi keluarga (Friedman, 2010). Dukungan sosial juga dapat berfungsi sebagai strategi pencegahan guna mengurangi stress akibat negatifnya (Roth, 1996). Sistem dukungan keluarga ini berupa membantu berorientasi tugas sering kali diberikan oleh keluarga besar, teman, dan tetangga. Bantuan dari keluarga besar juga dilakukan dalam bentuk bantuan langsung, termasuk bantuan financial yang terus-menerus dan intermiten, berbelanja, merawat anak, perawatan fisik lansia, melakukan tugas rumah tangga, dan bantuan praktis selama masa krisis (Friedman, 2010).

2.1.4 Jenis Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (1998), menyatakan bahwa keluarga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung, selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Terdapat empat dimensi dari dukungan keluarga yaitu:

1. Dukungan emosional berfungsi sebagai pelabuhanistirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan emosional serta meningkatkan moral keluarga (Friedman, 2010). Dukungan emosional melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta, atau bantuan emosional. Dengan semua tingkah laku yang mendorong perasaan nyaman dan mengarahkan individu untuk percaya bahwa ia dipuji, dihormati, dan dicintai, dan bahwa orang lain bersedia untuk memberikan perhatian (Sarafino, 2011)
2. Dukungan informasi, keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan disseminator (penyebar) informasi tentang dunia (Friedman, 1998). Dukungan informasi terjadi dan diberikan oleh keluarga dalam bentuk nasehat, saran dan diskusi tentang bagaimana cara mengatasi atau memecahkan masalah yang ada (Sarafino, 2011).
3. Dukungan instrumental, keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit (Friedman, 1998). Dukungan instrumental merupakan dukungan yang diberikan oleh keluarga secara langsung yang meliputi bantuan material seperti memberikan

tempat tinggal, meminjamkan atau memberikan uang dan bantuan dalam mengerjakan tugas rumah sehari-hari (Sarafino, 2011).

4. Dukungan penghargaan, keluarga bertindak (keluarga bertindak sebagai sistem pembimbing umpan balik, membimbing dan memerantai pemecahan masalah dan merupakan sumber validator identitas anggota (Friedman, 2010). Dukungan penghargaan terjadi melalui ekspresi penghargaan yang positif melibatkan pernyataan setuju dan penilaian positif terhadap ide-ide, perasaan dan performa orang lain yang berbanding positif antara individu dengan orang lain (Sarafino, 2011).

2.1.5 Manfaat Dukungan Keluarga

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 1998). Wills (1985) dalam Friedman (1998), menyimpulkan bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) ditemukan. Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi bersamaan.

2.1.6 Fatar-faktor Yang Mempengaruhi Dukungan

Menurut Purnawan (2008) dalam Rahayu (2008) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah:

a. Faktor internal

1. Tahap perkembangan

Artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

1. Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

2. Faktor emosi

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melakukannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang

secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit. Seorang individu yang tidak mampu melakukan coping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin.

3. Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

b. Eksternal

1. Praktik di keluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. Misalnya, klien juga kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarga melakukan hal yang sama.

2. Faktor sosio-ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel psikososial mencakup: stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan

lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

3. Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu, dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Menurut (Iqbal, 2006) Banyaknya ahli menguraikan pengertian tentang keluarga sesuai dengan perkembangan sosial masyarakat. berikut ini akan penulis kemukakan pengertian keluarga menurut beberapa ahli

1. Duvall

Sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran, yang bertujuan menciptakan dan memepertahankan budaya umum, meningkatkan perkembangan fisik mental, emosional dan sosial dari tiap anggota

2. WHO, 1969

Keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah adopsi atau perkawinan.

3. Berges,1960

Yang dimaksud keluarga adalah :

1. Terdiri dari kelompok orang yang mempunyai ikatan perkawinan, keturunan atau hubungan sedarah atau hasil adopsi,
2. Anggota tinggal bersama dalam satu rumah,
3. Anggota berinteraksi dan berkomunikasi dalam sosial, dan
4. Mempunyai kebiasaan/kebudayaan yang berasal dari masyarakat tetapi keunikan tersendiri.
5. Departemen kesehatan R.I 1998

Keluarga adalah unit terkecil dari suatu masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang terkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

6. Andarmoyo (2016)

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang merupakan klien penerima asuhan keperawatan, keluarga berperan dalam menentukan cara asuhan yang diperlukan bagi anggota keluarga yang sakit

Menurut Iqbal (2006) Dari pengertian diatas tentang keluarga maka dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga adalah

1. Terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi,

2. Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka memperhatikan satu sama lain,
3. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial : suami, istri, anak, kakak, dan adik, dan
4. Mempunyai tujuan yaitu : menciptakan dan mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, sosial, psikologi dan social anggota.

Dari uraian diatas menunjukkan bahwa keluarga juga merupakan sistem. Sebagai sistem keluarga mempunyai anggota yaitu : ayah, ibu, dan anak atau semua individu yang ditinggal di dalam rumah tangga tersebut. Anggota keluarga tersebut saling berinteraksi, intrerelasi, dan interdependent untuk mencapai tujuan bersama. Keluarga merupakan sistem yang terbuka sehingga dapat dipengaruhi oleh supra system yaitu: lingkungan atau masyarakat dan sebaliknya sebagai sub system dari lingkungan atau masyarakat, keluarga dapat mempengaruhi masyarakat (supra system) oleh karena itu betapa pentingnya peran dan fungsi keluarga dalam membentuk manusia sebagai anggota masyarakat yang sehat bio-psiko-sosial-spiritual. Jadi sangatlah tepat bila keluarga sebagai titik sentral pelayanan keperawatan. Diyakini bahwa keluarga yang sehat akan mempunyai anggota yan sehat dan mewujudkan masyarakat yang sehat.

2.2.2 Tujuan Keluarga

Menurut Andarmoyo (2012), tujuan dasar pembentukan keluarga adalah:

1. Keluarga merupakan unit dasar yang memiliki pengaruh kuat terhadap perkembangan individu,
2. Keluarga sebagai perantara bagi kebutuhan dan harapan anggota keluarga dengan kebutuhan dan tuntunan masyarakat.
3. Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan anggota keluarga dengan menstabilkan kebutuhan kasih sayang, sosio-ekonomi dan kebutuhan seksual, dan
4. Keluarga memiliki pengaruh yang penting terhadap pembentukan identitas seorang individu dan perasaan harga diri.

Alasan Mendasar mengapa keluarga menjadi fokus sentral dalam perawatan adalah:

1. Dalam sebuah unit keluarga, disfungsi apa saja (penyakit, cedera, perpisahan) yang mempengaruhi satu atau lebih keluarga, dan dalam hal tertentu, sering akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain dan unit secara keseluruhan,
2. Ada hubungan yang kuat dan signifikan antara keluarga dan status kesehatan para anggotanya,
3. Melalui perawatan kesehatan keluarga yang berfokus pada peningkatan, perawatan diri, pendidikan kesehatan dan konseling keluarga serta upaya yang berarti dapat mengurangi risiko yang akan diciptakan oleh pola hidup keluarga dan bahaya lingkungan.

