

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan disajikan tentang teori yang menunjang penelitian, meliputi : (1) Definisi Gagal Ginjal Kronis(2) Konsep Dasar Hemodialisa,(3) Konsep Dasar Dukungan Keluarga, (4) Konsep Dasar Dukungan Lingkungan Sosial (5) Kerangka Teori, (6) Kerangka Konsep, dan (7) Hipotesis Penelitian.

#### **2.1 Konsep Gagal Ginjal Kronis**

##### **2.1.1 Definisi Gagal Ginjal**

Gagal ginjal kronik (GGK) adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan irreversibel dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit yang mengakibatkan uremia atau azotemia (S.C Smeltzer, 2013) .

##### **2.1.2 Etiologi**

1. Gangguan pembuluh darah ginjal : berbagai jenis lesi vaskuler dapat menyebabkan iskemik ginjal dan kematian jaringan ginjal.
2. Infeksi : dapat disebabkan oleh beberapa jenis bakteri terutama E. Coli yang berasal dari kontaminasi tinja pada traktus urinarius bakteri.
3. Gangguan metabolik : seperti DM yang menyebabkan mobilisasi lemak meningkat sehingga terjadi penebalan membran kapiler dan di ginjal dan berlanjut dengan disfungsi endotel sehingga terjadi nefropati amiloidosis

4. Gangguan tubulus primer : terjadinya nefrotoksis akibat analgesik atau logam berat.
5. Obstruksi traktus urinarius : oleh batu ginjal, hipertrofi prostat, dan konstriksi uretra
6. Kelainan kongenital dan hereditas : penyakit polikistik yaitu kondisi keturunan yang dikarakteristik oleh terjadinya kista/kantong berisi cairan didalam ginjal dan organ lain (S.C Smeltzer, 2013) .

### 2.1.3 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronis

Dalam (Wijaya & Putri, 2013) ,gagal ginjal kronik dibagi 3 stadium:

1. Stadium 1: penurunan cadangan ginjal, pada stadium kadar kreatinin serum normal dan penderita asimtomatik.
2. Stadium 2: insufisiensi ginjal, dimana lebih dari 75% jaringan telah rusak, *Blood Urea Nitrogen* (BUN) meningkat , dan kreatinin serum meningkat.
3. Stadium 3 : gagal ginjal stadium akhir atau uremia.

K/DOQI merekomendasikan pembagian CKD berdasarkan stadium dari tingkat penurunan LFG :

1. Stadium 1 : keadaan ginjal yang ditandai dengan albuminaria persisten dan LFG yang masih normal (<90ml/menit/1,7 m<sup>2</sup>)
2. Stadium 2 : kelainan ginjal dengan albuminaria persisten dan LFG antara 60-89mL/menit/1,73 m<sup>2</sup>
3. Stadium 3 : kelainan ginjal dengan LFG antara 30-59 mL/menit/1,73 m<sup>2</sup>.

4. Stadium 4 : kelainan ginjal dengan LFG antara 15-29mL/menit/1,73m<sup>2</sup>
5. Stadium 5 : kelainan ginjal dengan LFG < 15mL/menit/1,72m<sup>2</sup> atau gagal ginjal terminal.

Untuk menilai GFR (Glomerular Filtration Rate) /CCT(Clearance Creatinin Test) dapat digunakan dengan rumus :

$$\text{Clearance creatinin (ml/menit)} = \frac{(140-\text{umur}) \times \text{berat badan (kg)}}{72 \times \text{Creatinin serum}}$$

Pada wanita hasil tersebut dikalikan 0,85

#### 2.1.4 Faktor Resiko Gagal Ginjal Kronis

Menurut (Pranandari & Supadmi, 2010) faktor resiko gagal ginjal kronis antara lain :

##### 1. Usia

Hal ini disebabkan karena semakin bertambah usia, semakin berkurang fungsi ginjal dan berhubungan dengan penurunan kecepatan ekskresi glomerulus dan memburuknya fungsi tubulus. Penurunan fungsi ginjal dalam skala kecil merupakan proses normal bagi setiap manusia seiring bertambahnya usia, namun tidak menyebabkan kelainan atau menimbulkan gejala karena masih dalam batas-batas wajar yang dapat ditoleransi ginjal dan tubuh. Namun, akibat ada beberapa faktor risiko dapat menyebabkan kelainan dimana penurunan fungsi ginjal terjadi secara cepat menimbulkan berbagai keluhan dari ringan sampai berat, kondisi ini disebut gagal ginjal kronik (GGK) atau *chronic renal failure* (CRF) .

## 2. Jenis Kelamin

Secara klinik laki-laki mempunyai risiko mengalami gagal ginjal kronik 2 kali lebih besar dari pada perempuan. Hal ini dimungkinkan karena perempuan lebih memperhatikan kesehatan dan menjaga pola hidup sehat dibandingkan laki-laki, sehingga laki-laki lebih mudah terkena gagal ginjal kronik dibandingkan perempuan. Perempuan lebih patuh dibandingkan laki-laki dalam menggunakan obat karena perempuan lebih dapat menjaga diri mereka sendiri serta bisa mengatur tentang pemakaian obat

## 3. Riwayat Hipertensi

Secara klinik pasien dengan riwayat penyakit faktor risiko hipertensi mempunyai risiko mengalami gagal ginjal kronik 3,2 kali lebih besar dari pada pasien tanpa riwayat penyakit faktor risiko hipertensi. Peningkatan tekanan darah berhubungan dengan kejadian gagal ginjal kronik. Hipertensi dapat memperberat kerusakan ginjal telah disepakati yaitu melalui peningkatan tekanan intraglomeruler yang menimbulkan gangguan struktural dengan gangguan fungsional pada glomerulus. Tekanan intravaskular yang tinggi dialirkan melalui arteri aferen ke dalam glomerulus, dimana arteri aferen mengalami konstriksi akibat hipertensi

