

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai landasan teori yang mendasari penelitian ini, antara lain, 1) konsep dukungan keluarga, 2) konsep kepatuhan, 3) konsep gagal ginjal kronik, 4) konsep hemodialisa, 5) kerangka teori, 6) kerangka konsep, dan 7) hipotesis penelitian.

2.1 Konsep Dukungan Keluarga

2.1.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah yang sama atau tidak, yang terlibat dalam kehidupan yang terus menerus, yang tinggal dalam satu atap, mempunyai ikatan emosional dan mempunyai kewajiban satu orang dengan lainnya (Johnson, 2010).

2.1.2 Struktur Keluarga

Menurut (Johnson, 2010). Struktur keluarga terdiri dari bermacam macam, diantaranya adalah:

- 1) Patrilineal: adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara dalam beberapa generasi, dimana hubungan ini disusun melalui jalur garis ayah.
- 2) Matrilineal: adalah keluarga sedarah yang terdiri dari

- 3) sanak saudara dalam beberapa generasi, dimana hubungan ini disusun melalui jalur garis ibu.
- 4) Matrilokal: adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarahistri.
- 5) Patrilocak: adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarahsuami.
- 6) Keluarga kawinan: adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

2.1.3 Tugas Keluarga

Menurut (Johnson, 2010). Tugas keluarga dalam bidang Kesehatan, antara lain:

- a. Mengetahui gangguan perkembangan Kesehatan setiap anggotanya
- b. Mengambil keputusan untuk melakukan Tindakan yang tepat.
- c. Memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit dan yang tidak dapat memantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.
- d. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan Kesehatan dan perkembangan

kepribadian anggota keluarga.

- e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan Lembaga Kesehatan yang menunjukkan pemanfaatan dengan baik fasilitas yang ada.

2.1.4 Fungsi Keluarga

- a) Fungsi afektif

Keluarga yang utama untuk menganjurkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.

- b) Fungsi sosialisasi

Mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luarrumah.

- c) Fungsi reproduksi

Untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga

- d) Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

2.1.5 Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga menurut (Fridman, 2013). adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informational, 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 keluarga mengacu kepada dukungan-dukungan sosial yang di pandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakkan untuk keluarga yang selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Erdiana, 2015) dalam (Wibowo, 2019).

2.1.6 Sumber Dukungan Keluarga

Secara umum terdapat tiga sumber dukungan keluarga menurut (Caplan, 1975) Dalam (Friedman, 2011). sumber ini terdiri atas:

a. Dukungan Jaringan informal

Dukungan terorganisasi yang bersumber dan diarahkan oleh petugas kesehatan profesional dalam upaya peningkatan kesehatan.

b. Dukungan keluarga

Mengacu kepada dukungan-dukungan sosial yang bersumber dari keluarga dan di pandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat di akses 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).

c. Dukungan internal

Seperti dukungan dari suami atau istri, dukungan dari saudara kandung atau dukunagn sosial keluarga eksternal (Fridman, 2011).

2.1.7 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut (Friedman, 2014) ada 4 faktor yaitu :

1. Faktor keluarga besar atau kecil

Ada bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan. Anak-anak yang berasal dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian daripada anak-anak yang berasal dari keluarga yang lebih besar.

2. Faktor usia ibu

Dukungan keluarga yang diberikan oleh orang tua (khususnya ibu) juga dipengaruhi oleh usia. Ibu yang masih muda cenderung untuk lebih tidakbisa merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egosentris dibandingkan ibu-ibu yang lebih tua.

3. Faktor sosial ekonomi

Friedman juga menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah kelas sosial ekonomi meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan. Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas dan otokrasi. Selain itu orang tua dan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah.

4. Tingkat pendidikan

Faktor lainnya adalah adalah tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan kemungkinan semakin tinggi dukungan yang diberikan pada keluarga yang sakit.

2.1.8 Jenis Dukungan Keluarga

Menurut (Fridman,2010) dalam (Wibowo, 2019).

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 dukungankeluarga yaitu:

a. Dukungan emosional

Berfungsi sebagai pelabuhan istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan emosional serta meningkatkan moral keluarga (Fridman, 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.

b. Dukungan Informasi

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan *disseminator* (penyabar) informasi tentang dunia. Dukungan informasi terjadi dan diberikan oleh keluarga dalam bentuk nasehat, saran dan diskusi tentang bagaimana caramengatasi atau memecahkan masalah yang ada.

c. Dukungan Instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit. 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.

d. Dukungan penghargaan

Keluarga bertindak sebagai sistem pembimbing umpan balik, membimbing dan memerantai pemecahan masalah dan merupakan sumber validator identitas anggota (Fridman, 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.

