

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Gagal Ginjal Kronis

2.1.1 Pengertian Gagal Ginjal Kronis

Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah gangguan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang berakibat pada peningkatan ureum (Black & Hawks, 2016). Gagal ginjal kronik disebabkan oleh berbagai kondisi, seperti gangguan metabolik (DM), infeksi (Pielonefritis), Obstruksi Traktus Urinarius, Gangguan Imunologis, Hipertensi, Gangguan tubulus primer (nefrotoksin) dan Gangguan kongenital yang menyebabkan GFR menurun (Septiwi, 2011). Pasien gagal ginjal kronis mempunyai karakteristik bersifat menetap, tidak bisa disembuhkan dan memerlukan pengobatan berupa, transplantasi ginjal, dialysis peritoneal, hemodialysis dan rawat jalan dalam waktu yang lama Desfrimadona, (2016) & Desnauli, Nursalam & Efendi, (2017).

Saat terjadi kegagalan ginjal sebagian nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) diduga utuh sedangkan yang lain rusak (hipotesa nefron utuh). Nefron-nefron yang utuh hipertrofi dan memproduksi volume filtrasi yang meningkat disertai reabsorpsi walaupun dalam keadaan penurunan GFR/daya saring. Metode adaptif ini memungkinkan ginjal untuk berfungsi sampai 3/4 dari nefron-nefron rusak. Beban bahan yang harus dilarut menjadi lebih besar daripada yang bisa di reabsorpsi berakibat dieresis osmotik disertai poliuri dan haus.

Selanjutnya karena jumlah nefron yang rusak bertambah banyak timbul disertai retensi produk sisa. Titik dimana timbulnya gejalagejala pada pasien menjadi lebih jelas dan muncul gejala-gejala pada pasien

menjadi lebih jelas dan muncul gejala-gejala khas kegagalan ginjal bila kira-kira fungsi ginjal telah hilang 80%-90%. Pada tingkat ini fungsi renal yang demikian lebih rendah.

Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap system tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah maka gejala akan semakin berat (Hinkle, Cheever, Brunner & Suddarth's, 2016) & (Mayuda, Chasani & Saktini, 2017).

Gagal ginjal kronis (GGK) atau penyakit ginjal tahap akhir merupakan gangguan fungsi ginjal yang progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lainnya dalam darah) (Smeltzer dan Bare, 2018).

Menurut Brunner & Suddarth (2013), gagal ginjal kronis atau penyakit renal tahap akhir (ESRD) merupakan gangguan fungsi renal yang *progresif* dan *ireversibel* dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah).

2.1.2 Klasifikasi gagal ginjal kronis

Menurut Suharyanto, Madjid dan Wijaya (2013), gagal ginjal kronis dapat di klasifikasikan berdasarkan sebabnya, yaitu:

Tabel 2.1 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronis Berdasarkan Sebabnya

Klasifikasi Penuakit	Penyakit
Penyakit infeksi dan peradangan	Pielonefritis Kronik Glomerulonefritis
Penyakit vaskuler hipertensif	Nefrosklerosis benigna Nefrosklerosis maligna Stenosis arteri renalis
Gangguan jaringan penyambung	Lupus eritematosus sistemik Poliartritis nodosa Sklerosis sistemik progresif
Gangguan kongenital dan herediter	Penyakit ginjal polikistik Asidosis tubulus ginjal
Penyakit metabolic	Diabetes melitus Gout disease Hipertiroidisme
Nefropati toksik	Penyalahgunaan analgesic Nefropati timbale
Nefropati obstruksi	Saluran kemih bagian atas: kalkuli, neoplasma, fibrosis retroperineal. Saluran kemih bagian bawah: Hipertropi prostat, striktur uretra, anomali leher kandung kemih dan uretra.

Sumber Suharyanto, Madjid dan Wijaya (2013)

2.1.3 Stadium gagal ginjal

2.1.3.1 Stadium I

Dinamakan penurunan cadangan ginjal. Selama stadium ini kreatinin serum dan kadar BUN normal, dan penderita asimptomatik. Gangguan fungsi ginjal hanya dapat diketahui dengan tes pemekatan kemih dan tes GFR yang teliti.

2.1.3.2 Stadium II

Dinamakan insufisiensi ginjal. Pada stadium ini dimana lebih dari 75% jaringan yang berfungsi telah rusak. GFR besarnya 25% dari normal. Kadar BUN dan kreatinin serum mulai meningkat dari normal. Gejala-gejala nokturia atau sering berkemih di malam hari sampai 700 ml dan poliuria (akibat dari kegagalan pemekatan) mulai timbul.

2.1.3.3 Stadium III

Dinamakan gagal ginjal stadium akhir atau uremia. Sekitar 90% dari massa nefron telah hancur atau rusak, atau hanya sekitar 200.000 nefron saja yang masih utuh. Nilai GFR hanya 10% dari keadaan normal. Kreatinin serum dan BUN akan meningkat dengan mencolok. Gejala-gejala yang timbul karena ginjal tidak sanggup lagi mempertahankan homeostasis cairan dan elektrolit dalam tubuh, yaitu: oliguri karena kegagalan glomerulus, sindrom uremik (Suharyanto, Madjid dan Wijaya, 2013).

Menurut *The Kidney Outcomes Quality Initiative (K/DOQI)* gagal ginjal kronis dapat diklasifikasikan berdasarkan tahapan penyakit dari waktu ke waktu sebagai berikut:

Stadium 1: kerusakan normal (GFR > 90 ml/min/1,73 m²)

Stadium 2: ringan (GFR 60-89 ml/min/1,73 m²)

Stadium 3: sedang (GFR 30-59 ml/min/1,73 m²)

Stadium 4: gagal berat (GFR 15-29 ml/min/1,73 m²)

Stadium 5: gagal ginjal terminal (GFR <15 ml/min/1,73 m²)

Pada gagal ginjal kronis tahap 1 dan 2 tidak menunjukkan tanda-tanda kerusakan ginjal termasuk komposisi darah yang abnormal atau urin yang abnormal (Arora, 2014 dalam Satriya, 2018).

2.1.4 Patofisiologi gagal ginjal kronis

Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia (2006) patofisiologi penyakit gagal ginjal kronik pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi kurang lebih sama. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan

fungsional nefron yang masih tersisa (*surviving nephrons*) sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokinin dan growth factor. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, akhirnya diikuti dengan penurunan fungsi nefron yang progresif, walaupun penyakit dasarnya sudah tidak aktif lagi. Adanya peningkatan aktivitas aksis renin-angiotensin-aldosterone intrarenal, ikut memberikan kontribusi terhadap terjadinya hiperfiltrasi, sklerosis dan progresifitas tersebut. Aktivasi jangka panjang aksis renin-angiotensin-aldosterone, Sebagian diperantarai oleh *growth factor* seperti transforming *growth factor* β (TGF- β).

2.1.5 Pencegahan

Upaya pencegahan terhadap penyakit ginjal kronik sebaiknya sudah mulai dilakukan pada stadium dini penyakit ginjal kronik. Berbagai upaya pencegahan yang telah terbukti bermanfaat dalam mencegah penyakit ginjal dan kardiovaskular, yaitu pengobatan hipertensi (makin rendah tekanan darah makin kecil resiko penurunan fungsi ginjal), pengendalian gula darah, lemak darah, anemia, penghentian merokok, peningkatan aktivitas fisik dan pengendalian berat badan (Sutopo, 2016).

2.1.6 Penatalaksanaan

2.1.6.1 Terapi konservatif

Tujuan dari terapi konservatif adalah mencegah memburuknya faal ginjal secara progresif, meringankan keluhan-keluhan akibat akumulasi toksin azotemia, memperbaiki metabolisme secara optimal dan memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit (Sukandar, 2006 dalam Anggara, 2018).

a. Peranan diet

Terapi Diet Rendah Protein (DRP) menguntungkan untuk mencegah atau mengurangi toksin azotemia, terapi untuk jangka lama dapat merugikan terutama gangguan keseimbangan negatif nitrogen.

b. Kebutuhan jumlah kalori

Kebutuhan jumlah kalori (sumber energi) untuk GJK harus adekuat dengan tujuan utama yaitu mempertahankan keseimbangan positif nitrogen, memelihara status nutrisi dan memelihara status gizi.

c. Kebutuhan cairan

Bila ureum serum >150 mg% kebutuhan cairan harus adekuat supaya jumlah diuresis mencapai 2L per hari.

d. Kebutuhan elektrolit dan mineral

Kebutuhan jumlah mineral dan elektrolit bersifat individual tergantung dari LFG dan penyakit ginjal dasar (*Underlying Renal Disease*).

2.1.6.2 Terapi simptomatik

a. Asidosismetabolik.

