

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. CKD (Chronic Kidney Disease)

a. Pengertian

CKD atau Gagal ginjal kronik adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal (Brunner dan Sudarth, 2016). Gagal ginjal adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan menurunnya fungsi ginjal yang bersifat *irreversible*, dan memerlukan terapi pengganti ginjal yaitu berupa dialisis atau transplantasi ginjal (Potter dan Perry, 2016). Gagal ginjal kronik merupakan gangguan fungsi ginjal yang progresif dan *irreversible* untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit dalam darah (Smeltzer & Bare, 2016).

Berdasarkan pengertian diatas maka gagal ginjal kronik merupakan penurunan dari fungsi jaringan ginjal secara progresif di mana massa di ginjal yang masih ada tidak mampu lagi mempertahankan lingkungan internal tubuh. Gagal ginjal kronis juga diartikan sebagai bentuk kegagalan fungsi ginjal terutama di unit nefron yang berlangsung perlahan-lahan karena penyebab yang berlangsung lama, menetap dan mengakibatkan penumpukan sisa metabolit atau toksik uremik.

b. Penyebab

Penyebab utama gagal ginjal Etiologi utama gagal ginjal ginjal kronik sangat bervariasi antara satu negara dengan negara lain. Penyebab utama gagal ginjal kronik di Amerika Serikat diantaranya yaitu Diabetes Mellitus (DM) tipe 2 merupakan penyebab terbesar gagal ginjal kronik sebesar 37% sedangkan tipe

1 sebesar 7% (Potter dan Perry, 2015). Hipertensi menempati urutan kedua sebesar 27%. Urutan ketiga penyebab gagal ginjal kronik adalah *glomerulonefritis* sebesar 10%, *nefritis interstitialis* 4%, dilanjutkan dengan *nefritis interstitialis*, kista, neoplasma serta penyakit lainnya yang masing-masing sebesar 2% (Price dan Wilson, 2015).

Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernefri) tahun 2014 menyebutkan bahwa penyebab gagal ginjal di Indonesia diantaranya adalah *glomerulonefritis* 46.39%, DM 18.65% sedangkan obstruksi dan infeksi sebesar 12.85% dan hipertensi 8.46% sedangkan penyebab lainnya 13,65% (Drakbar, 2008). Dikelompokkan pada sebab lain diantaranya, nefritis lupus, nefropati urat, intoksikasi obat, penyakit ginjal bawaan, tumor ginjal, dan penyebab yang tidak diketahui.

Etiologi gagal ginjal kronik dapat disebabkan oleh penyakit sistemik seperti diabetes mellitus, *glomerulonefritis* kronis, *pielonefritis*, hipertensi yang tidak dapat dikontrol, obstruksi traktus urinarius, lesi hereditas seperti penyakit ginjal polistik (Brunner & Suddarth, 2018)

c. Klasifikasi

CKD atau Gagal Ginjal Kronik (GGK) dibagi menjadi 5 tingkatan, berdasarkan pada Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) sesuai dengan ada atau tidaknya kerusakan pada ginjal. Pada tingkatan 1 – 3 umumnya belum ada terlihat gejala apapun (Asimptomatik). Kondisi klinis fungsi ginjal menurun dapat dilihat pada tingkatan 4 – 5. Klasifikasi penyakit ginjal kronik adalah sebagai berikut (KDIGO, 2018).

Table 2.1 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik (GGK) (M.A. et al., 2013).

Derajat	Penjelasan	LFG (ml/mnt/1,73 m ²)
G1	Kerusakan ginjal dengan LFG normal atau meningkat	≥ 90
G2	Kerusakan ginjal dengan LFG menurun ringan	60-89
G3a	Kerusakan ginjal dengan LFG menurun dari ringan sampai sedang	45-59
G3b	Kerusakan ginjal dengan LFG menurun dari sedang sampai berat	30-44
G4	Kerusakan ginjal dengan LFG menurun berat	15-29
G5	Gagal ginjal	< 15 atau dialisis

d. Patofisiologi

Patofisiologi penyakit ginjal kronik pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangannya proses yang terjadi sama. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (*surviving nephrons*) sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan *growth factors*. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Pada stadium paling dini pada penyakit ginjal kronik, terjadi kehilangan daya cadang ginjal (*renal reserve*), dimana basal Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) masih normal atau dapat meningkat. Kemudian secara perlahan tapi pasti, akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif, yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 60%, pasien masih belum merasakan keluhan (asimtomatik), tapi sudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum sampai pada LFG sebesar 30%.

Kerusakan ginjal dapat menyebabkan terjadinya penurunan fungsi ginjal, produk akhir metabolik yang seharusnya dieksresikan ke dalam urin, menjadi tertimbun dalam darah. Kondisi seperti ini dinamakan sindrom uremia. Terjadinya uremia dapat mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak timbunan produk metabolik (sampah), maka gejala akan semakin berat (Brunner & Suddarth, 2018). Kondisi ini dapat menyebabkan gangguan keseimbangan cairan seperti hipovolemi atau hipervolemi, gangguan keseimbangan elektrolit antara lain natrium dan kalium. LFG di bawah 15% akan terjadi gejala dan komplikasi yang lebih serius, dan pasien memerlukan terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy*) antara lain dialisis atau transplantasi ginjal, pada keadaan ini pasien dikatakan sampai pada stadium gagal ginjal (Suharyanto dalam Hidayati, 2018).

e. Manifestasi Klinik

Stadium paling dini pada CKD terjadi kehilangan daya cadang ginjal, dan LFG masih normal atau meningkat, mengakibatkan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif ditandai dengan peningkatan kadar ureum dan kreatinin, manifestasinya antara lain (Sudoyo, 2018) :Sesuai dengan penyakit yang mendasari : diabetes melitus, infeksi traktus urinarius, batu traktus urinarius, hipertensi, hiperurikemi, *Lupus Eritomatosus Sistemik* (LES), dll.

- 1) Sindrom uremia : lemah, letargi, anoreksia, mual, muntah, nokturia, kelebihan volume cairan (*volume overload*), neuropati perifer, pruritus, perikarditis, kejang kejang, koma.

- 2) Gejala komplikasi : hipertensi, anemia, osteodistrofi renal, payah jantung, asidosis metabolik, gangguan keseimbangan elektrolit (sodium, kalium, khlorida).

f. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Doengoes (2018) pada pasien CKD atau Gagal Ginjal Kronik di lakukan pemeriksaan, yaitu :

- 1) Kreatinin plasma meningkat, karena penurunan laju filtrasi glomerulus.
- 2) Natrium serum rendah / normal.
- 3) Kalium dan fosfat meningkat.
- 4) Hematokrit menurun pada anemia Hb : biasanya kurang dari 7-8 gr/dl.
- 5) GDA : PH : penurunan asidosis matabolik (kurang dari 7,2).
- 6) USG ginjal.

Ultrasound (USG) ginjal adalah prosedur pengambilan gambar non-invasif yang menentukan dan menilai kondisi ginjal dan organ yang terkait seperti kandung kemih dan ureter, yang juga dikenal sebagai sonografi ginjal,. USG Ginjal dilakukan sebagai tes pemeriksaan untuk mendeteksi kista, tumor, gundukan cairan, batu ginjal

- 7) Pielogram retrograde.

Pemeriksaan *Retrograde Pyelography* (RPG) adalah teknik pemeriksaan radiografi sistem urinaria menggunakan media kotras positif melalui kateter ureter. Salah satu indikasinya adalah *Urolithiasis*. Menurut Merrill's (2016) pemeriksaan RPG memerlukan persiapan pasien, proyeksi yang digunakan adalah radiograf polos abdomen, radiograf *pyelography*, radiograf uroterogram, media kontras water soluble sebanyak 3-4 mL. Terdapat dua literatur terkait pemeriksaan RPG dalam melakukan penelitian ini ditemukan beberapa persamaan dan

perbedaan.

8) Arteriogram ginjal.

Arteriogram merupakan salah satu prosedur media tindakan medis yang dilakukan untuk melihat gambar arteri dimana dokter akan memakai zat kontras atau pewarna dan juga sinar X untuk mengamati aliran darah di arteri dan melihat apakah terjadi penyumbatan pada arteri tersebut. Arteriogram yang juga dikenal dengan nama angiogram ini bisa dilakukan pada beberapa bagian tubuh untuk melihat aliran darah lewat aorta yang merupakan arteri utama di dalam tubuh.

