

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Gagal Ginjal Kronis

2.1.1 Definisi Gagal Ginjal Kronis

Gagal ginjal kronis merupakan kerusakan ginjal dengan penurunan kemampuan filtrasi glomerulus (Glomerular Filtration Rate/GFR) kurang dari 60mL/min/1,73 m² yang terjadi selama lebih dari 3 bulan (KDIGO, 2013). Gagal ginjal kronis merupakan keadaan tubuh dimana ginjal mengalami kegagalan untuk mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit yang terjadi secara progresif dan irreversibel sehingga dapat menimbulkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain di dalam darah) (Smeltzer dan Bare, 2006).

Menurut Price dan Wilson (2006) menyatakan bahwa gagal ginjal kronis merupakan perkembangan penyakit yang progresif dan lambat biasanya berlangsung hingga beberapa tahun dimana ginjal mengalami kehilangan kemampuan untuk mempertahankan volume dan komposisi cairan tubuh dalam keadaan asupan makanan normal. Gagal ginjal kronis akan membawa dampak yang buruk seperti kematian jika tidak ditangani dengan baik namun dengan adanya terapi rumatan seperti hemodialisis atau transplantasi ginjal dapat mempertahankan kehidupan pasien (Kowalak *et al*, 2012)

Penyakit ginjal kronis ditandai dengan adanya satu atau lebih tanda kerusakan ginjal, yaitu:

Tabel 2.1 Kriteria gagal ginjal kronis (terjadi kerusakan pada fungsi atau struktur ginjal yang berlangsung lebih dari 3 bulan)

Pertanda kerusakan ginjal (satu atau lebih)	Albuminuria (AER \geq 30 mg/24) ACR \geq 30 mg/g [\geq 3mg/mmol] Abnormalitas pada sedimentasi urin Gangguan elektrolit dan abnormalitas yang berhubungan dengan kerusakan tubulus Abnormalitas pada pemeriksaan histologi Abnormalitas struktural pada pemeriksaan imaging Riwayat transplantasi ginjal
Penurunan LFG (Laju Filtrasi Glomerulus)	LFG $<$ 60/min/1,73 m ²

Sumber: KDIGO, 2013

2.1.2 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronis

Terdapat 5 stadium pada penyakit gagal ginjal kronis meliputi stadium beresiko, ringan, sedang, berat dan gagal ginjal tahap akhir. Pada stadium awal diperoleh bahwa nilai laju filtrasi glomerulus dapat bernilai normal atau meningkat, biasanya pasien tidak atau belum menunjukkan tanda dan gejala yang jelas dari penyakit ginjal. Namun, ginjal bekerja lebih keras untuk mengeluarkan produk limbah dimana hal tersebut dapat memperberat fungsi nefron ginjal.

Pada tahapan penyakit gagal ginjal stadium ringan diperoleh nilai laju filtrasi glomerular mulai menurun dan terdapat sedikit peningkatan akumulasi sisa produk metabolisme dalam darah. Pada tahap ini kadar BUN dan kreatinin mulai meningkat. Selain itu, klien dapat mengalami nokturia dan poliuria. Tahap selanjutnya adalah stadium sedang dimana terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus antara 30-59 mL/min dan terjadi kerusakan yang cukup besar pada nefron ginjal serta dapat terjadi azotemia.

Lalu, pada penyakit gagal ginjal stadium berat dan gagal ginjal tahap akhir, nilai laju filtrasi glomerulus dan fungsi nefron mengalami penurunan yang signifikan dimana terdapat penumpukkan produk limbah dalam darah dan terjadi gangguan homeostatis. Gagal ginjal tahap akhir terjadi ketika nefron ginjal 90% tidak mampu untuk menyaring, nilai BUN dan kreatinin meningkat, terjadi perubahan poliuria yang berlanjut menuju oliguria dan tampak jelas terjadi ketidakseimbangan pada cairan dan elektrolit (White *et al.*, 2013; Ignatavicius and Workman, 2013).

Tabel 2.2 Stadium penyakit ginjal kronis

Stage	Penjelasan	LFG (ml/min/1,73 m ²)
1	Terjadi kerusakan ginjal dengan peningkatan LFG atau LFG normal	>90 mL/min
2	Kerusakan ginjal dengan peningkatan LFG ringan	60-89 mL/min
3	Terjadi penurunan LFG sedang	30-59 mL/min
4	Terjadi penurunan LFG berat	15-29 mL/min
5	Gagal ginjal tahap akhir	<15 mL/min

Sumber: White *et al.*, 2013; Ignatavicius and Workman, 2013

2.1.3 Etiologi Gagal Ginjal Kronis

Penyebab penyakit gagal ginjal kronis bervariasi di setiap negara. Penyebab umum gagal ginjal kronis di Amerika Serikat adalah diabetes mellitus dimana 25%-40% merupakan diabetes mellitus type 1 dan 5%-40% diabetes mellitus type 2. Selain itu, penyakit gagal ginjal kronis dapat disebabkan oleh penyakit hipertensi, glomerulonefritis, pielonefritis, penyakit polikistik ginjal, penyakit kongenital dan kanker ginjal (Smeltzer *et al.*, 2010). Gangguan vaskuler, infeksi, medikasi juga dapat

menyebabkan terjadinya penyakit gagal ginjal kronis. Lingkungan dan agen berbahaya yang mempengaruhi gagal ginjal kronis mencakup timah, kadmium, merkuri dan kromium (Sulistyaningsih, 2011).

Tabel 2.3 Jumlah Pasien Penyakit Gagal Ginjal Kronis berdasarkan diagnosa etiologi atau comorbid di Indonesia tahun 2012

Etiologi	Jumlah Pasien
Glomerulopati Primer (GNC)	1966
Nefropati Diabetika	4199
Nefropati Lupus (SLE)	163
Penyakit Ginjal Hipertensi	5654
Ginjal Polikistik	169
Nefropati Asam Urat	224
Nefropati Obstruksi	1237
Pielonefritis Chronic (PNC)	1083
Lain-lain	989
Tidak diketahui	356

Sumber: Indonesia Renal Registry, 2012

2.1.4 Manifestasi Klinis Gagal Ginjal Kronis

Penurunan fungsi nefron pada gagal ginjal kronis akan mempengaruhi semua sistem tubuh. Tanda dan gejala yang muncul tergantung pada tingkat kerusakan nefron, penyakit yang mendasari dan usia pasien (Daryani, 2011).