Asidosis metabolik harus dikoreksi karena meningkatkan serum kalium (hiperkalemia). Untuk mencegah dan mengobati asidosis metabolic dapat diberikan supelmen alkali. Terapi alkali (sodium bikarbonat) harus segera diberikan intravena bila $\text{Ph} \leq 7,35$ atau serum bikarbonat ≤ 20 mEq/L.

b. Anemia

Transfusi darah misalnya, *Paked Red Cell (PRC)* merupakan salah satu pilihan tepat alternatif, murah dan efektif. Terapi pemberian transfuse darah harus hati-hati karena dapat menyebabkan kematian mendadak (hipervolemik).

c. Keluhan gastrointestinal

Anoreksia, cegukan, mual dan muntah merupakan keluhan yang sering dijumpai pada GGK. Keluhan gastrointestinal ini merupakan keluhan utama (*chief complaint*) dari GGK. Keluhan gastrointestinal yang lain adalah ulserasi mukosa mulai dari mulut sampai anus. Tindakan yang harus dilakukan yaitu program terapi dialisis adekuat dan obat-obatan simtomatik.

d. Kelainan kulit

Tindakan yang diberikan harus tergantung dengan keluhan jenis kulit.

e. Kelainan neuromuskular

Beberapa terapi pilihan yang dapat dilakukan yaitu terapi hemodialisis regular yang adekuat, medikamentosa atau operasi subtotal paratiroidektomi.

f. Hipertensi

Pemberian obat-obatan anti hipertensi.

g. Kelainan sistem kardiovaskular

Kelainan yang diberikan tergantung dari kelainan kardiovaskular yang diderita.

2.1.6.3 Terapi pengganti ginjal

Terapi pengganti ginjal dilakukan pada penyakit kronik stadium 5, yaitu pada LFG kurang dari 15ml/menit. Terapi tersebut dapat berupa hemodialisis, dialisis peritoneal, dan transplantasi ginjal (Suwitra, 2011 dalam Anggara, 2018).

a. Hemodialisis

Tindakan terapi dialisis tidak boleh terlambat untuk mencegah gejala toksik azotemia, dan malnutrisi. Tetapi terapi dialisis tidak boleh terlalu cepat pada pasien GGK yang belum tahap akhir akan memperburuk faal ginjal (FLG). Indikasi tindakan terapi dialisis, yaitu indikasi absolut dan indikasi elektif. Beberapa yang termasuk dalam indikasi absolut yaitu pericarditis, ensefalopati/neuropati azotemik, bendungan paru dan kelebihan cairan yang tidak responsif dengan diuretic, hipertensi refrakter, muntah persisten, dan *Blood Uremic Nitrogen* (BUN) > 120 mg% kreatinin mg%. Indikasi elektif, yaitu LFG antara 5 dan 8 ml/menit/1,73m², mual, anoreksia, muntah, dan astenia (kehilangan energi) berat (Sukandar, 2006 dalam Anggara, 2018).

Hemodialisis di Indonesia dimulai pada tahun 1970 dan sampai sekarang telah dilaksanakan di banyak rumah sakit rujukan. Umumnya dipergunakan ginjal buatan yang kompartemen darahnya adakah kapiler-kapiler selaput semipermeabel (*hollow fibre kidney*). Kualitas hidup yang diperoleh cukup baik dan Panjang umur yang tertinggi sampai sekarang 14 tahun. Kendala yang lain adalah biaya yang mahal (Sudoyo, 2011 dalam Anggara, 2018).

b. Dialisis Peritoneal (DP)

Akhir-akhir ini sudah populer *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* di pusat ginjal di luar negeri dan di Indonesia. Indikasi medik CAPD, yaitu pasien anak-anak dan orang tua (umur lebih 65 tahun), pasien-pasien yang telah menderita penyakit kardiovaskular, pasien-pasien yang cenderung akan mengalami perdarahan bila dilakukan hemodialisis, kesulitan pembuatan AV Shunt, pasien dengan stroke, pasien dengan GGT (gagal ginjal terminal) dengan residual urin masih cukup, dan pasien nefropati diabetic disertai *co-morbidity* dan *co-mortality*. Indikasi non-medik, yaitu keinginan pasien sendiri, tingkat intelektual tinggi untuk melakukan sendiri (mandiri), dan di daerah yang jauh dari pusat ginjal (Sukandar, 2006 dalam Anggara, 2018).

c. Transplantasi ginjal

Transplantasi ginjal merupakan terapi pengganti ginjal (anatomi dan faal). Pertimbangan program transplantasi ginjal (Suwitra, 2011 dalam Anggara, 2018), yaitu:

- 1) Cangkok ginjal (*kidney transplant*) dapat mengambil alih seluruh (100%) faal ginjal, sedangkan hemodialisis hanya mengambil alih 70-80% faal ginjal alamiah.
- 2) Kualitas hidup normal Kembali
- 3) Masa hidup (*survival rate*) lebih lama
- 4) Komplikasi (biasanya dapat diantisipasi) terutama berhubungan dengan obat immunosupresif untuk mencegah reaksi penolakan.
- 5) Biaya lebih murah dan dapat dibatasi.

2.2 Konsep Hemodialisa

2.2.1 Pengertian hemodialisa

Hemodialisa (HD) adalah suatu prosedur dimana darah dikeluarkan dari tubuh penderita dan beredar dalam sebuah mesin di luar tubuh yang disebut dialiser. Frekuensi tindakan HD bervariasi tergantung banyaknya fungsi ginjal yang tersisa, rata-rata penderita menjalani tiga kali dalam seminggu, sedangkan dialisis dengan cara menaikkan tekanan hidrostatik negatif pada kompartemen cairan dialisis. Perpindahan air ini disebut ultrafiltrasi (Sudoyo, dkk 2011).

2.2.2 Tujuan hemodialisa

Terapi hemodialisis mempunyai beberapa tujuan. Tujuan tersebut diantaranya adalah menggantikan fungsi ginjal dalam fungsi ekskresi (membuang sisa-sisa metabolisme dalam tubuh, seperti ureum, kreatinin, dan sisa metabolisme yang lain), menggantikan fungsi ginjal dalam mengeluarkan cairan tubuh yang seharusnya dikeluarkan sebagai urin saat ginjal sehat, meningkatkan kualitas hidup pasien yang menderita penurunan fungsi ginjal serta Menggantikan fungsi ginjal sambil menunggu program pengobatan yang lain (Suharyanto & Madjid, 2013)

Hemodialisis bertujuan untuk mengeluarkan zat-zat toksik yang ada di dalam darah seseorang, membuang kelebihan air yang mampu mempengaruhi tekanan antara darah dan bagian cairan, dan biasanya terdapat tekanan positif dalam arus darah dan tekanan negatif dalam kompartemen dialisis (proses ultrafiltrasi), mempertahankan sistem pernafasan dan kadar elektrolit (Cahyaningsih, 2009).

2.2.3 Prinsip-prinsip yang mendasari hemodialisa

Aliran darah pada hemodialisis yang penuh dengan toksin dan limbah nitrogen dialihkan dari tubuh pasien ke dializer tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan lagi ke tubuh pasien. Sebagian

besar dializer merupakan lempengan rata atau ginjal serat artificial berongga yang berisi ribuan tubulus selofan yang halus dan bekerja sebagai membran semipermeabel. Aliran darah akan melewati tubulus tersebut sementara cairan dialisat bersirkulasi di sekelilingnya. Pertukaran limbah dari darah ke dalam cairan dialisat akan terjadi melalui membrane semipermeabel tubulus (Brunner & Suddarth, 2013).

Tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis, yaitu difusi, osmosis, ultrafiltrasi. Toksin dan zat limbah di dalam darah dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi, ke cairan dialisat dengan konsentrasi yang lebih rendah (Lavey, 2011).

Cairan dialisat tersusun dari semua elektrolit yang penting dengan konsentrasi ekstrasel yang ideal. Kelebihan cairan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradien tekanan, dimana air bergerak dari daerah dengan tekanan yang lebih tinggi (tubuh pasien) ke tekanan yang lebih rendah (cairan dialisat). Gradient ini dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negatif yang dikenal sebagai ultrafiltrasi pada mesin dialisis. Tekanan negative diterapkan pada alat ini sebagai kekuatan penghisap pada membran dan memfasilitasi pengeluaran air (Elizabeth, et all, 2016).

2.2.4 Penatalaksanaan hemodialisa

Hemodialisis merupakan hal yang sangat membantu pasien sebagai upaya memperpanjang usia penderita. Hemodialisis tidak dapat menyembuhkan penyakit ginjal yang diderita pasien tetapi hemodialisis dapat meningkatkan kesejahteraan kehidupan pasien yang gagal ginjal (Yani, 2012). Pasien hemodialisis harus mendapat asupan makanan

yang cukup agar tetap dalam gizi yang baik. Gizi kurang merupakan prediktor yang 20 penting untuk terjadinya kematian pada pasien hemodialisis. Asupan protein diharapkan 1-1,2 gr/kgBB/hari dengan 50 % terdiri atas asupan protein dengan nilai biologis tinggi. Asupan kalium diberikan 40- 70 meq/hari. Pembatasan kalium sangat diperlukan, karena itu makanan tinggi kalium seperti buah-buahan dan umbi-umbian tidak dianjurkan untuk dikonsumsi. Jumlah asupan cairan dibatasi sesuai dengan jumlah urin yang ada ditambah insensible water loss. Asupan natrium dibatasi 40- 120 mEq/hari guna mengendalikan tekanan darah dan edema. Asupan tinggi natrium akan menimbulkan rasa haus yang selanjutnya mendorong pasien untuk minum. Bila asupan cairan berlebihan maka selama periode di antara dialisis akan terjadi kenaikan berat badan yang besar (Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia, 2006).