9) Sistoskopi.

Sistoskopi adalah prosedur untuk memeriksa kondisi saluran urine dan kandung kemih. Sistoskopi juga dapat dilakukan untuk memeriksa dan membantu pengobatan pada penderita batu kandung kemih atau kanker kandung kemih.

10) EKG.

Pemeriksaan jantung EKG bertujuan mendeteksi adanya kelainan seperti aritmia atau gangguan irama jantung, penyakit jantung koroner, kelainan katup jantung, peradangan jantung (miokarditis atau perikarditis), hingga pembesaran jantung.

11) Foto rontgen.

Rontgen adalah tindakan menggunakan radiasi untuk mengambil gambar bagian dalam dari tubuh seseorang. Utamanya, rontgen digunakan untuk mendiagnosa masalah kesehatan dan yang lainnya untuk pemantauan kondisi kesehatan yang ada. Terdapat berbagai jenis rontgen, masing-masing dengan kegunaan yang spesifik.

12) Sumber Daya Manusia, waktu hidup menurun pada defisiensi eritopoetin

13) Urine : Volume : oliguria, anuria

a) Urin khusus : Benda keton, analisa kristal batu

- b) Volume : Kurang dari 400ml/jam, oliguri, anuria
- c) Warna : Secara abnormal urine keruh, disebabkan bakteri, partikel, koloid dan fosfat.
- d) Sedimen : Kotor, kecoklatan menunjukkan adanya darah, Hb, mioglobin, porfirin.
- e) Berat jenis : Kurang dari 1.015 (menetap pada 1,015) menunjukkan kerusakan ginjal berat.
- f) Warna : keruh. Sedimen : kotor, kecoklatan. BD : kurang dari 1,0125. Klerin kreatinin menurun. Natrium : lebih besar atau sama dengan 40 m Eq/L. Protein : proteinuria

g. Terapi

Terapi untuk penyakit penyebab tentu sesuai dengan patofisiologi masing-masing penyakit. Pencegahan progresivitas penyakit ginjal kronik bisa dilakukan dengan beberapa cara, antara lain restriksi protein, kontrol glukosa, kontrol tekanan darah dan proteinuria, penyesuaian dosis obat-obatan dan edukasi. Pada pasien yang sudah mengalami penyakit ginjal dan terdapat gejala uremia, hemodialisis atau terapi pengganti lain bisa dilakukan (Brenner & Lazarus, 2018).

Penatalaksanaan gagal ginjal kronik dapat dilakukan dua tahap yaitu dengan terapi konservatif dan terapi pengganti ginjal. 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 elektrolit. Beberapa tindakan konservatif yang dapat dilakukan dengan pengaturan diet pada pasien gagal ginjal kronis.

Diet rendah protein menguntungkan untuk mencegah atau mengurangi toksin azotemia, tetapi untuk jangka lama dapat merugikan terutama gangguan keseimbangan negatif nitrogen. Pembatasan asupan protein dalam makanan pasien gagal ginjal

kronik dapat mengurangi gejala anoreksia, mual, dan muntah. Pembatasan ini juga telah terbukti menormalkan kembali dan memperlambat terjadinya gagal ginjal. Asupan rendah protein mengurangi beban ekskresi ginjal sehingga menurunkan hiperfiltrasi glomerulus, tekanan intraglomerulus, dan cedera sekunder pada nefron intak.

Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa pasien penyakit ginjal kronis akan secara spontan membatasi asupan protein mereka. Jumlah protein yang diperbolehkan kurang dari 0,6 g protein/Kg /hari dengan LFG kurang dari 10 ml / menit (Ikizler TA.; 2015). Hiperkalemia merupakan masalah yang penting pada gagal ginjal kronik. Hiperkalemia merupakan komplikasi interdialitik yaitu komplikasi yang terjadi selama periode antar hemodialisis. Keadaan hiperkalemia mempunyai resiko untuk terjadinya kelainan jantung yaitu aritmia yang dapat memicu terjadinya cardiac arrest yang merupakan penyebab kematian mendadak. Hiperkalemia berat dapat didefinisikan sebagai kadar kalium lebih dari 6,5 mEq/L (6,5 mmol/L) atau kurang dari 6,5 mEq/L dengan perubahan elektrokardiografi khas pada hiperkalemia (gambaran tinggi dan meruncing pada gelombang T atau terjadinya T elevasi).

Terapi diet rendah kalium dengan tidak mengonsumsi obat-obatan atau makanan yang mengandung kalium tinggi. Jumlah yang diperbolehkan dalam diet adalah 40 hingga 80 mEq/hari. Makanan yang mengandung kalium seperti sup, pisang, dan jus buah murni. Pemberian kalium yang berlebihan akan menyebabkan hiperkalemia yang berbahaya. Kebutuhan jumlah kalori untuk gagal ginjal kronik harus adekuat dengan tujuan utama yaitu mempertahankan keseimbangan positif nitrogen, memelihara status nutrisi dan memelihara status gizi.

h. Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan penyakit ginjal kronik adalah untuk mempertahankan fungsi ginjal dan homeostasis. Penatalaksanaan dibagi menjadi dua tahap. Tahap pertama adalah tindakan konservatif untuk memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif, pencegahan, dan pengobatan kondisi komorbid, penyakit kardiovaskuler dan komplikasi yang terjadi (Suwitra, 2018). Penanganan konservatif meliputi :

- 1) Pencegahan dan pengobatan terhadap kondisi komorbid antara lain : gangguan keseimbangan cairan, hipertensi, infeksi, dan obstruksi traktus urinarius, obat-obat nefrotoksid;
- 2) Menghambat perburukan fungsi ginjal/mengurangi hiperfiltrasi glomerulus dengan diet, seperti pembatasan asupan protein, fosfat;
- 3) Terapi farmakologis dan pencegahan serta pengobatan terhadap komplikasi, bertujuan untuk mengurangi hipertensi intraglomerulus dan memperkecil risiko terhadap penyakit kardiovaskuler seperti pengendalian diabetes, hipertensi, dislipidemia, anemia, hiperfosfatemia, asidosis, neuropati perifer, kelebihan cairan dan keseimbangan elektronik (Suwitra, 2006; Price & Wilson, 2018).

Tahap kedua dilakukan ketika tindakan konservatif tidak lagi efektif (Lemone & Burke, 2018). Terapi pengganti ginjal dilakukan pada penyakit ginjal tahap akhir, yang bertujuan untuk menghindari komplikasi dan memperpanjang usia pasien (Shahgholian, *et al.*, 2008). Ada 2 terapi pengganti ginjal yaitu:

- 1) Dialisis (hemodialisis dan peritoneal dialisis);
- 2) Transplantasi ginjal. Hemodialisis merupakan terapi pengganti ginjal yang paling banyak dilakukan di dunia dan jumlahnya dari tahun ke tahun terus meningkat (Shahgholian, *et al.*, 2018).

2. Hemodialisis

a. Pengertian

Hemodialisis merupakan suatu proses pemisahan dan pembersihan darah melalui suatu membran semipermeabel yang dilakukan pada pasien dengan fungsi ginjal baik akut maupun kronis. Pada pasien penyakit ginjal kronis dilakukan 2-3 kali seminggu dengan lama waktu 4-5 jam setiap kali hemodialisis. Pada pasien penyakit ginjal kronis biasanya dilakukan seumur hidup pasien (Srianti *et al.*, 2021).

Hemodialisis merupakan terapi yang dapat digunakan pasien dalam jangka pendek atau jangka panjang. Terapi hemodialisis jangka pendek sering dilakukan untuk mengatasi kondisi pasien akut seperti keracunan, penyakit jantung overload cairan tanpa dookuti dengan penurunan fungsi ginjal. Terapi jangka pendek ini dilakukan dalam jangka waktu beberapa hari hingga beberapa minggu. Terapi hemodialisis jangka panjang dilakukan pada pasien yang mengalami penyakit ginjal stadium akhir atau *End Stage Renal Disease* (ESRD) (Siregar, 2020).