## 4. Riwayat Diabetes Mellitus

Secara klinik riwayat penyakit faktor risiko diabetes mellitus mempunyai risiko terhadap kejadian gagal ginjal kronik 4,1 kali lebih

besar dibandingkan dengan pasien tanpa riwayat penyakit faktor risiko diabetes melitus. Salah satu akibat dari komplikasi diabetes melitus adalah penyakit mikrovaskuler, diantaranya nefropati diabetika yang merupakan penyebab utama gagal ginjal terminal. Berbagai teori tentang patogenesis nefropati seperti peningkatan produk glikosilasi dengan proses non-enzimatik yang disebut AGEs (*Advanced Glycosylation End Products*), peningkatan reaksi jalur poliol (*polyol pathway*), glukotoksisitas, dan proteinkinase C memberikan kontribusi pada kerusakan ginjal. Kelainan glomerulus disebabkan oleh denaturasi protein karena tingginya kadar glukosa, hiperglikemia, dan hipertensi intraglomerulus. Kelainan atau perubahan terjadi pada membran basalis glomerulus dengan proliferasi dari sel-sel mesangium. Keadaan ini akan menyebabkan glomerulosklerosis dan berkurangnya aliran darah, sehingga terjadi perubahan-perubahan pada permeabilitas membran basalis glomerulus yang ditandai dengan timbulnya albuminuria

#### 5. Kebiasaan Merokok

Pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisis yang mempunyai riwayat merokok mempunyai risiko dengan kejadian gagal ginjal kronik lebih besar 2 kali dibandingkan dengan pasien tanpa riwayat merokok. Efek merokok fase akut yaitu meningkatkan pacuan simpatis yang akan berakibat pada peningkatan tekanan darah, takikardi, dan penumpukan katekolamin dalam sirkulasi. Pada fase akut beberapa

pembuluh darah juga sering mengalami vasokonstriksi misalnya pada pembuluh darah koroner, sehingga pada perokok akut sering diikuti dengan peningkatan tahanan pembuluh darah ginjal sehingga terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus dan fraksi filter.

### **2.1.5 Manifestasi Klinik GGK**

Dalam (Tanto, 2014) disebutkan bahwa manifestasi klinik GGK antara lain:

1. Gangguan keseimbangan cairan: oedemaperifer, efusi pleura, hipertensi, asites
2. Gangguan elektrolit dan asam basa: tanda dan gejala hyperkalemia, asidosis metabolic (nafas Kussmaul) , hiperfosfatemia
3. Gangguan gastrointestinal dan nutrisi: metallic taste, mual, muntah, gastritis, ulkus peptikum, malnutrisi
4. Kelainan kulit: kulit terlihat pucat, kering, pruritus, ekimosis
5. Gangguan metabolik endokrin: dislipidemia, gangguan metabolik glukosa, gangguan hormon seks
6. Gangguan hematologi: anemia (dapat mikrositik hipokrom maupun normositik normokrom) , gangguan hemostatis.

Manifestasi klinik menurut (S.C Smeltzer, 2016) antara lain: hipertensi, (akibat retensi cairan dan natrium dari aktivitas sisystemrenin–angiotensin–aldosteron) gagal jantung kongestif dan udem pulmoner (akibat cairan berlebihan) dan perikarditis (akibat iriotasi pada lapisan perikardia oleh toksik, pruritis, anoreksia, mual, muntah, dan cegukan,

kedutan otot, kejang, perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi) .

Manifestasi klinik menurut Suyono (2013) adalah sebagai berikut:

1. Gangguan kardiovaskuler

Hipertensi, nyeri dada, dan sesak nafas akibat perikarditis, effusi perikardiac dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema.

2. Gangguan Pulmoner

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

3. Gangguan gastrointestinal

Anoreksia, nausea, dan vomitus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan pada saluran gastrointestinal, ulserasidan perdarahan mulut, nafas bau ammonia.

4. Gangguan muskuloskeletal

*Resileslegsindrom* (pegal pada kakinya sehingga selalu digerakan) , *burning feetsyndrom* (rasa kesemutan dan terbakar, terutama ditelapak kaki) , tremor, miopati (kelemahan dan hipertropi otot – otot ekstremitas).

5. Gangguan Integumen

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

#### 6. Gangguan endokrin

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

#### 7. Gangguan cairan elektrolit dan keseimbangan asam dan basa

Biasanya retensi garam dan air tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipomagnesemia, hipokalsemia.