Tabel 2.4 Manifestasi klinis dan tatalaksana gagal ginjal kronis

Sistem	Manifestasi	Tatalaksana
Perkemihan	<ul style="list-style-type: none"> - Oliguria berasal dari insufisiensi ginjal - Azotemia (penurunan GFR menyebabkan peningkatan BUN dan kreatinin) 	<ul style="list-style-type: none"> - Retriksi cairan - Terapi Diuretik (Lasix) - Memantau berat badan harian - Monitor TTV - Monitor Input dan Output
Hematologi	<ul style="list-style-type: none"> - Anemia berasal dari penurunan sel darah 	<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat

	<ul style="list-style-type: none"> - merah - Penurunan produksi platelet menyebabkan terjadinya perdarahan 	<ul style="list-style-type: none"> - epogen/procit, - Pemberian suplemen besi, vitamin/mineral - Monitor adanya perdarahan dan memar
Kardiovaskular	<ul style="list-style-type: none"> - Hipervolemia - Takikardi - Hipertensi - Distrimia berasal dari hiperkalemia 	<ul style="list-style-type: none"> - Retriksi cairan - Kolaborasi pemberian obat antihipertensi (ACE inhibitor) - Glikosida jantung (digoxin) - Potassium-retriksi diet - Monitor tanda-tanda vital - Monitor input dan output
Respiratori	<ul style="list-style-type: none"> - Dipsnea - Edema pulmonar - Hiperventilasi berasal dari metabolic asidosis - Pernafasan kussmaul 	<ul style="list-style-type: none"> - Posisikan pasien <i>high-fowler</i> - Terapi oksigen - Terapi diuretic (lasix) - Monitor input dan output - Monitor tanda-tanda vital - Menilai kualitas dan tingkat pernafasan - Ventilasi mekanik
Gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> - Urea terdapat didalam darah diubah menjadi ammonia menyebabkan nafas berbau uremik - Cegukan - Anoreksia - Mual - Muntah - Gastroenteritis - Perdarahan saluran cerna 	<ul style="list-style-type: none"> - Perawatan oral secara rutin - Restriksi diet-kalori adekuat, retriksi protein, retriksi soium, retriksi potassium, retriksi phosphorus, pemberian vitamin - Konsultasi pada ahli gizi - Kolaborasi pemberian obat antimual (compazine)
Kulit	<ul style="list-style-type: none"> - Kulit kering - Bersisik 	<ul style="list-style-type: none"> - Perawatan kulit secara rutin

	<ul style="list-style-type: none"> - Pruritus - Uremic frost - Pucat - Kulit berwarna coklat kekuningan 	<ul style="list-style-type: none"> - dengan air hangat - Menggunakan sabun yang lunak - Berikan lotion agar kulit lembab - Hindari menggaruk - Kolaborasi pemberian antipruritus (periactin)
Saraf	<ul style="list-style-type: none"> - Lethargi - Pusing - Konfusi - Konsentrasi terganggu - Disorientasi - Depresi - Penurunan tingkat kesadaran - Gangguan pola tidur - Uremic encephalopathy mengakibatkan kejang dan koma - Restless leg syndrome 	<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat anticemas - Mengedukasi pasien dan keluarga tentang proses penyakit - Kolaborasi pemberian obat anti kejang (dilantin)
Sensori	<ul style="list-style-type: none"> - Neuropati perifer ditandai dengan mati rasa dan kesemutan pada daerah ekstremitas disertai dengan keluhan gatal 	<ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman
Reproduksi	<ul style="list-style-type: none"> - Penurunan libido - Penurunan jumlah sperma - Amenorrhea - Impotensi - Pubertas tertunda 	<ul style="list-style-type: none"> - Edukasi pada klien dan keluarga mengenai proses penyakit - Minta klien untuk menjawab pertanyaan secara jujur
Muskuloskeletal	<ul style="list-style-type: none"> - Nyeri sendi - Kram otot/otot berkedut, - Demineralisasi tulang dari hipokalsemia 	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan kalsium dan suplemen vitamin D - Sediakan dan buat lingkungan yang aman dan nyaman - Menurunkan level

		phosphate
Immune	- Penurunan produksi antibodi	- Monitor tanda dan gejala infeksi
Metabolik	- Hiperkalemia - Hiperfosfatemia - Hipokalsemia - Hiperagnesia - Asidosis - Hiperlipidemia - Hiperurisemia	

Sumber: White *et al.*, 2013

2.1.5 Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronis

Pengobatan gagal ginjal kronis dibagi menjadi 2 tahap yaitu tindakan konservatif dan terapi gagal ginjal.

2.1.5.1 Tindakan konservatif

Tujuan tatalaksana pada tahap ini adalah untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progressif, antara lain :

1. Pengaturan diet protein, kalium, natrium dan cairan
 - a. Pembatasan protein

Pembatasan protein tidak hanya mengurangi kadar BUN, tetapi juga mengurangi asupan kalium dan fosfat, serta mengurangi produksi ion hidrogen yang berasal protein. Pembatasan asupan protein telah terbukti menormalkan kembali kelainan dan memperlambat terjadinya gagal ginjal. Jumlah kebutuhan protein biasanya dilonggarkan 60-80 g/hari, apabila penderita mendapatkan terapi dialisis teratur.

- b. Diet rendah kalium

Hiperkalemia biasanya merupakan masalah pada gagal ginjal dimana asupan kalium perlu untuk dikurangi. Diet kalium yang dianjurkan sekitar 40-80 mEq/hari

c. Diet rendah natrium

Penderita gagal ginjal kronis dianjurkan untuk membatasi asupan Na, diet Na yang dianjurkan adalah 40-90 mEq/hari (1-2 gram Na). Asupan natrium yang terlalu berlebihan dapat mengakibatkan retensi cairan, edema perifer, edema paru, hipertensi dan gagal jantung kongestif.

d. Pengaturan cairan

Pada penderita gagal ginjal kronis perlu untuk memantau asupan dan pengeluaran cairan harian dengan mengukur berat badan harian. Aturan yang dipakai untuk menentukan banyaknya asupan cairan adalah jumlah urin yang dikeluarkan selama 24 jam terakhir + 500 ml (IWL). Bila pada berat badan menunjukkan dibawah berat badan ideal maka akan muncul gejala dehidrasi dan atau depleksi volume, misalnya hipotensi, kram, hipotensi postural dan pusing sedangkan bila berat badan diatas berat badan ideal akan timbul tanda dan gejala kelebihan cairan seperti edema dan sesak nafas dimana tanda tersebut akan muncul bila kenaikan berat badan pasien lebih dari 2 kg. Akumulasi cairan yang dapat ditoleransi dalam 1-2 kg selama periode intradialitik (Cahyaningsih, 2009 dalam Hidayati, 2012)

Kepatuhan dalam pembatasan cairan pembatasan cairan ini sering menjadi permasalahan, ada beberapa faktor yang mempengaruhi pasien dalam mejalani kepatuhan terapi. Diantaranya usia, jenis kelamin, pengetahuan dan demografi pasien. Hal tersebut menjadi pertimbangan karena dapat berdampak pada keberhasilan progam diit pasien hemodialisis selain itu, kepatuhan dapat juga dipengaruhi oleh gaya hidup, aspek psikososial, *support system* dan kemauan (Meszaros *et al.*, 2011; Anggarwal dan Mosca, 2010 dalam Hidayati 2012)

2. Terapi simptomatik

Hipertensi dapat dikontrol dengan pembatasan natrium dan cairan. Pemberian obat anti hipertensi seperti ACE inhibitor (Altace) dan beta blocker (inderal). Apabila penderita menjalani terapi hemodialisis pemberian antihipertensi dihentikan terlebih dahulu karena dapat menimbulkan hipotensi dan syok yang diakibatkan keluarnya cairan intravaskuler melalui ultrafiltrasi.