Hemodialisis adalah suatu metode terapi dialisa yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dari dalam tubuh ketika secara akut ataupun secara progresif ginjal tidak mampu melaksanakan proses tersebut. Prosedur ini dilakukan menggunakan mesin yang dilengkapi membran penyaring semipermeabel (ginjal buatan). hemodialisis dapat dilakukan pada saat toksin atau zat racun segera dikeluarkan untuk mencegah kerusakan permanen atau menyebabkan kematian (Mait *et al.*, 2021).

Cara kerja hemodialisis yaitu mengalirkan darah dari dalam tubuh ke dalam dializer (tabung ginjal buatan) yang terdiri dari 2 kompartemen yang terpisah yaitu kompartemen darah dan kompartemen dialisa yang dipisahkan membran semi permeabel untuk membuang sisa-sisa metabolisme. Sisa metabolisme yang berada pada

peredaran darah manusia dapat berupa air, natrium, kalium, hidrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lainnya (Siregar, 2020).

b. Tujuan hemodialisis

Tujuan dilakukan terapi hemodialisis adalah untuk mengambil zat-zat nitrogen yang bersifat toksik dari dalam tubuh pasien ke dializer tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan ke tubuh pasien. Terapi hemodialisis bertujuan untuk menggantikan fungsi ekresi ginjal yaitu membuang bahan-bahan sisa metabolisme tubuh, mengeluarkan cairan yang berlebihan dan menstabilkan keseimbangan hemostatik tubuh sehingga pasien hemodialisis meningkat kualitas hidupnya. Proses dialisis terjadi melalui difusi molekul dalam cairan dan melalui membran semi permeabel sesuai dengan besarnya konsentrasi bahan elektrokimia.

Hemodialisis bertujuan untuk menyeimbangkan komposisi cairan di dalam sel dengan diluar sel. Hemodialisis atau kita kenal dengan cuci darah adalah suatu tindakan medis yang bertujuan untuk membersihkan sisa-sisa metabolisme atau racun dalam tubuh, karena ginjal tidak mampu lagi membuang sisa-sisa metabolisme dalam tubuh. Cuci darah dilakukan pada pasien penderita penyakit ginjal kronis. Karena banyak organ dan sistem dalam tubuh dipengaruhi oleh penyakit ginjal kronis dan retensi cairan, gagal ginjal menyebabkan menurunnya keadaan umum kesehatan. Selain itu, banyak komplikasi yang dapat terjadi, termasuk neuropati uremik jenis neuropati perifer yang berlangsung perlahan-lahan dan mungkin menimpa 20% sampai 50% orang dengan penyakit ginjal.

Gejala atau keluhan neuropati uremik yang sering ditemui yaitu nyeri, mati rasa, kesemutan di kaki, kram, berkedutnya otot, atau sensasi nyeri meningkat di kaki. Kelemahan otot atau berkurangnya sensasi juga mungkin terjadi bahkan tekanan psikologis dimana pasien bolak balik kerumah sakit untuk perawatan dan terapi hemodialisis (Rahayu *et al.*, 2018).

c. Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Hemodialisis

Ada beberapa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis yaitu:

1) Umur

Umur tersebut merupakan umur yang produktif sehingga dengan melakukan hemodialisis diharapkan pasien dapat beraktivitas dengan baik dan dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Pasien dengan usia yang produktif merasa terpacu untuk sembuh dan mempunyai harapan hidup yang tinggi dan sebagai tulang punggung keluarga (Mustikasari *et al.*, 2017).

2) Jenis Kelamin

Air total tubuh laki-laki membentuk 60% berat badannya, sedangkan air total tubuh dari perempuan membentuk 50% dari berat badannya. Total air tubuh akan memberikan penambahan berat badan yang meningkat lebih cepat daripada penambahan yang disebabkan oleh kalori. Terkait dengan hal tersebut, pada pasien hemodialisis 25 penambahan berat badan diantara dua waktu dialisa pada laki-laki lebih tinggi daripada perempuan. Laki-laki memiliki komposisi tubuh yang berbeda dengan perempuan dimana jaringan otot laki-laki lebih banyak dibandingkan dengan perempuan yang memiliki lebih banyak jaringan lemak (Mustikasari *et al.*, 2017).

3) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan sering dihubungkan dengan pengetahuan, dimana seseorang yang berpendidikan tinggi diasumsikan lebih mudah menyerap informasi sehingga pemberian asuhan keperawatan dapat disesuaikan dengan tingkat pendidikan yang mencerminkan tingkat kemampuan pemahaman dan kemampuan menyerap edukasi self care. Kurangnya pengetahuan tentang penyakit ginjal kronis terutama tentang terapi hemodialisis dan pembatasan cairan karena

kurangnya informasi dari petugas kesehatan karena dengan tingkat pendidikan dan sosial ekonomi yang rendah tidak memungkinkan untuk mendapatkan informasi dari sumber lain misalnya dari internet ataupun seminar (Mustikasari *et al.*, 2017).

4) Lama Hemodialisis

Lamanya menjalani hemodialisis (>1 tahun) mempunyai pengaruh terhadap pengetahuan, sikap, kepatuhan pembatasan cairan dan kepatuhan menjalani terapi hemodialisis. Setiap pasien memerlukan waktu yang berbeda-beda dalam meningkatkan pengetahuan dan sikapnya. Semakin lama pasien menjalani terapi hemodialisis maka akan banyak pengetahuan yang diperoleh dan bisa bersikap positif terhadap kepatuhan diet cairan. Semakin lama pasien menjalani hemodialisis maka akan sering terpapar oleh efek samping hemodialisis baik akut maupun kronis dan penambahan berat badan interdialitik merupakan salah satu efek tersebut (Mustikasari *et al.*, 2017).

d. Prosedur Hemodialisis

Menurut Nursalam & Beticaca, (2019) adapun prosedur tindakan hemodialisis yaitu:

- 1) Persiapkan akses pasien dan kanula
- 2) erikan heparin (jika tidak ada kontraindikasi)
- 3) Masukkan heparin saat darah mengalir melalui dialiser semipermeabel dengan satu arah dan cairan dialisis mengitari membran dan mengalir pada sisi yang berlawanan.
- 4) Cairan dialisis harus mengandung air yang bebas dari sodium, potassium, kalsium, magnesium, klorida, dan dekstrosa setelah ditambahkan. Melalui proses difusi, elektrolit, sampah metabolik, dan komponen asam basa dapat dihilangkan atau ditambahkan ke dalam darah
- 5) Penambahan air dihilangkan dari darah (*ultrafiltrasi*)

- 6) Darah kemudian kembali ke tubuh melalui akses pasien
- e. Efek Samping Hemodialisis

Menurut (Syahrizal dkk., 2020) efek samping yang paling umum selama perawatan hemodialisis adalah hipotensi (20-30%), kram otot (5- 20%), mual-muntah (5-15%), sakit kepala (5%), demam sampai meninggal (<1%).

- 1) Hipotensi

Hipotensi intradialisis merupakan efek samping yang paling umum terjadi pada saat hemodialisis. Ada dua mekanisme patogenesis hipotensi intradialisis, pertama adalah kegagalan untuk menjaga volume plasma pada tingkat optimal dan yang kedua adalah kelainan kardiovaskular. Hipotensi intradialisis bisa disertai dengan gejala seperti kram, mual, muntah, kelelahan yang berlebihan dan kelemahan atau mungkin tidak menunjukkan gejala sama sekali.

- 2) Sakit kepala

Keluhan sakit kepala sering ditemukan selama hemodialisis dan penyebabnya belum diketahui secara pasti. Faktor pemicu sakit kepala mungkin hipertensi, hipotensi, tingkat rendah natrium, penurunan osmolaritas serum, tingkat rendah renin plasma, sebelum dan sesudah dialisis nilai BUN dan rendahnya tingkat magnesium.

- 3) Sakit dada

Sakit dada selama prosedur hemodialisis harus dicurigai sebagai kegawatdaruratan yang berhubungan dengan angina, infark miokard atau perikarditis, hemodialisis akut atau reaksi anafilaktik.

