

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Gagal Ginjal Kronik

1. Pengertian gagal ginjal kronik

Gagal ginjal kronik (GGK) adalah penyakit yang disebabkan oleh penurunan fungsi ginjal yang sifatnya menahun dan berlangsung bertahap (papadakis & J.Mcphee, 2016).

Gagal ginjal kronik (chronic kidney disease) adalah kerusakan ginjal progresif yang berakibat fatal dan ditandai dengan peningkatan urea dan nitrogen lainnya yang beredar di dalam darah serta dapat mengakibatkan komplikasi jika tidak dilakukan transplantasi ginjal atau cuci darah (Djuantoro, 2014).

Gagal ginjal kronik merupakan keadaan irreversible, yang ditandai dengan fungsi nefron yang menurun atau bahkan rusak dan berlangsung progresif dimana uremia berlangsung berangsur untuk waktu yang cukup lama (PAPDI, 2016).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa gagal ginjal kronik adalah suatu penyakit yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal, sifatnya menahun, irreversible, progresif, dan dapat menimbulkan komplikasi jika tidak dilakukan cuci darah atau transplantasi ginjal.

2. Klasifikasi gagal ginjal kronik

Klasifikasi gagal ginjal kronik dapat diketahui melalui pemeriksaan CCT (*creatinin clearance test*) dan laju filtrasi glomerulus (LFG). Beberapa literature menjelaskan perbedaan stadium atau tahapan dalam gagal ginjal kronik.

Menurut papadakis & J. Mcphee (2016) pembagian GGK berdasarkan stadium dari penurunan laju filtrasi glomerulus adalah :

- a. Stadium 1 : kelainan ginjal yang ditandai dengan albuminaria persisten dan LFG yang masih normal (> 90 ml/menit/1,73 m²)
- b. Stadium 2 : kelainan ginjal dengan albuminaria persisten dan LFG antara 60-89 mL/menit/1,73 m²
- c. Stadium 3 : kelainan ginjal dengan LFG antara 30-59 mL/menit/1,73 m²
- d. Stadium 4 : kelainan ginjal dengan albuminaria persisten dan LFG antara 15-29 mL/menit/1,73 m²
- e. Stadium 5 : kelainan ginjal dengan LFG antara 60-89 mL/menit/1,73 m² atau gagal ginjal terminal

Sedangkan menurut staf departemen patologi anatomi FKUI (2010) menjelaskan bahwa klasifikasi gagal ginjal kronik berdasarkan pemeriksaan *creatinin clearance test* antara lain :

- a. Stadium 1, dimana penurunan cadangan ginjal (faal ginjal antara 50 % sampai 75 %). Pada tahap ini adalah tahap paling ringan dimana faal ginjal masih bagus. Pada tahap ini pasien belum merasakan

tanda dan gejala sebatas asimtomatik, dan biasanya pemeriksaan laboratorium fungsi ginjal masih dalam batas normal.

- b. Stadium 2, terjadi insufisiensi ginjal (faal ginjal antara 20 % sampai 50 %). Pada stadium 2 pasien dapat menjalankan aktifitas walau fungsi ginjal menurun. Tetapi jika dilakukan pemeriksaan laboratorium maka akan didapatkan kadar ureum dan kreatinin yang berubah-ubah karena dipengaruhi oleh kadar protein, dan biasanya menunjukkan peningkatan yang mulai mengkhawatirkan.
- c. Stadium 3 (faal ginjal 10 % sampai 20 %), pasien akan mulai merasakan tanda dan gejala yang serius dimana pasien tidak dapat menjalankan aktifitas seperti biasa. Pada tahap ini 90 % masa nefron sudah hancur. Nilai laju filtrasi glomerulus 10 – 20 % dari keadaan normal dan kadar kreatinin hanya 5-10 ml/menit atau bahkan kurang.
- d. Stadium 4, penyakit ginjal stadium akhir atau ESRD (end stage renal disease), terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus kurang dari 5 % dari normal. Pada ginjal dapat ditemukan jaringan parut dan atrofi.