Banyak obat yang diekskresikan seluruhnya atau sebagian melalui ginjal. Pasien yang memerlukan obat-obatan (preparat glikosida jantung, antibiotik, antiaritmia, antihipertensi) harus dipantau dengan ketat untuk memastikan agar kadar obat-obatan ini dalam darah dan jaringan dapat dipertahankan tanpa menimbulkan akumulasi toksik. Resiko timbulnya efek toksik akibat obat harus dipertimbangkan (Hudak & Gallo, 2010).

2.2.5 Dampak psikososial pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa.

Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa akan sering khawatir akan kondisinya dimana terdapat masalah yang akan mereka hadapi seperti masalah finansial, kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual yang menurun, depresi akibat sakit kronis yang diderita. Pasien yang berusia muda akan khawatir terhadap perkawinan, anak-anak yang dimilikinya serta beban

yang akan ditimbulkan pada keluarga mereka (Smeltzer & Bare, 2018). Dampak yang ditimbulkan yaitu kecemasan, depresi, peningkatan resiko bunuh diri, dan penurunan kualitas hidup (Wang & Chen, 2012). Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa akan melalui tiga tahap penyesuaian secara psikologis menurut Kaplan & Shaddock, 1997, yaitu:

2.2.5.1 Periode *honey moon*

Merupakan periode awal pada pasien hemodialisa, 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 hemodialisa yang pertama sampai 6 bulan.

2.2.5.2 Periode kekecewaan dan putus asa

Dalam periode ini pasien akan mengalami penurunan harapan dan perasaan negatif terhadap penyakit yang dialami. Pasien mulai sedih dan tidak berdaya diaman keadaan ini berlangsung sampai enam belas bulan. Selain itu, baik baik pasien maupun keluarga sama-sama mulai menghadapi kendala terkait terapi hemodialisa seperti waktu, kegiatan, finansial, dan aturan diet yang harus dijalani oleh pasien.

2.2.5.3 Periode adaptasi jangka panjang

Periode adaptasi jangka panjang gagal ginjal kronis biasanya dimulai 12-18 bulan setelah pasien hemodialisa. Dalam periode ini biasanya pasien mulai menerima kondisinya. Perubahan yang terjadi pada periode ini terjadi secara bertahap dan ditandai juga dengan perasaan emosi yang fluktuatif.

2.3 Konsep Kecemasan

2.3.1 Pengertian kecemasan

Kecemasan adalah manifestasi dari berbagai proses emosi yang bercampur baur, yang terjadi ketika orang sedang mengalami tekanan perasaan (frustasi) dan pertentangan batin / konflik (Drajat, 2001).

Sementara itu, Freud berpendapat bahwa kecemasan merupakan pengalaman subyektif individu mengenai ketegangan-ketegangan, kesulitan-kesulitan dan tekanan yang menyertai suatu konflik atau ancaman (Basuki, 1987; Hanum, 2002).

Lumongga (2013) kecemasan timbul sebagai akibat seringnya kekhawatiran yang menghantui dalam menghadapi situasi yang sebelumnya tidak pernah dikhawatirkan. Kecemasan biasanya relative, artinya bisa dihilangkan dan ditenangkan. Namun pada sebagian orang kondisi ini tidak mampu dilakukan.

Kecemasan adalah penghayatan emosional yang tidak menyenangkan, berhubungan dengan antisipasi malapetaka yang akan datang. Tingkatannya bervariasi dari perasaan cemas dan gelisah yang ringan sampai ketakutan yang amat berat. Dapat dibandingkan dengan perasaan takut dan terancam, tetapi seringkali tanpa adanya alasan atau penyebab yang sepadan (Bachtiar, 1993).

Sementara itu, menurut Bustaman (2001) mendefinisikan kecemasan sebagai ketakutan terhadap hal-hal yang belum tentu terjadi. Perasaan cemas muncul apabila seseorang berada dalam keadaan diduga akan merugikan dan mengancam dirinya, serta merasa tidak mampu menghadapinya. Dengan demikian, rasa cemas sebenarnya suatu ketakutan yang diciptakan oleh diri sendiri, yang dapat ditandai dengan selalu merasa khawatir dan takut terhadap sesuatu yang belum terjadi.

Kecemasan adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian masih tetap utuh, perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal (Hawari, 2013).

Kecemasan merupakan kondisi gangguan psikologis dan fisiologis yang ditandai dengan gangguan kognitif, somatik, emosional dan komponen dari rangkaian tingkah laku. Kecemasan merupakan salah satu dampak psikologis yang dialami oleh pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisa.

Caninsti (dalam Yolanda, 2017) mengemukakan pasien tidak mampu menerima kondisi bahwa harus menjalani terapi hemodialisa seumur hidup, sehingga pasien menganggap dirinya sudah cacat dan menderita sepanjang hidupnya. Pasien menganggap tidak ada lagi cita-cita, harapan dan tidak lagi mampu melakukan kegiatan seperti biasanya.

2.3.2 Proses terjadinya kecemasan

Kecemasan pada individu dapat terjadi melalui suatu proses atau rangkaian yang dimulai dengan adanya suatu rangsangan eksternal maupun internal, sampai suatu keadaan yang dianggap sebagai ancaman atau membahayakan. Spielberger, 1983 menyebutkan ada lima proses terjadinya kecemasan pada individual, yaitu:

2.3.2.1 *Evaluated situation*

Adanya situasi yang mengancam secara kognitif sehingga ancaman ini dapat menimbulkan kecemasan.

2.3.2.2 *Perception of situation*

Situasi yang mengancam diberi penilaian oleh individu, dan biasanya penilaian ini dipengaruhi oleh sikap, kemampuan dan pengalaman individu.

2.3.2.3 *Anxiety state of reaction*

Individu menganggap bahwa ada situasi berbahaya, maka reaksi kecemasan sesaat yang melibatkan respon fisiologis seperti denyut jantung dan tekanan darah.

2.3.2.4 *Cognitive reappraisal follows*

Individu kemudian menilai kembali situasi yang mengancam tersebut, untuk itu individu menggunakan pertahanan diri atau dengan cara meningkatkan aktivitas kognisi atau motoriknya.

2.3.2.5 *Coping*

Individu menggunakan jalan keluar dengan menggunakan *defense mechanism* (pertahanan diri) seperti proyeksi atau rasionalisasi.

2.3.3 Reaksi-reaksi kecemasan

Menurut Atkinson & Hilgard (1999), kecemasan yang dirasakan oleh seseorang dapat memunculkan reaksi secara fisiologis dan psikologis, yaitu:

2.3.3.1 Reaksi fisiologis seseorang yang mengalami kecemasan, maka aktivitas salah satu atau lebih dari organ tubuhnya akan meningkat, seperti meningkatnya detak jantung, susah tidur, dan keringat yang berlebihan.

2.3.3.2 Reaksi psikologis merupakan reaksi berupa peningkatan atau penurunan dorongan untuk berperilaku wajar seperti susah

berkonsentrasi, gelisah, tegang, cemas, takut, khawatir, dan bingung.

2.3.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Menurut Drajat (2001) bermacam-macam pendapat tentang sebab-sebab yang menimbulkan cemas. Ada yang mengatakan akibat tidak terpenuhinya keinginan-keinginan seksual, karena merasa diri (fisik) kurang dan karena pengaruh pendidikan waktu kecil, atau sering terjadi frustrasi karena tidak tercapainya yang diinginkan baik material maupun sosial. Mungkin juga akibat dipelajari dan ditiru, atau dari rasa tidak berdaya, tidak ada rasa kekeluargaan dan sebagainya. Dengan ringkas dan dikatakan, bahwa cemas itu timbul karena orang tidak mampu menyesuaikan diri dengan dirinya, dengan orang lain dan lingkungan sekitarnya.

Menurut Trismiati (2006) kecemasan yang terjadi akan direspon secara spesifik dan berbeda oleh setiap individu. Hal ini dipengaruhi oleh dua factor yaitu:

2.3.4.1 Faktor internal

a. Pengalaman

Menurut Horney dalam Trismiati (2006), sumber-sumber ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan tersebut bersifat lebih umum. Penyebab kecemasan menurut Horney, dapat berasal dari berbagai kejadian di dalam kehidupan atau dapat terletak di dalam diri seseorang, misalnya seseorang yang memiliki pengalaman dalam menjalani suatu tindakan maka dalam dirinya akan lebih mampu beradaptasi atau kecemasan yang timbul tidak terlalu besar.

b. Pendidikan

Menurut Nursalam (2010) Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah suatu cita-cita tertentu.