4. Adanya masalah-masalah kesehatan pada salah satu anggota keluarga dapat menyebabkan ditemukannya faktor-faktor risiko pada anggota keluarga yang lain, dan
5. Keluarga merupakan sistem pendukung yang sangat vital bagi kebutuhan-kebutuhan individu. (Andarmoyo, 2012).

2.2.3 Fungsi Keluarga

Keberadaan keluarga pada umumnya adalah untuk memenuhi fungsi-fungsi keluarga. Fungsi keluarga, berbeda sesuai dengan sudut pandang terhadap keluarga. Akan tetapi, dari sudut kesehatan keluarga yang sering digunakan adalah fungsi keluarga, yang disusun oleh Friedman berikut ini dijelaskan fungsi keluarga dari Depkes RI dan Friedman (Andarmoyo, 2012):

Menurut (PP No.21 Th.1994 dan UU No. 10 Tahun 1992) :

1. Fungsi Keagamaan

Keluarga adalah wahana utama dan pertama menciptakan seluruh anggota keluarga menjadi insane yang taqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa. Tugas dari fungsi keagamaan adalah :

1. Membina norma/ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga,
2. Menerjemahkan ajaran/norma agama dalam tingkah laku hidup sehari-hari seluruh anggota keluarga,
3. Memberikan contoh konkrit pengalaman ajaran agama dalam hidup sehari-hari,

4. Melengkapi dan menambah proses kegiatan belajar anak tentang keagamaan yang tidak atau kurang diperoleh di sekolah atau masyarakat, dan
5. Membina rasa, sikap dan praktik kehidupan keluarga beragama sebagai fondasi menuju keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

2. Fungsi sosial budaya

Keluarga berfungsi untuk menggali, mengembangkan dan melestarikan sosial budaya Indonesia, dengan cara:

1. Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk meneruskan norma dan budaya masyarakat dan bangsa yang ingin dipertahankan,
2. Membina Tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk menyaring norma budaya asing yang tidak sesuai,
3. Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga dimana anggotanya mengadakan kompromi/adptasi dari praktik globalisasi dunia, dan
4. Membina budaya keluarga yang sesuai, selaras dan seimbang dengan budaya masyarakat/bangsa untuk terwujudnya keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

3. Fungsi kasih sayang

Keluarga berfungsi mengembangkan rasa cinta dan kasih sayang setiap anggota keluarga, antarkerabat, antargenerasi. Termasuk dalam fungsi ini adalah:

1. Menumbuh kembangkan potensi kasih sayang yang telah ada diantara anggota keluarga ke dalam simbol-simbol nyata/ucapan dan perilaku secara optimal dan terus menerus,
2. Membina tingkah laku saling menyanyangi baik antara keluarga yang satu dengan yang lainnya secara kuantitatif dan kualitatif,
3. Membina praktik kecintaan terhadap kehidupan duniawi dan ikhrowi dalam keluarga secara serasi, selaras dan seimbang, dan
4. Membina rasa, sikap dan praktik hidup keluarga yang mampu memberikan dan menerima kasih sayang sebagai pola hidup ideal menuju KKBS.

4. Fungsi perlindungan

Fungsi yang memberikan rasa aman secara lahir dan batin kepada setiap anggota keluarga. Fungsi ini menyangkut :

1. Memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga baik dari rasa tidak aman yang timbul dari dalam maupun dari luar keluarga,
2. Membina keamanan keluarga baik fisik, psikis, maupun dari berbagai bentuk ancaman dan tantangann yang datang dari luar, dan
3. Membina dan menjadikan stabilitas dan keamanan keluarga sebagai modal menuju KKBS.

5. Fungsi reproduksi

Memberikan keutuhan yang berkualitas melalui, pengaturan dan rencana yang sehat dan menjadi insane pembangunan yang handal, dengan cara :

1. Membina kehidupan keluarga sebagai wahana pendidikan reproduksi sehat bagi anggota keluarga sekitarnya,
2. Memberikan contoh pengalaman kaidah-kaidah pembentukan keluarga dalam hal usia, pendewasaan fisik maupun mental,
3. Mengalami kaidah reproduksi sehat, baik yang berkaitan dengan waktu melahirkan, jarak dan jumlah ideal anak yang diinginkan dalam keluarga, dan
4. Mengembangkan kehidupan reproduksi sehat sebagai modal yang kondusif menuju KKBS.

6. Fungsi pendidikan dan sosialisasi

Keluarga merupakan tempat pendidikan utama dan pertama anggota keluarga yang berfungsi untuk meningkatkan fisik, mental, sosial, dan spiritual secara serasi selaras dan seimbang fungsi ini adalah :

1. Menyadari, merencanakan dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai wahana pendidikan dan sosialisasi anak yang pertama dan utama,
2. Menyadari, merencanakan dan menciptakan kehidupan keluarga sebagai pusat dimana anak dapat mencari pemecahan masalah

dari konflik yang dijumpai, baik di lingkungan sekolah maupun masyarakat, dan

3. Membina proses pendidikan dan sosialisasi anak tentang hal-hal yang diperlukan untuk meningkatkan kematangan dan kedewasaan fisik dan mental, yang tidak/kurang diberikan oleh lingkungan sekolah maupun masyarakat.

7. Fungsi ekonomi

Keluarga meningkatkan ketrampilan dalam usaha ekonomis produktif agar pendapatan keluarga meningkat dan tercapai kesejahteraan :

1. Melakukan kegiatan ekonomi baik diluar maupun dalam lingkungan keluarga dalam rangka menompang kelangsungan dan perkembangan kehidupan keluarga,
2. Mengelola ekonomi keluarga sehingga terjadi keserasian, keselarasan dan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran keluarga,
3. Mengatur waktu sehingga kegiatan orang tua di luar rumah dan perhatiannya terhadap anggota keluarga berjalan seras, selaras, dan seimbang, dan
4. Membina kegiatan dan hasil ekonomi keluarga sebagai modal mewujudkan KKBS.

8. Fungsi pembinaan lingkungan

1. Meningkatkan diri dalam lingkungan sosial budaya dan lingkungan alam sehingga tercipta lingkungan yang seras, selaras, dan seimbang,
2. Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan hidup eksterna keluarga,
3. Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan hidup yang seras, selaras dan seimbang antara lingkungan keluarga dengan lingkungan hidup masyarakat sekitarnya, dan
4. Membina kesadaran, sikap dan praktik lingkungan hidup sebagai pola hidup keluarga menuju KKBS.

Meskipun banyak fungsi-fungsi keluarga seperti disebutkan diatas, pelaksanaan fungsi keluarga di Indonesia secara singkat dapat sebagai berikut :

Asih : Memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, hangat kepada seluruh anggota keluarga sehingga dapat berkembang sesuai usia dan kebutuhan

Asah : Memenuhi pendidikan anak sehingga siap menjadi manusia dewasa, mandiri dan dapat memenuhi kebutuhan masa depan

Asuh: Memelihara dan merawat anggota keluarga agar tercapai kondisi yang sehat fisik, mental, sosial dan spiritual (Andarmoyo, 2012)

Sedangkan menurut Friedman (1998) dalam Andarmoyo (2012), fungsi keluarga meliputi:

1. Fungsi Afektif Yaitu perlindungan psikologis, rasa aman, interaksi, mendewasakan dan mengenal identitas diri individu,
2. Fungsi Sosialisasi Peran Adalah fungsi dan peran di masyarakat, serta sasaran untuk kontak sosial didalam/di luar rumah,
3. Fungsi Reproduksi Adalah menjamin kelangsungan generasi dan kelangsungan hidup masyarakat,
4. Fungsi Memenuhi Kebutuhan Fisik dan Perawatan Merupakan pemenuhan sandang, pangan dan papan serta perawatan kesehatan,
5. Fungsi Ekonomi Adalah fungsi untuk pengadaan sumber dana, pengalokasian dan serta pengaturan keseimbangan, dan
6. Fungsi Pengontrol/Pengatur Adalah memberikan pendidikan dan norma-norma.