#### 8. System hematologi

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

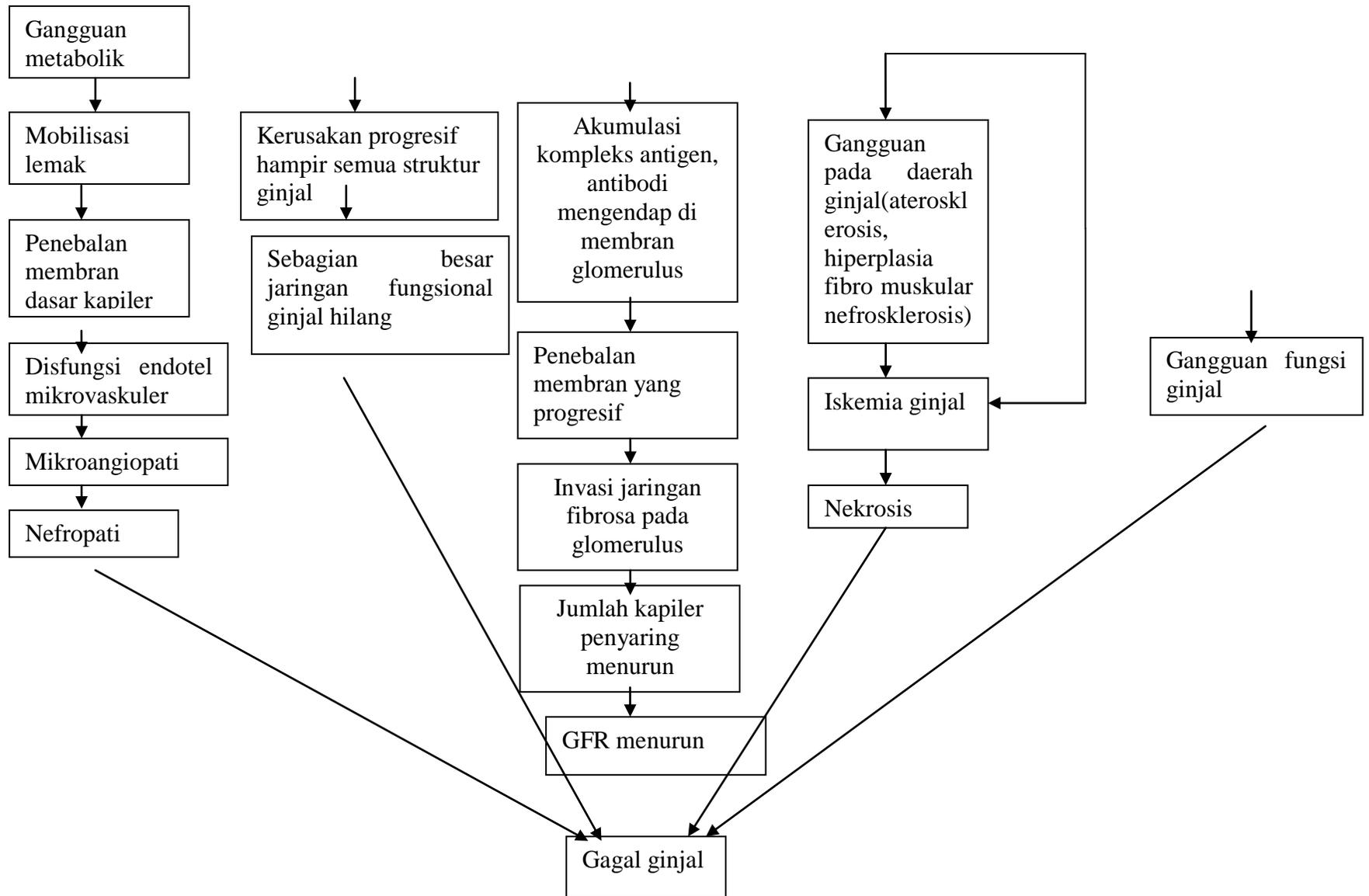
### 2.1.6 Patofisiologi

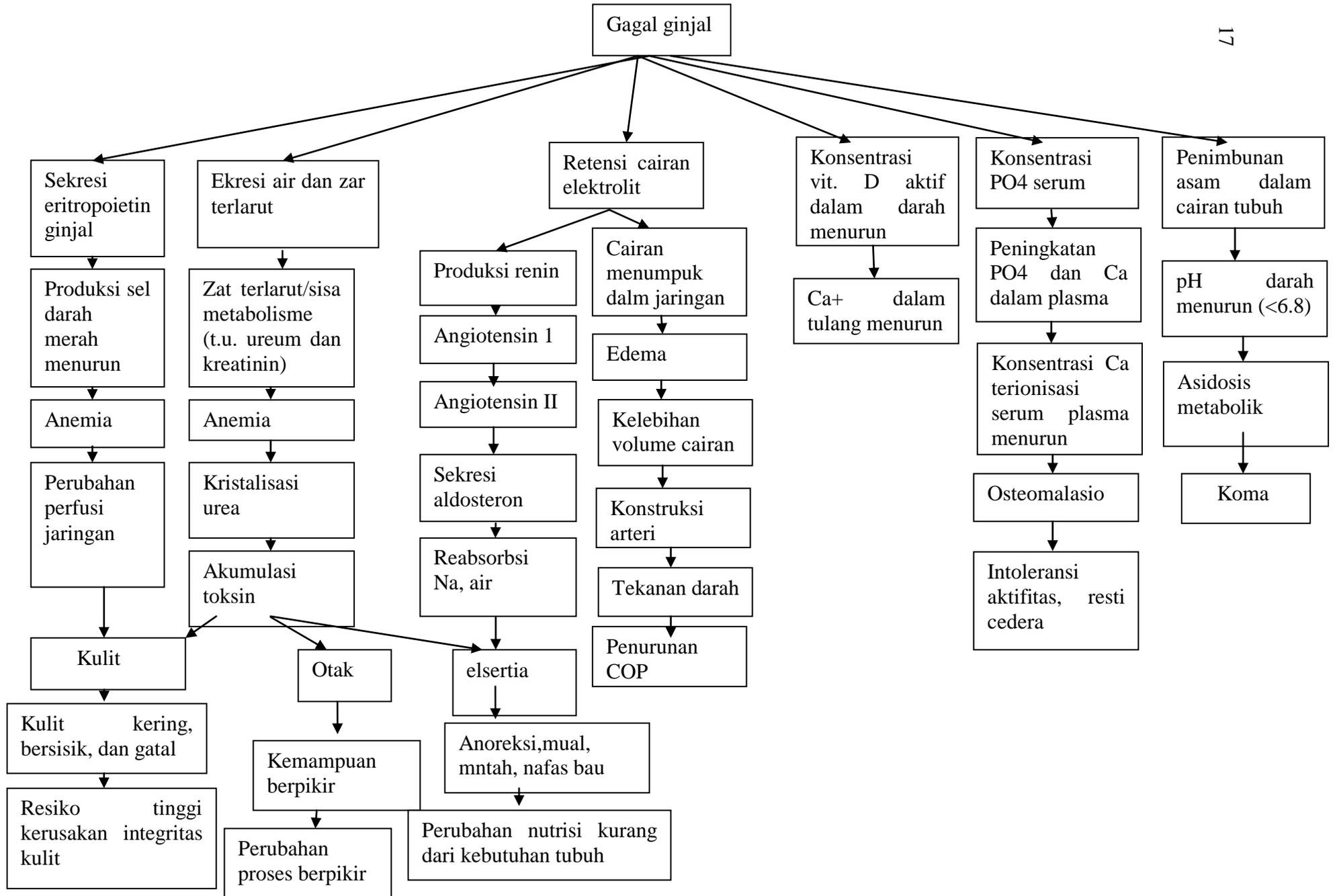
Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (*surviving nephrons*) sebagai upaya kompensasi, yang di perantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan *growth factors*. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus.