- 4) Hipoksemia

Selama hemodialisis, PaO_2 turun menjadi sekitar 10-20 mmHg. Penurunan tersebut tidak menyebabkan masalah klinis yang signifikan pada pasien yang mengalami oksigenasi normal,

tetapi dapat menghasilkan bencana pada mereka yang memiliki kadar oksigen yang rendah.

5) Gatal-gatal

Pasien yang menjalani hemodialisis mengalami gatal-gatal pada kulit yang semakin memburuk selama taua segera setelah hemodialisis. Walaupun penyebab pastinya tidak diketahui, diduga faktor yang menyebabkannya adalah kulit kering (xerosis), deposit kristal kalsium-fosfor (hiperparatiroidisme), alergi terhadap obat (ETO dan heparin) dan pelepasan histamin dari sel induk.

6) Kram otot

Kram otot selama hemodialisis umum terjadi. Meskipun kram sebageian besar terlihat di ekstermitas bawah, tetapi dapat terjadi juga di perut, lengan dan tangan. Metabolisme otot dibawah normal dianggap sebagai faktor yang paling penting yang menyebabkan terjadinya kram. Oleh sebab iu, hipotensi, hiponatremia, hipoksia jaringan diduga menyebabkan terjadinya kram otot.

7) Anemia

Tidak memiliki cukup sel darah merah dalam darah adalah komplikasi umum dari penyakit ginjal kronik dan hemodialisis. Pasien ginjal kronis mengurangi produksi hormon yang disebut eritropoietin, yang merangsang pembentukan sel darah merah. Pembatasan diet, penyerapan zat besi yang buruk, tes darah secara sering atau kehilangan zat besi dan vitamin akibat hemodialisis dapat berkontribusi juga terhadap terjadinya anemia.

8) Amiloidosis

Amiloidosis terkait dialisis terjadi ketika protein dalam darah disimpan pada sendi dan tendon sehingga menyebabkan nyeri, kekakuan dan penumpukkan cairan pada sendi. Kondisi ini lebih umum terjadi pada orang yang telah menjalani hemodialisis selama lebih dari lima tahun.

9) Stres

Hemodialisis merupakan terapi yang digunakan pasien yang mengalami gangguan pada ginjal. hemodialisis dilakukan selama seumur hidup bagi penderitanya. Stresor psikologis yang dialami oleh pasien yang menjalani hemodialisis diakibatkan oleh beberapa hal diantaranya pembatasan cairan, pembatasan diet, gangguan tidur, ketidakjelasan tentang masa depan, pembatasan aktivitas, penurunan kehidupan sosial, pembatasan waktu dan tempat bekerja, lamanya proses dialisis serta faktor ekonomi.

3. Caring

i. Pengertian

Menurut Kusnanto (2019) *caring* adalah sentral dalam praktik keperawatan karena caring merupakan suatu cara pendekatan yang dinamis, dimana seorang perawat profesional dalam bekerja harus lebih perhatian dan bertanggung jawab kepada kliennya. Caring merupakan bagian inti yang penting terutama dalam praktik keperawatan, seorang klien yang sedang dirawat di rumah sakit sangat mengharapkan perhatian dan bantuan dari perawat yang profesional, klien berharap perawat profesional dapat memberikan pelayanan yang cepat dan tepat, klien menginginkan penderitaannya segera diselesaikan, dll.

Menurut Watson 2005 dalam Kusnanto (2019), Caring digambarkan sebagai suatu dasar dalam kesatuan nilai-nilai kemanusiaan yang universal, dimana caring digambarkan sebagai moral ideal keperawatan yang meliputi keinginan dan kesungguhan untuk merawat serta tindakan untuk merawat. Tujuan perilaku caring adalah memberikan asuhan fisik dengan memperhatikan emosi sambil meningkatkan rasa aman dengan menunjukkan perhatian, perasaan empati dan cinta yang merupakan kehendak

keperawatan (Gadow & Woddings, 1984 dalam Kusnanto, 2019).

Caring merupakan sebuah proses interpersonal yang sangat penting yang mengharuskan perawat melakukan aktivitas peran yang spesifik melalui ekspresi emosi tertentu pada klien (Morrison & Burnard, 2009 dalam Kusnanto, 2019). Caring membuat perhatian, motivasi dan arahan bagi klien untuk melakukan sesuatu. Caring sebagai salah satu syarat utama untuk coping, dengan caring perawat mampu mengetahui intervensi yang baik dan tepat yang dapat digunakan sebagai acuan dalam memberikan perawatan selanjutnya (Kusnanto, 2019).

j. Teori Caring menurut Kristen M. Swanson

Teori caring Swanson dalam Kusnanto 2019, masuk dalam level middle range theory, mempelajari tentang seorang perawat yang dapat merawat klien dengan tetap menghargai martabat klien tersebut dengan komitmen dan tanggungjawab yang tinggi.

Teori caring Swanson dalam Kusnanto 2019 ini berkembang setelah Swanson melakukan riset terhadap 3 (tiga) studi perinatal yang terpisah, yaitu :

- 1) Studi pertama tentang pengalaman para wanita yang mengalami keguguran.
- 2) Studi kedua kepada para orang tua dan para professional kesehatan sebagai care giver di ruang newborn intensive care unit (NICU).
- 3) Studi ketiga terhadap kelompok calon ibu dengan risiko tinggi.

Fokus teori caring Swanson dalam the caring model mengembangkan 5 (lima) proses dasar, yaitu knowing, being with, doing for, enabling dan maintaining belief. Penjabaran 5 (lima) proses dasar ini bisa menjadi strategi untuk penerapan asuhan keperawatan yang dimulai dengan pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan. Dengan demikian caring mempunyai peran besar dalam pelaksanaan proses keperawatan.

k. Dimensi Caring menurut K.MSwanson (dalam Kusnanto 2019). Ada lima dimensi yang mendasari konsep caring, yaitu:

1) Maintening belief

Maintening belief adalah kepekaan diri seseorang terhadap harapan yang diinginkan orang lain ataupun membangun harapan.

Indikator yang terdapat pada kepekaan diri, yaitu:

- a) Selalu punya rasa percaya diri yang tinggi
- b) Mempertahankan perilaku yang siap memberikan harapan orang lain
- c) Selalu berfikir realistis
- d) Selalu berada disisi klien dan siap memberikan bantuan.

Menumbuhkan keyakinan seseorang dalam melalui setiap peristiwa hidup dan masa-masa transisi dalam hidupnya serta menghadapi masa depan dengan penuh keyakinan, mempercayai kemampuan orang lain, menimbulkan sikap optimis, membantu menemukan arti atau mengambil hikmah dari setiap peristiwa, dan selalu ada untuk orang lain dalam situasi apapun. Tujuannya adalah untuk membantu orang lain supaya bisa menemukan arti dan mempertahankan sikap yang penuh harap. Memelihara dan mempertahankan keyakinan nilai hidup seseorang adalah dasar dari caring dalam praktik keperawatan.

Subdimensi dari maintaining belief antara lain:

- a) *Believing in*: perawat merespon apa yang dialami klien dan mempercayai bahwa hal itu wajar dan dapat terjadi pada siapa saja yang sedang mengalami masatransisi.
- b) *Offering a hope – filled attitude*: memperlihatkan perilaku yang peduli pada masalah yang terjadi pada klien dengan sikap tubuh, kontak mata dan intonasi bicara perawat.

- c) *Maintaining realistic optimism*: menjaga dan memperlihatkan sikap optimisme perawat dan harapan terhadap klien
- d) Apa yang dialami klien secara realistis dan berusaha mempengaruhi klien untuk punya sikap yang optimisme dan harapan yang sama.
- e) *Helping to find meaning*: membantu klien menemukan arti dari masalah yang dialami sehingga klien bisa secara perlahan menerima bahwa siapa pun bisa mengalami hal yang sama dengan klien.
- f) *Going the distance* (menjaga jarak): semakin jauh menjalin/menyelami hubungan dengan tetap menjaga hubungan sebagai perawat-klien agar klien bisa percaya sepenuhnya pada perawat dan responsibility serta Caring secara total oleh perawat kepada klien.

2) *Knowing* (mengetahui)

Perawat harus mengetahui kondisi klien, memahami arti dari suatu peristiwa dalam kehidupan, menghindari asumsi, fokus pada klien, mencari isyarat, menilai secara cermat dan menarik. Efisiensi dan efektivitas terapeutik caring ditingkatkan oleh pengetahuan secara empiris, etika dan estetika yang berhubungan dengan masalah kesehatan baik secara aktual dan potensial.