Hiperkalemia merupakan komplikasi yang paling serius, karena bila K^+ Serum mencapai sekitar 7 mEq/L. Dapat mengakibatkan aritmia dan juga henti jantung. Hiperkalemia dapat diobati dengan pemberian glukosa dan insulin intravena yang akan memasukkan K^+ ke dalam sel atau dengan pemberian Kalsium Glukonat 10%.

Anemia pada gagal ginjal kronis diakibatkan karena penurunan eritropoetin oleh ginjal. Pengobatannya adalah dengan memberikan hormon eritropoetin yaitu rekombinan eritropoetin (Suharyanto, 2002 dalam Hidayati, 2012). Selain itu dapat diberikan vitamin dan asam folat, besi dan transfusi darah. Pada asidosis metabolik dapat diberikan supplement alkali, terapi alkali (Sodium Bikarbonat) harus segera diberikan intravena bila $\text{pH} \leq 7,35$ atau serum bikarbonat ≤ 20 mEq/L.

2.1.5.2 Terapi gagal ginjal

Terapi pengganti ginjal meliputi dialisis (hemodialisis dan peritoneal dialisis) dan transplantasi ginjal. Terapi pengganti ginjal yang paling banyak digunakan pada saat ini adalah terapi hemodialisis (Suwitra dalam Sudoyono, 2009).

2.2 Hemodialisis

2.2.1 Definisi Hemodialisis

Hemodialisis merupakan suatu proses terapi pengganti ginjal yang dilakukan oleh mesin dialiser dimana didalamnya terdapat selaput membran semi permeabel buatan yang berfungsi untuk menyaring darah (White *et al.*, 2013). Proses hemodialisis menyebabkan pengeluaran cairan dan sisa metabolisme dalam tubuh serta menjaga keseimbangan elektrolit dan produk kimiawi dalam tubuh (Ignatavicious & Workman, 2006).

Tujuan dilakukan hemodialisis adalah untuk mengeluarkan zat-zat toksik dari dalam darah seseorang, membuang kelebihan air dengan

mempengaruhi tekanan antara darah dan bagian cairan, biasanya terdapat tekanan positif dalam arus darah dan tekanan negatif dalam kompartemen dialisat (proses ultrafiltrasi), mempertahankan sistem pernafasan dan kadar elektrolit (Cahyaningsih, 2009).

2.2.2 Indikasi Hemodialisis

Indikasi hemodialisis (HD) dibedakan menjadi HD emergency atau HD segera dan HD kronis (Daugirdas *et al.*, 2007 dalam Kandarini, 2013)

1. Indikasi Hemodialisis (HD) segera

a. Kegawatan ginjal:

- Klinis : keadaan uremik berat, overhidrasi
- Oligouria (produksi urine <200ml/12jam)
- Anuria (produksi urine <50ml/12jam)
- Hiperkalemia (terutamajika terjadi perubahan ECG, biasanya $K > 6,5$ mmol/l)
- Asidosis berat (pH <7,1 atau bikarbonat <12 mEq/l)
- Uremia (BUN >150mg/dL)
- Ensefalopati Uremikum
- Neuropati/miopati uremikum
- Perikarditis uremikum
- Disnatremia berat (Na >160 atau <115 mmol/L)
- Hipertemia

b. Keracunan akut (alkohol, obat-obatan) yang bisa melewati membran dialisis

2. Indikasi Hemodialisa (HD) kronis

Hemodialisis kronis merupakan terapi hemodialisis yang dilakukan seumur hidup penderita secara berkelanjutan. Menurut K/DOQI dialisis dimulai jika LFG <15ml/mnt. Keadaan pasien yang memiliki nilai LFG <15ml/menit tidak selalu sama, sehingga dialisis dianggap baru perlu dimulai jika dijumpai salahsatu dari hal dibawah ini, yaitu:

- a. LFG <15ml/menit, tergantung gejala klinis
- b. Gejala uremia meliputi: lethargy, anoreksia, nause, mual dan muntah
- c. Adanya malnutrisi atau hilangnya massa otot
- d. Hipertensi yang sulit dikontrol dan adanya kelebihan cairan
- e. Komplikasi metabolik yang refrakter

2.2.3 Prinsip Hemodialisis

Terdapat tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis yaitu difusi, osmosis dan ultrafiltrasi. Toksin dan zat limbah pada darah dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi yang tinggi ke cairan dialisat yang memiliki konsentrasi yang rendah. Cairan dialisat tersusun dari semua elektrolit yang penting dengan konsentrasi ekstrasel yang ideal. Kadar elektrolit darah dapat dikendalikan dengan mengatur rendaman dialisat (*dialysate bath*) secara tepat.

Air yang berlebihan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradien tekanan dengan kata lain, air bergerak dari daerah dengan

tekanan yang lebih tinggi (tubuh pasien) ke tekanan yang lebih rendah (cairan dialisis). Gradien tersebut dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negatif yang dikenal dengan ultrafiltrasi pada mesin hemodialisis. Tekanan negatif diterapkan pada alat hemodialisis sebagai kekuatan penghisap pada membran dan memfasilitasi pengeluaran air sehingga akan tercapai keseimbangan cairan.

Sistem dapar (*buffer system*) tubuh dipertahankan dengan penambahan astat yang akan berdifusi dari cairan dialisis ke dalam darah pasien dan mengalami metabolisme untuk membentuk bikarbonat. Darah yang sudah dibersihkan kemudian dikembalikan ke dalam tubuh melalui pembuluh vena pasien (Smeltzer dan Bare, 2001).