Pada stadium paling dini, terjadi kehilangan daya cadang ginjal (*renal reserve*), dimana basal Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) masih normal atau dapat meningkat. Kemudian secara perlahan, akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif, yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 60%, pasien masih belum

merasakan keluhan (asimtomatik) , tapisudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum sampai pada LFG sebesar 30%. Kerusakan ginjal menyebabkan terjadinya penurunan fungsi ginjal, produk akhir metabolik yang seharusnya dieksresikan kedalam urin, menjadi tertimbun dalam darah. Kondisi seperti ini dinamakan sindrom *uremia*. Terjadinya *uremia* dapat mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak timbunan produk metabolik (sampah) , maka gejala akan semakin berat (S.C Smeltzer, 2016)

2.1.7 Pathway





### 2.1.8 Pemeriksaan penunjang

#### 1. Urine :

- 1) Volume < 400ml/24 jam (oliguria atau anuria)
- 2) Warna : keruh
- 3) Berat jenis < 1,015
- 4) Osmolalitas < 350m osm/kg
- 5) Klirens kreatinin : turun
- 6) Natrium >40 mEq/l
- 7) Protein : proteinuria (3 – 4 +)

#### 2. Darah :

- 1) BUN/kreatinin meningkat
- 2) Hitung darah lengkap : Ht menurun, Hb < 7-8 gr%
- 3) Eritrosit : waktu hidup menurun
- 4) GDA, pH menurun : asidosis metabolik
- 5) N<sup>++</sup> serum menurun
- 6) K<sup>++</sup> meningkat
- 7) Mg<sup>+</sup>/fosfat meningkat
- 8) Protein (khusus albumin) meningkat

#### 3. Osmolalitas serum >285m osm/kg

4. KUB foto : ukuran ginjal/ureter/KK dan obstruksi (batas)
5. Pielogram retrpgrad : identifikasi ekstravaskular, massa
6. Sistouretrogram berkemih : ukuran KK, refluks kedalam ureter, retensi
7. Ultrasono ginjal : sel. Jaringan untuk diagnosis histologist

8. Endoskopi ginjal, nefroskopi : batu, hematuria, tumor
9. EKG : ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa
10. Foto kaki, tengkorak, kolumna spinal dan tangan : demineralisasi

### **2.1.9 Penatalaksanaan**

1. Pengaturan minum => pemberian cairan
2. Pengendalian hipertensi =< intake garam
3. Pengendalian K<sup>+</sup> darah
4. Penanggulangan anemia => transfusi
5. Penanggulangan asidosis
6. Pengobatan dan pencegahan infeksi
7. Pengaturan protein dalam makan
8. Pengobatan neuropati
9. Dialisis
10. Transplantasi

### **2.1.10 Komplikasi Gagal Ginjal Kronis**

Komplikasi yang mungkin terjadi pada gagal ginjal kronis menurut (Smeltzer, 2016) meliputi:

1. Hiperkalemia akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolic, katabolisme dan masukan diet berlebihan.
2. Perikarditis, efusi pericardial dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialysis yang tidak adekuat.
3. Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi systemrennin-angiostensin-aldosteron.

4. Anemia akibat penurunan eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin dan kehilangan darah selama hemodialisis.
5. Penyakit tulang serta kalsifikasi metastatic akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D abnormal dan peningkatan kadar aluminium

## **2.2 Konsep Hemodialisa**

### **2.2.1 Definisi Hemodialisa**

Hemodialisis digunakan bagi pasien dengan GJK atau gagal ginjal yang sudah tidak dapat diperbaiki serta ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Hemodialisis adalah dialysis yang dilakukan di luar tubuh. Pada hemodialisis, darah dikeluarkan dari tubuh, melalui sebuah kateter, masuk ke dalam sebuah alat 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 dialisis, dan di antara keduanya akan terjadi difusi. Darah dikembalikan ke tubuh melalui sebuah pirau vena. Hemodialisis memerlukan waktu sekitar 3-5 jam dan dilakukan sekitar 3 kali seminggu. Pada akhir interval 2-3 hari di antara terapi, keseimbangan garam, air, dan pH sudah tidak normal lagi (Hawks & Black, 2014).

Hemodialisa adalah terapi pengganti pada gagal ginjal terminal dengan mengalirkan darah ke dalam suatu zat yang terdiri dari 2 kompartemen yaitu :

1. Kelompok darah yang didalamnya mengalir darah dibatasi oleh selaput semipermeabel buatan.
2. Kompartemen yang berisi cairan dialisis bebas pirogen berisi larutan dengan komposisi elektrolit mirip serum normal (Wijaya & Putri, 2013)

Hemodialisa didefinisikan sebagai pergerakan larutan dan air dari darah pasien melewati membrane semipermeabel (alat dialisis) ke dalam dialisis. Alat dialysis juga dapat digunakan untuk memindahkan sebagian besar volume cairan. Pemindahan ini dilakukan melalui ultrafiltrasi dimana tekanan hidrostatis menyebabkan aliran yang besar dari air plasma (dengan perbandingan sedikit larutan) melalui membrane semipermeabel (Nuari & Widayanti, 2017)

Hemodialisis adalah suatu cara untuk mengeluarkan produk sisa metabolisme melalui membrane semipermeabel atau yang disebut dialyzer. Sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia itu dapat berupa air, natrium, kalium, hidrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain (Harnyanti & Nisak, 2015)

### **2.2.2 Tujuan**

Menurut (Suharyanto, 2014) hemodialisis bertujuan untuk :

1. Menggantikan fungsi kerja ginjal untuk proses ekskresi (membuang produk sisa metabolisme dalam tubuh, misalnya ureum, kreatinin, dan produk sisa metabolisme lainnya)

2. Menggantikan fungsi ginjal untuk mengeluarkan cairan tubuh yang pada saat ginjal masih sehat cairan tersebut dikeluarkan berupa urin
3. Meningkatkan kualitas hidup pasien yang mengalami penurunan fungsi ginjal serta mempunyai fungsi untuk menggantikan fungsi ginjal sambil menunggu pengobatan lainnya.