Tingkat Pendidikan seseorang atau individu akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir, semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berfikir rasional dan menangkap informasi baru termasuk dalam menguraikan masalah yang baru (Stuart, 2016).

Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin mudah pula dalam menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai yang baru diperkenalkan (Kuncoroningrat 1997, dikutip oleh Nursalam, 2014).

c. Tingkatan pengetahuan atau informasi

Pengetahuan atau informasi merupakan fungsi penting untuk membantu mengurangi rasa cemas. Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap subyek tertentu. Semakin banyak pengetahuan yang dimiliki, seseorang akan mengetahui mekanisme yang akan digunakan untuk mengatasi kecemasannya (Notoatmodjo, 2003).

d. Respon terhadap stimulus

Menurut Trismiati (2006), kemampuan seseorang menelaah rangsangan atau besarnya rangsangan yang diterima akan mempengaruhi kecemasan yang timbul.

e. Usia

Menurut Nursalam (2001), umur adalah usia individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja, Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dipercaya dari orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Seseorang yang mempunyai usia lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan kecemasan dari pada seseorang yang lebih tua, tetapi ada juga yang berpendapat sebaliknya (Stuart, 2016).

f. Gender/perbedaan jenis kelamin

Berkaitan dengan kecemasan pada pria dan Wanita, Myers (1983) dalam Trismiati (2006) mengatakan bahwa perempuan lebih cemas akan ketidakmampuannya disbanding dengan laki-laki, laki-laki lebih aktif, eksploratif, sedangkan perempuan lebih sensitive. Penelitian lain menunjukkan bahwa laki-laki lebih rileks disbanding perempuan.

2.3.4.2 Faktor eksternal

a. Dukungan keluarga

Adanya dukungan keluarga akan menyebabkan seorang lebih siap dalam menghadapi permasalahan, hal ini dinyatakan oleh (Kasdu, 2002).

b. Pekerjaan

Pekerjaan adalah kegiatan yang harus dilakukan seseorang terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan

keluarganya. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan (Erich, 2003).

c. Kondisi lingkungan

Kondisi lingkungan sekitar itu dapat menyebabkan seseorang menjadi lebih kuat dalam menghadapi permasalahan, misalnya lingkungan pekerjaan atau lingkungan bergaul yang tidak memberikan cerita negatif tentang efek negatif suatu permasalahan menyebabkan seseorang lebih kuat dalam menghadapi permasalahan (Baso, 2001). Menurut Stuart (2016) kemampuan individu dalam merespon terhadap penyebab kecemasan ditentukan oleh:

1) Potensi stressor

Stressor psikososial merupakan setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi.

2) Maturitas individu

Seseorang individu memiliki kematangan kepribadian lebih sukar mengalami gangguan akibat kecemasan, karena individu yang matur mempunyai daya adaptasi yang lebih besar terhadap kecemasan.

3) Pendidikan dan status ekonomi

Tingkat pendidikan dan status ekonomi yang rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut mudah mengalami kecemasan. Tingkat pendidikan

seseorang atau individu akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir, semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berfikir rasional dan menangkap informasi baru termasuk dalam menguraikan masalah yang baru. Menurut Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 78 Tahun 2015 tentang pengupahan. UMP Kalimantan Selatan pada tahun 2023 sebesar Rp. 3.236.245.

4) Keadaan fisik

Seseorang yang mengalami gangguan fisik seperti cedera, operasi akan mudah mengalami kelelahan fisik sehingga lebih mudah mengalami kecemasan, di samping itu orang yang mengalami kelelahan fisik lebih mudah mengalami kecemasan.

5) Tipe kepribadian

Orang yang berkepribadian A lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan daripada orang dengan kepribadian B. Adapun ciri-ciri orang dengan berkepribadian A adalah tidak sabar, kompetitif, ambisius, ingin serba sempurna, merasa diburu waktu, mudah gelisah, tidak dapat tenang, mudah tersinggung, otot-otot mudah tegang. Sedangkan orang dengan kepribadian B mempunyai ciri-ciri yang berlawanan dengan tipe kepribadian A. Karena orang dengan kepribadian B adalah orang yang penyabar, tenang, teliti, dan rutinitas.

6) Lingkungan dan situasi

Seseorang yang berada di lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami kecemasan disbanding bila dia berada dilingkungan yang biasa dia tempati.

7) Umur

Seseorang yang mempunyai umur lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan dari pada seseorang yang lebih tua, tetapi ada juga yang berpendapat sebaliknya (Stuart, 2016).

2.3.5 Tingkat kecemasan

Cemas sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kondisi dialami secara subyektif dan dikomunikasikan dalam hubungan interpersonal. Cemas berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya.

Cemas adalah respon emosional terhadap penilaian tersebut. Kapasitas untuk menjadi cemas diperlukan untuk bertahan hidup, tetapi cemas yang parah tidak sejalan dengan kehidupan. Menurut Stuart (2016) ada empat tingkat kecemasan yang dialami oleh individu yaitu ringan, sedang, berat, dan panik.

2.3.5.1 Kecemasan ringan

Berhubung dengan ketegangan yang dialami sehari-hari. Individu masih waspada serta lapang persepsinya meluas, menajamkan indra. Dapat memotivasi individu untuk belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas.

2.3.5.2 Kecemasan sedang

Individu terfokus hanya pada pikiran yang menjadi perhatiannya, terjadi penyempitan lapangan persepsi, masih dapat melakukan sesuatu dengan arahan orang lain.

2.3.5.3 Kecemasan berat

Lapangan persepsi individu sangat sempit. Pusat perhatiannya pada detail yang kecil (spesifik) dan tidak dapat berfikir tentang hal-hal lain. Seluruh perilaku dimaksudkan untuk mengurangi kecemasan dan perlu banyak perintah/arahan untuk terfokus pada area lain.

2.3.5.4 Panik

Individu kehilangan kendali diri dan detail perhatian hilang. Karena hilangnya kontrol, maka tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan perintah. Terjadi peningkatan motorik, berkurangnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, penyimpangan persepsi dan hilangnya pikiran rasional, tidak mampu berfungsi secara efektif. Biasanya disertai dengan disorganisasi kepribadian.

2.3.6 Cara mengatasi kecemasan

Pengkombinasian penggunaan obat-obatan anxietas dengan pendekatan *Kognitif Behavioral Therapy* dapat digunakan untuk mengatasi kecemasan, tentu saja dalam hal ini dibutuhkan terapis yang kompeten. Pendekatan terapi kognitif ini mampu merubah pola pemikiran seseorang terhadap sumber kecemasan yang dimilikinya. Selain itu penggunaan terapi rileksasi, dengan mengatur sistem pernafasan seseorang juga mampu mereduksi kecemasan (*US Departement Of Health And Service, 2009*).

Pendapat lain yang berkaitan dengan pemikiran rasa cemas dapat dihilangkan dengan cara memperdalam pembahasan sumber kecemasan tersebut, mendekatinya dengan kesadaran atau memberikan pemikiran-pemikiran yang berhubungan dengan rasa cemas seseorang agar pemikiran-pemikiran tersebut menjadi fakta yang terindra dalam dirinya. Dengan pendekatan ini seseorang akan terhindar dari jerat rasa cemas yaitu menghilangkan atau melemahkan secara gradual, sehingga pemahaman rasa cemas dalam benak seseorang akan hilang (Muhammad, 1958).

Sisi lain untuk penggunaan obat-obatan dalam mengatasi kecemasan perlu diwaspadai, dalam penelitian dilaporkan memiliki imbas bagi penggunaannya, sedangkan psikoterapi yang terdiri dari disentisiasi sistematis, relaksasi otot, terapi pemaparan bertahap dan manajemen pola asuh keluarga diyakini efektif mampu meredam kecemasan lebih aman (Rosenbaum and Covino, 2005).

Jenis terapi yang efektif tidak hanya terbatas pada jenis gangguan yang dihadapi oleh seseorang melainkan juga harus memiliki bermacam modus terapi individual dan kelompok. Terapi jenis individual terdiri dari:

2.3.6.1 Psikoterapi jenis sugesti/suportif (*Supportive*)

Merupakan bentuk psikoterapi yang sangat sederhana dan tidak mengikuti masa silam maupun alam tidak sadar dari penderita. Psikoterapis berusaha untuk ikut mencarikan jalan keluar yang logis sesuai dengan kemampuan pasien dalam mengenal gangguan yang dihadapi, sertam mencari mekanisme pertahanan yang lebih baik dalam menghadapi masalah.