2.2.4 Tugas Perkembangan Keluarga

Adalah tanggung jawab pertumbuhan yang harus dicapai oleh sebuah keluarga dalam setiap tahap perkembangannya sehingga kebutuhan biologis, kewajiban budaya, dan nilai serta aspirasi keluarga terpenuhi (Friedman, 2010). tiga asumsi dasar teori perkembangan keluarga, seperti yang diuraikan oleh (Friedman, 2010) adalah :

1. Perilaku keluarga adalah jumlah pengalaman sebelumnya dari anggota keluarga sebagaimana yang terjadi pada saat ini dan saat pengalaman mereka pada masa depan,

2. Perkembangan dan perubahan berkali-kali pada keluarga terjadi dengan cara serupa dan konsisten, dan
3. Keluarga dan anggota keluarga melakukan tugas tertentu dengan waktu spesifik yang diatur oleh mereka dan oleh konteks budaya dan sosial.

2.2.5 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Friedman (1998), membagi 5 tugas kesehatan yang harus dilakukan oleh keluarga yaitu:

1. Mengetahui adanya gangguan kesehatan setiap anggotanya,
2. Mengambil keputusan untuk mengambil tindakan yang tepat,
3. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, cacat, maupun yang tidak sakit dan memerlukan bantuan,
4. Mempertahankan keadaan lingkungan keluarga yang dapat menunjang peningkatan status para anggotanya, dan
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan.

2.3 Konsep Penyakit Gagal Ginjal Kronik

2.3.1 Pengertian

Gagal ginjal kronik (chronic kidney disease) adalah destruksi struktur ginjal yang progresif dan terus menerus. Gagal ginjal kronik dapat timbul dari hampir semua penyakit penyerta, akan terjadi perburukan fungsi ginjal secara progresif yang ditandai dengan penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG) yang progresif (Corwin 2009).

The National Kidney Foundation (2002) mendefinisikan gagal ginjal kronik sebagai adanya kerusakan ginjal, atau menurunnya tingkat fungsi ginjal untuk jangka waktu tiga bulan atau lebih. Gagal ginjal kronik ini dapat dibagi lagi menjadi 5 tahap, tergantung pada tingkat keparahan kerusakan ginjal dan tingkat penurunan fungsi ginjal. Tahap 5 *Chronic Kidney Disease* (CKD) disebut sebagai stadium akhir penyakit ginjal (*end stage renal disease / end stage renal failure*). Tahap ini merupakan akhir dari fungsi ginjal. Ginjal bekerja kurang dari 15% dari normal (Corrigan 2011).

Gagal ginjal kronik (GGK) yang mulai perlu dialisis adalah penyakit ginjal kronik yang mengalami penurunan fungsi ginjal dengan laju filtrasi glomerulus (LFG) <15 mL/menit. Pada keadaan ini fungsi ginjal sudah sangat menurun sehingga terjadi akumulasi toksin dalam tubuh yang disebut dengan uremia. Pada keadaan uremia dibutuhkan terapi pengganti ginjal untuk mengambil alih fungsi ginjal dalam mengeliminasi toksin tubuh sehingga tidak terjadi gejala yang lebih berat (Cahyaningsih 2008).

2.3.2 Etiologi

Beberapa penyakit yang dapat merusak nefron dapat mengakibatkan gagal ginjal yang kronik. Penyebab utama penyakit gagal ginjal kronik adalah diabetes melitus yaitu sebesar 30%, hipertensi 24%, glomerulonefritis 17%, chronic pyelonephritis 5% dan yang terakhir tidak diketahui penyebabnya sebesar 20% (Milner 2003).

2.3.3 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala pada pasien gagal ginjal kronik dapat diklasifikasikan sesuai dengan derajatnya. Berikut adalah tanda dan gejala gagal ginjal kronik (Black & Hawks dikutip dalam Nurchayati 2010).

a. Derajat I

Pasien dengan tekanan darah normal, tanpa abnormalitas hasil tes laboratorium dan tanpa manifestasi klinis .

b. Derajat II

Umumnya asimtomatik, berkembang menjadi hipertensi dan munculnya nilai laboratorium yang abnormal.

c. Derajat III

Asimptomatik, nilai laboratorium menandakan adanya abnormalitas pada beberapa sistem organ.

d. Derajat IV

Munculnya manifestasi klinis penyakit ginjal kronik berupa kelelahan dan penurunan rangsangan.

e. Derajat V

Peningkatan *Blood Urea Nitrogen* (BUN) dan anemia.

2.3.4 Patofisiologi

Patofisiologi pada gagal ginjal kronik tergantung dari penyakit yang menyebabkannya. Pada awal perjalanannya, keseimbangan cairan dan penimbunan produksi sisa masih bervariasi dan bergantung pada bagian ginjal yang sakit. Sampai fungsi ginjal turun

kurang dari 25%, manifestasi gagal ginjal kronik mungkin minimal karena nefron – nefron lain yang sehat mengambil alih fungsi nefron yang rusak. Nefron yang rusak meningkatkan laju filtrasi, reabsorpsi dan sekresinya serta mengalami hipertrofi dalam proses tersebut. Seiring dengan semakin banyaknya nefron yang mati, nefron yang tersisa menghadapi tugas yang semakin berat, sehingga nefron– nefron tersebut mengalami kerusakan dan akhirnya mati. Siklus kematian ini tampaknya berkaitan dengan nefron – nefron yang ada untuk meningkatkan reabsorpsi protein. Seiring dengan progresif penyusutan dari nefron, akan terjadi pembentukan jaringan parut dan penurunan aliran darah ke ginjal (Corwin 2009).

Uremia mengacu pada banyak efek yang dihasilkan dari ketidakmampuan untuk mengekskresikan produk dari metabolisme protein dan asam amino. Beberapa produk metabolisme tertentu menyebabkan disfungsi organ (Milner 2003). Efek multiorgan uremia juga disebabkan oleh gangguan dari berbagai metabolisme dan fungsi endokrin yang biasanya dilakukan oleh ginjal (Milner 2003).

Dari urutan kejadian diatas akan menimbulkan berbagai manifestasi klinis dan komplikasi pada seluruh sistem tubuh. Semakin banyak tertimbun sisa akhir metabolisme, maka gejala akan semakin berat. Klien akan merasa kesulitan dalam menjalani aktivitas sehari–hari akibat timbulnya berbagai macam manifestasi klinis tersebut. Beberapa komplikasi yang ditimbulkan akan berpengaruh buruk terhadap kualitas hidup (Corwin 2009).