2.1.9 Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut (Kodriati, 2010) dalam (Wibowo, 2019). faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga antara lain:

a) Usia

Dukungan keluarga 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.

b) Jenis kelamin

Pada wanita diketahui memiliki hubungan sosial yang lebih luas dan lebih erat dibandingkan dengan kaum pria. Secara teori jenis kelamin adalah sesuatu yang digunakan untuk mengidentifikasi perbedaan laki-laki dan perempuan dari segi anatomi biologi atau merupakan identitas responden yang dapat digunakan untuk membedakan laki-laki dan perempuan (Kodriati, 2010).

c) Tingkat Pendidikan

Menurut (Ihsan, 2010) dalam pengertian yang sederhana dan umum makna Pendidikan adalah usaha manusia untuk menumbuhkan dan mengembangkan potensi-potensi pembawaan baik jasmani maupun rohani sesuai dengan nilai-nilai yang ada dalam masyarakat dan kebudayaan. Semakin tinggi tingkat Pendidikan kemungkinan akan mendapatkan dukungan sosial dari orang yang berada disekitarnya. Konsep dasar Pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti didalam Pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa lebih baik, dan lebih matang pada diri individu,

kelompok atau masyarakat (Kodriati, 2010).

d) Status pernikahan

Pernikahan akan memberikan keuntungan bagi kesehatan seseorang karena akan mendapatkan perhatian dari pasangannya. Penelitian membuktikan bahwa seseorang yang menikah hidupnya akan lama dari pada yang tidak menikah atau bercerai (Kodriati, 2010).

e) Lamanya menderita penyakit

Seseorang yang semakin lama menderita sesuatu penyakit ada kemungkinan dukungan sosial yang diterima semakin berkurang (Kodriati, 2010).

2.1.8 Pengukuran Dukungan Keluarga

Menurut (Nursalam, 2013). untuk mengungkap variabel dukungan keluarga, menggunakan skala dukungan keluarga yang diadaptasi dan dikembangkan dari teori House. Dan aspek-aspek yang digunakan untuk mengukur dukungan keluarga adalah dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informasi. Pada pengisian skala ini menggunakan, sampel diminta untuk menjawab pertanyaan yang ada dengan memilih salah satu jawaban dari beberapa alternatif jawaban yang tersedia. Skala ini menggunakan skala model likert

yang terdiri dari pernyataan dari empat alternatif jawaban yaitu

1=tidak pernah, 2=kadang-kadang, 3=sering, 4=selalu.

Table 2.1 Indikator Alat Ukur Dukungan Keluarga

Indicator	Jumlah	Soal	Positif	Negatif
Dukungan Informasional	4	1,2,3,4	1,2,3	4
Dukungan Instrumental	4	9,10,11,12	9,10,11	12
Dukungan Emosional	4	13,14,15,16	13,14,15	16

Penilaian:

Skor >20= dukungan keluarga rendah

Skor 21-40= dukungan keluarga sedang

Skor >40= dukungan keluarga tinggi

2.3 Konsep Kepatuhan

2.3.1 Definisi Kepatuhan

Menurut kamus besar bahasa Indonesia patuh merupakan suka menurut perintah, taat pada perintah, sedangkan, Kepatuhan pasien diartikan sebagai sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan

ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan (Arditawati, 2013).

Kepatuhan adalah perilaku individu yang taat terhadap aturan, perintah dan disiplin dalam mengambil suatu tindakan untuk pengobatan, misalnya dalam melakukan diet, menentukan kebiasaan hidup sehat dan ketetapan berobat (Di & Tenggara, 2019)

Kepatuhan pasien berarti bahwa pasien selalu patuh dalam menjalani pengobatan yang dibutuhkan mengikuti ketentuan yang sudah dianjurkan oleh tenaga kesehatan (Di & Tenggara, 2019)

Jadi kepatuhan merupakan perilaku pasien dalam suatu tindakan untuk pengobatan, kebiasaan hidup sehat dan ketetapan berobat.

2.3.2 Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut (Sumah, 2020). faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah :

a) Pendidikan.

Pendidikan merupakan segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok untuk masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang oleh pelaku pendidikan (Hariza, 2011). Pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif

seperti penggunaan buku-buku dan kaset oleh pasien secara mandiri.

b) Akomodasi.

Suatu usaha yang dilakukan untuk memahami kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan.

c) Modifikasi faktor lingkungan dan keluarga.

Hal ini berarti membantu dukungan dari keluarga dan teman-teman, kelompok-kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan terhadap program pengobatan seperti pengurangan berat badan, berhenti merokok dan menurunkan konsumsi alkohol.

d) Perubahan model terapi.

Program-program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin dan pasien terlihat aktif dalam pembuatan program pengobatan tersebut.

e) Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien.

Suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada klien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Pasien membutuhkan kejelasan tentang kondisinya saat ini, apa penyebabnya dan apa yang dapat mereka lakukan dengan kondisi seperti itu.

f) Pengetahuan.

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti oleh perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2007). Menurut fungsinya pengetahuan merupakan dorongan dasar untuk ingin tahu, untuk mencari penalaran dan untuk mengorganisasikan pengalamannya. Adanya unsur pengalaman yang semula tidak konsisten dengan apa yang diketahui oleh individu akan disusun, ditata kembali atau diubah sedemikian rupa, sehingga tercapai suatu konsistensi. Semakin tinggi tingkat pengetahuan.

g) Usia.

Usia merupakan umur yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat akan berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan, masyarakat yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi tingkat kedewasaannya.

2.3.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan.

Menurut (Edi, 2020), faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi empat bagian antar lain :

1. Pemahaman tentang intruksi.

Tak seorang pun dapat mematuhi intruksi jika ia salah paham tentang intruksi yang diberikan kepadanya.