### 2.2.3 Indikasi

Menurut (Wijaya & Putri, 2013) , Indikasi dilakukan hemodialisa adalah :

1. Pasien yang memerlukan hemodialisa adalah pasien GGK dan GGA untuk sementara sampai fungsi ginjalnya putih (laju filtrasi glomerulus < 5ml)
2. Pasien-pasien tersebut dinyatakan memerlukan hemodialisa apabila terdapat indikasi :
  - 1) Hiperkalemia ) K<sup>+</sup> darah > 6 meq/l)
  - 2) Asidosis
  - 3) Kegagalan terapi konservatif
  - 4) Kadar ureum/kreatinin tinggi dalam darah (Ureum > 200mg%,  
Kreatinin serum > 6mEq/l
  - 5) Kelebihan cairan
  - 6) Mual dan muntah hebat
3. Intoksikasi obat dan zat kimia
4. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit berat
5. Sindrom hepatorenal dengan kriteria :
  - 1) K<sup>+</sup> pH darah < 7,10 => asidosis

- 2) Oliguria/anuria >5 hari
- 3) GFR <5ml/i pada GGK
- 4) Ureum darah >200mg

#### **2.2.4 Kontra indikasi**

1. Hipertensi berat (TD>200/100 mmHg)
2. Hipotensi (TD < 100mmHg)
3. Adanya perdarahan hebat
4. Demam tinggi

#### **2.2.5 Komplikasi Hemodialisis**

1. Hipotesis, dapat terjadi selama terapi dialysis ketika cairan dikeluarkan.
2. Emboli udara, merupakan komplikasi yang jarang tetapi dapat terjadi jika udara memasuki system vaskuler pasien
3. Pruritus dapat terjadi selama terapi dialysis ketika produk akhir metabolisme meninggalkan kulit.

#### **2.2.6 Dampak Psikologis**

Dampak hemodialisis menimbulkan ketidaknyamanan, menurunnya kualitas hidup yang meliputi kesehatan fisik, psikologis, spiritual, status sosial ekonomi dan dinamika keluarga. Dampak psikologis dari hemodialisis sangat kompleks dan akan mempengaruhi kesehatan fisik, sosial maupun spiritual. Dampak psikologis seperti rasa takut, cemas dan pasien juga mengalami gangguan konsep diri, depresiserta gangguan citra tubuh dan sulit menerima dirinya karena perubahan yang terjadi pada

pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis, sedangkan dampak fisik meliputi seperti menurunnya aktivitas, kesulitan mempertahankan pekerjaan, masalah ekonomi dan dorongan seksual yang hilang (Gamy, 2016) .

### **2.2.7 Kondisi Psikologi Penyakit**

Beberapa kondisi yang di alami pasien sebagai berikut :

#### 1) Munculnya rasa takut

Menjalani perawatan yang melelahkan, menyakitkan dengan efek sampingnya, biaya pengobatan mahal, membuat penderita penyakit merasakan rasa takut yang berat.

#### 2) Tekanan yang berat pada pikiran (Stress)

Sejumlah ahli berpendapat bahwa stress dapat memicu terjadinya penyakit berat lainnya dengan mudah.

Ada lima fase reaksi manusia dengan penyakit dan kematian yaitu :

- a. Fase pertama penyangkalan. Umumnya, penderita akan berkata “saya baik-baik saja, itu diagnosis yang salah”. Sikap penyangkalan ini wajar terjadi pada penderita yang baru saja mengetahui diagnosisnya.
- b. Fase kedua marah, dan berkata, “ mengapa saya ?” pada fase kedua ini, biasanya penderita akan muncul rasa marah, tidak bias menerima penyakit yang di deritanya
- c. Fase ketiga, bersikap menawar, “ saya rala mati, tetapi kalau boleh berikan saya waktu sedikit.” Inilah kalimat yang lazim dikatakan para penderita, putus asa, pasrah akan hidupnya.

- d. Fase keempat adalah depresi. Orang ini akan menyendiri, tidak berkomunikasi, tidak merasakan cinta maupun perhatian yang diberikan orang di sekelilingnya. Pada saat ini tidak ada gunanya menghibur pasien ini, pasien perlu berdamai dengan dirinya
- e. Fase terakhir adalah penerimaan. Pada fase ini pasien berkata “baiklah, saya akan hadapi dengan sebaik-baiknya.”

Fase-fase diatas tadi tidak selalu teratur dilalui, dapat saja dilampauai dengan cepat dari fase 1 ke fase 4, tergantungnya dari kondisi psikis pasien. Pasien yang tidak lagi berharap sembuh dalam waktu 5-10 tahun kemudian, survey menunjukkan bahwa 80% dari golongan pertama yaitu yang berjuang untuk kesembuhannya benar-benar sembuh dan hanya 20% dari fase terakhir yang tidak berharap sembuh menjadi sembuh (King, 2012)

## **2.3 Konsep Dukungan Keluarga**

### **2.3.1 Definisi Keluarga**

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, 2010).

Keluarga adalah sekumpulan orang yang di hubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya umum, meningkatkan perkembangan fisik,

mental, emosional dan sosial dari tiap anggota keluarga (Setiadi, 2008) Dari satu sisi atau lebih keluarga cenderung terlibat dalam pengambilan keputusan dan proses terapi pada setiap tahapan sehat sakit anggota keluarga dari keadaan sejahtera (saat promosi kesehatan dan pencegahan diajarkan) hingga tahap diagnosis, terapi dan pemulihan. Dukungan keluarga adalah sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosial. Dalam semua tahap, dukungan keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal, sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi mereka dalam kehidupan

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional (Friedman, 2010)

Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan, dan penerimaan terhadap anggota keluarga sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan

### **2.3.2 Fungsi Keluarga**

Menurut (Lenny, 2010) fungsi keluarga adalah sebagai berikut :

1. Fungsi pendidikan, dapat dilihat bagaimana cara sebuah keluarga untuk mendidik anak demi masa depannya.
2. Fungsi sosialisasi anak, dapat dilihat dari bagaimana sebuah keluarga mempersiapkan anak untuk menjadi masyarakat yang baik.

3. Fungsi perlindungan, dapat dilihat bagaimana sebuah keluarga memberikan perlindungan kepada anak sehingga anggota keluarga tersebut menjadi nyaman.
4. Fungsi perasaan, dapat dilihat dari bagaimana sebuah keluarga dapat merasakan apa yang dirasakan oleh anggota keluarga dan suasana anak serta anggota keluarga yang lain dalam berhubungan dan berinteraksi dengan anggota keluarga yang lainnya.
5. Fungsi agama, dapat dilihat dari bagaimana sebuah keluarga mengajak anak dan anggota keluarga yang lain melalui kepala keluarga untuk menanamkan keyakinan yang mengatur kehidupan dimasa kini dan kehidupan lain setelah dunia.
6. Fungsi ekonomi, dapat dilihat dari bagaimana kepala keluarga mencari penghasilan guna memenuhi semua kebutuhan keluarga.
7. Fungsi rekreatif, dapat dilihat dari bagaimana sebuah keluarga dapat menciptakan suasana yang menyenangkan dalam keluarga.
8. Fungsi biologis, dapat dilihat dari bagaimana keluarga meneruskan keturunan sebagai generasi selanjutnya.