2.2.4 Komplikasi Hemodialisis

Meskipun tindakan hemodialisis dapat memperpanjang usia tanpa batas yang jelas akan tetapi terapi tersebut tidak dapat mengubah perjalanan alami penyakit ginjal yang mendasari dan tidak akan mengembalikan seluruh fungsi ginjal. Komplikasi pada penyakit gagal ginjal kronis yang terus mengalami perburukan memerlukan perawatan yang tepat. Komplikasi dari terapi hemodialisis dapat mencakup hal-hal berikut, yaitu:

1. Hipotensi dapat terjadi selama terapi hemodialisis ketika cairan dan elektrolit dalam tubuh dikeluarkan. Tanda-tanda umum hipotensi adalah diaforesis, takikardi, pusing, mual dan muntah. Komplikasi

- ini terjadi sebanyak 15-25% pada pasien yang menjalani hemodialisis.
2. Kram otot disertai nyeri dapat terjadi ketika cairan dan elektrolit dengan cepat meninggalkan ruang ekstrasel
 3. Emboli udara merupakan komplikasi yang jarang terjadi akan tetapi dapat terjadi jika udara memasuki sistem vaskuler pasien
 4. Distrimia terjadi karena perubahan elektrolit dan pH atau tidak diberikannya obat antiaritmia selama proses hemodialisis
 5. Nyeri dada dapat terjadi pada pasien dengan anemia atau penyakit jantung arteriosklerotik. Nyeri dada terjadi ketika pCO_2 menurun bersamaan dengan sirkulasi darah di luar tubuh.
 6. Dialisis disequilibrium dapat terjadi karena perpindahan cairan serebral. Tanda dan gejalanya adalah pusing, mual dan muntah, gelisah, penurunan tingkat kesadaran, serta kejang. Hal tersebut dapat terjadi pada pasien gagal ginjal akut atau pada pasien dengan kadar BUN sangat tinggi melebihi 150mg/dL.
 7. Mual dan muntah, terjadi sekitar 10% dari proses hemodialisis yang dilakukan.
 8. Hemolisis dapat terjadi karena dialisat yang terlalu panas. Pompa yang terdapat pada dialiser tekanan vena yang terlalu tinggi dapat menyebabkan kerusakan sel darah dan menyebabkan nyeri dada, dyspnea dan kolaps pasien
 9. Bekuan darah dapat terjadi ketika proses heparinisasi yang tidak adekuat serta prosedur pencucian alat dialiser (priming) yang salah (Day *et al.*, 2009; Thomas 2008 dalam Irawati, 2011).

Menurut Daurgidas *et al.* (2007 dalam Kandarini, 2013) menyatakan bahwa komplikasi hemodialisis dibedakan menjadi komplikasi akut dan komplikasi kronis. Komplikasi akut merupakan komplikasi yang terjadi selama hemodialisis berlangsung. Komplikasi yang sering terjadi adalah hipotensi, kram otot, mual, muntah, sakit kepala, sakit dada, sakit punggung, gatal, demam dan menggigil. Komplikasi yang cukup sering terjadi adalah gangguan hemodinamik (hipotensi maupun hipertensi saat HD). Komplikasi yang jarang terjadi yaitu sindrom disequilibrium, reaksi dialiser, aritmia, temponade jantung, perdarahan intrakranial, kejang, hemolisis, emboli udara, neutropenia, aktivasi komplemen dan hipoksemia.

Komplikasi kronis pada hemodialisis seperti penyakit jantung, malnutrisi, hipertensi, anemia, renal osteodystrophy, neurophary, disfungsi reproduksi, komplikasi pada akses, gangguan perdarahan infeksi, amilodosis, *Acquired cystic kidney disease* (Bieber dan Himmelfarb, 2013 dalam Kandarini, 2013)

2.2.5 Dampak Psikososial Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Terapi Hemodialisis

Pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisis sering merasa khawatir akan kondisi sakitnya. Mereka biasanya menghadapi masalah finansal, kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual yang menghilang, depresi akibat sakit kronis dan ketakutan terhadap kematian. Pasien-pasien yang berusia

muda khawatir terhadap perkawinan, anak-anak yang dimilikinya dan beban yang ditimbulkan pada keluarga mereka (Smeltzer dan Bare, 2001). Dampak psikologis yang umum dialami adalah kecemasan, depresi, peningkatan resiko bunuh diri dan penurunan kualitas hidup (Wang dan Chen, 2012). Menurut Bornivelli *et al.* (2012) mengatakan bahwa depresi merupakan gangguan psikologis yang sering terjadi pada pasien gagal ginjal kronis dimana pasien mengalami perasaan kehilangan dan persepsi negatif terhadap penyakit yang mungkin tidak dapat terelakkan. Tingkat depresi dipengaruhi oleh tingkat pendidikan yang rendah (Wang dan Chen, 2012).

Pasien yang menjalani terapi hemodialisis juga mengalami perubahan hidup dalam keluarga. Waktu yang diperlukan untuk terapi hemodialisis akan mengurangi waktu yang tersedia untuk melakukan aktivitas sosial dimana dapat menciptakan konflik, perasaan frustrasi, rasa bersalah dan depresi di dalam keluarga. Keluarga pasien dan orang lain disekitarnya akan memandang pasien sebagai orang yang terpinggirkan karena harapan hidup yang terbatas.

Pasien harus diberikan kesempatan untuk mengungkapkan setiap perasaan dan keprihatinan terhadap berbagai pembatasan yang harus dipatuhi akibat dari penyakit dan terapinya seperti pembatasan diet, restriksi cairan dan efek samping dari pengobatan, disamping masalah lain seperti keuangan, ketidakpastian pekerjaan, rasa sakit dan gangguan rasa nyaman yang mungkin timbul. Pasien juga dapat mengalami perasaan kehilangan karena setiap aspek dalam kehidupan normal yang pernah dimilikinya terganggu. Jika rasa marah atau

perasaan negatif klien tidak diungkapkan, maka pasien akan memproyeksikan perasaan tersebut kedalam dirinya sendiri dimana dapat menimbulkan kecemasan hingga depresi, rasa putus asa dan upaya untuk bunuh diri (Smeltzer dan Bare, 2001). Oleh karena itu penting untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah yang muncul.

Pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis akan melalui tiga tahap penyesuaian secara psikologis, yaitu:

1. Periode *honey moon*

Merupakan periode awal pada pasien inisiasi hemodialisis, biasanya pasien sering merasa terdapat harapan dan keyakinan tentang masa depan hidupnya. Tahapan ini biasanya disebut juga sebagai periode optimis dimana terdapat perbaikan fisik, emosional dan kesadaran pasien lebih jernih. Periode ini akan muncul tiga minggu setelah pasien menjalani terapi hemodialisis yang pertama dan berlangsung enam minggu sampai enam bulan.