2. Kualitas Interaksi.

Kualitas interaksi antara profesional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam membutuhkan derajat kepatuhan.

3. Isolasi sosial dan keluarga.

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta juga dapat menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima.

4. Keyakinan dan sikap.

telah membuat suatu usulan bahwa model keyakinan kesehatan berguna untuk memperbaiki adanya ketidakpatuhan. Sikap merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulasi sosial (Hariza, 2011).

2.3.4 Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien Hemodialisa.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien hemodialisa menurut (Suhardjono, 2014) adalah :

1. Faktor pasien.

Faktor-faktor yang berhubungan dengan pasien meliputi sumber daya, pengetahuan, sikap, keyakinan, persepsi dan harapan pasien.

2. Sistem pelayanan kesehatan.

Fasilitas pelayanan hemodialisa dapat dikaitkan dengan ketidakpatuhan. Dalam hal ini komunikasi dengan pasien adalah komponen penting dari perawat, sehingga pemberi pelayanan kesehatan harus mempunyai waktu yang cukup untuk berbagi dengan pasien dalam diskusi tentang perilaku mereka dan motivasi untuk perawat diri. Fasilitas hemodialisa yang beras dengan beberapa perubahan dan pergantian cepat pasien dapat membuat situasi yang lebih sulit untuk memberikan perawatan pribadi. Tampaknya sistem pelayanan kesehatan sendiri menjadi tantangan yang paling berat untuk kemampuan pasien berpartisipasi secara efektif dalam perawatan mereka sendiri dan pengobatan. Banyak penyedia layanan kesehatan cenderung untuk menekankan kepatuhan yang ketat dan mungkin

mempercayai bahwa pasien hemodialisa mampu mengelola dirinya sendiri.

3. Petugas hemodialisa (Provider).

Salah satu faktor penting yang mempengaruhi kepatuhan adalah hubungan yang dijalin oleh anggota staf hemodialisa dengan pasien, dimana staf hemodialisa memberikan edukasi kepada pasien untuk meningkatkan kepatuhan. Edukasi yang dapat dilakukan oleh staf hemodialisa atau petugas Kesehatan lainnya dengan cara memberikan penjelasan mengenai pengaturan diet dan nutrisi seperti batasan makanan yang rendah kalium, kalsium, protein, Fe dan lain-lain, pembatasan cairan harian serta mengukur balance cairan setiap harinya, konsistensi terhadap obat yang dikonsumsinya, dan rutinitas mendatangi unit hemodialisa sesuai dengan jadwal terapi. Hal ini dapat dilakukan staf hemodialisa melalui komunikasi yang dilakukan langsung kepada pasien saat melakukan hemodialisa.

2.3.5 Derajat Kepatuhan.

Menurut (Edi, 2020), Derajat ketidakpatuhan ditentukan oleh faktor sebagai berikut :

1. Derajat perubahan gaya hidup yang dibutuhkan.
2. Lamanya waktu dimana pasien harus mematuhi program tersebut.
3. Apakah penyakit itu benar-benar menyakitkan.
4. Apakah pengobatan tersebut berpotensi menyelamatkan hidup.
5. Keparahan penyakit yang dipersiapkan sendiri oleh pasien dan bukan profesional kesehatan.

2.3.6 Strategi Untuk Meningkatkan Kepatuhan.

Menurut (Sumah, 2020), berbagai strategi telah dicoba meningkatkan kepatuhan adalah :

1. Dukungan profesional kesehatan.

Dukungan profesional kesehatan sangat diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan, contoh yang paling sederhana dalam hal dukungan tersebut adalah dengan adanya teknik komunikasi. Komunikasi memegang peranan penting karena komunikasi yang baik diberikan oleh profesional kesehatan baik dokter/ perawat dapat menanamkan ketaatan bagi pasien.

2. Dukungan keluarga.

Dukungan sosial yang dimaksud yaitu keluarga. Para profesional kesehatan yang dapat meyakinkan keluarga

pasien untuk menunjang peningkatan keehatan pasien maka ketidakpatuhan dapat dikurangi.

3. Pemberian informasi.

Pemberian informasi yang jelas pada pasien dan keluarga mengenai penyakit yang dideritanya serta cara pengobatannya.

2.2.7 Pengukuran Kepatuhan.

Menurut (Indonesia, 2011), pengukuran kepatuhan dikategorikan menjadi :

a) Patuh.

Bila perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan.

b) Tidak patuh.

Bila pasien menunjukkan ketidakpatuhan terhadap instruksi yang diberikan.