2.3.5 Klasifikasi

Tabel 2.1 Klasifikasi gagal ginjal kronik dapat dibedakan seperti dibawah ini:

Derajat	Deskripsi	Nama lain	GFR(ml/menit/1,73)
I	Kerusakan ginjal dengan GFR normal	Risiko	>90
II	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR ringan	<i>Chronic renal insufisiensi</i>	60-89
III	Penurunan GFR tingkat sedang	<i>Chronic renal failure (CRF)</i>	30-59
IV	Penurunan GFR tingkat berat	CRF	15-29
V	Gagal ginjal	<i>End-stage renal disease (ESDR)</i>	<15

2.3.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan gagal ginjal kronik (stage V) adalah untuk mempertahankan fungsi ginjal dan homeostasis. Penatalaksanaan tersebut meliputi penanganan konservatif, yaitu :

1. Menghambat perburukan fungsi ginjal/mengurangi hiperfiltrasi glomerulus dengan diet seperti pembatasan asupan protein dan fosfat.
2. Terapi farmakologis dan pencegahan serta pengobatan terhadap komplikasi, bertujuan mengurangi hipertensi intraglomerulus dan memperkecil resiko terhadap penyakit kardiovaskular seperti diabetes, hipertensi, dislipidemia, anemia, asidosis, neuropati perifer, kelebihan cairan dan keseimbangan elektrolit (Price & Wilson 2005).
Terapi pengganti ginjal dilakukan pada seseorang yang mengidap penyakit gagal ginjal kronik atau ginjal tahap akhir, yang bertujuan untuk menghindari komplikasi dan memperpanjang umur pasien. Terapi pengganti ginjal dibagi menjadi dua, antara lain dialysis (hemodialisis dan peritoneal dialisis) dan transplantasi ginjal (Shahgholian et al. 2008).

2.3.7 Pemeriksaan penunjang

Pada gagal ginjal kronik dapat dilakukan pemeriksaan salah satunya dengan ultrasonografi gagal ginjal. Ultrasonografi saat ini digunakan sebagai pemeriksaan rutin dan merupakan pilihan pertama pada penderita gagal ginjal kronik. Pada gagal ginjal tahap awal ukuran ginjal masih terbilang normal sedangkan pada gagal ginjal kronik ukuran ginjal pada umumnya mengecil, dengan penipisan parenkim, peninggian ekogenitas parenkim dan batas kortikomedular yang sudah tidak jelas/mengecil. Ultrasonografi juga dapat digunakan

untuk menilai ukuran serta ada tidanya obstruksi ginjal (Andika 2003)

2.4 Konsep Kualitas Hidup

2.4.1 Pengertian Kualitas Hidup

Kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai diman individu tersebut, dan berhubungan terhadap tujuan, harapan, standar dan keinginan (the world health organization Quality of life-bref). Nurcahyani, Sofia (2010) menyebutkan bahwa kualitas hidup seseorang tidak dapat didefinisikan dengan pasti, hanya orang tersebut yang dapat mendefinisikannya, karena kualitas merupakan sesuatu yang bersifat subyektif. Terdapat dua komponen dasar dari kualitas hidup yaitu, subyektifitas dan multidimensi. Subyektifitas mengandung arti bahwa kualitas hidup lansia hanya dapat ditentukan dari sudut pandang klien itu sendiri dan ini hanya dapat diketahui dengan bertanya langsung kepada klien. Sedangkan multidimensi bermakna bahwa kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistik meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan lingkungan. Sedangkan Polinsky (2000) dalam Nurcahayati, Sofia (2010) mengatakan bahwa untuk mengetahui bagaimana kualitas hidup seseorang maka apat diukur dengan mempertimbangkan status fisik, psikologis, sosial dan kondisi penyakit.

Kualitas hidup menurut *World Health Organization* (WHO) adalah perspsi individu mengenai posisi individu dalam hidup dalam

konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar yang ditetapkan, dan perhatian seseorang (Silitonga, 2007).

2.4.2 Model Konsep Kualitas Hidup

Kualitas hidup sangat berubangan dengan aspek/dominan yang dinilai meliputi fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Model konsep kualitas hidup dari WHOQol-Bref (*The World Health Organization Quality of Life-Bref*) mulai berkembang sejak tahun 1991. Instrumen ini terdiri dari 26 item pertanyaan yang terdiri dari 4 dimensi (Skevington et al, dalam Nurchayati, Sofia, 2010) yaitu:

1. Kesehatan fisik yang terdiri dari rasa nyeri, energi, istirahat tidur, mobilisasi, aktivitas, pengobatan dan pekerjaan.
2. Psikologis yang terdiri dari perasaan positif dan negatif, cara berfikir, harga diri, *body image*, spiritual.
3. Hubungan sosial terdiri dari hubungan individu, dukungan sosial, aktivitas seksual.
4. Lingkungan meliputi sumber keuangan, informasi dan keterampilan, rekreasi dan bersantai, lingkungan rumah, akses keperawatan kesehatan dan sosial, keamanan fisik, lingkungan fisik, transportasi.

Menurut lopes dan synder (dalam Edesia, 2008), kualitas hidup dibagi menjadi 4 dimensi, yaitu:

- a. Dimensi kesehatan fisik
 - 1) Aktifitas sehari-hari
 - 2) Ketergantungan obat dan bantuan medis

- 3) Energi dan kelemahan
- 4) Mobilisasi
- 5) Sakit dan ketidaknyamanan
- 6) Tidur dan istirahat
- 7) Kepastian kerja

b. Dimensi kesejahteraan psikologis

- 1) *Body image* dan *appearance*, yaitu bagaimana cara individu memandang keadaan tubuh serta penampilannya.
- 2) Perasaan negatif
- 3) Perasaan positif
- 4) Sel-esteem yaitu bagaimana individu tersebut menilai atau menggambarkan dirinya sendiri.
- 5) Berfikir, belajar, memori, dan konsentrasi.

c. Dimensi hubungan sosial

- 1) Relasi personal.
- 2) Dukungan sosial.
- 3) Aktifitas seksual.

d. Dimensi hubungan dengan lingkungan

- 1) Sumber finansial.
- 2) Perawatan kesehatan dan *sosial care*.
- 3) Lingkungan rumah.
- 4) Kesempatan mendapatkan info baru dan keterampilan.
- 5) Kegiatan mengikuti rekreasi.
- 6) Lingkungan fisik.