2.3.6.2 Psikoterapi jenis analisa (*Insight Oriented*)

Merupakan jenis psikoterapi yang perlu mengupas alam tak sadar dari pasien karena diperlukan perubahan mendasar guna melakukan adaptasi pasien, dalam menghadapi konflik internalnya. Selain itu motivasi maupun intelegensi yang cukup dari pasien sangatlah menentukan sejauh mana terapi ini mencapai keberhasilan.

2.3.6.3 Psikoterapi jenis perilaku (*Behaviour Therapy*)

Terapi ini mempunyai landasan utama pada teori belajar/learning theory. Perilaku yang aneh pada seseorang sebenarnya merupakan akibat yang tidak dikehendaki oleh orang tersebut tetapi merupakan hasil dari cara belajar menghadapi situasi tertentu yang cenderung keliru. Tingkat keberhasilan cukup tinggi dengan menggunakan terapi. Sedangkan terapi pendekatan secara kelompok (*group therapy*) antara lain:

- a. Terapi pasangan (*marital/couple*)
- b. Terapi keluarga (*family*)
- c. Terapi lingkungan (*milliu*) (Sani, 2012).

2.3.7 Cara mengukur kecemasan

Menurut Hawari (2013), untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat atau berat sekali digunakan alat ukur yang dikenal dengan nama *Hamilton Rating Scale For Anxiety (HRS-A)*. Alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik. Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (*score*) dengan kategori, 0=tidak ada gejala sama sekali, 1=satu dari gejala yang ada, 2=sedang/separuh dari gejala yang ada, 3=berat/lebih dari setengah gejala yang ada, 4=sangat berat semua gejala ada.

Masing-masing nilai angka (*score*) dari ke-14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang yaitu total nilai (*score*) <14 tidak ada kecemasan, nilai 14-20 kecemasan ringan, nilai 21-27 kecemasan sedang, nilai 28-41 kecemasan berat dan nilai 42-56 kecemasan berat.

2.3.8 Konsep Ansietas pada Pasien Gagal Ginjal Kronik

2.3.8.1 Pengertian Ansietas

Dalam dunia psikologi, ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar disertai perasaan tidak pasti, tidak berdaya, maupun terisolasi. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek atau situasi penyebab yang spesifik.

Dalam Mundakir (2021), pengertian ansietas adalah bagian respons terhadap stres dengan timbulnya rasa tidak nyaman pada diri seseorang, dan merupakan pengalaman yang samar-samar disertai dengan perasaan tidak berdaya serta tidak menentu yang disebabkan oleh suatu hal yang belum jelas.

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa ansietas merupakan dampak psikologis yang sering dijumpai dalam kehidupan sehari-hari. Ansietas kerap dianggap sama dengan rasa takut, padahal sebenarnya berbeda.

Rasa takut muncul dengan penyebab yang jelas terhadap objek tertentu, sedangkan ansietas disebabkan oleh hal yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika ansietas terjadi, individu merasa tidak nyaman tanpa mengetahui penyebab terancamnya emosi.

Kendati demikian, terdapat beberapa faktor yang dapat menjadi pencetus seseorang mengalami ansietas. Pada umumnya, pencetus ansietas dapat dikelompokkan ke dalam dua kategori, yaitu:

- a. Ancaman terhadap integritas diri, meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan dalam melakukan aktivitas sehari-hari guna pemenuhan terhadap kebutuhan dasarnya.
- b. Ancaman terhadap sistem diri, meliputi adanya sesuatu yang dapat mengancam terhadap identitas diri, harga diri, kehilangan status atau peran diri, dan hubungan interpersonal.

Respons setiap individu terhadap ansietas sangat beragam. Untuk memahami lebih jelas, simak penjelasan mengenai klasifikasi tingkat ansietas dan karakteristiknya di bawah ini.

2.3.8.2 Klasifikasi Tingkat Ansietas dan Karakteristiknya

Perlu diketahui, kemampuan individu untuk merespons terhadap suatu ancaman berbeda satu sama lain. Perbedaan kemampuan ini berkaitan dengan perbedaan tingkat ansietas yang dialaminya.

Mengutip Asmadi (2008), tingkat ansietas dapat diklasifikasikan menjadi empat macam, yaitu ansietas ringan, sedang, berat, dan panik. Tiap tingkatan ansietas tersebut mempunyai karakteristik yang berbeda.

a. Ansietas Ringan

Ansietas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Beberapa karakteristik seseorang mengalami ansietas ringan, antara lain:

- 1) Berhubungan dengan ketegangan dalam peristiwa sehari-hari.
- 2) Kewaspadaan meningkat.
- 3) Persepsi terhadap lingkungan meningkat.

- 4) Respons fisiologis, meliputi sesekali napas pendek, tekanan darah meningkat sedikit, gejala ringan pada lambung, muka berkerut, dan bibir bergetar.
- 5) Respons kognitif, meliputi mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, dan menyelesaikan masalah secara efektif.
- 6) Respons perilaku dan emosi, meliputi tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan, dan suara kadang-kadang meninggi.

b. **Ansietas Sedang**

Ansietas sedang terjadi apabila seseorang merasa cemas secara menyeluruh, menarik diri, dan mengalami gangguan emosi. Beberapa karakteristik seseorang mengalami ansietas sedang, antara lain:

- 1) Respons fisiologis, meliputi sering napas pendek, tekanan darah meningkat, mulut kering, anoreksia, konstipasi, sakit kepala, sering berkemih, dan letih.
- 2) Respons kognitif, meliputi memusatkan perhatian pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, persepsi menyempit, dan rangsangan dari luar tidak mampu diterima.
- 3) Respons perilaku dan emosi, meliputi gerakan tersentak-sentak, terlihat lebih tegang, bicara banyak dan lebih cepat, susah tidur, dan perasaan tidak aman.

c. **Ansietas Berat**

Ansietas berat terjadi apabila seseorang mengalami gangguan mental atau stres dalam jangka waktu panjang, seperti depresi, fobia, hingga gangguan disosiasi. Beberapa karakteristik seseorang mengalami ansietas berat, antara lain:

- 1) Individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain.
- 2) Respons fisiologis, meliputi napas pendek, tekanan darah naik, berkeringat, sakit kepala, penglihatan berkabut, dan tampak tegang.
- 3) Respons kognitif, meliputi tidak mampu berpikir berat lagi dan membutuhkan banyak pengarahan, serta persepsi menyempit.
- 4) Respons perilaku dan emosi, meliputi perasaan terancam meningkat dan komunikasi menjadi terganggu.

d. Panik

Panik berhubungan dengan ketakutan dan teror. Ketika panik terjadi, seseorang mengalami kehilangan kendali dan tidak mampu melakukan sesuatu meskipun dengan arahan. Beberapa karakteristik seseorang terserang panik, antara lain:

- 1) Respons fisiologis, meliputi napas pendek, rasa tercekik, sakit dada, pucat, hipotensi, dan rendahnya koordinasi motorik.
- 2) Respons kognitif, meliputi gangguan realitas, tidak dapat berpikir logis, persepsi terhadap lingkungan mengalami distorsi, dan ketidakmampuan memahami situasi.
- 3) Respons perilaku dan emosi, meliputi agitasi, mengamuk dan marah, ketakutan, berteriak-teriak, kehilangan kontrol, perasaan terancam, dan dapat berbuat sesuatu yang membahayakan diri sendiri dan atau orang lain.

Masalah psikologis bisa terjadi seperti insomnia, ansietas, rasa takut yang berlebihan, khawatir, mudah tersinggung, sulit berkonsentrasi, ragu dan merasa rendah diri, ageresif, serta kecewa. Ansietas merupakan kondisi emosi dengan adanya pengalman yang samar-samar, rasa tidak nyaman dan tidak berdaya serta tidak menentu pada diri seseorang yang penyebabnya belum jelas (Annisa & Ifdil, 2016). Ansietas yaitu masalah psikososial yang bisa dialami oleh setiap orang, termasuk pasien yang berada di rumah sakit. Hasil penelitian Gullich, et al., (2013) pada satu rumah sakit di Berazil dengan responden sebanyak 282 pasien, dan didapatkan hasil sebanyak 33,7% pasien memiliki ansietas. Ansietas juga bisa dialami oleh pasien Chronic Kidney Disease (CKD) yang berada di rumah sakit. Biasanya gejala psikologis sering terjadi pada pasien CKD adalah kecemasan (Moreira, et al., 2014). Hasil penelitian Jangkup, Elim, & Kandou (2015) menyatakan dari 40 responden mengalami kecemasan ringan dengan persentase 25,8%, kecemasan sedang 57,5%, dan kecemasan berat 22,5%.