### **2.3.3 Indikator Dukungan Keluarga**

Menurut (Friedman, 2010) . menjelaskan bahwa keluarga memiliki beberapa jenis dukungan antara lain:

#### **1. Dukungan Informasional**

Dukungan informasional adalah keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi, dimana keluarga menjelaskan tentang pemberian saran,

sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

## 2. Dukungan Penilaian atau Penghargaan

Dukungan penilaian adalah keluarga bertindak membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, dan perhatian.

## 3. Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental adalah keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya adalah dalam hal kebutuhan keuangan, makan, minum, dan istirahat.

## 4. Dukungan Emosional

Dukungan emosional adalah keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan.

### **2.3.4 Macam-macam Bentuk Dukungan Keluarga**

Menurut (Setiadi, 2008) membagi jenis-jenis dukungan keluarga menjadi 3 yaitu :

#### 1. Dukungan Fisiologis

Dukungan fisiologis merupakan dukungan yang dilakukan dalam bentuk pertolongan-pertolongan dalam aktivitas sehari-hari yang mendasar, seperti dalam hal mandi menyiapkan makanan dan memperhatikan gizi, toileting, menyediakan tempat tertentu atau ruang khusus, merawat seseorang bila sakit, membantu kegiatan fisik sesuai kemampuan, seperti senam, menciptakan lingkungan yang aman, dan lain-lain.

## 2. Dukungan Psikologis

Dukungan psikologis yakni ditunjukkan dengan memberikan perhatian dan kasih sayang pada anggota keluarga, memberikan rasa aman, membantu menyadari, dan memahami tentang identitas. Selain itu meminta pendapat atau melakukan diskusi, meluangkan waktu bercakap-cakap untuk menjaga komunikasi yang baik dengan intonasi atau nada bicara jelas, dan sebagainya. keluarga memiliki fungsi proteksi yang melingkupi selain memenuhi kebutuhan makanan dan tempat tinggal, juga memberikan dukungan dan menjadi tempat yang aman dari dunia luar.

## 3. Dukungan Sosial

Dukungan sosial diberikan dengan cara menyarankan individu untuk mengikuti kegiatan spiritual seperti pengajian, perkumpulan arisan, memberikan kesempatan untuk memilih fasilitas kesehatan sesuai dengan keinginan sendiri, tetap menjaga interaksi dengan orang lain, dan memperhatikan norma-norma yang berlaku.

### 2.3.5 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut (King, 2012) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah:

#### 1. Faktor Internal

##### a. Tahap Perkembangan

Tahap perkembangan artinya dukungan dapat ditentukan oleh rentang usia yang memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

##### b. Pendidikan dan Tingkat Pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh 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.

##### c. Faktor Emosi

Faktor emosional mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respon stres dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum sangat tenang

mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama sakit. Seseorang individu yang tidak mampu melakukan coping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin akan menyangka adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan.

#### d. Faktor Spiritual

Spiritual adalah bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam kehidupan.

### 2. Faktor Eksternal

#### a. Praktik Dikeluarga

Praktik dikeluarga adalah bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. Misalnya klien juga kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarganya melakukan hal yang sama. Misalnya anak yang selalu diajak orang tuanya untuk melakukan pemeriksaan rutin, maka ketika punya anak dia akan melakukan hal yang sama.

#### b. Faktor Sosial 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 dia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga dia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

c. Latar Belakang Budaya

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

### **2.3.6 Tipe Keluarga**

Dukungan keluarga terhadap seseorang dapat dipengaruhi oleh tipe keluarga. Secara tradisional tipe keluarga dapat dibagi menjadi dua yaitu :

1. Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
2. Keluarga besar (*extended family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih memiliki hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi) .

Menurut (Friedman, 2010) individu yang tinggal dalam keluarga besar (*extended family*) akan mendapatkan dukungan keluarga yang lebih

besar dibandingkan dengan individu yang tinggal dalam keluarga inti (*nuclear family*)

### **2.3.7 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan**

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahamkan dilakukan, tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu :

1. Mengetahui masalah kesehatan setiap anggotanya. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera di catat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan keluarga meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga.
3. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda. Perawatan ini dapat dilakukan dirumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau

kepelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjut agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

4. Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang baik

### **2.3.8 Manfaat Dukungan Keluarga**

Menurut (Setiadi, 2008) dukungan keluarga memiliki efek terhadap kesehatan dan kesejahteraan yang berfungsi secara bersamaan. Adanya dukungan yang kuat berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi. Selain itu, dukungan keluarga memiliki pengaruh yang positif pada penyesuaian kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan stres.

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial keluarga 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, 2013) mengungkapkan bahwa dukungan keluarga akan meningkatkan:

1. Keadaan fisik, individu yang mempunyai hubungan dekat dengan orang lain jarang terkena penyakit dan lebih cepat sembuh jika terkena penyakit dibanding individu yang terisolasi.
2. Manajemen reaksi stres, melalui perhatian, informasi, dan umpan balik yang diperlukan untuk melakukan koping terhadap stress.
3. Produktivitas, melalui peningkatan motivasi, kualitas penalaran, kepuasan kerja dan mengurangi dampak stress kerja.
4. Kesejahteraan psikologis dan kemampuan penyesuaian diri melalui perasaan memiliki, kejelasan identifikasi diri, peningkatan harga diri, pencegahan neurotisme dan psikopatologi.

Berdasarkan penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga dapat meningkatkan kesehatan fisik, manajemen, reaksi stres, produktivitas, dan kesejahteraan psikologis dan kemampuan penyesuaian diri.