7) Transportasi

8) Berikut ini beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu:

2.4.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

Kualitas hidup seseorang tidak dapat didefinisikan dengan pasti, hanya orang tersebut yang dapat mendefinisikannya, karena kualitas merupakan sesuatu yang bersifat subyektif Nurchayati, Sofia (2010). Menurut Yuliaw (2009) dalam Agustawan dan Siregar (2013) kualitas hidup di pengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya:

1. Usia

Usia menentukan kerentanan individu terhadap penyakit. Pada umumnya kualitas hidup cenderung menurun dengan meningkatnya umur. Pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisis yang berusia lebih muda akan mempunyai kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan pasien yang berusia tua karena kondisi fisik pasien yang lebih baik. Penderita yang dalam usia produktif merasa terpacu untuk sembuh karena memiliki angka harapan hidup yang lebih tinggi sementara pasien yang lebih tua cenderung menyerahkan keputusan kepada keluarga atau anak-anaknya, selain itu kebanyakan pasien yang berusia lanjut memiliki motivasi yang rendah dalam menjalani hemodialisis. Usia juga berkaitan dengan prognosa penyakit dan harapan hidup pasien yang berusia diatas 55 tahun memiliki risiko tinggi terjadinya komplikasi yang memperberat fungsi ginjal dibandingkan pasien yang berusia dibawah 40 tahun

Indonesiannursing, (2008) dan Siregra, (2013). Menurut Harlock, (1998), usia dibagi menjadi 3 yaitu:

a. Masa dewasa awal yaitu 18-40 tahun

Masa dewasa awal secara biologis merupakan masa puncak pertumbuhan fisik yang prima dan usia tersebut dari populasi manusia secara keseluruhan. Pada masa dewasa awal ini perkembangan fisik mengalami degradasi sedikit demi sedikit mengikuti umur seseorang menjadi lebih tua. Sedangkan secara segi emosional, dewasa awal adalah masa dimana motivasi untuk meraih sesuatu sangat besar yang didukung kekuatan fisik yang prima.

b. Masa dewasa madya, yaitu 40-60 tahun

Masa usia dewasa madya diartikan sebagai suatu masa menurunnya keterampilan fisik dan psikologis. Pada tahap dewasa madya aspek fisik seseorang mulai melemah, termasuk fungsi alat indra (terutama indera pendengaran dan penglihatan) serta mengalami penyakit tertentu yang sebelumnya belum pernah dialami. Akibat perubahan fisik yang semakin melemah, akan berpengaruh terhadap peran dan fungsinya di masyarakat menyebabkan menurunnya interaksi. Secara kognitif usia dewasa madya mengalami penurunan kemampuan mengingat, berfikir, dan mekanisme yang memerlukan kecepatan dan keakuratan.

c. Masa dewasa lanjut yaitu 60 tahun ke atas

pada tahap ini ditandai dengan semakin melemahnya kemampuan fisik dan pikis seseorang (meliputi pendengaran, penglihatan, daya ingat, pola pikir serta interaksi sosial). Selain itu, pada tahap ini terjadi penurunan pertumbuhan dan reproduksi sel menyebabkan terjadi banyak kegagalan pergantian sel yang rusak sehingga menyebabkan proses penyembuhan terhadap suatu penyakit akan berjalan lebih lama. Secara kognitif, kecepatan memperoleh informasi mengalami penurunan serta ketidakmampuan mengeluarkan kembali informasi yang telah disimpan dalam ingatannya.

2. Jenis kelamin

Satvik et al (2008) dalam Nurchayati, Sofia (2010) menyatakan bahwa secara nyata perempuan memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki, sedangkan Bakewell et al dalam Farida (2010) mengungkapkan perempuan mudah dipengaruhi oleh depresi karena berbagai alasan yang terjadi dalam kehidupannya, seperti mengalami sakit yang mengarah pada kekurangan kesempatan dalam semua aspek kehidupannya.

3. Pendidikan

Penderita yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas juga memungkinkan dapat mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang dihadapi. Selain itu, pengetahuan atau kognitif merupakan

domain yang penting untuk terbentuknya tindakan, perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng dari pada yang tidak didasari pengetahuan (Notoadmojo, 2005). Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka ia akan cenderung berperilaku positif karena pendidikan yang diperoleh dapat meletakkan dasar-dasar pengertian dalam diri seseorang.

4. Pekerjaan

Berbagai jenis pekerjaan akan berpengaruh pada frekuensi dan distribusi penyakit. Hal ini disebabkan sebagian hidup digunakan untuk bekerja dengan berbagai urusan lingkungan yang berbeda (Budiarto dan Anggraini, 2002)..

5. Ekonomi

Sekarang yang mempunyai status sosial yang berkecukupan akan mampu menyediakan fasilitas yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Sebaliknya, individu yang status sosial ekonominya rendah akan mengalami kesulitan didalam memenuhi kebutuhan hidupnya (Sunaryo, 2004).

6. Lamanya menjalani terapi

Pasien yang telah lama menjalani terapi hemodialisis maka akan semakin patuh dalam menjalani terapi karena pasien telah sampai pada tahap menerima keadaanya. Selain itu mereka telah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang penyakit dan pentingnya menjalani terapi hemodialisis.

7. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan medis pada pasien hemodialisis meliputi terapi diet baik makanan maupun cairan serta medikasi. Diet merupakan faktor penting bagi pasien yang menjalani terapi hemodialisis terkait efek uremia. Pembatasan asupan makanan dapat berupa pembatasan asupan nutrisi, protein, kalium dan karbohidrat. Program restriksi cairan bertujuan untuk meminimalkan risiko kelebihan cairan. Pemberian medikasi pada pasien dengan hemodialisis harus dipertimbangkan dengan cermat dan dosis pemberian obat harus diturunkan agar karbohidrat, lemak, dan protein tidak menjadi racun.

8. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga dapat mempengaruhi kepuasan seseorang dalam menjalani kehidupan sehari-hari termasuk kepuasan terhadap status kesehatannya. Memberikan perawatan kesehatan kepada keluarga merupakan hal yang paling penting dalam membantu mencapai suatu keadaan sehat hingga tingkat yang optimum. Moran, dkk (1997) dalam Nurchayati, Sofia (2010) menyatakan dukungan keluarga berpengaruh penting dalam pelaksanaan pengobatan berbagai penyakit kronis. Pada pasien penyakit gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisis, dukungan keluarga sangat berperan dalam meningkatkan kesehatan yang akan mempengaruhi kualitas hidup pasien.

9. Kesehatan fisik

Kesehatan fisik mempunyai beberapa dampak terhadap kualitas hidup seseorang. Kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas tertentu dapat menjadi faktor mengikat atau menurunkan kualitas hidup (Son et al, dalam Mailani, Fitri, 2015)

10. Kesehatan psikologis

Depresi dan kecemasan merupakan gangguan psikologis yang paling sering dialami yang disebabkan karena gejala uremia, seperti kelelahan, gangguan tidur, menurunnya nafsu makan dan gangguan kognitif (Son, et al, 2012 dalam Mailani, Fitri, 2015).

2.4.4 Penilaian Kualitas Hidup menurut *Kidney Disease Quality of Life Short Form 36*

Kidney Disease Quality of Life Short Form 36 terdiri dari 36 pertanyaan yang akan mengukur delapan dimensi yang terkait dengan kualitas hidup yaitu fungsi fisik yang terdiri dari 10 pertanyaan, masalah fisik terdiri dari 4 pertanyaan, rasa nyeri terdiri dari 5 pertanyaan, fungsi sosial terdiri dari 2 pertanyaan, energi terdiri dari 4 pertanyaan, peranan emosi terdiri dari 3 pertanyaan dan kesehatan mental terdiri dari 5 pertanyaan (Ware et al, 1993 dalam Arde Yani, Fitri Ika, 2010). Delapan dimensi tersebut dapat dikumpulkan menjadi dua komponen besar yaitu komponen fisik dan komponen mental. Skor SF 36 berkisar antara 0-100 dimana semakin tinggi skor menunjukkan semakin baiknya kualitas hidup terkait kesehatan pasien (Ware et al, 1993 dalam Arde Yani, Fitri Ika, 2010). Dan

penghitungan hasil skor kualitas hidup berdasarkan SF 36 menggunakan daftar nilai. Untuk skor akhir, dilakukan perhitungan rata-rata pada masing-masing pertanyaan yang menunjukkan dimensi yang diwakilinya sehingga akan menunjukkan skor masing-masing dimensi yaitu dimensi fungsi fisik, keterbatasan fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, fungsi sosial, energi, keterbatasan emosi dan kesehatan mental (RAND, 2009 dalam Arde Yani, Fitri Ika, 2010).