2.4 Konsep Gagal Ginjal Kronik (GGK)

2.4.1 Pengertian Gagal Ginjal Kronik (GGK)

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) adalah masalah kesehatan masyarakat global. PGK terjadi berdasarkan adanya kerusakan fungsi ginjal atau penurunan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG)

kurang dari 60mL/min/1,73m² LFG dianggap sebagai indeks penentu fungsi ginjal.(Himmelfarb, J., & Ikizler, 2019)

Menurut (Widiani, 2020) Penyakit ginjal kronik (PGK) merupakan kerusakan ginjal yang telah terjadi dalam kurun waktu lebih dari tiga bulan, yang ditandai dari kelainan patologis atau petanda kerusakan ginjal. Tatalaksana yang diberikan pada pasien meliputi terapi berupa terapi pengganti ginjal, diet khusus pada pasien dengan PGK, serta pengaturan tekanan darah pasien (penanganan pada kondisi komorbid). Gagal ginjal kronis adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolit (toksik uremik) di dalam darah (Mutaqqin, Arif & Sari, 2011)

Ada 3 parameter ukur untuk mengetahui kondisi ginjal yang sehat, yaitu :

- 1) Ureum : kadar ureum pada ginjal yang sehat 15 - 40 mg/dl,
- 2) Kritisinien : kadar kritisinien normal yaitu 0,1 – 1,1 mg/dl,
- 3) Glomerulus Filtration Rate (GFR) atau Laju Filtrasi Glomerulus (LFG): kadar GFR normal yaitu 90 – 120 mL/min/ 1,73 m²

Menurut (Irtawaty, 2017)Gagal ginjal kronik dapat dibagi menjadi 5 stadium berdasarkan nilai Laju Filtrasi Glomerulus (LFG). Glomerulus adalah struktur di ginjal yang berfungsi melakukan penyaringannyaStadiumnya adalah sebagai berikut :

- a. Stadium 1: GRF_{>90}
- b. Stadium 2: GRF₍₆₀₋₈₉₎
- c. Stadium 3: GRF₍₃₀₋₅₉₎
- d. Stadium 4: GRF₍₁₅₋₂₉₎

Dari beberapa pengertian diatas penulis menyimpulkan bahwa gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi renal yang irreversible dan berlangsung lambat sehingga ginjal tidak mampu mempertahankan metabolisme tubuh dan keseimbangan cairan dan elektrolit dan menyebabkan uremia.

2.4.2 Etiologi Gagal Ginjal Kronik

Etiologi memegang peran penting dalam memperkirakan perjalanan klinis Gagal Ginjal Kronik (GGK) dan penaggulangannya. Penyebab primer Gagal Ginjal Kronik (GGK) juga akan mempengaruhi manifestasi klinis yang akan sangat membantu diagnose, contoh: gout akan menyebabkan nefropati gout. Penyebab terbanyak Gagal Ginjal Kronik (GGK)

dewasa ini adalah nefropati DM, hipertensi, glomerulus nefritis, penyakit ginjal hereditas, uropati obstruksi, nefritis interstitial. Sedangkan di Indonesia, penyebab Gagal Ginjal Kronik (GGK) terbanyak adalah glomerulus nefritis, infeksi saluran kemih (ISK), batu saluran kencing, nefropati diabetik, nefrosklerosis hipertensi, ginjal polikistik, dan sebagainya (Irwan, 2016)

Penyebab CKD sangatlah banyak. Ada beragam proses cedera dan penyakit yang mungkin menyebabkan gagal ginjal. Glomerulus nefritis kronis, ARF, penyakit ginjal polikistik, obstruksi, episode, pielonefritis berulang, dan nefrotoksin adalah contoh penyebabnya. Penyakit seperti DM, sabet dan amiloidosis dapat menyebabkan CKD. Diabetes Militus adalah penyebab utama dan terjadi lebih dari 30% klien menerima dialisis. Hipertensi adalah penyebab ESRD kedua. Untuk menurunkan resiko CKD, Klien harus diperiksa dengan teliti dan harus menerima pengobatan yang cukup untuk menontrol atau memperlambat perkembangan masalah ini sebelum berkembang menjadi ESRD.

2.4.2 Patofisiologi

Patofisiologi penyakit ginjal kronik pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron

yang masih tersisa sebagai upaya kompensasi.. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. proses kompensasi ini kemudian diikuti oleh proses maladaptasi yaitu sklerosis nefron. Dengan adanya peningkatan aktivitas aksis renin-angiotensin-aldosteron, ikut memberikan kontribusi terhadap terjadinya hiperfiltrasi, sklerosis, dan progresifitas tersebut (Suwitra, 2014).

Pada stadium dini penyakit ginjal kronik, terjadi kehilangan daya cadang ginjal. Kemudian terjadi penurunan fungsi nefron yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Pada keadaan LFG sebesar 60% pasien masih asimtomatik. Selanjutnya pada LFG sebesar 30% mulai timbul keluhan pada pasien seperti, nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan berkurang dan penurunan berat badan. Setelah kadar LFG dibawah 30% pasien memperlihatkan gejala dan tanda uremia yang nyata seperti, anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, gangguan keseimbangan elektrolit. Pada saat LFG di bawah 15% terjadi gejala dan komplikasi yang serius, pada tahap ini pasien sudah membutuhkan terapi penggantiginjal(*Renal Replacement Therapy*

)antara lain, hemodialisis,peritoneal dialisis, atau transplantasi ginjal (Suwitra, 2014).

Oleh karena gagal ginjal berkembang dan jumlah nefron yang berfungsi menurun, GFR total menurun lebih jauh. Dengan demikian tubuh menjadi tidak mampu membebaskan diri dari kelebihan air garam, dan produk sisa lainnya melalui ginjal titik ketika GFR kurang dari 10 sampai 20 ml/mnt, efek toksin uremia pada tubuh menjadi bukti titik jika penyakit tidak diobati dengan dialisis atau transportasi, hasil ESRD adalah uremia dan kematian.