Kecemasan yang di alami oleh pasien CKD di akibatkan oleh beberapa faktor. Faktor behavioral dapat beradmpak pada gangguan fisiologis atau menurunnya kemampuan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari pada pasien CKD. Stressor yang dialami oleh individu dengan kecemasan dapat mengganggu harga diri, identitas, dan fungsi sosial individu yang saling berhubungan (Stuart, 2016). Faktor kognitif bisa mempengaruhi kecemasan pada pasien CKD karena pasien CKD harus menjalani hemodialisa seumur hidup sehingga dapat mengakibatkan kelelahan secara psikis (Sompie, Kaunang & Munayang, 2015 dalam Sukandar D. & Mustikasari. (2021). Tindakan keperawatan ners yang diberikan kepada pasien CKD dengan masalah keperawatan ansietas yaitu dengan cara mengajarkan pasien teknik tarik napas dalam, distraksi, dan hipnosis lima jari. Tindakan ners spesialis yang dapat

dilakukan untuk perubahan perilaku dan kognitif agar masalah maladaptif individu dalam menghadapi stressor pada pasien CKD dengan memberikan terapi Cognitive Behavior Therapy (CBT). Hasil penelitian Ajaslari (2016 dalam Sukandar D. & Mustikasari. (2021) menyatakan bahwa CBT terbukti efektif dalam mengurangi tanda dan gejala ansietas seseorang yang diakibatkan oleh penyakit CKD.

2.4 Konsep Dasar Keluarga

2.4.1 Pengertian keluarga

Keluarga adalah suatu ikatan antara laki-laki dan perempuan berdasarkan hukum dan undang-undang perkawinan yang sah hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dimana individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. Duval dan Logan (1986 dalam Zakaria, 2017) mengatakan keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari tiap anggota keluarga.

2.4.2 Tipe keluarga dan struktur keluarga

Menurut Bakri (2017) secara umum tipe keluarga dibagi menjadi dua yaitu keluarga tradisional dan keluarga modern (non tradisional). Keluarga tradisional memiliki anggota keluarga seperti umumnya yaitu kedua orang tua dan anak. Akan tetapi, struktur keluarga ini tidak serta merta terdapat pada pola keluarga modern.

2.4.2.1 Tipe keluarga tradisional

Tipe keluarga tradisional menunjukkan sifat-sifat homogen, yaitu keluarga yang memiliki struktur tetap dan utuh. Ada beberapa ciri atau tipe keluarga tradisional sebagai berikut:

a. Keluarga inti (*nuclear family*)

Keluarga inti merupakan keluarga kecil dalam suatu rumah. Mereka adalah ayah, ibu dan anak-anak.

b. Keluarga besar (*Exstended Family*)

Keluarga besar cenderung tidak hidup bersama-sama dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini disebabkan karena keluarga besar merupakan gabungan dari beberapa keluarga inti yang bersumbu dari satu keluarga inti. Satu keluarga memiliki beberapa anak, lalu anak-anaknya menikah dan memiliki anak, kemudian menikah lagi dan memiliki anak pula.

c. Keluarga dyad (Pasangan inti)

Tipe keluarga ini biasanya terjadi pada sepasang suami – istri yang baru menikah. Mereka telah membina rumah tangga tetapi belum dikaruniai anak atau keduanya bersepakat untuk tidak memiliki anak lebih dahulu.

d. Keluarga *single parent*

Single parent adalah kondisi seseorang tidak memiliki pasangan lagi. Hal ini disebabkan karena perceraian atau meninggal dunia. Akan tetapi, single parent mensyaratkan adanya anak, baik anak kandung maupun anak angkat. Jika ia sendirian, maka tidak bisa dikatakan sebagai keluarga.

e. Keluarga *single adult*

Tipe keluarga ini disebut sebagai pasangan yang sedang *Long Distance Relationship* (LDR), yaitu pasangan yang mengambil jarak atau berpisah sementara waktu untuk kebutuhan tertentu misalnya bekerja atau kuliah.

2.4.2.2 Tipe keluarga modern

Berikut ialah beberapa tipe keluarga modern:

a. *The unmarriedteenege mother*

Belakangan ini, hubungan seks tanpa pernikahan sering terjadi di masyarkat kita. Meski pada akhirnya beberapa pasangan itu menikah, namun banyak pula yang kemudian memilih hidup sendiri misalnya pada akhirnya si perempuan memilih merawat anaknya sendirian. Kehidupan seorang ibu bersama anaknya tanpa pernikahan yang kemudian masuk dalam kategori keluarga.

b. *Reconstituted nuclear*

Sebuah keluarga yang tadinya berpisah kemudian kembali membentuk keluarga inti melalui perkawinan Kembali.

c. *The stepparent family*

Dengan berbagai alasan dewasa ini kita temui seorang anak diadopsi oleh sepasang suami istri baik yang sudah memiliki anak maupun belum. Kehidupan anak dengan orangtua tirinya inilah yang dimaksud dengan *the stepparent family*.

d. *Commune family*

Tipe keluarga ini biasanya hidup di dalam penampungan atau memang memiliki kesepakatan bersama untuk hidup satu atap. Mereka tidak memiliki hubungan darah namun memutuskan hidup bersama dalam satu rumah, satu fasilitas dan pengalaman yang sama.

e. *The non marital heterosexual conhibitang family*

Tanpa ikatan pernikahan seseorang memutuskan untuk hidup bersama dengan pasangannya. Namun dalam waktu yang relatif singkat seseorang itu kemudian berganti pasangan lagi dan tetap tanpa hubungan pernikahan.

f. *Gay and lesbian family*

Seseorang dengan jenis kelamin yang sama menyatakan hidup bersama sebagaimana pasangan suami istri (*marital partners*).

g. *Cohibiting couple*

Misalnya dalam perantauan, karena merasa satu negara atau satu daerah, kemudian dua atau lebih orang bersepakat untuk tinggal bersama tanpa ikatan pernikahan.

h. *Group-marriage family*

Beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama dan mereka merasa sudah menikah, sehingga berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya bersama.

i. *Group network family*

Keluarga inti yang dibatasi oleh aturan atau nilai-nilai hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya, dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan tanggung jawab membesarkan anaknya.

j. *Foster family*

Seorang anak kehilangan orang tuanya, lalu ada sebuah keluarga yang bersedia menampungnya dalam kurun

waktu tertentu. Hal ini dilakukan hingga anak tersebut bisa bertemu dengan orangtua kandungnya.

k. *Institutional*

Anak atau orang dewasa yang tinggal dalam suatu panti. Entah dengan alasan ditiptkan oleh keluarga atau memang ditemukan dan kemudian ditampung oleh panti atau dinas sosial.

l. *Homeless family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

2.4.3 Struktur keluarga menurut (Gusti, 2013):

- 2.4.3.1 *Patrilineal* adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun berdasarkan garis keturunan ayah.
- 2.4.3.2 *Matrilineal* adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun berdasarkan garis keturunan ibu.
- 2.4.3.3 *Matrilocal* adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.
- 2.4.3.4 *Patrilocal* adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.
- 2.4.3.5 Keluarga kawinan adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami dan istri.

2.4.4 Struktur Dalam Keluarga

Bakri (2017) menjelaskan bahwa struktur dalam keluarga terbagi menjadi empat yaitu:

2.4.4.1 Pola Komunikasi Keluarga

Pola interaksi yang berfungsi dalam keluarga memiliki karakteristik:

a. Terbuka, jujur berpikiran positif dan selalu berupaya menyelesaikan konflik keluarga.

b. Komunikasi berkualitas antara pembicara dan pendengar. Sementara bagi keluarga dengan pola komunikasi yang tidak berfungsi dengan baik akan menyebabkan berbagai persoalan.

Karakteristik dari pola komunikasi ini antara lain:

a. Focus pembicaraan hanya pada satu orang, misalnya kepala keluarga yang menjadi penentu atas segala apa yang terjadi dan dilakukan oleh anggota keluarga.

b. Tidak ada diskusi di dalam rumah, seluruh anggota keluarga hanya menyetujui entah benar-benar setuju atau terpaksa.

c. Hilangnya empati di dalam keluarga karena masing-masing anggota keluarga tidak dapat menyatakan pendapat.

2.4.4.2 Struktur peran

Struktur peran merupakan serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Bapak berperan sebagai kepala rumah tangga, ibu berperan dalam wilayah domestic anak dan lainnya sebagainya memiliki peran masing-masing dan diharapkan saling mengerti dan mendukung.

2.4.4.3 Struktur kekuatan

Struktur kekuatan keluarga menggambarkan adanya kekuasaan atau kekuatan dalam sebuah keluarga yang digunakan untuk mengendalikan dan mempengaruhi anggota keluarga.

2.4.4.4 Nilai-nilai keluarga

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga juga merupakan suatu pedoman bagi perkembangan norma dan peraturan.

2.4.5 Fungsi Keluarga

Menurut Bakri (2017) terdapat lima fungsi keluarga, yaitu:

2.4.5.1 Fungsi afektif

Komponen yang harus dipenuhi oleh keluarga untuk memenuhi fungsi afektif adalah:

- a. Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima dan mendukung. Setiap anggota keluarga yang mendapat kasih sayang dan dukungan maka kemampuannya untuk memberi akan meningkat sehingga tercipta hubungan yang hangat dan saling mendukung.
- b. Saling menghargai dengan mempertahankan iklim yang positif di mana setiap anggota keluarga baik orang tua maupun anak diakui dan dihargai keberadaan dan haknya.