1. Fungsi fisik (*Physical Functioning*)

Terdiri dari 10 pertanyaan yang menilai kemampuan aktivitas seperti berjalan, menaiki tangga, membungkuk, mengangkat, dan gerak badan. Nilai rendah menunjukkan keterbatasan akibat tersebut, sedangkan nilai yang tinggi menunjukkan kemampuan melakukan semua aktivitas fisik termasuk latihan berat

2. Keterbatasan akibat masalah fisik (*Role of Physical*)

Terdiri dari 4 pertanyaan yang mengevaluasi seberapa besar kesehatan fisik mengganggu pekerjaan dan aktivitas sehari-hari lainnya. Nilai yang rendah menunjukkan bahwa kesehatan fisik menimbulkan masalah terhadap aktivitas sehari-hari, antara lain tidak dapat melakukannya dengan sempurna, terbatas dalam melakukan tertentu atau kesulitan didalam melakukan aktivitas. Nilai yang tinggi menunjukkan kesehatan fisik tidak menimbulkan masalah terhadap pekerjaan atau aktivitas sehari-hari.

3. Perasaan sakit/nyeri (*Bodily Pain*)

Terdiri dari 2 pertanyaan yang mengevaluasi intensitas nyeri dan pengaruh nyeri terhadap pekerjaan normal baik didalam maupun luar rumah. Nilai yang rendah menunjukkan tidak ada keterbatasan yang disebabkan oleh rasa nyeri.

4. Persepsi kesehatan umum (*General Health*)

Terdiri dari 5 pertanyaan yang mengevaluasi kesehatan saat ini, ramalan tentang kesehatan dan daya tahan terhadap penyakit. Nilai yang rendah menunjukkan perasaan terhadap keehatan diri sendiri yang memburuk. Nilai yang tinggi menunjukkan persepsi teradap kesehatan diri yang baik.

5. Energi/fatigue (*Vitality*)

Terdiri dari 4 pertanyaan yang mengevaluasi tingkat kelelahan, capek dan lesu. Nilai yang rendah menunjukkan perasaan lelah, capek dan lesu sepanjang waktu. Nilai yang tinggi menunjukkan perasaan penuh semangat dan berenergi.

6. Fungsi sosial (*Social Functioning*)

Terdiri dari 2 pertanyaan yang mengevaluasi tingkat kesehatan fisik atau masalah emosional yang mengganggu aktivitas sosial normal. Nilai yang rendah menunjukkan gangguan yang sering, nilai yang tinggi menunjukkan tidak adanya gangguan.

7. Keterbatasan akibat masalah emosional (*Role Emotional*)

Terdiri dari 3 pertanyaan yang mengevaluasi tingkat emosional yang mengganggu pekerjaan dan aktivitas sehari-harinya. Nilai yang rendah menunjukkan masalah emosional yang mengganggu aktivitas

termasuk menurunnya waktu yang dihabiskan untuk beraktivitas, pekerjaan menjadi kurang sempurna, dan bahkan tidak dapat bekerja seperti biasanya. Nilai yang tinggi menunjukkan tidak adanya gangguan aktivitas akibat masalah emosional.

8. Kesehatan mental (*Mental Health*)

Terdiri dari 5 pertanyaan yang mengevaluasi kesehatan mental secara umum termasuk depresi, kecemasan, dan kebiasaan mengontrol emosional. Nilai yang rendah menunjukkan perasaan tegang dan depresi sepanjang waktu. Nilai yang tinggi menunjukkan perasaan tenang, bahagia, dan penuh kedamaian.

Terdapat 3 langkah dalam penilaian SF-36 yaitu pemberian skor setiap pertanyaan, menjumlahkan nilai pada setiap dimensi, dan merata-ratakan skor yang didapat (RAND, 2009)

1. Pemberian skor pertanyaan

Tabel 2.2 Skor kuesioner *Short-Form 36* (RAND, 2009)

Dimensi	No pertanyaan	Kode jawaban	Skor
Persepsi kesehatan umum	1, 2, 33, 34, 35, 36	1	100
		2	75
		3	50
		4	25
		5	0
Fungsi fisik	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1	0
		2	50
		3	100
Keterbatasan akibat	13, 14, 15, 16	1	0

masalah fisik		2	100
Keterbatasan akibat masalah emosional	17, 18, 19	1	0
		2	100
Fungsi sosial	20, 32	1	100
		2	75
		3	50
		4	25
		5	0
Perasaan sakit / nyeri	21, 22	1	100
		2	80
		3	60
		4	40
		5	20
		6	0
Energi	23, 27, 29, 31	1	100
		2	80
		3	60
		4	40
		5	20
		6	0
Kesehatan mental	24, 25, 26, 28, 30	1	100
		2	80
		3	60
		4	40
		5	20
		6	0

Berdasarkan tabel diatas dapat digambarkan bahwa masing-masing dimensi mempunyai skor yang berbeda. Pemberian skor kuesioner didasarkan pada jawaban responden dalam memilih

respon. Berikut merupakan penjelasan cara pemberian skor pada kuesioner SF-36:

1. Dimensi fisik terdapat 10 pertanyaan yaitu pada nomer 3,4,5,6,7,8,9, 10, 11, 12. Pada setiap item tersebut apabila responden menjawab respon 1 yaitu sangat membatasi diberikan skor 0, respon 2 yaitu sedikit membatasi diberikan skor 50, respon 3 yaitu tidak membatasi diberikan nilai 100.
2. Dimensi keterbatasan akibat masalah fisik terdapat 4 pertanyaan yaitu pada nomer 13, 14, 15, 16. Pada setiap item pertanyaan apabila responden menjawab respon 1 yaitu “Ya” diberikan skor 0, sedangkan bila menjawab respon 2 yaitu “Tidak” diberi skor 100.
3. Dimensi perasaan sakit/nyeri terdapat 2 pertanyaan yaitu pada nomer 21 dan 22. Pada soal no 21 apabila responden menjawab pilihan respon 1 yaitu tidak ada nyeri diberikan skor 100, respon 2 yaitu nyeri sangat ringan diberikan skor 80, respon 3 yaitu nyeri ringan diberikan skor 60, respon 4 yaitu nyeri sedang diberikan skor 40, respon 5 yaitu nyeri sekali diberikan skor 20, respon 6 yaitu sangat nyeri sekali diberikan nilai 0. Pada soal no 22 apabila responden menjawab respon 1 diberikan skor 100, respon 2 diberikan skor 75, respon 3 diberikan skor 50, respon 4 diberikan skor 25 dan respon 5 diberikan skor 0.