3. Etiologi gagal ginjal kronik

Faktor-faktor penyebab terjadinya gagal ginjal kronik menurut Djuantoro (2014) adalah :

- a. Penyakit infeksi tubulointerstisial (pielonefritis kronik/reflek nefropati)
- b. Penyakit radang glomerulus

- c. Penyakit vaskuler hipertensif (nefrosklerosis benigna, maligna, dan stenosis arteria renalis)
- d. Gangguan congenital dan herediter (ginjal polikistik, asidosis tubulos ginjal)
- e. Penyakit metabolic (DM, gout, hiperparatiroid, amiloidosis)
- f. Nefropati obstruktif (traktus urinarius bagian atas : batu, meoplasma, fibrosis retroperitoneal, traktur urinarius bagian bawah : hipertrofi prostat, striktur uretra, anomali congenital)

4. Patofisiologi gagal ginjal kronik

Terdapat dua teori yang banyak diajukan untuk menjelaskan penurunan fungsi ginjal pada gagal ginjal kronik. Yang pertama mengatakan bahwa semua unit nefron telah terserang penyakit namun dalam stadium yang berbeda-beda. Sudut pandang kedua disebut dengan hipotesis bricker atau hipotesis nefron yang utuh yang berpendapat bahwa bila ginjal terserang penyakit, maka seluruh unitnya akan hancur, namun sisa nefron yang masih utuh tetap bekerja normal. Teori kedua ini sangat berguna untuk menjelaskan pada adaptasi fungsional pada penyakit ginjal progresif, yaitu kemampuan untuk mempertahankan keseimbangan air dan elektrolit tubuh kendati laju filtrasi glomerulus menurun (Berkowitz, 2013).

Mekanisme dalam patofisiologi gagal ginjal kronik dapat dijelaskan dari segi hipotesis nefron yang utuh. Meskipun penyakit gagal ginjal kronik terus berlanjut, namun jumlah zat terlarut yang harus di ekskresi

oleh ginjal untuk mempertahankan homeostatis tidak mengalami perubahan, walaupun jumlah nefron yang melakukan fungsi tersebut sudah menurun secara progresif.

Adaptasi penting yang dilakukan oleh ginjal sebagai respon terhadap ancaman ketidakseimbangan cairan dan elektrolit adalah terjadi peningkatan kecepatan filtrasi, beban zat terlarut dan reabsorpsi tubulus dalam setiap nefron meskipun laju filtrasi untuk masa nefron yang terdapat dalam ginjal turun dibawah nilai normal. Mekanisme adaptasi ini cukup berhasil untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh hingga tingkat fungsi ginjal mencapai titik yang sangat rendah, namun akhirnya jika sekitar 75 % msa nefron sudah hancur maka kecepatan filtrasi dan beban zat terlarut bagi nefron demikian tinggi sehingga keseimbangan glomerulus tubulus (keseimbangan antara peningkatan filtrasi dan peningkatan reabsorpsi oleh tubulus) tidak dapat lagi dipertahankan fleksibilitasnya baik pada proses ekskresi maupun proses konservasi sehingga zat terlarut dan air juga menjadi kurang (Papadakis & J.Mcphee, 2016).

Penjelasan lain adalah tentang fungsi renal yang menurun. Produk akhir metabolisme protein dalam urine tertimbun dalam darah sehingga terjadi uremia dan mempengaruhi system tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah, maka gejala akan semakin berat. Gejala uremia akan membaik setelah dilakukan dialysis (PAPDI, 2016).