2.4.5.2 Fungsi sosialisasi

Keluarga merupakan tempat di mana individu melakukan sosialisasi. Tahap perkembangan individu dan keluarga akan dicapai melalui interaksi atau hubungan yang diwujudkan dalam sosialisasi, anggota keluarga belajar disiplin, memiliki

nilai/norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan dalam masyarakat.

2.4.5.3 Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia.

2.4.5.4 Fungsi ekonomi

Untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti makanan, pakaian dan rumah, maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Fungsi ini sulit dipenuhi oleh keluarga di bawah garis kemiskinan, keluarga miskin atau keluarga prasejahtera.

2.4.5.5 Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi lain keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan. Selain keluarga menyediakan makanan, pakaian dan rumah, keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik untuk mencegah terjadinya gangguan maupun merawat anggota yang sakit.

2.4.6 Tugas Keluarga

Terdapat delapan tugas keluarga, yaitu:

2.4.6.1 Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya.

2.4.6.2 Pemeliharaan sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga.

2.4.6.3 Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing-masing.

2.4.6.4 Sosialisasi antar anggota keluarga.

2.4.6.5 Pengaturan jumlah anggota keluarga.

2.4.6.6 Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga.

2.4.6.7 Membangkitkan dorongan dan semangat para anggotanya.

2.4.7 Peranan Keluarga

Menurut Gusti, Salvani (2013) setiap anggota keluarga memiliki peranan masing-masing, seperti:

2.4.7.1 Ayah

Ayah sebagai pemimpin keluarga mempunyai peran sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung/pengayom, pemberi rasa aman bagi setiap anggota keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu.

2.4.7.2 Ibu

Ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak-anak, pelindung keluarga dan juga sebagai pencari nafkah tambahan keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok social tertentu.

2.4.7.3 Anak

Anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial dan spiritual.

2.5 Konsep Dukungan Keluarga

2.5.1 Pengertian dukungan keluarga

Menurut Friedman (2014) mendefinisikan dukungan sosial keluarga merupakan proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosial. Dukungan dari keluarga adalah unsur terpenting bagi seorang individu untuk membantu dalam menyelesaikan masalah, selain itu dukungan keluarga dapat memberikan rasa percaya diri serta memotivasi seseorang dalam menyelesaikan masalahnya. Dukungan keluarga diberikan sebagai bentuk bantuan dari anggota keluarga dengan

memberikan kenyamanan fisik dan psikologis pada anggota keluarga lain yang sedang sakit.

2.5.2 Jenis dukungan keluarga

Friedman (2014) dalam teorinya tentang dukungan sosial keluarga, ia mengelompokkan dukungan keluarga menjadi empat jenis yaitu:

2.5.2.1 Dukungan Informatif

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan *disseminator* (penyebar) informasi tentang dunia. Apabila individu tidak dapat menyelesaikan masalah yang dihadapi maka dukungan ini diberikan dengan cara memberi informasi, nasihat, dan petunjuk tentang cara penyelesaian masalah. Keluarga juga merupakan penyebab informasi yang dapat diwujudkan dengan pemberian dukungan semangat, serta pengawasan terhadap pola kegiatan sehari-hari. Keluarga juga menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasihat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi. Dukungan informasional adalah dukungan berupa pemberian informasi yang dibutuhkan oleh individu, dibagi dalam beberapa bentuk yaitu sebagai berikut:

- a. Pemberian informasi atau pengajaran suatu keahlian yang dapat memberi solusi pada suatu masalah.
- b. *Appraisal support* yaitu pemberian informasi yang dapat membantu individu dalam mengevaluasi dirinya sendiri. Dukungan ini dapat berupa pemberian informasi, nasihat dan bimbingan. Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk

didalamnya memberikan solusi masalah memberikan nasihat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan *stressor*.

Kuesioner dukungan keluarga ini terdiri dari 20 pertanyaan, dimana pada kuesioner, komponen dukungan keluarga informatif terdapat pada pertanyaan (No. 6-10).

Dengan pertanyaan sebagai berikut :

No.6 : Saya dan anggota keluarga lainnya berdiskusi untuk mengatasi masalah yang timbul karena penyakit yang saya derita.

No.7 : Keluarga mencari informasi tentang pengobatan alternatif untuk membantu saya dalam penyembuhan penyakit yang saya derita

No.8 : Keluarga saya memberi dukungan berupa informasi dalam mengatasi komplikasi akibat terapi hemodialisa

No.9 : Keluarga memberi semangat kepada saya untuk tetap mengikuti terapi hemodialisa secara teratur dan rutin

No.10 : Keluarga memberikan suasana nyaman ketika saya di rumah atau rumah sakit

2.5.2.2 Dukungan penilaian atau penghargaan

Dalam dukungan penghargaan keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan mempengaruhi pemecahan masalah dan sebagai sumber validator identitas anggota. Terjadi lewat ungkapan hormat atau positif untuk lansia, misalnya pujian atau penghargaan terhadap tindakan atau upaya penyampaian pesan ataupun masalah, keluarga bertindak sebagai bimbingan umpan balik

seperti dorongan bagi anggota keluarga. Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberi *support*, penghargaan dan perhatian. Dukungan ini dapat berupa pemberian informasi kepada seseorang bahwa dia dihargai dan diterima dimana harga diri seseorang dapat ditingkatkan dengan mengkomunikasikan kepadanya bahwa bernilai dan diterima meskipun tidak luput dari kesalahan.

Kuesioner dukungan keluarga ini terdiri dari 20 pertanyaan, dimana pada kuesioner, komponen dukungan penilaian/penghargaan terdapat pada pertanyaan (No 16-20). Dengan pertanyaan sebagai berikut :

No.16 Keluarga memberi dorongan kepada saya untuk tetap berserah diri dan beribadah kepada Tuhan.

No.17 Keluarga meminta pendapat saya terhadap pelaksanaan terapi hemodialisa pada saya.

No. 18 Keluarga memberikan semangat kepada saya untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

No.19 Keluarga membandingkan kondisi saya dengan orang lain yang menderita penyakit lebih parah.

No.20 Keluarga memuji tindakan saya dalam melakukan tindakan sehari-hari.

2.5.2.3 Dukungan emosional

Dukungan emosional mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian orang-orang yang bersangkutan kepada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, misalnya umpan balik dan penegasan dari anggota keluarga. Keluarga merupakan tempat yang aman untuk istirahat serta pemulihan

penguasa emosi. 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. Dukungan emosi adalah dukungan yang berhubungan dengan hal yang bersifat emosional atau menjaga keadaan emosi, afeksi/ekspresi. Tipe dukungan ini lebih mengacu kepada pemberian semangat, kehangatan cinta kasih dan emosi. Perilaku yang memberi perasaan nyaman dan membuat individu percaya bahwa dia di kagumi, dihargai dan rasa aman. Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas, dan kehilangan harga diri. Jika depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal dimiliki dan dicintai. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat.

Kuesioner dukungan keluarga ini terdiri dari 20 pertanyaan, dimana pada kuesioner, komponen dukungan emosional terdapat pada pertanyaan (No 11-15). Dengan pertanyaan sebagai berikut :

No.11 Keluarga melarang saya untuk tetap menjalin hubungan dengan lingkungan sekitar saya.

No.12 Keluarga membiarkan saya bersedih karena penyakit yang saya derita.

No.13 Keluarga memberikan nasihat untuk mengatasi efek samping yang timbul akibat hemodialisa.

No.14 Keluarga berusaha memberikan semangat bagi saya untuk mempertahankan pengobatan hemodialisa.

No.15 Keluarga mengarahkan saya pada orang yang menjalani hemodialisa untuk mendapatkan nasihat dan saran.

2.5.2.4 Dukungan instrumental atau tambahan

Dukungan instrumental keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, dukungan ini bersifat nyata dalam bentuk materi bertujuan untuk meringankan beban bagi individu yang membentuk dan keluarga dapat memenuhinya sehingga keluarga merupakan sumber pertolongan yang praktis dan konkrit yang mencakup dukungan atau bantuan seperti uang, peralatan, waktu, serta modifikasi lingkungan. Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit diantaranya adalah kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan. Dukungan instrumental adalah dukungan berupa bantuan dalam bentuk nyata atau dukungan material.

Kuesioner dukungan keluarga ini terdiri dari 20 pertanyaan, dimana pada kuesioner, komponen dukungan instrumental terdapat pada pertanyaan (No 1-5). Dengan pertanyaan sebagai berikut :

No.1 Keluarga membantu saya dalam mengatasi masalah perekonomian dengan memberikan bantuan dana untuk selama menjalani terapi.

No.2 Keluarga peduli terhadap makanan dan minuman yang saya konsumsi selama menjalani terapi hemodialisa.