4. Dimensi persepsi kesehatan secara umum terdapat 6 pertanyaan yaitu soal nomer 1, 2, 33, 34, 35, 36. Pada soal noer 1, 2, 34 dan 36 apabila responden menjawab pilihan respon 1 maka diberikan skor 100, respon 2 diberikan kor 75, respon 3 diberikan skor 50, respon 4 diberikan skor 25 dan respon 5 diberikan skor 0. Sedangkan untuk nomer 33 dan 35 pemberian skor respon adalah sebaliknya.
5. Dimensi energi terdapat 4 pertanyaan yaitu soal nomer 23, 27, 29, 31. Pada setiap item pertanyaan apabila responden menjawab respon 1 diberikan skor 100, respon 2 diberikan skor 80, respon 3 diberikan skor 60, respon 4 diberikan skor 40, respon 5 diberikan skor 20 dan respon 6 diberikan skor 0.
6. Dimensi fungsi fisik sosial terdapat 2 pertanyaan yaitu soal nomer 20 dan 32. Pada soal nomer 20 apabila responden memilih respon 1 diberikan skor 100, respon 2 diberikan skor 75, respon 3 diberikan skor 50, repon 4 diberikan 25 dan respon 5 diberikan kor 0. Sedangkan soal nomer 32 pemberian skor sebaliknya.
7. Dimensi keterbatasan akibat masalah emosional terdapat 3 pertanyaan yaitu soal nomer 17, 18, 19. Pada setiap item pertanyaan apabila responden mmemmilih respon 1 yaitu “Ya” diberikan skor 0 sedangkan bila respon 2 yaitu “Tidak” diberikan skor 100.

8. Dimensi kesehatan mental terdapat 5 pertanyaan yaitu soal nomer 24, 25, 26, 28, 30. Pada setiap item pertanyaan apabila responden memiliki respon 1 maka diberikan skor 100, respon 2 diberikan skor 80, respon 3 diberikan skor 60, respon 4 diberikan skor 40, respon 5 diberikan skor 20 dan respon 6 diberikan skor 0.

2. Menentukan skor pada setiap dimensi

Setelah respon responden dikonversikan kedalam bentuk skor, maka skor yang didapat pada masing-masing dimensi kemudian dijumlahkan untuk mendapatkan nilai yang secara keseluruhan. Kemudian, menentukan rata-rata nilai tiap responden. Setelah itu merata-ratakan jumlah rata-rata nilai masing-masing responden (RAND, 2009). Berikut ini adalah cara mengelompokan dan menjumlahkan nilai pada masing-masing dimensi.

Tabel 2.3 Penjumlahan dimensi kuesioner *Short-From 36* (RAND, 2009)

Skala	Jumlah nilai item akhir setiap dimensi
Persepsi kesehatan umum.	1+2+33+34+35+36
Fungsi fisik.	3+4+5+6+7+8+9+10+11+12
Keterbatasan akibat masalah fisik.	13+14+15+16
Keterbatasan akibat masalah emosional.	17+18+19
Fungsi sosial.	20+32
Perasaan sakit/nyeri	21+22
Energi	23+27+29+31
Kesehatan mental	24+25+26+28+30

3. Merata-ratakan jumlah skor pada setiap dimensi

Hasil akhir yang diperoleh berupa nilai skor yang telah ditransformasikan yaitu antara 0-100. Apabila ada pertanyaan responden yang tidak dijawab maka dianggap data *missing* dan tidak dapat diolah. Semakin tinggi nilai skor semakin baik kualitas hidup pasien. Semua pertanyaan diberikan skor antara 0-100, dengan skor 100 mewakili skor tertinggi pada setiap dimensi. Setelah itu skor akhir masing-masing dimensi yang dibagi menjadi skor fisik dan mental dengan menghitung rata-rata dari skor setiap dimensi yang mewakilinya (RAND, 2009).

2.5 Hemodialisis

2.5.1 Pengertian

Hemodialisis adalah dialisis yang dilakukan diluar tubuh, darah dikeluarkan dari tubuh melalui sebuah kateter arteri, kemudian masuk ke dalam sebuah mesin besar, di dalam mesin tersebut terdapat dua ruang yang dipisahkan oleh sebuah membran semipermeabel. Darah dimasukkan ke salah satu ruang, sedangkan ruang yang lain diisi oleh cairan per dialisis dan diantara keduanya akan terjadi difusi. Darah dikembalikan ke tubuh melalui sebuah pirau vena. Hemodialisis memerlukan waktu selama 3–5 jam dan dilakukan sekitar 3x dalam seminggu Pada akhir interval 2 – 3 hari diantara terapi, keseimbangan garam, air dan pangkat hidrogen (PH) sudah tidak normal lagi dan penderita biasanya merasa tidak sehat (Corwin 2009).

Price & Wilson (2005) hemodialisis adalah proses dimana terjadi difusi partikel terlarut (solut) dan air secara pasif melalui satu kompartemen cair yaitu darah dan menuju kompartemen lainnya yaitu cairan dyalysat melalui membran semipermeabel dalam dialiser.

2.5.2 Tujuan

Tujuan dilaksanakannya terapi hemodialisis adalah untuk menghilangkan gejala yaitu mengendalikan uremia, kelebihan cairan dan ketidakseimbangan elektrolit yang terjadi pada pasien penyakit ginjal tahap akhir. Selain itu, memungkinkan kehidupan untuk dijalani dan memberikan kehidupan yang layak untuk dijalani, tidak hanya menjaga pasien agar tetap hidup dengan dialisis (Tallis 2005).

2.5.3 Indikasi Hemodialisis

Hemodialisis diindikasikan pada pasien dalam keadaan akut yang memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan gagal ginjal tahap akhir yang memerlukan terapi jangka panjang/ permanen (Smeltzer et al. 2008). Secara umum indikasi dilakukan hemodialisis pada penderita gagal ginjal adalah :

1. Laju filtrasi glomerulus kurang dari 15ml/menit
2. Hiperkalemia
3. Kegagalan terapi konservatif
4. Kadar ureum lebih dari 200mg/dl
5. Kreatinin lebih dari 65mEq/L
6. Kelebihan cairan

7. Anuria berkepanjangan lebih dari 5 kali.

Adekuasi atau kecukupan dosis hemodialisis dicapai setelah proses hemodialisis selesai selama kurang lebih 5 jam. Adekuasi hemodialisis tercapai apabila pasien merasa nyaman dan keadaan menjadi lebih baik, dan dapat menjalani hidup yang lebih panjang meskipun harus dengan penyakit gagal ginjal kronik.

2.5.4 Dampak Hemodialisis Terhadap Kualitas Hidup

Dampak hemodialisis akan berakibat terhadap respon pasien. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya karakteristik individu. Pengalaman sebelumnya dan mekanisme coping. Masing-masing dimensi mempunyai pengaruh tersendiri bagi kualitas hidup.:

1. Dimensi fisik

Dimensi fisik mempunyai beberapa dampak terhadap kualitas hidup penderita gagal ginjal kronik. Dimensi fisik merujuk pada gejala-gejala yang terkait penyakit dan pengobatan yang dijalani. Pada penderita gagal ginjal kronik akan mengalami perubahan fisik. Kelemahan merupakan hal utama yang dirasakan oleh pasien gagal ginjal kronik. Kelemahan berubungan dengan gangguan pada kondisi fisik, termasuk malnutrisi, anemia dan uremia (Farida, 2010).