2.4.3 Manifestasi klinis

Manifestasi klinis stadium awal gagal ginjal bergantung pada proses penyakit dan faktor-faktor yang berkontribusi. Oleh karena kerusakan nefron berkembang menjadi ESRD, manifestasi dijelaskan menjadi sindrom uremia. Akhir-akhir ini, National kidney foundation mengajukan serangkaian panduan klinis yang menggaris bawahi sistem klasifikasi seragam untuk CKD. Sistem klasifikasi dan stratifikasi ini telah menggantikan istilah-istilah yang kurang tepat seperti “insufisiensi ginjal kronis” dan “gagal ginjal kronis”.

Manifestasi klinis CKD stadium 5 muncul di seluruh tubuh. Tidak ada sistem organ yang tersisa. Peta konsep mengilustrasikan pengobatan penyakit ginjal stadium 5. Perubahan ginjal yang (dijelaskan sebelumnya) termasuk ketidakmampuan ginjal mengkonsentrasikan urin dan mengatur pengeluaran elektrolit. Poliuri berkembang menjadi anuria, dan pelayan kehilangan pola pengosongan diurnal normal. Selanjutnya, seluruh fungsi normal ginjal, seperti pengaturan keseimbangan asam-basa, pengaturan tekanan darah, sintesis 1,25 sampai dihydroxycholecalciferol, biogenesis eritropoietin, degradasi insulin, dan sintesis prostaglandin rusak.

2.4.4 Penatalaksanaan

Terdapat dua tahap dalam pengobatan GJK yaitu terapi konservatif dan terapi pengganti ginjal. Penanganan konservatif meliputi menghambat perkembangan GJK, menstabilkan keadaan pasien, dan mengobati faktor-faktor reversible. Penatalaksanaan penyakit ginjal kronik meliputi, terapi spesifik terhadap penyakit yang mendasarinya, pencegahan dan terapi terhadap kondisi komorbid, pencegahan dan terapi terhadap penyakit kardiovaskuar, pencegahan dan terapi terhadap komplikasi, terapi pengganti ginjal berupa dialisis atau transplantasi ginjal. Terapi spesifik terhadap penyakit dasarnya

diberikan ketika sebelum terjadi penurunan Ketidakseimbangan elektrolit LFG, sehingga tidak terjadi perburukan ginjal. Jika sudah terjadi penurunan LFG maka terapi terhadap penyakit dasarnya ini sudah tidak banyak bermanfaat. Pencegahan dan terapi terhadap kondisi komorbid juga penting. Sedangkan untuk terapi pengganti ginjal dilakukan pada penyakit ginjal kronik stadium 5, yaitu pada LFG kurang dari 15ml/menit (Suwitra, 2014).

Salah satu terapi yang diberikan pada pasien gagal ginjal kronik adalah dengan melakukan hemodialisis (HD) (Hariyono, 2013). Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani proses hemodialisis sebanyak dua sampai tiga kali seminggu, dimana setiap kali hemodialisis rata-rata memerlukan waktu antara empat sampai lima jam.(Kaunang, 2016). Hemodialisis dapat dilakukan sementara waktu jika kerusakan fungsi ginjal yang terjadi bersifat sementara pada pasien dengan gagal ginjal akut.

2.5 Konsep Hemodialisis

2.5.1 Definisi Hemodialisis

Hemodialisis digunakan bagi klien dengan gagal ginjal akut atau gagal ginjal yang sudah tidak dapat diperbaiki serta ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Hemodialisis biasanya

menjadi pilihan pengobatan ketika zat toksin seperti barbiturat setelah overdosis, perlu dihilangkan dari tubuh dengan cepat. Hemodialisis dapat didefinisikan sebagai suatu proses perubahan komposisi solute darah oleh larutan lain (cairan dialisis) melalui membran semi permeabel (membran dialisis). Tetapi pada prinsipnya, hemodialisis adalah suatu proses pemisahan atau penyaringan atau pembersihan darah melalui suatu membran semipermeabel yang dilakukan pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal baik akut maupun kronik(Suhardjono, 2014).

2.5.2 Prinsip Hemodialisis

Hemodialisis merupakan gabungan dari proses difusi dan ultrafiltrasi. Difusi adalah perpindahan zat terlarut melalui membran semipermeabel. Laju difusi terbesar terjadi pada perbedaan konsentrasi molekul terbesar. Ini adalah mekanisme utama untuk mengeluarkan molekul kecil seperti urea, kreatinin, elektrolit, dan untuk menambahkan serum bikarbonat. Zat terlarut yang terikat dengan protein tidak dapat dibuang melalui difusi karena protein yang terikat tidak dapat menembus membrane (Suhardjono, 2014)

Sedangkan ultrafiltrasi adalah aliran konveksi (air dan zat terlarut) yang terjadi karena adanya perbedaan tekanan hidrostatis maupun tekanan osmotik. Ultrafiltrasi terjadi karena perbedaan

positif pada kompartemen darah dengan tekanan negatif yang terbentuk pada kompartemen dialisat yang dihasilkan oleh pompa dialisat. (Transmembran Pressure). Pada proses hemodialisis, proses difusi dan filtrasi berjalan secara bersamaan serta dapat diprogram sesuai dengan keadaan klinis pasien. Dalam proses hemodialisis, cairan dialisat mengalir berlawanan arah dengan darah, sehingga tetap mempertahankan kecepatan difusi yang optimal.(Suhardjono, 2014).