Indikator *knowing* adalah:

- a) Mengetahui kebutuhan dan harapan pasien
- b) Manfaat perawatan dan kejelasan rencana perawatan
- c) Hindari persyaratan untuk bertindak, karena perawat peduli pasien
- d) Tidak hanya mengerti kebutuhan dan harapan tetapi fokus pada merawat yang benar atau efisien dan berhasil guna atau efektif.

Knowing adalah berusaha agar mampu mengetahui dan paham terhadap peristiwa yang mempunyai arti dalam kehidupan klien. Mempertahankan kepercayaan merupakan dasar dari *caring* keperawatan, *knowing* adalah memahami pengalaman hidup klien dengan mengesampingkan asumsi perawat mengetahui kebutuhan klien, menggali/menyelami informasi klien secara detail, sensitive terhadap petunjuk verbal dan non verbal, fokus pada satu tujuan keperawatan, serta mengikutsertakan orang yang memberi asuhan dan orang yang diberi asuhan dan menyamakan persepsi antara perawat dan klien. *Knowing* adalah penghubung dari keyakinan keperawatan terhadap realita kehidupan.

Subdimensi dari *knowing* antara lain :

- a) *Avoiding assumptions*, menghindari asumsi-asumsi
- b) *Assessing thoroughly*, melakukan pengkajian menyeluruh meliputi bio, psiko, sosial, spiritual dan kultural
- c) *Seeking clues*, perawat menggali informasi secara mendalam
- d) *Centering on the one cared for*, perawat fokus pada klien dalam memberikan asuhan keperawatan
- e) *Engaging the self of both*, melibatkan diri sebagai perawat secara utuh dan bekerjasama dengan klien dalam melakukan asuhan keperawatan yang efektif.

3) *Being with* (Kehadiran)

Being with merupakan kehadiran dari perawat untuk pasien, perawat tidak hanya hadir secara fisik saja, tetapi juga melakukan komunikasi membicarakan kesiapan/ kesediaan untuk bisa membantu serta berbagi perasaan dengan tidak membebani pasien. Perawat juga hadir dengan berbagi perasaan tanpa beban dan secara emosional bersama klien dengan maksud memberikan dukungan kepada klien,

memberikan kenyamanan, pemantauan dan mengurangi intensitas perasaan yang tidak diinginkan.

Indikator saat merawat pasien adalah:

- a) Kehadiran kontak dengan pasien
- b) Menyampaikan kemampuan merawat
- c) Berbagi perasaan
- d) Tidak membebani pasien

Subdimensi dari *being with*, antara lain:

- a) *Non-burdening*: Perawat melakukan kerja sama kepada klien dengan tidak memaksakan kehendak kepada klien melaksanakan tindakan keperawatan.
- b) *Convering availability*: Memperlihatkan sikap perawat mau membantu klien dan memfasilitasi klien dalam mencapai tahap kesejahteraan /wellbeing.
- c) *Enduring with*: Perawat dan klien berkomitmen untuk meningkatkan kesehatan klien.
- d) *Sharing feelings*: Berbagi pengalaman bersama klien yang berhubungan dengan usaha dalam meningkatkan kesehatan klien. Being with perawat bisa diperlihatkan dengan cara kontak mata, bahasa tubuh, nada suara, mendengarkan serta mempunyai sikap positif dan semangat yang dilakukan perawat, bisa membuat suasana terbuka dan saling mengerti.

4) *Doing for* (Melakukan)

Doing for berarti bekerja sama melakukan sesuatu tindakan yang bisa dilakukan, mengantisipasi kebutuhan yang diperlukan, kenyamanan, menjaga privasi dan martabat klien. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, perawat bisa memberikan kontribusi dalam pemulihan kesehatan (atau sampai meninggal dengan damai). Perawat akan tampil seutuhnya ketika diperlukan dengan menggunakan semua

kekuatan maupun pengetahuan yang dimiliki.

Subdimensi dari *doing for* antara lain:

- a) *Comforting* (memberikan kenyamanan) Dalam memberikan intervensi keperawatan perawat harus bisa memberi kenyamanan dan menjaga privasi klien.
 - b) *Performing competently* (menunjukkan ketrampilan) Sebagai perawat profesional perawat dituntut tidak hanya bisa berkomunikasi tapi juga harus bisa memperlihatkan kompetensi maupun skill yang dimiliki seorang perawat yang profesional.
 - c) *Preserving dignity* (menjaga martabat klien) Menjaga martabat klien sebagai individu atau memanusiakan manusia.
 - d) *Anticipating* (mengantisipasi) Selalu meminta izin ataupun persetujuan dari klien ataupun keluarga dalam melakukan tindakan keperawatan.
 - e) *Protecting* (melindungi) Menjaga hak-hak klien dalam memberikan asuhan keperawatan dan tindakan medis.
- 5) *Enabling* (Memampukan)
- Enabling* adalah memampukan atau memberdayakan klien, perawat memberikan informasi, menjelaskan memberi dukungan dengan fokus masalah yang relevan, berfikir melalui masalah dan menghasilkan alternatif pemecahan masalah agar klien mampu melewati masa transisi dalam hidup yang belum pernah dialaminya sehingga bisa mempercepat penyembuhan klien ataupun supaya klien mampu melakukan tindakan yang tidak biasa dilakukannya. memberikan umpan balik / feedback.

Subdimensi dari *enabling* antara lain:

- a) *Validating* (memvalidasi)
Memvalidasi semua tindakan yang telah dilakukan.
- b) *Informing* (memberikan informasi)

Menyampaikan informasi yang berhubungan dengan peningkatan kesehatan klien dalam rangka memberdayakan klien dan keluarga klien.

c) *Supporting* (mendukung)

Memberi dukungan kepada klien untuk mencapai kesejahteraan /well being sesuai kapasitas sebagai perawat.

d) *Feedback* (memberikan umpan balik)

Memberikan feedback kepada klien atas usahanya mencapai kesembuhan/*well being*.

e) *Helping patients to focus generate alternatives* (membantu klien untuk fokus dan membuat alternatif)

Membantu klien agar selalu fokus dan ikut dalam program peningkatan kesehatannya baik tindakan keperawatan maupun tindakan medis. Setiap proses caring memiliki pengertian dan subdimensi yang menjadi dasar dalam intervensi keperawatan. Pelayanan keperawatan dan caring sangat penting untuk membuat hasil positif pada kesehatan dan kesejahteraan klien (Swanson dalam Kusnanto, 2019).

1. Komponen caring menurut Swanson

Swanson (1991) dalam *empirical development of a middle range theory of caring* mendeskripsikan 5 proses caring menjadi lebih praktis, yaitu (Kusnanto, 2019) :

- 1) Komponen mempertahankan keyakinan, mengaktualisasi diri untuk membantu orang lain, mampu membantu orang lain dengan tulus, memberikan ketenangan kepada klien dan memiliki sikap yang positif.
- 2) Komponen pengetahuan, memberikan pemahaman klinis tentang kondisi dan situasi klien, melaksanakan setiap tindakan sesuai peraturan dan menghindari terjadinya komplikasi.
- 3) Komponen kebersamaan, ada secara emosional dengan orang lain, bisa berbagi secara tulus dengan klien dan membina

kepercayaan terhadap klien.

- 4) Komponen tindakan yang dilakukan, melakukan tindakan terapeutik seperti membuat klien merasa nyaman, mengantisipasi bahaya dan intervensi yang kompeten.
- 5) Komponen memungkinkan, melakukan informed consent pada setiap tindakan, memberikan respon yang positif terhadap keluhan klien.

m. Caring dalam Praktik Keperawatan

Caring merupakan hasil dari kultur, nilai – nilai, pengalaman dan hubungan perawat dengan klien (Kusnanto, 2019). Saat perawat berurusan dengan kesehatan dan penyakit dalam praktiknya, maka kemampuan perawat dalam pelayanan akan semakin berkembang. Sikap perawat dalam praktik keperawatan yang berkaitan dengan Caring adalah dengan kehadiran, sentuhan kasih sayang, selalu mendengarkan dan memahami klien (Potter & Perry, 2009 dalam Kusnanto, 2019). Kehadiran adalah saat dimana perawat dan klien bertemu yang menjadi sarana agar lebih dekat dan bisa menyampaikan manfaat caring. Kehadiran perawat meliputi hadir secara fisik, berkomunikasi dengan pengertian. Kehadiran juga merupakan sesuatu yang ditawarkan perawat pada klien dengan maksud memberikan dukungan, dorongan, menenangkan hati klien, mengurangi rasa cemas dan takut klien karena situasi tertentu, serta selalu ada untuk klien (Potter & Perry, 2009 dalam Kusnanto, 2019).