### **2.3.9 Sumber Pendukung Keluarga**

Sumber pendukung keluarga dapat berupa pendukung sosial keluarga internal seperti dukungan dari suami atau istri, saudara kandung atau pendukung dari anak dan pendukung sosial keluarga seperti teman, pekerjaan, tetangga, sekolah, kelompok rekreasi, tempat ibadah dan kesehatan (Setiadi, 2008)

**Tabel 2.1 Kuisisioner Dukungan Keluarga**

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1.	Keluarga tidak mendampingi saya dalam perawatan hemodialisa				
2.	Keluarga tetap mencintai dan memperhatikan keadaan saya selama sakit				
3.	Keluarga tidak mendengarkan keluhan saya selama sakit				
4.	Keluarga memaklumi bahwa sakit yang saya alami sebagai suatu musibah				
5.	Keluarga menyediakan waktu dan fasilitas seperti uang jika saya memerlukan biaya untuk pengobatan				
6.	Keluarga tidak berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan sakit saya.				
7.	Keluarga tidak membiayai perawatan dan pengobatan saya				
8.	Keluarga berusaha mencarikan kekurangan sarana seperti uang/ biaya pengobatan perawatan yang saya perlukan				
9.	Keluarga tidak memberitahu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter yang merawat kepada saya				
10.	Keluarga tidak mengingatkan saya untuk kontrol, minum obat, latihan dan makan				
11.	Keluarga mengingatkan saya tentang perilaku-perilaku yang memperburuk penyakit saya				
12.	Keluarga menjelaskan kepada saya setiap saya bertanya hal-hal yang tidak jelas tentang penyakit saya				

13.	Keluarga memberikan pujian dan perhatian kepada saya				
14.	Keluarga memberikan semangat agar saya tetap tabah an tidak putus asa				
15.	Keluarga tidak mendukung saya untuk bergaul dengan orang lain setelah saya menderita penyakit gagal ginjal kronis				
16.	Keluarga tidak mendukung saya dalam bekerja dan berprestasi				

Skor dukungan keluarga sebagai berikut :

Pernyataan positif :

Selalu = 4

Sering = 3

Kadang-kadang = 2

Tidak pernah = 1

Pernyataan negatif :

Selalu = 1

Sering = 2

Kadang-kadang = 3

Tidak pernah = 4

Menghitung dukungan keluarga menggunakan rumus sebagai berikut :

$$N = \frac{Sp \times 100\%}{Sm}$$

Keterangan :

N : nilai yang didapat

Sp : score yang didapat

Sm : Score tertinggi

Dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

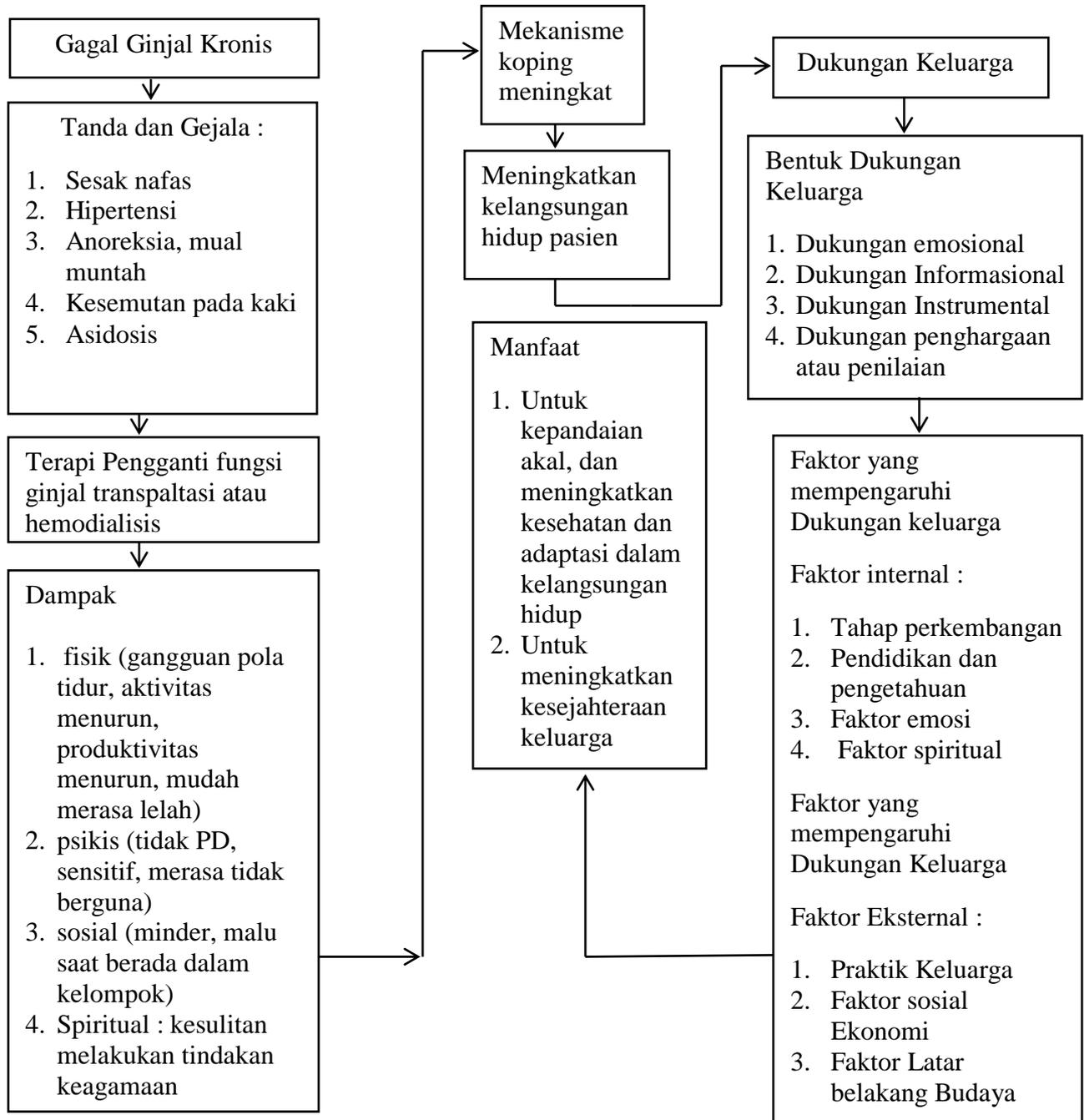
1. Dukungan keluarga baik = 76-100%
2. Dukungan keluarga cukup = 56-75%
3. Dukungan keluarga kurang = <55%