Tallis (2005) dalam Mardyaningsih, Dewi Putri (2014) menyatakan bahwa perubahan fisik pada pasien dengan gagal ginjal kronik tidak terbatas pada sistem ginjal, sistem tubuh lain juga dapat terpengaruh dan dapat mengakibatkan penurunan sistem

kesehatan dan kualitas hidup. Farida (2010) kualitas hidup penderita gagal ginjal dalam konteks asuhan keperawatan didapatkan bahwa kualitas hidup secara fisik akan menurun setelah mengalami gagal ginjal dan harus menjalani hemodialisis. Seluruh aktivitasnya terbesar karena kelemahan, respon fisik dirasakan menurun dan keterbatasan dalam asupan cairan dan nutrisi. Hal ini mempengaruhi semua kesehatan fisik pasien gagal ginjal kronik sehingga tidak dapat melakukan kegiatan seperti saat sebelum menjalani hemodialisis. Adaptasi yang dilakukan penderita dalam mengatasi kesehatan fisik yang menurun berupa membatasi aktivitas fisik seperti tidak melakukan pekerjaan yang berat, membatasi pemasukan cairan dan nutrisi sesuai anjuran.

2. Dimensi Psikologis

Tallis (2005) menyatakan respon psikologis pada pasien gagal ginjal kronik dapat bervariasi dan sering berhubungan dengan kerugian, baik aktual maupun potensial, dan telah disamakan dengan proses kesedihan. Depresi merupakan respon psikologis yang paling umum dan telah dilaporkan berhubungan dengan kualitas hidup yang rendah yang berhubungan dengan kesehatan. Penderita gagal ginjal kronik akan menalami perubahan dalam spiritual. Pasien lebih mendekatkan diri kepada tuhan sebelum terkena gagal ginjal dan melakukan terapi hemodialisis. Kualitas hidup secara spiritual dirasakan lebih meningkat dengan cara mendekatkan diri kepada tuhan dan berbuat baik (Farida, 2010).

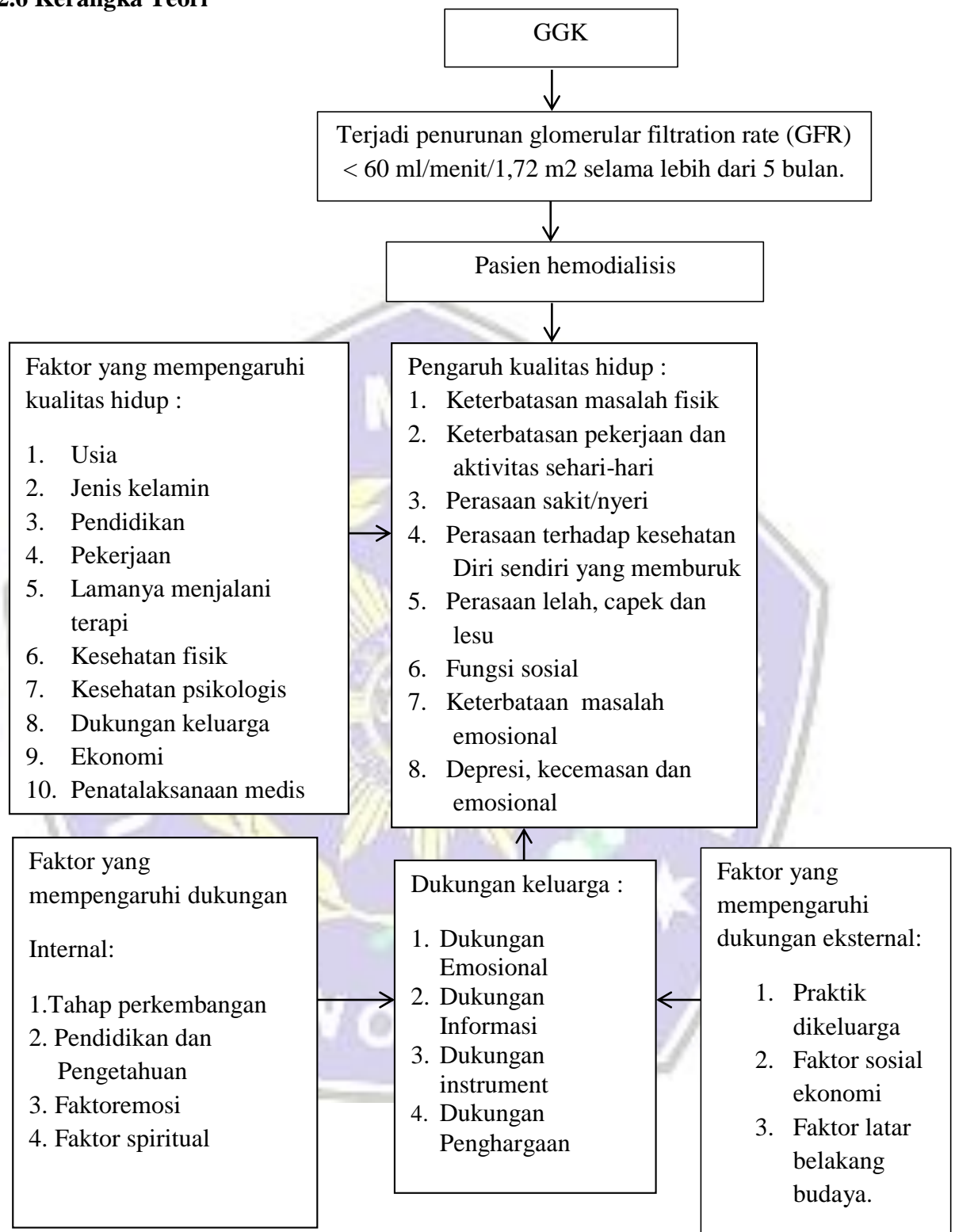
3. Dimensi hubungan sosial

Perubahan aspek sosial dapat disebabkan oleh perubahan fisik dan atau psikologis dan bisa ada siklus negatif yang bila dipelihara maka penyebabnya juga akan menjadi efek (Tallis, 2005). Pasien hemodialisis juga mengalami gangguan sosial berupa disfungsi sosial. Disfungsi seksual terjadi pada penderita gagal ginjal kronik tahap akhir dengan hemodialisis. Pada pasien gagal ginjal kronik, umumnya mendapatkan libido dan menunda orgasme pada wanita, menurunkan ereksi dan ejakulasi pada laki-laki. Selain faktor depresan hal lain yang berkontribusi pada disfungsi seksual adalah *body image*, defisiensi zinc dan gangguan hormonal (Diaz et al, dalam Tallis, 2005).

4. Dimensi lingkungan

Penelitian yang dilakukan oleh Chang dalam Farida (2010) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan dalam melakukan koping pada pasien yang menjalani hemodialisi, hasil penelitian menunjukkan penyebab stres utama adalah berhubungan dengan masalah ekonomi dan ketidak mampuan untuk mendapatkan uang.

2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.4 Kerangka Teori Hubungan Dukungan keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis (Sumber : Trisa Siregra, 2013; Friedman, 1998; Rand, 2009)