Sentuhan merupakan salah satu cara pendekatan yang menenangkan, perawat bisa mendekatkan diri kepada klien agar bisa menunjukkan perhatian dan memberi dukungan. Sentuhan Caring merupakan suatu bentuk komunikasi non verbal yang bisa mempengaruhi kenyamanan dan keamanan klien, meningkatkan harga diri klien, serta memperbaiki orientasi tentang kenyataan. Pengungkapan sentuhan harus berorientasi pada tugas dan dapat

dilakukan dengan cara memegang tangan klien, memberikan pijatan pada punggung, menempatkan klien dengan hati – hati dan ikut serta dalam pembicaraan (Potter & Perry, 2009 dalam Kusnanto 2019). Pembicaraan dengan klien harus benar – benar didengarkan oleh perawat. Mendengarkan merupakan kunci dari hubungan perawat dengan klien, karena dengan mendengarkan kisah/keluhan klien akan membantu klien mengurangi tekanan terhadap penyakitnya. Hubungan pelayanan perawat dengan klien yaitu dengan membangun kepercayaan, membuka topik pembicaraan, mendengarkan dan mengerti apa yang klien katakan. Perawat yang mendengarkan klien dengan sungguh-sungguh, akan mengetahui secara benar dan merespon apa yang benar-benar berarti bagi klien dan keluarganya (Potter & Perry 2009 dalam Kusnanto 2019). Mendengarkan juga termasuk memberikan perhatian pada setiap perkataan yang diucapkan, nada suara, ekspresi wajah, dan bahasa tubuh klien. Hal ini akan membantu perawat dalam mendapatkan petunjuk untuk membantu menolong klien mencari cara mendapatkan kedamaian. Bulfin (2005 dalam Kusnanto 2019) mengemukakan bahwa memahami klien akan membantu perawat dalam menanggapi persoalan yang terjadi pada klien.

Memahami klien berarti perawat menghindari asumsi, fokus pada klien, dan ikut serta dalam hubungan Caring dengan klien yang memberikan informasi dan memberikan penilaian klinis. Memahami klien adalah sebagai inti suatu proses yang digunakan perawat dalam membuat keputusan klinis. Perawat yang membuat keputusan klinis yang akurat dengan konteks pemahaman yang baik, akan meningkatkan hasil kesehatan klien, klien akan mendapatkan pelayanan pribadi, nyaman, dukungan, dan pemulihan.

n. Perilaku Caring

Caring merupakan inti dari praktik keperawatan yang baik, karena Caring bersifat khusus dan bergantung pada hubungan perawat – klien (Kusnanto, 2019). Caring merupakan fasilitas perawat agar mampu mengenal klien, mengetahui masalah klien, mencari dan melaksanakan solusinya. Perilaku seorang perawat yang Caring terhadap klien, dapat memperkuat mekanisme coping klien sehingga memaksimalkan proses penyembuhan klien (Sitorus, 2006). Watson (1979 dalam Kusnanto 2019), menyatakan bahwa Caring adalah wujud dari semua faktor dipakai perawat di dalam melakukan pelayanan kesehatan terhadap klien. Perilaku Caring perawat dapat diwujudkan dalam pemberian pelayanan keperawatan pada klien, bila perawat dapat memahami pengertian dari Caring itu sendiri, mengetahui teori tentang Caring, mengetahui Caring dalam praktek keperawatan, memahami sepuluh faktor karatif Caring, dan faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku Caring perawat.

o. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku caring

Caring merupakan aplikasi dari proses keperawatan sebagai bentuk kinerja yang ditampilkan oleh seorang perawat. Gibson, et.al (2006 dalam Kusnanto 2019) mengemukakan 3 (tiga) faktor yang berpengaruh terhadap kinerja individu meliputi faktor individu, psikologis dan organisasi.

- 1) Faktor Individu Variabel individu dikelompokkan pada subvariabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografis. variable kemampuan dan keterampilan adalah faktor penting yang bisa berpengaruh terhadap perilaku dan kinerja individu. Kemampuan intelektual merupakan kapasitas individu mengerjakan berbagai tugas dalam suatu kegiatan mental.
- 2) Faktor psikologis Variabel ini terdiri atas sub variable sikap, komitmen dan motivasi. Faktor ini banyak di pengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman dan karakteristik

demografis. Setiap orang cenderung mengembangkan pola motivasi tertentu. Motivasi adalah kekuatan yang dimiliki seseorang yang melahirkan intensitas dan ketekunan yang dilakukan secara sukarela. Variabel psikologis bersifat kompleks dan sulit diukur.

- 3) Faktor organisasi Faktor organisasi yang bisa berpengaruh dalam perilaku caring adalah, sumber daya manusia, kepemimpinan, imbalan, struktur dan pekerjaan. Variable imbalan akan mempengaruhi variabel motivasi, yang pada akhirnya secara langsung mempengaruhi kinerja individu.

p. Pengukuran Perilaku Caring

Perilaku caring bisa diukur dengan beberapa alat ukur (*tools*) yang sudah dikembangkan oleh para peneliti yang membahas ilmu caring. Beberapa penelitian tentang caring bersifat kuantitatif maupun kualitatif. Watson (2009 dalam Kusnanto 2019) menyatakan bahwa pengukuran caring merupakan proses menurunkan subyektifitas, fenomena manusia yang bersifat invisible (tidak terlihat) yang terkadang bersifat pribadi, ke bentuk yang lebih obyektif. Oleh sebab itu, penggunaan alat ukur formal mampu mengurangi subyektifitas pengukuran perilaku caring.

Pemakaian alat ukur formal pada penelitian keperawatan tentang perilaku caring bertujuan untuk : memperbaiki caring secara terus menerus melalui penggunaan hasil (*outcomes*) dan intervensi yang berarti untuk memperbaiki praktik keperawatan; sebagai studi banding (*benchmarking*) struktur, setting, dan lingkungan yang lebih menunjukkan caring, mengevaluasi konsekuensi caring dan non caring pada pasien maupun perawat.

Alat ukur formal caring bisa menghasilkan model pelaporan perawatan pada area praktik tertentu, menemukan kelemahan dan kekuatan proses caring dan melakukan intervensi dalam memperbaiki dan menghasilkan model praktik yang lebih

sempurna. Selain itu, penggunaan alat ukur formal bisa meningkatkan pengetahuan dan pemahaman mengenai hubungan caring, kesehatan dan proses kesembuhan dan sebagai validasi empiris untuk memperluas teori caring serta memberikan petunjuk baru bagi perkembangan kurikulum, keilmuan keperawatan, dan ilmu kesehatan termasuk penelitian (Watson, 2009 dalam Kusnanto 2019).

Pengukuran perilaku caring perawat bisa dilakukan melalui pengukuran persepsi pasien terhadap perilaku caring perawat. dengan menggunakan persepsi pasien dalam pengukuran perilaku caring perawat bisa memberikan hasil yang lebih sensitif karena pasien adalah individu yang menerima langsung perilaku dan 28 tindakan perawat termasuk perilaku caring (Rego, Godinho, McQueen, 2008 dalam Kusnanto 2019).

Alat ukur *caring professional scale* (CPS) yang disempurnakan oleh Swanson, CPS terdiri dari subskala analitik yaitu *Compasoiionate healer* dan *compotent practitioner* yang berasal dari 5 komponen caring swanson yaitu mengetahui (*Knowing*), kehadiran (*Being with*), melakukan tindakan (*Doing for*), memampukan (*Enabling*), dan mempertahankan kepercayaan (*Maintenancing Believe*), (Kusnanto, 2019).