## 2.2 Jurnal Relevan

No	Judul Penelitian	Pengarang	Motode	Hasil
	Gambaran Dukungan Keluarga Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Kraton Pekalongan	(wahyu, Priyanti suci, Armiyati yunie & Fakhrul mubin, 2015)	a. Desain : Deskriptif b. Variabel : Dukungan sosial keluarga	Hasil penelitian menunjukkan dukungan keluarga pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa sebagian besar (51,3%) kurang dan sebagian kecil (48,7%) baik, dukungan sosial dalam bentuk konkret sebagian besar (51,3%) kurang dan sebagian kecil (48,7%) baik, dukungan sosial dalam bentuk emosi sebagian besar (69,2%) kurang dan (51,3%) kurang dan sebagian kecil (48,7%) baik

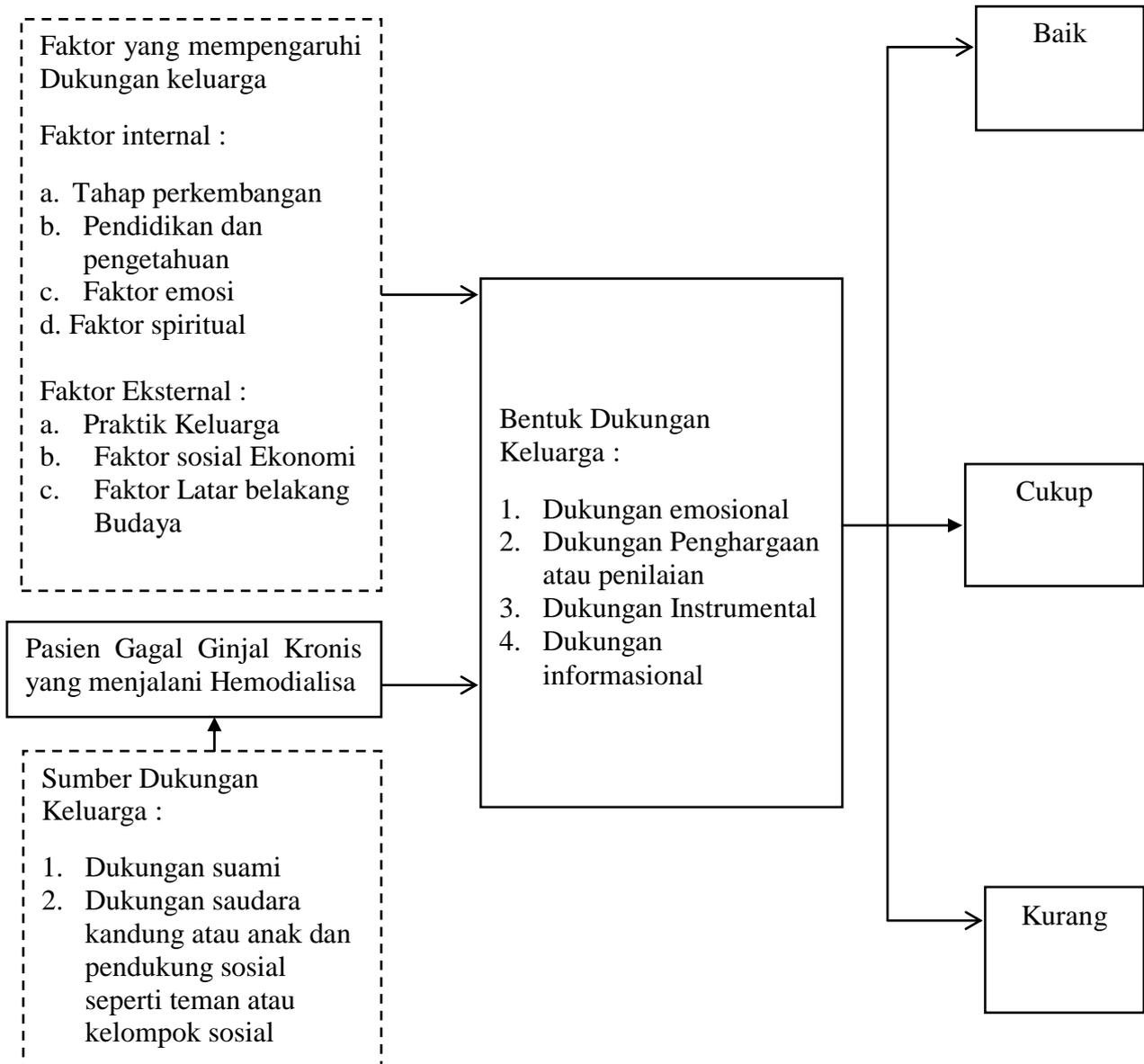
<p>Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Depresi Pada pasien Penyakit Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa Blu RSUD. Prof. Dr. R.D. Kandou Manado</p>	<p>(M.Sahara.Suryaningsih, 2013)</p>	<p>a. Desain : Kolerasi b. Variabel : Dukungan Keluarga</p>	<p>Hasil peneitihan menunjukkan bahwa dukungan keluarga baik (83,1%) dengan tidak depresi (79,6%) sedangkan depresi (20,4%) dan sedangkan kurang (16,9%) dengan depresi (70,0%) dan tidak depresi (30,0%)</p>
<p>Life Experience Of Choronic Kidney Diseases Undergoing Hemodialysis Therapy</p>	<p>(Abd.Muhith, 2019)</p>	<p>a.Desain : Deskriptif b.Variabel : Pengalaman hidup pasien gagal ginjal kronis</p>	<p>Hasil penelitian ini menunjukkan 5 tema yaitu : pengetahuan tentang terapi, dukungan keluarga selama terapi, harapan pasien gagal ginjal kronis dengan hemodialisis</p>

### 2.3 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori Gambaran Dukungan Keluarga Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisa

## 2.4 Kerangka Konseptual



Gambar 2.3 Kerangka Konseptual Gambaran Dukungan Keluarga Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang menjalani Hemodialisa