2. Periode kekecewaan dan putus asa

Dalam periode ini pasien akan mengalami penurunan harapan dan perasaan negatif terhadap penyakit yang dialaminya. Pasien mulai sedih dan tidak berdaya dimana keadaan ini berlangsung tiga sampai enam belas bulan. Selain itu, baik pasien maupun keluarga sama-sama mulai menghadapi kendala terkait dengan terapi hemodialisis seperti waktu, kegiatan, uang dan aturan diet yang harus dijalani oleh pasien serta terjadi perubahan emosi, kesedihan dan keputusan.

3. Periode adaptasi jangka panjang (*long term adaptation*)

Periode adaptasi jangka panjang gagal ginjal kronis biasanya dimulai 12-18 bulan setelah memulai terapi hemodialisis. Dalam periode ini biasanya pasien mulai menerima keterbatasan dirinya, kekurangan dan komplikasi dari tindakan hemodialisis. Perubahan yang terjadi ke periode ini terjadi secara bertahap dan ditandai juga dengan perasaan emosi yang fluktuatif. (Goodheart & Lansing, 1996; Gutch, *et al*, 1993 dalam Schaumberg, 2012; Kaplan & Sadock, 1997; Aurer, 2002).

Perubahan psikologis tersebut juga senada dengan Thomas (2008) yang menyatakan bahwa pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisis di rumah sakit secara psikologis akan melewati dan mengalami tiga fase yaitu *euphoria*, *depressive reaction* (reaksi depresi) dan *realistic adjustment* (penyesuaian diri pada realitas). Pada fase *euphoria*, pasien akan merasakan manfaat dari terapi hemodialisis khususnya bila terdapat gejala uremia. Pada fase kedua terjadi *depressive reaction* atau reaksi depresi akibat dari penatalaksanaan gagal ginjal kronis yang harus dijalani seumur hidup dan adanya perasaan keterbatasan. Pasien juga akan merasakan bahwa terapi hemodialisis yang dijalani menyebabkan terjadinya ketidaknyamanan, kelelahan, menurunnya energi dan mudah marah.

Lalu, fase ketiga yaitu *realistic adjustment* atau penyesuaian diri pada realitas. Pada fase ini pasien mulai menyadari kondisinya dan menyesuaikan diri dengan keterbatasan. Selama fase ini pun, tidak jarang pasien dapat mengalami perubahan suasana hati yang tiba-tiba,

mudah sensitif dan merasa bosan dengan saran dan program pengobatan yang harus dilakukan.

Pada pasien gagal ginjal kronis, perkembangan psikologis yang terjadi mungkin belum tentu dapat diprediksi melalui setiap tahap penyesuaian psikologis karena setiap pasien memiliki tahapan penyesuaian psikologis yang berbeda-beda. Pasien bisa saja kembali ke tahapan penyesuaian psikologis yang telah dilewati sebelumnya, hal tersebut dapat terjadi ketika pasien mengalami komplikasi atau merasakan proses perjalanan penyakit yang nyata (Goodheart & Lansing, 1996; Gutch, *et al*, 1993 dalam Schaumberg, 2012).

2.3 Konsep Penerimaan diri

2.3.1 Definisi penerimaan diri

Penerimaan diri melibatkan sikap realistis dan menyadari kekuatan dan kelemahan pada diri dimana dapat dicapai bila individu dapat menerima dan mengatasi kekurangan kemudian menjadikannya sebagai bagian dalam dirinya dan mentoleransi hal tersebut (Bernard, 2013). Penerimaan diri adalah sejauh mana seseorang dapat menyadari dan mengakui karakteristik pribadi dan menggunakannya dalam menjalani kelangsungan hidupnya yang ditunjukkan dengan mengakui kelebihan dan kekurangan yang dimiliki tanpa menyalahkan orang lain dan memiliki keinginan terus-menerus untuk mengembangkan diri (Handayani *dkk.*,1998).

Menurut Supratiknya (1995, dalam Arni dan Yuniawati, 2015) menyatakan bahwa penerimaan diri adalah individu yang memiliki

penghargaan yang tinggi dan tidak bersikap sinis terhadap diri sendiri dimana penerimaan diri berkaitan dengan kerelaan membuka diri atau mengungkapkan pikiran, perasaan, dan reaksi terhadap orang lain.

2.3.2 Aspek-Aspek Penerimaan Diri

Menurut Sheerer (Cronbach, 1963) menyatakan bahwa aspek aspek penerimaan diri meliputi hal-hal sebagai berikut:

1. Perasaan sederajat atau berharga

Individu menganggap dirinya berharga sebagai manusia yang sederajat dengan orang lain, sehingga individu tidak merasa sebagai orang yang istimewa atau menyimpang dari orang lain. Individu merasa dirinya mempunyai kelemahan dan kelebihan seperti halnya orang lain.

2. Percaya terhadap kemampuan diri

Individu mempunyai kemampuan menghadapi kehidupan. Hal ini tampak dari sikap individu yang lebih suka untuk mengembangkan sikap baiknya dan mengeliminasi keburukan daripada ingin menjadi orang lain sehingga individu merasa puas pada dirinya sendiri

3. Bertanggung jawab

Individu berani memikul tanggung jawab terhadap perilakunya yang berarti individu memiliki keberanian untuk menghadapi dan menyelesaikan masalah. Sifat ini tampak dari perilaku individu yang mau menerima kritik dan menjadikannya

sebagai suatu masukan yang berharga untuk mengembangkan diri.

4. Orientasi keluar diri

Individu lebih mempunyai orientasi keluar daripada kedalam diri serta individu tidak malu dengan kondisi yang dialaminya hal tersebut menyebabkan individu lebih suka memperhatikan atau toleran terhadap orang lain sehingga mendapatkan penerimaan sosial dari lingkungannya.

5. Berpendirian

Individu lebih suka mengikuti standarnya sendiri daripada bersikap nyaman (*conform*) terhadap tekanan sosial. Individu yang mampu menerima memiliki sikap dan kepercayaan diri menurut pada tindakannya sendiri.

6. Menyadari keterbatasan

Individu tidak menyalahkan diri atas keterbatasan yang dimiliki ataupun mengingkari kelebihanannya. Individu dapat mengkompensasikan keterbatasan dengan memperbaiki dan meningkatkan karakter dirinya yang dianggap kuat, hal tersebut membuat pengelolaan potensi dan keterbatasan dapat berjalan dengan baik tanpa harus melarikan diri dari kenyataan yang ada.

7. Menerima sifat kemanusiaan

Individu tidak menyangkal adanya impuls emosi. Individu mengenali perasaan marah, takut dan cemas tanpa menganggapnya sebagai sesuatu yang harus diingkari atau ditutup.