No.3 Keluarga dekat dan teman-teman saya mengunjungi saya waktu sakit atau masa pengobatan.

No.4 Keluarga membantu saya melakukan aktivitas yang tidak bisa saya lakukan sehari-hari.

No.5 Keluarga memberikan kekuatan kepada saya untuk mengatasi rasa takut saat menjalani terapi hemodialisa.

2.5.3 Sumber dukungan keluarga

Sumber ialah semua atribut dan dukungan yang ada untuk digunakan oleh keluarga dalam kondisi kritis. Sumber ini terdiri dari tiga tingkatan yaitu tingkatan individu, unit keluarga, dan komunitas. Sumber dari individu yaitu berupa kecerdasan, pengetahuan dan keterampilan, sifat kepribadian, kesehatan fisik, dan kesehatan emosional seperti harga diri atau rasa penguasaan. Sumber unit keluarga dapat mencakup organisasi, keterampilan dalam pengambilan keputusan, dan kemampuan resolusi-konflik. Sumber komunitas atau sumber dukungan sosial yaitu berasal dari kerabat atau teman dekat dan lembaga seperti layanan perawatan kesehatan yang ada di luar keluarga (Friedman, 2014).

2.5.4 Manfaat dukungan keluarga

Dukungan keluarga sangatlah penting bagi seseorang yang sedang mengalami sakit. Seseorang yang mendapatkan dukungan keluarga akan membuat mereka menjadi lebih semangat dalam menghadapi penyakitnya. Seseorang yang memiliki dukungan keluarga juga dapat mencegah berkembangnya masalah karena tekanan yang dihadapi sehingga seseorang dengan dukungan keluarga yang tinggi akan lebih berhasil mengatasi dan menghadapi suatu masalah dibanding dengan seseorang yang tidak memiliki dukungan keluarga (Gusti, Salvari, 2013).

Penggunaan dukungan keluarga juga memberikan dampak pada kesehatan fisik dan mental anggota keluarganya bahkan rendahnya

dukungan keluarga yang diberikan secara konsisten berhubungan dengan meningkatnya angka kesakitan dan kematian individu. Individu dengan dukungan keluarga tinggi lebih cenderung untuk mempertahankan dan mengadopsi perilaku kesehatan yang baru dari pada individu yang tidak memiliki dukungan keluarga untuk mengubah perilaku kesehatannya. Dukungan keluarga yang diberikan akan bermanfaat dalam memotivasi klien untuk mengubah perilaku kesehatannya menjadi lebih baik (Adiputra & Saputra, 2015).

2.5.5 Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Menurut Gusti, Salvani (2013). Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah:

2.5.5.1 Faktor internal

- a. Tahap perkembangan artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.
- b. Pendidikan atau tingkat pengetahuan, keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan, dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.
- c. Faktor emosi, mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap terhadap berbagai tanda

sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama sakit. Seorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin akan menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan.

2.5.5.2 Faktor eksternal

- a. Praktik di keluarga, cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. Misalnya: klien juga kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahannya jika keluarga melakukan hal yang sama. Misal: anak yang selalu diajak orang tuanya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan rutin, maka ketika punya anak dia akan melakukan hal yang sama.
- b. Faktor sosial ekonomi, faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel psikososial mencakup: stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

- c. Latar belakang sosial budaya, mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu, dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi. Sosial budaya sering kali dijadikan petunjuk dan tata cara berperilaku dalam bermasyarakat, hal ini dapat berdampak negative. Disinilah kaitannya dengan kesehatan ketika suatu tradisi yang telah menjadi warisan turun temurun dalam sebuah masyarakat, namun ternyata tradisi tersebut memiliki dampak yang negatif bagi derajat kesehatan masyarakatnya. Misalnya, cara masyarakat memandang tentang konsep sehat sakit dan persepsi masyarakat tentang penyebab terjadinya penyakit disuatu masyarakat akan berbeda-beda tergantung dari kebudayaan yang ada dalam masyarakat tersebut. Contoh lain, sosial budaya mempengaruhi kesehatan adalah pandangan suatu masyarakat terhadap tindakan yang mereka lakukan ketika mereka mengalami sakit, ini akan sangat dipengaruhi oleh budaya, tradisi, dan kepercayaan yang ada dan tumbuh dalam masyarakat.

2.5.6 Dukungan keluarga dalam bidang kesehatan

Dukungan keluarga yang baik menurut Friedman (2014), dalam bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilaksanakan. Berikut penjelasan dari dukungan kesehatan keluarga tersebut adalah:

- 2.5.6.1 Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya.
- 2.5.6.2 Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.
- 2.5.6.3 Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.
- 2.5.6.4 Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan

kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.

2.5.6.5 Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

2.5.7 Hubungan dukungan keluarga dengan kesehatan

Tiga aspek yang mempengaruhi dukungan keluarga terhadap kesehatan secara langsung maupun tidak langsung, antara lain:

2.5.7.1 Aspek perilaku (*Behavioral Mediators*)

Dukungan keluarga dapat mempengaruhi perubahan perilaku seseorang.

2.5.7.2 Aspek psikologis (*Psychological Mediators*)

Dukungan keluarga dapat meningkatkan dan membangun harga diri seseorang dan menyediakan hubungan yang saling memuaskan.

2.5.7.3 Aspek fisiologis (*Physiological Mediators*)

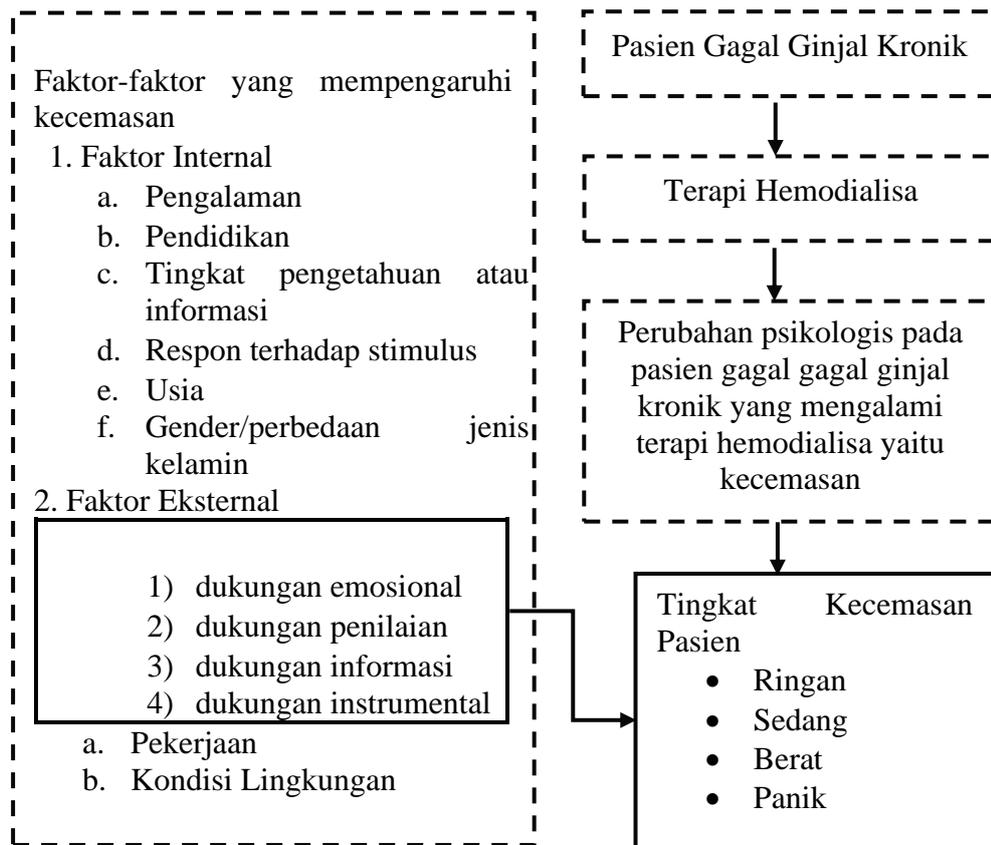
Dukungan keluarga dapat membantu mengatasi respon *fight or flight* dan dapat memperkuat sistem imun seseorang.

Dukungan keluarga yang dimaksud ini adalah dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga (suami, istri, Orang tua dan saudara) sehingga individu yang diberikan dukungan merasakan bahwa dirinya diperhatikan, dihargai, dan mendapatkan bantuan dari orang-orang yang berarti serta memiliki ikatan keluarga yang kuat dengan anggota keluarga lain (Husnida., dkk, 2019).

2.6 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau di ukur melalui penelitian - penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2010).

Berdasarkan tinjauan Pustaka di atas maka penulis membuat kerangka konsep penelitian sebagai berikut:



Gambar 1 Kerangka Konsep

Keterangan :

□ : Diteliti

□ : Tidak diteliti

2.7 Hipotesis

Ha. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Bhayangkara TK III Banjarmasin.