CPS terdiri dari 14 item dengan 5 skala likert, uji valididitas dan reliabilitas CPS dikembangkan alat ukur CPS dengan subskala *empati the barret-lenart relationship inventory* ($r=0,61$, $p<0,001$). Nilai estimasi *alpa crobach* untuk konsistensi internal digunakan untuk membandingkan beberapa tenaga kesehatan *advance practice nurse* (0,74 – 0,96), nurse (0,97), dan dokter (0,96).

4. Kepuasan

q. Pengertian

Kepuasan pasien secara subjektif dikaitkan dengan

kualitas dari suatu layanan yang didapatkan dan secara objektif dikaitkan dengan kejadian yang telah lampau, pendidikan, dan keadaan psikologi, serta lingkungan. Kepuasan pasien bergantung pada jasa pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat, apakah sudah sesuai dengan yang diharapkan atau belum. Pasien sebagai pengguna jasa pelayanan keperawatan akan menyampaikan hasil dari pelayanan yang diterimanya dan bersikap berdasarkan kepuasannya. Kepuasan pelayanan keperawatan dibuat berdasarkan penilaian konsumen terkait mutu, dan kinerja hasil, terhadap manfaat yang diterima dari produk atau jasa layanan. Dengan demikian, kepuasan terbentuk karena perbandingan antara kinerja atau hasil yang dirasakan dengan harapan (Kusnanto, 2019).

Dapat disimpulkan bahwa kepuasan pasien dapat terwujud dari pelayanan kesehatan keperawatan yang baik. Kualitas atau mutu pelayanan dapat dinilai dari tindakan ataupun sikap anggota tim keperawatan yang telah memberikan asuhan (Kusnanto, 2019). Pasien akan menganggap pelayanan itu baik jika mereka merasakan kepuasan dari berbagai aspek. Kepuasan pasien yang lainnya juga didapatkan dari hasil komunikasi antar pasien yang menyebarluaskan tentang pelayanan keperawatan disuatu instansi yang baik dan memuaskan. Lebih-lebih di era informasi teknologi seperti sekarang ini media sosial sebagai media yang sangat cepat menyebarkan informasi.

r. Faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien (Kusnanto, 2019)

Kepuasan pasien dipengaruhi oleh beberapa aspek yaitu:

- 1) Aspek kenyamanan, klien merasakan kenyamanan dari berbagai fasilitas yang ada di sebuah Rumah Sakit, dari lokasinya yang mudah dijangkau, kenyamanan akan ruangan, kebersihan lingkungan Rumah Sakit, dan Peralatan yang tersedia di rumah sakit tersebut.
- 2) Aspek hubungan klien dengan perawat, meliputi sikap perawat

selama memberi pelayanan, kecekatan perawat dalam merespon keluhan klien, teknik komunikasi yang efektif dari perawat serta kejelasan informasi yang diberikan oleh pasien.

- 3) Aspek kompetensi teknis perawat, meliputi tingkat kompetensi atau kemampuan yang dimiliki oleh perawat serta pengalaman perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.
- 4) Aspek biaya, meliputi terjangkau biaya administrasi Rumah Sakit, biaya perawatan serta pembiayaan lain yang dibebankan pada pasien selama menjalani perawatan.

Berbagai faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien antara lain:

- 1) Sikap dan pendekatan perawat dengan pasien dimana pada saat memberikan asuhan keperawatan, Perawat harus bersikap ramah dan care kepada pasien, sehingga pasien akan mendapatkan kepuasan.
- 2) Pengetahuan dari perawat, yaitu pasien mendapatkan informasi yang dibutuhkan terkait dengan masalah yang sedang dihadapi.
- 3) Prosedur administrasi, yaitu prosedur yang tidak berbelit-belit sehingga pasien merasakan kemudahan dalam pelayanan administrasi.
- 4) Fasilitas yang disediakan oleh Rumah sakit, meliputi peralatan dan kebersihan ruangan dan lingkungan tempat pasien menjalani perawatan.
- 5) Keterampilan keperawatan, perawat harus terampil dan cekatan dalam memberikan asuhan keperawatan yang paripurna.

Salah satu indikator keberhasilan pelayanan keperawatan adalah kepuasan pasien, beberapa faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien, yaitu:

- 1) Admission orientation yang dilakukan oleh Perawat pada awal bertemu pasien di unit perawatan pasien.
- 2) Pendekatan dan perilaku caring perawat terhadap pasien terutama kesan pertama pasien pada saat akan mendapatkan

pelayanan, perawat harus ramah, sopan, dan komunikatif.

- 3) Kelengkapan dan kejelasan informasi yang diberikan oleh perawat, informasi yang lengkap dan jelas akan mempengaruhi penerimaan selama dalam masa perawatan.
- 4) Prosedur pelayanan yang tidak berbelit-belit yang diterima oleh pasien.
- 5) Waktu tunggu, setiap pasien akan merasakan puas apabila alur administrasi dan waktu tunggu tidak membuat pasien jenuh. Waktu tunggu yang terlalu lama akan mempengaruhi tingkat kepuasan pasien dan kepuasan pasien akan menurun setiap 5 menit pasien menunggu.
- 6) Fasilitas umum, semua fasilitas dari instansi tertentu harus tersedia sehingga memudahkan pasien dalam melakukan aktivitas, seperti ruang rawat yang bersih dan rapi.
- 7) Ruang perawatan yang bersih, nyaman dan aman dari berbagai gangguan suara/ kebisingan maupun bau.

Ada 5 dimensi yang dapat dijadikan indikator dalam menilai kepuasan yang komprehensif dengan fokus utama pada pelayanan barang dan jasa meliputi:

- 1) *Responsiveness* (ketanggapan), terkait kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan segera, artinya waktu menunggu pasien mulai dari mendaftar sampai mendapat pelayanan keperawatan tidak terlalu lama.
- 2) *Reability* (kehandalan), terkait kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien secara akurat dan terpercaya.
- 3) *Assurance* (jaminan), terkait kemampuan perawat dalam menyampaikan informasi tentang permasalahan kesehatan/ keperawatan yang terjadi pada pasien dan tindakan yang akan dilakukan secara jelas sehingga meningkatkan kepercayaan dan kenyamanan pasien.

- 4) *Emphaty* (empati), terkait kemampuan perawat dalam membina hubungan, memberikan perhatian, dan memahami kebutuhan pasien. Perawat melakukan komunikasi yang efektif dan terapeutik, perawat mengikutsertakan pasien dalam mengambil keputusan yang terbaik untuk dirinya, dan kebebasan pasien memilih tindakan yang tepat setelah mendapatkan informasi, serta kemudahan pasien rawat inap mendapat kunjungan dari keluarga.
- 5) *Tangible* (bukti langsung), terkait dengan sarana dan prasarana yang bisa dirasakan oleh pasien selama menjalani perawatan, termasuk keberhasilan dalam memberikan asuhan selama pasien menjalani perawatan dan kecepatan perawat merespon saat pasien membutuhkan.

s. Faktor Ketidakpuasan Pasien

Beberapa faktor yang mempengaruhi seorang pasien tidak merasakan puas terhadap suatu layanan keperawatan (Kusnanto, 2019) :

- 1) Mutu pelayanan keperawatan tidak sesuai yang diharapkan, misalnya pada saat pasien merasakan nyeri, pasien berharap seorang perawat merespon dengan cepat keluhan tersebut dan memberikan intervensi dengan segera.
- 2) Perilaku perawat yang kurang memuaskan bagi pasien, misalnya pada saat pasien menyampaikan keluhannya namun perawat masih asik menulis atau melakukan hal-hal yang sebenarnya bisa ditinggalkan untuk sementara waktu.
- 3) Lingkungan atau ruang perawatan yang kurang nyaman: bau, kotor, lembap, ruangan terlalu panas, lantai basah, bising, dll.
- 4) Prosedur tindakan yang berbelit-belit, urusan administrasi yang terlalu ribet, serta permintaan persyaratan administrasi yang terlalu banyak.
- 5) Biaya perawatan yang terlalu tinggi juga sangat mempengaruhi.