Menurut Berger (1952 dalam Lowdon, 2011) karakteristik individu yang memiliki penerimaan diri meliputi:

1. Sikap dan perilaku individu lebih berdasarkan nilai-nilai dan standar yang ada pada dirinya daripada didasari oleh tekanan-tekanan dari luar dirinya
2. Individu mempunyai keyakinan akan kemampuan dalam diri untuk menghadapi kehidupan,
3. Individu berani memikul tanggung jawab terhadap perilakunya
4. menerima pujian dan celaan secara objektif
5. menganggap dirinya berharga sebagai manusia yang sederajat dengan orang lain
6. tidak merasa ditolak orang lain, tidak pemalu, serta tidak menganggap dirinya berbeda dari orang lain
7. tidak menyalahkan dirinya akan keterbatasan yang dimiliki ataupun mengingkari kelebihanannya

Orang yang menerima dirinya dapat mengenali kemampuan dirinya dan menggunakan kemampuan dirinya dengan bebas walaupun tidak semua dari kemampuan tersebut diinginkan. Mereka juga mengenali kelemahan dirinya tanpa menyalahkan diri sendiri. Menurut Sugiarti (2008) dapat disimpulkan bahwa ciri-ciri orang yang dapat menerima dirinya adalah individu yang dapat menilai secara positif pada dirinya sendiri, melakukan evaluasi yang sesuai, menerima kesalahan di masa lalu, memiliki pola pikir yang positif dan realistis terhadap kemampuan yang dimilikinya dan mampu untuk memanfaatkannya. Penelitian yang dilakukan Morgardo (2014) yang meneliti tentang penerimaan diri pada

orang dengan kebutaan menggunakan tiga hal untuk melihat penerimaan diri yaitu yang pertama *body acceptance* atau gambaran tubuh dimana individu dapat mengekspresikan kenyamanan dan menyukai kondisi tubuhnya meskipun tidak sepenuhnya puas dengan keadaanya. Lalu, mengurangi penilaian diri yang negatif dari orang lain dan yang terakhir yaitu merasa dan memiliki kemampuan pada kapasitas diri ditunjukkan dengan mengakui, menghargai dan mengembangkan pemikiran yang positif, mengembangkan kapasitas diri dan merelaisasikan.

2.3.3 Tahapan Penerimaan Diri

Menurut Kubbler Rose (1970 dalam Tomb, 2003) menyatakan bahwa sikap penerimaan terjadi bila seseorang mampu menghadapi kenyataan daripada hanya menyerah pada pengunduran diri atau tidak ada harapan. Untuk mencapai tahap penerimaan (*acceptance*) individu akan melalui beberapa tahapan diantaranya tahap *denial*, *anger*, *bargainning*, *depression* dan *acceptance*. Ada beberapa tahapan yang akan dilalui individu sesuai dengan teori kehilangan atau berduka Kubbler Rose, yaitu:

1. Tahap *denial* (Penolakan)

Ditunjukkan dengan perilaku menolak untuk percaya bahwa sedang mengalami kehilangan, tidak siap menghadapi masalah-masalah yang akan terjadi, reaksi *denial* berlangsung segera 24 jam setelah terjadinya kehilangan.

2. Tahap *anger* (Marah)

Individu secara langsung menunjukkan reaksi marah kepada orang-orang disekitarnya. Kemarahan tersebut sehubungan dengan masalah yang dalam keadaan normal tidak mengganggu mereka. Respon *anger* biasanya dimulai sejak 2 hari setelah kejadian hingga minggu pertama.

3. Tahap *bargaining* (tawar-menawar)

Ditunjukkan dengan perilaku mulai menawarkan diri untuk menghindari kesulitan, belajar menerima kepedihan dan menerima hubungan ketergantungan dengan orang yang sangat mendukung hal tersebut, terkadang disertai keraguan akan kemampuan untuk memulainya. Respon ini berlangsung mulai dari minggu pertama hingga minggu ketiga.

4. Tahap *depression* (depresi)

Ditunjukkan dengan respon perilaku sedih dan mendalam terhadap apa yang telah berlalu dan apa yang tidak dapat terjadi lagi. Respon ini berlangsung dari minggu ketiga dan lamanya tergantung kemampuan individu dalam menggunakan koping dan beradaptasi jika individu memiliki koping yang baik maka respon tersebut biasanya akan berlangsung 1-2 minggu setelah itu berlanjut ke tahap *acceptance*/menerima, namun jika tidak berhasil respon tersebut dapat menimbulkan stress yang berkepanjangan dan berlangsung lebih dari 1 tahun.

5. Tahap *acceptance* (Penerimaan)

Tahap akhir dari proses berduka. Respon yang ditampilkan berupa pengontrolan atau pengendalian diri, menyadari realitas,

mempunyai harapan tentang masa depan, merasakan kondisi diri sendiri sudah lebih baik dan dapat melanjutkan kepada fungsi dan perannya.

2.3.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penerimaan Diri

Berikut faktor-faktor yang mempengaruhi penerimaan diri:

1. Adanya pemahaman tentang diri sendiri

Seorang individu yang dapat mengetahui kemampuan dan ketidakmampuan yang ia miliki akan lebih bisa memahami dirinya baik kelebihan maupun kekurangan. Pemahaman diri individu sejalan dengan penerimaan diri individu tersebut artinya semakin individu memahami dirinya maka semakin ia dapat menerima dirinya.

2. Adanya harapan yang realistis

Seorang individu yang memiliki harapan yang realistis dalam mencapai sesuatu, maka tingkah lakunya akan tampil sesuai dengan harapannya. Harapan akan menjadi realistis jika individu menentukan sendiri harapan yang ia miliki sesuai dengan pemahaman akan kemampuan yang ia miliki dan tidak diarahkan oleh orang lain.

3. Tidak adanya hambatan didalam lingkungan

Meskipun seorang individu sudah memiliki harapan realistis tetapi bila lingkungan sekitarnya tidak memberikan kesempatan atau bahkan menghalangi maka individu sulit mencapai harapannya. Penerimaan diri akan dapat terwujud dengan mudah apabila lingkungan dimana individu berada memberikan dukungan yang penuh.

4. Sikap anggota masyarakat yang menyenangkan

Sikap yang berkembang di masyarakat akan ikut andil dalam proses penerimaan diri seseorang. Jika lingkungan memberikan sikap yang baik pada individu maka individu akan cenderung untuk senang dan menerima dirinya.

5. Tidak adanya stress (tekanan emosional) yang berat

Timbulnya stres emosional baik tingkat berat hingga ringan dapat menyebabkan kesedihan dan ketergantungan dimana mengakibatkan gangguan fisik maupun psikologis. Tidak adanya stres atau tekanan emosional yang berat mampu membuat individu untuk lebih tenang dan bahagia. Kondisi ini membentuk evaluasi diri yang positif dan penerimaan diri.