2.5.4 Indikasi dan Kontraindikasi Hemodiliasis

Kidney Disease Outcome Quality (KDOQI) tahun 2015 merekomendasikan untuk mempertimbangkan manfaat serta resiko memulai terapi pengganti ginjal pada pasien dengan LFG <30 Komplikasi Hemodialisis Jangka Panjang mL/menit/1.73m (Tahap 4). Edukasi mengenai Penyakit Ginjal Kronik dan pilihan terapi dialisis mulai diberikan kepada pasien dengan Penyakit Ginjal Kronik tahap 4, termasuk pasien yang memiliki kebutuhan segera untuk dialisis. Keputusan untuk memulai perawatan dialisis pada pasien harus didasarkan pada penilaian tanda atau gejala uremia pada pasien, tanda kekurangan energi-protein, bukan pada pasien dengan stadium tertentu tanpa adanya tanda tanda atau gejala tersebut.(Rocco, 2015)

Pada pasien dengan Penyakit Ginjal Kronik tahap 5 inisiasi HD dimulai dengan indikasi sebagai berikut :

1. Kelebihan (Overload)cairan ekstraseluler yang sulit dikendalikan dan/ hipertensi.
2. Hiperkalemia yang refrakter terhadap restriksi diit dan terapi farmakologis.
3. Asidosis metabolik yang refrakter terhadap pemberian terapi bikarbonat.
4. Hiperfosfatemia yang refrakter terhadap restriksi diet dan terapi pengikat fosfat.
5. Anemia yang refrakter terhadap pemberian eritropoetin dan besi.
6. Adanya penurunan kapasitas fungsional atau kualitas hidup tanpa sebab yang jelas.
7. Penurunan berat badan atau malnutrisi, terutama apabila disertai gejala mual, muntah, atau adanya bukti lain gastroduodenitis.
8. Adanya gangguan neurologis (neuropati ensefalopati, gangguan psikiatri), pleuritis atau perikarditis yang tidak disebabkan oleh penyebab lain, serta diatesis hemoragik dengan pemanjangan waktu perdarahan.

Kontraindikasi dilakukannya hemodialisis dibedakan menjadi 2 yaitu, kontraindikasi absolut dan kontraindikasi relatif. Kontraindikasi absolut adalah apabila tidak didapatkannya akses vascular. Sedangkan untuk kontraindikasi relatif adalah apabila ditemukannya kesulitan akses vaskular, fobia terhadap jarum, gagaljantung, dan koagulopati (Suhardjono, 2014)

2.5.5 Dosis dan Adekuasi

Kecukupan dialisis ditentukan berdasarkan kriteria klinis, dan atas dasar formula Kxt/V , seperti yang direkomendasikan oleh KDOQI. K adalah klirens urea dari dialiser, t adalah lama dialisis, dan V adalah volume distribusi urea (Rocco, 2015)

Dosis hemodialisis merupakan jumlah bersihan fraksi urea dalam satu sesi dialisis yang dipengaruhi oleh ukuran tubuh pasien, fungsi ginjal sisa, asupan protein dalam makanan, derajat anabolisme atau katabolisme, dan adanya komorbid. Kecukupan (adequacy) dialisis menjadi target dosis dialisis Saat ini dipakai juga URR (*% Urea Reduction Rate*) atau besarnya penurunan ureum dalam persen. $URR = 100\% \times (1 - (\text{ureum sebelum} / \text{ureum sesudah dialisis}))$. Pada hemodialisis yang dilakukan 3 kali seminggu dianjurkan target URR setiap kali hemodialisis adalah diatas 65% (Suhardjono, 2014).

Untuk setiap sesi dialisis, status fisiologis pasien harus dinilai sehingga resep dialisis dapat disejajarkan dengan tujuan setiap erapinya (Himmelfarb J, 2010).

2.5.6 Komplikasi

Komplikasi akut yang sering paling sering terjadi adalah hipotensi terutama pada pasien diabetes. Hipotensi pada HD dapat dicegah dengan melakukan evaluasi berat badan kering dan modifikasi dari ultrafiltrasi, sehingga diharapkan jumlah cairan yang dikeluarkan lebih banyak pada awal dibandingkan di akhir dialisis. Kram otot juga sering terjadi selama proses hemodialisis. Beberapa faktor pencetus yang dihubungkan dengan kejadian kram otot ini adalah adanya gangguan perfusi otot karena pengambilan cairan yang agresif dan pemakaian dialisat rendah sodium. Reaksi anafilaktoid juga merupakan salah satu komplikasi dari hemodialisis. Reaksi anafilaktoid terhadap dialiser sering dijumpai pada pemakaian pertama (Suhardjono, 2014).