Pasien dari kalangan menengah ke bawah akan merasakan puas jika biaya perawatan yang dibutuhkan terjangkau.

t. Manfaat *Feedback* Kepuasan Pasien (Kusnanto, 2019)

Perawat sebagai tenaga pemberi layanan, seharusnya dapat mengukur kepuasan setelah pasien menerima layanan selain itu juga perawat dapat meminta *feedback* atau masukan-masukan dari pasien selaku penerima jasa layanan. *Feedback* yang diberikan oleh pasien bermanfaat untuk:

- 1) Mengetahui tingkatan kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan keperawatan yang diterima selama pasien menjalani perawatan.
- 2) Memonitor kepuasan sepanjang waktu, dan memberikan peluang untuk memperbaiki apabila terjadi penurunan kepuasan pasien dalam tindakan keperawatan.
- 3) Mengidentifikasi permasalahan atau keluhan pasien atas layanan yang diterimanya selama menjalani perawatan.
- 4) Meminimalkan aspek yang paling berpengaruh terhadap kepuasan pasien dan mengetahui aspek yang tidak memuaskan, sehingga sebagai bahan perbaikan.
- 5) Meningkatkan tanggungjawab dan tanggunggugat perawat terhadap kepuasan pasien, keluarga dan diri sendiri sebagai perawat untuk mewujudkan mutu pelayanan keperawatan yang optimal. Mengevaluasi hasil inovasi dan perubahan yang dilakukan, apakah pasien dapat merasakan kepuasan setelah diadakan perbaikan (Desimawati, 2013).

5. Hubungan Caring Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan

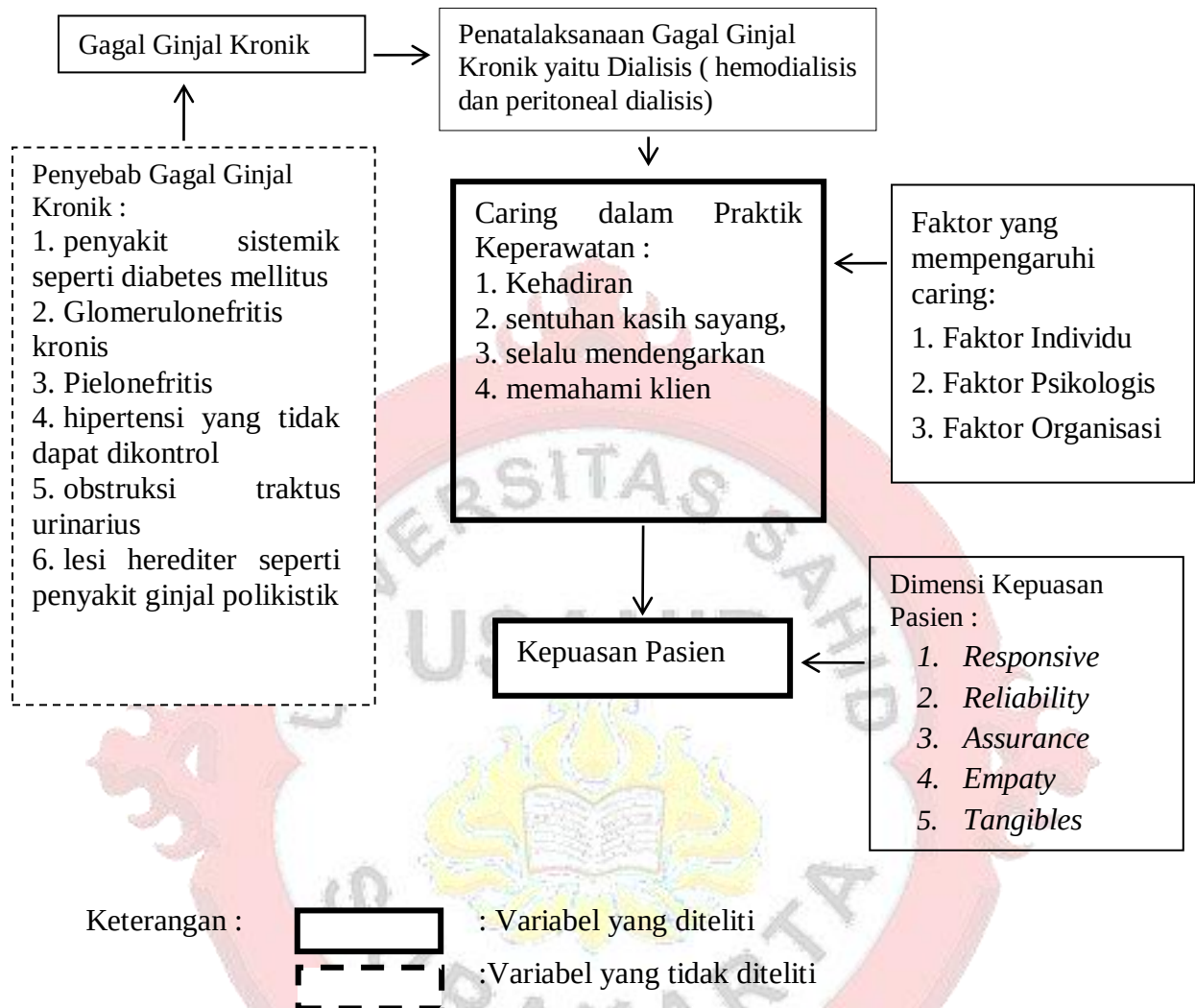
Menurut Kusnanto, 2019, Caring adalah sentral dalam praktik keperawatan karena caring merupakan suatu cara pendekatan yang dinamis, dimana seorang perawat profesional dalam bekerja harus lebih perhatian dan bertanggung jawab kepada kliennya. Caring merupakan bagian inti yang penting terutama dalam praktik keperawatan, seorang

klien yang sedang dirawat di rumah sakit sangat mengharapkan perhatian dan bantuan dari perawat yang professional, klien berharap perawat professional dapat memberikan pelayanan yang cepat dan tepat, klien menginginkan penderitaannya segera diselesaikan, dll. Sikap perawat dalam praktik keperawatan yang berkaitan dengan Caring adalah dengan kehadiran, sentuhan kasih sayang, selalu mendengarkan dan memahami klien (Potter & Perry, 2009 dalam Kusnanto, 2019).

Menurut pendapat (Firmansyah et al., 2019) Semakin baik perilaku caring perawat dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan, klien atau keluarga semakin senang dalam menerima pelayanan, berarti hubungan terapeutik perawat-klien semakin terbina. Pelayanan keperawatan yang baik dan kepuasan pasien bisa dijadikan salah satu indikator keberhasilan pelayanan kesehatan di puskesmas, kepuasan pasien akan terpenuhi bila pelayanan yang diberikan telah sesuai dengan harapan pasien.

Menurut (Kusnanto, 2019) kepuasan pasien secara subjektif dikaitkan dengan kualitas dari suatu layanan yang didapatkan dan secara objektif dikaitkan dengan kejadian yang telah lampau, pendidikan, dan keadaan psikologi, serta lingkungan. Kepuasan pasien bergantung pada jasa pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat, apakah sudah sesuai dengan yang diharapkan atau belum.

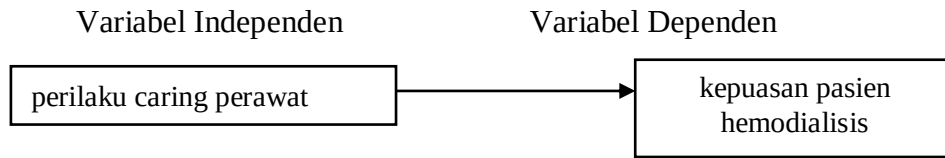
B. Kerangka Teori



Gambar 2.1
Kerangka Teori

Sumber : Brunner & Suddarth, (2018), Kusnanto (2019).

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka konsep

D. Hipotesis

Hipotesis penelitian pada hakikatnya adalah suatu jawaban atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dalam perencanaan penelitian. Hipotesis merupakan jawaban sementara penelitian, patokan dugaan, atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2012) Hipotesis dari penelitian ini adalah “Ada hubungan perilaku caring dengan tingkat kepuasan pasien yang menjalani terapi hemodialisis di ruang hemodialisis Rumah Sakit Umum Diponegoro Dua Satu.”