6. Pengaruh keberhasilan yang dialami

Keberhasilan yang dialami dapat menimbulkan penerimaan diri dan sebaliknya kegagalan yang dialami dapat mengakibatkan adanya penolakan diri.

7. Identifikasi dengan orang yang memiliki penyesuaian diri yang baik

Seorang individu yang dapat mengidentifikasi dirinya dan memiliki penyesuaian diri yang baik dapat membangun sikap positif terhadap dirinya.

8. Adanya perspektif diri yang luas

Seorang individu yang melihat dirinya secara keseluruhan, bukan melihat pada satu sisi yang ia miliki yaitu sisi kelebihan atau sisi kekurangan yang ada pada dirinya. Perspektif diri terbentuk jika individu dapat melihat dirinya sama dengan apa yang dilihat orang lain pada dirinya. Rendahnya perspektif diri akan menimbulkan perasaan

tidak puas dan penolakan diri. Namun efektif diri yang obyektif dan sesuai kenyataan yang sebenarnya akan memudahkan dalam penerimaan diri.

9. Pola asuh di masa kecil yang baik

Seorang anak yang diasuh secara demokratis akan cenderung berkembang sebagai individu yang dapat menghargai dirinya sendiri

10. Konsep diri yang stabil

Individu yang tidak memiliki konsep diri yang stabil akan sulit menunjukkan pada orang lain siapa dia sebenarnya, sebab ia sendiri bingung terhadap dirinya. Konsep diri yang stabil akan memudahkan seseorang dalam usaha untuk menerima dirinya (Hurlock, 1992 dalam Zarfiel dan Nadira, 2013)

11. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga mempengaruhi kepuasan seseorang dalam menjalani kehidupan sehari-hari termasuk kepuasan terhadap status kesehatannya. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Utami (2013) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang positif antara dukungan keluarga dengan penerimaan diri pada pasien asma.

2.3.5 Pengukuran Penerimaan Diri pada Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Terapi Hemodialisis

Penerimaan diri merupakan sebuah hal yang penting bagi pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisis untuk dapat menerima kondisi dan terapi yang dijalannya. Terdapat beberapa instrumen yang digunakan untuk mengukur penerimaan diri

salahsatunya yakni *Unconditionally Self-Acceptance* yang dikembangkan oleh Chamberlain dan Haaga's tahun 2001. Peneliti memodifikasi instrumen tersebut dengan mengacu pada aspek-aspek penerimaan diri yang diperoleh dan disesuaikan pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisis. Instrumen yang digunakan terdiri dari 6 skala yakni perasaan berharga, bertanggung jawab, percaya pada kemampuan diri, orientasi keluar diri, menerima pujian dan kritikan, menyadari keterbatasan.

2.4 Dukungan keluarga

2.4.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Keluarga juga didefinisikan sebagai kelompok individu yang tinggal bersama dengan atau tidak adanya hubungan darah, pernikahan, adopsi dan tidak hanya terbatas pada keanggotaan dalam suatu rumah tangga (Friedman, 2010).

2.4.2 Tugas keluarga di bidang kesehatan

Friedman (dalam Suprajitno, 2004) membagi tugas keluarga dalam bidang kesehatan, yaitu:

a. Mengetahui masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu menjadi tidak berarti. Kesehatan dapat mengurangi seluruh kekuatan sumber daya

dan dana keluarga. Keluarga perlu mengenali keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami oleh keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami oleh anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila keluarga menyadari adanya perubahan perlu untuk segera mencatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

- b. Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat bagi anggota keluarga

Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat dan masalah kesehatan yang terjadi segera teratasi atau berkurang.

- c. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan

Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah tidak menjadi lebih parah.

- d. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

- e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga

2.4.3 Definisi Dukungan keluarga

Dukungan keluarga diartikan sebagai bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga sehingga akan memberikan kenyamanan fisik dan psikologis pada orang yang dihadapkan pada situasi stres (Taylor,

2006). Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga menganggap bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 1998).

Menurut Gottlieb (1983) dukungan keluarga adalah sebagai pemberi informasi verbal atau non verbal, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek didalam lingkungannya dimana memberikan keuntungan emosional dan berpengaruh kepada tingkah laku penerimanya. Individu yang memperoleh dukungan secara emosional akan merasa lega karena diperhatikan, mendapat saran dan kesan yang menyenangkan pada dirinya.

2.4.4 Bentuk Dukungan Keluarga

Menurut (House dan Khan, 1985 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2010) membagi dukungan keluarga dapat dibagi menjadi empat tipe, yaitu:

1. Dukungan emosional

Dukungan emosional merupakan dukungan yang diberikan oleh keluarga dalam bentuk perhatian, kasih sayang, dan simpati. Menurut Nugroho (2000) menyatakan bahwa dukungan emosional merupakan bentuk dukungan keluarga berupa rasa aman, cinta kasih, memberikan semangat, mengurangi putus asa, mengurangi rasa rendah diri dan keterbatasan sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik. Dukungan emosional didalam keluarga

secara positif mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga (Friedman *et al*, 2003).

Dengan adanya dukungan emosional, individu yang sedang menghadapi masalah akan merasa bahwa ia tidak menanggung beban persoalannya sendiri tetapi masih ada orang lain yang mau memperhatikan, mendengarkan dan berempati terhadap persoalan yang sedang dihadapinya bahkan mau membantu memecahkan masalah (House, 1994 dalam Harnilawati, 2013). Keluarga berusaha untuk menghibur anggota keluarga yang sedang berduka atau mengalami kesusahan merupakan salah satu bentuk dukungan emosional juga (Wortman *et al.*, 1999 dalam Kusuma, 2011). Dukungan emosional diharapkan dapat membantu dan meningkatkan motivasi dan percaya diri untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien.

2. Dukungan penghargaan (*Appraisal Support*)

Dukungan penghargaan merupakan suatu dukungan dalam bentuk memberikan umpan balik (*feedback*) dan penghargaan yang diberikan kepada anggota keluarga dengan menunjukkan respon positif yaitu dukungan dan dorongan terhadap gagasan/ide atau perasaan pasien (Bomar, 2004). Dukungan penghargaan termasuk dalam fungsi afektif keluarga yang dapat meningkatkan status psikososial pada anggota keluarga yang sakit (Friedman *et al.*, 2003).