1. Selain efek terapisnya, hemodialisis kronis dapat menyebabkan beberapa komplikasi berikut: masalah teknis, seperti kebocoran darah, pemanasan berlebihan larutan dialisat, kehilangan cairan tidak mencukupi maka konsentrasi yang tidak tepat akan garam dalam dialisat, dan penggumpalan.
2. hipotensi atau hipertensi

3. kekacauan ritme jantung karena ketidakseimbangan kalium
4. embolus udara
5. pendarahan karena heparinisasi dengan masalah usus pendarahan subdural, retroperitoneal, perikardial dan intraokular
6. Restlesslegsyndrome
7. reaksi pirogenis

komplikasi yang berhubungan dengan dialisis. Nyeri selama dialisis mungkin disebabkan oleh instalasi yang cepat, pH atau suhu dialisat salah, akumulasi dialisat dibawah diafragma, atau penyedotan berlebih selama aliran keluar. Beberapa nyeri diperkirakan pada stadium awal tetapi seharusnya menghilang setelah 1 sampai 2 minggu. Nyeri punggung bawah mungkin muncul dengan berlanjutnya prosedur dialisis karena berat abdominal mempengaruhi postur tubuh: latihan yang tepat Membantu meredakan masalah ini. Hernia mungkin terjadi. sistemik terhadap kardiovaskuler dan neurologis biasanya adalah akibat dari ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Khususnya selama pertukaran volume kecil, jumlah yang signifikan cairan dialisat mungkin diserap tubuh.

2.5.7 Lama hemodialisis

Menurut (Salawati, 2016) frekuensi lama menjalani hemodialisa adalah sebagai berikut:

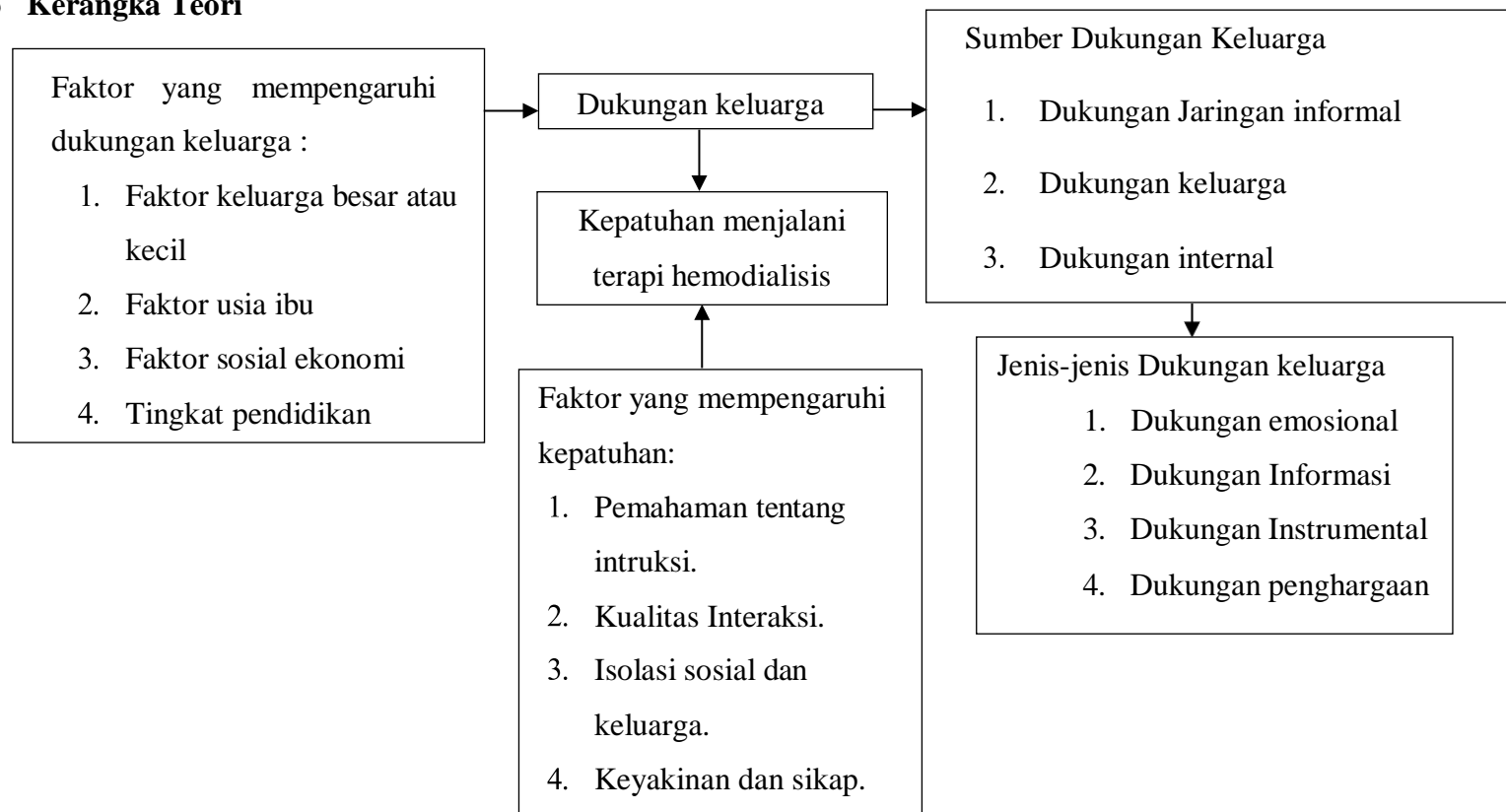
NO	Lama Menjalani Hemodialisis	
1.	≥3 bulan – 12 Bulan	Baru
2.	12 bulan – 24 bulan	sedang
3.	➤ 24 bulan	lama

Tabel 1 sumber (Salawati, 2016).

Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) merekomendasikan bahwa pasien dengan *residual kidney function* rendah (kurang dari 2 ml/menit) menjalani hemodialisis tiga kali seminggu dengan durasi 3 jam setiap kali hemodialisis (Rocco, 2015). Pranoto (2016) membagi lama terapi hemodialisis menjadi 3 yaitu, kurang dari 12 bulan, 12-24 bulan, dan lebih dari 24 bulan (Pranoto i, 2016).

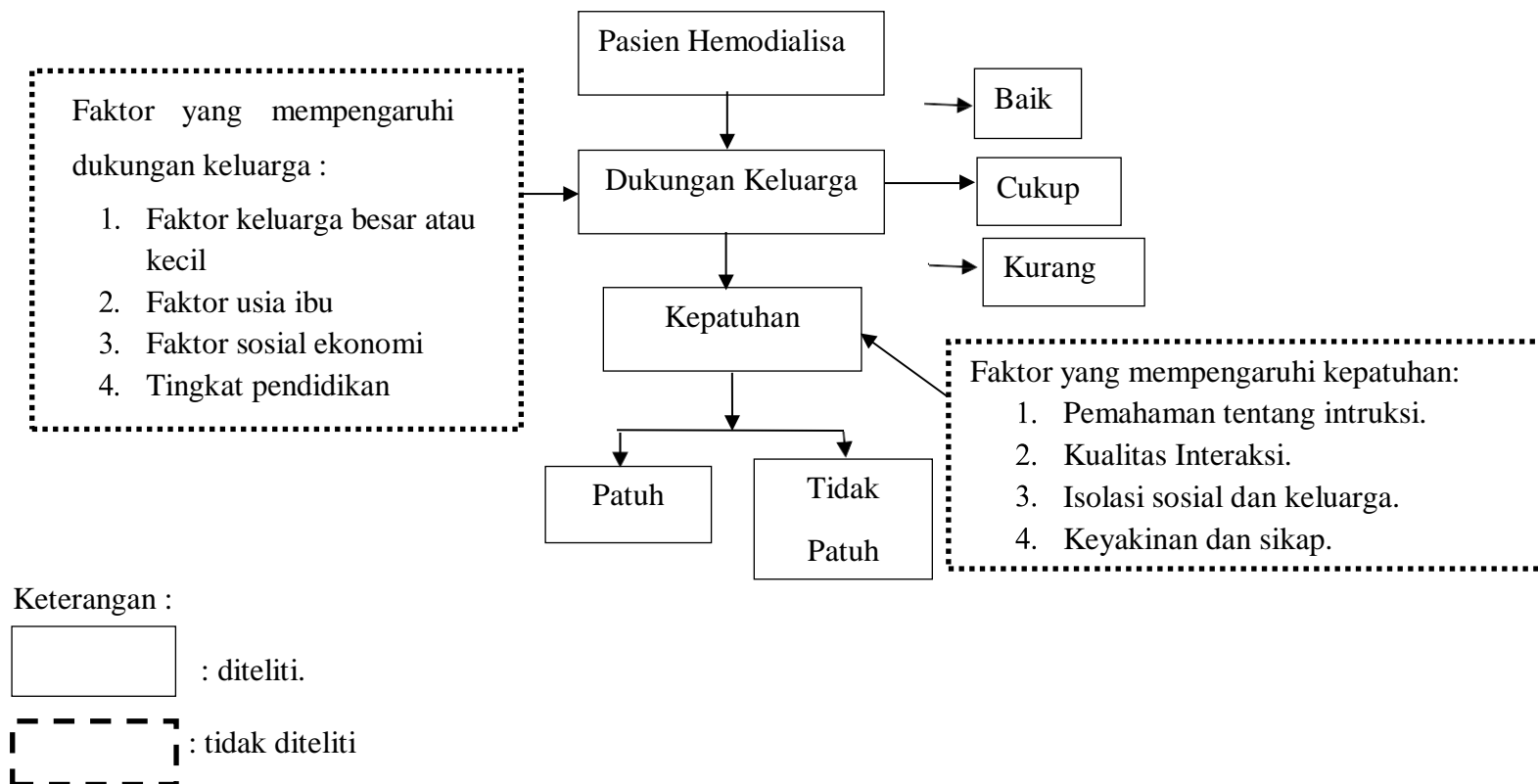
Pasien yang menjalani hemodialisis selama lebih dari 10 tahun kemudian melakukan transplantasi ginjal memiliki outcome yang lebih buruk dibandingkan dengan pasien yang melakukan transplantasi ginjal yang sebelumnya melakukan terapi hemodialisis dalam waktu yang lebih singkat (Wein AJ, 2012).

2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik Dalam Menjalani Terapi Hemodialisa Di RSUD Prof Dr. Soekandar.

2.7 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik Dalam Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUD Prof Dr. Soekandar.

2.7 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan dugaan sementara atas jawaban dari rumusan masalah.

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

H1 : Ada Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik Dalam Menjalani Terapi Hemodialisa Di Rsud Prof. Dr. Soekandar.