Menurut Cohan dan Willis (1977, dalam Kusuma, 2011) mengemukakan bahwa dukungan penghargaan merupakan

informasi yang diberikan pada seseorang bahwa dia dihargai dan diakui keberadaannya serta rasa dimiliki dan dicintai oleh orang sekitarnya. Harga diri seseorang dapat ditingkatkan dengan cara mengkomunikasikan kepada seseorang bahwa dia bernilai dan diterima meskipun tidak luput dari kesalahan. Selain itu dukungan keluarga akan membantu pasien mendapatkan penghargaan atau pengakuan atas kemampuannya walaupun sifatnya kecil atau sedikit berpengaruh (Friedman, 1998)

Selain itu dukungan penghargaan juga dapat meningkatkan semangat, motivasi dan harga diri sebab pasien merasa berguna untuk keluarga sehingga diharapkan membentuk perilaku yang meningkatkan kualitas hidup.

3. Dukungan Informasi (*Informational Support*)

Dukungan informasi merupakan suatu dukungan yang diberikan keluarga dalam bentuk pemberian, saran, nasihat, dan informasi penting yang dibutuhkan oleh pasien dalam upaya meningkatkan status kesehatannya. Menurut House (1994, dalam Setiadi, 2008). Informasi yang diberikan akan membantu individu untuk menanggulangi persoalan-persoalan yang dihadapi, selain itu informasi yang diterima dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin menghadapi persoalan yang sama atau hampir sama. Pada dukungan informasi keluarga sebagai penghimpun dan penyebar informasi (Friedman *et al.*, 2003).

Dukungan informasi yang diberikan keluarga merupakan salahsatu bentuk fungsi perawatan kesehatan keluarga terhadap

pasien dengan penyakit kronis. Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi diantaranya memperkenalkan kepada pasien tentang kondisi penyakit yang dialaminya dan menjelaskan tatalaksana terkait dengan terapi agar pasien termotivasi untuk menjaga dan mengontrol kesehatannya (Friedman *et al.*, 2003)

4. Dukungan Instrumental (*Instrumental Support*)

Dukungan ini merupakan suatu dukungan penuh keluarga dalam bentuk memberikan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu dalam perawatan anggota keluarga (Koentjoro, 2002 dalam Kusuma, 2011). Dukungan instrumental merupakan sumber pertolongan yang praktis dan konkrit (Friedman, 1998)

2.4.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Terdapat 2 faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga yaitu faktor eksternal dan internal, yaitu:

1. Faktor internal

a. Usia

Dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini pertumbuhan dan perkembangan. Dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

b. Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir individu dalam memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan mendorong individu menjaga kesehatan.

c. Emosi

Faktor emosional dapat mempengaruhi keyakinan individu terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit seperti khawatir bahwa penyakit yang diderita dapat mengancam hidupnya.

d. Spiritual

Aspek spiritual mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga, teman dan kemampuan dalam mencari harapan dan arti dari kehidupan.

2. Faktor eksternal

a. Praktik di keluarga

Dukungan keluarga dipengaruhi oleh praktek dukungan didalam keluarga berupa bagaimana cara keluarga dalam memberikan dukungan. Hal tersebut biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatnnya.

b. Sosio dan psikosial

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan dapat 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 cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga ia 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 (Purnawan, 2008)

2.5 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Penerimaan Diri pada Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Terapi Hemodialisis

Pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisis sering merasa khawatir dengan kondisi sakitnya karena terjadi perubahan dalam kehidupan baik secara fisik, psikologis dan sosial (Smeltzer dan Bare, 2001; Wang dan Chen, 2012). Pasien yang menjalani terapi hemodialisis juga harus mematuhi adanya perubahan gaya hidup, diet, pembatasan cairan dan mengkonsumsi obat-obatan yang telah diresepkan secara rutin (Victoria *et al.*, 2015).

Masalah psikologis yang sering terjadi pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis adalah depresi dan ansietas dimana bila tidak ditangani dengan baik dapat mengarah pada bunuh diri. Prevalensi depresi pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis sekitar 19-60% dan 12-52% pasien hemodialisis memiliki tingkat kecemasan sedang (Wang dan Chen, 2012; Murtagh *et al.*, 2007 dalam Hmwe *et al.*, 2015). Untuk itu, diperluan strategi koping yang efektif untuk menjaga kesejahteraan fisik maupun psikologis ketika berhadapan dengan stressor. Strategi koping yang efektif dapat menurunkan tingkat stres, mengatasi perasaan tidak nyaman dan mempertahankan konsep diri yang positif (Ibrahim *et al.*, 2009).

Penerimaan diri merupakan salah satu pemicu strategi koping yang adaptif (Gillander dan Deighan 2008 dalam Chan, 2013) . Pada umumnya pasien gagal ginjal kronis memiliki tahapan penerimaan diri yang berbeda-beda sesuai dengan kemampuan dan mekanisme koping yang dimiliki dalam menghadapi sebuah masalah (Videback, 2008 dalam Wahyuningsih, 2011). Pasien yang dapat menerima dirinya akan menunjukkan emosi yang positif dengan realitas yang dihadapi, membatasi pemikiran yang negatif tentang penyakit dan terapi serta berperilaku adaptif (Chan, 2013). Selain itu, individu yang dapat menerima dirinya akan terbentuk sikap positif terhadap suatu keadaan yang tidak menyenangkan sehingga individu mampu melihat keadaan yang dialaminya secara realistis, tidak mudah putus asa atau menghindar akan tetapi mencari jalan keluar dari permasalahan yang dihadapi (Utami, 2013).

Penelitian yang dilakukan Novvida dan Syifa'a (2007) pada pasien diabetes mellitus menunjukkan bahwa semakin rendah penerimaan diri maka stres yang dialami individu akan semakin tinggi. Lebih lanjut penelitian tersebut menjelaskan bahwa individu yang senantiasa rendah diri, tidak berpuas hati dengan dirinya, kurang menerima diri akan membuat individu tidak akan merasakan kesejahteraan. Salah satu faktor yang mempengaruhi penerimaan diri adalah adanya dukungan keluarga.

Dukungan keluarga mempunyai pengaruh positif terhadap kesehatan psikososial secara keseluruhan dimana dapat mengurangi kecemasan, ketidakberdayaan dan keputusan (Kusuma, 2011). Dengan adanya dukungan keluarga membantu pasien untuk lebih menerima keadaan dirinya. Penelitian yang dilakukan oleh Istiqomah (2009) di RSU Dr. Soetomo Surabaya menunjukkan bahwa semakin tinggi dukungan sosial yang diterima pasien hemodialisis maka semakin tinggi penerimaan dirinya dan begitu juga sebaliknya dimana dari total sample 35 subjek sebanyak 24 pasien hemodialisis (68,57%) memiliki penerimaan diri sedang.