5. Manifestasi klinik gagal ginjal kronik

Menurut Papadakis & J.McPhee (2016) tanda dan gejala pasien dengan gagal ginjal kronik dapat dilihat dari beberapa organ dan system, antara lain :

- a. Sistem gastrointestinal, ulserasi saluran cerna dan pendarahan
- b. Sistem kardiovaskuler, hipertensi, perubahan EKG, perikarditis, efusi pericardium dan tamponade pericardium
- c. Sistem respirasi, edema paru, efusi pleura, dan pleuritis
- d. Sistem saraf, gangguan tidur, sakit kepala, letargi, gangguan muscular, neuropati perifer, bingung dan koma
- e. Sistem endokrin, hiperlipidemia, gangguan hormone, dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipokalsemia, penurunan libido dan impotensi
- f. Sistem integumen, pucat, hiperpigmentasi dan plurtitis
- g. Sistem hematologi, pendarahan, anemia dan defek kualitas trombosit
- h. Fungsi emosi dan psikososial, cemas, gangguan citra tubuh, depresi, perubahan kepribadian dan gangguan proses kognitif.

6. Pemeriksaan penunjang gagal ginjal kronik

- a. Pemeriksaan laboratorium

Dilakukan untuk menetapkan adanya gagal ginjal kronik, menentukan ada tidaknya kegawatdaruratan, menentukan derajat gagal ginjal kronik, menetapkan gangguan sistem dan membantu menetapkan etiologi pada gagal ginjal kronik. Hasil yang didapat

akan digunakan untuk menghitung laju filtrasi glomerulus. Pada pemeriksaan laboratorium, yang diperiksa adalah urin dan darah. Tes urine, melihat adanya oliguria atau anuria, warna keruh mungkin karena PUS, bakteri, kecoklatan menunjukkan adanya darah, berat jenis kurang dari 0,015, osmolalitas kurang dari 350 mOsm/kg, natrium lebih dari 40 meq/l, dan protein meningkat. Pada tes darah, ureum meningkat, Ph kurang dari 7-8 g/dl, Na serum rendah, kalium meningkat, magnesium/folat meningkat, dan kalsium menurun.

b. USG dan foto polo abdomen

Untuk menilai ukuran dan bentuk ginjal, tebal ginjal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi sistem pelviokalis, ureter proximal, kandung kemih serta prostat. Tujuan pemeriksaan ini untuk mencari adanya faktor lain seperti obstruksi batu, tumor dan melihat sampai dimana proses gagal ginjal kronik terjadi (Djuantoro, 2014).

7. Penatalaksanaan gagal ginjal kronik

Ada 3 strategi dalam penatalaksanaan gagal ginjal kronik, pertama adalah usaha memperlambat laju penurunan fungsi ginjal, kedua mencegah kerusakan ginjal lebih lanjut, dan ketiga pengelolaan berbagai masalah yang terdapat pada pasien dengan gagal ginjal kronik serta komplikasinya. Penatalaksanaan konservatif lebih bermanfaat jika penurunan faal ginjal masih ringan (Djuantoro, 2014).

Memperlambat penurunan fungsi ginjal dilakukan dengan cara pengobatan hipertensi dengan target penurunan tekanan darah sesuai anjuran. Pembatasan asupan protein agar mengurangi hiperfiltrasi glomerulus, mengendalikan hiperlipidemia agar dapat mencegah terjadinya progresivitas gagal ginjal. Hal-hal lain seperti diet, olahraga, dan konsumsi obat-obat penurun lemak juga dianjurkan sesuai kondisi. Mencegah kerusakan ginjal lebih lanjut dapat dilakukan dengan pencegahan dehidrasi dan menjaga keseimbangan cairan.

Dehidrasi dan kehilangan elektrolit dapat menyebabkan gagal ginjal prerenal yang sebenarnya masih dapat diperbaiki. Maka pada anamnesis perlu ditanyakan mengenai keseimbangan cairan (keringat, muntah, diare, dan intake cairan), pemakaian obat-obatan, dan kelainan lain seperti pada gastrinintestinal, alkoholisme, diabetes mellitus, dan asidosis tubular ginjal.

Anamnesis objektif dapat ditemukan penurunan turgor kulit, tekanan bola mata yang menurun, penurunan tekanan vena jugularis dan tekanan vena sentral, ditambah kulit serta mukosa tampak kering. Kemudian cuci darah, penatalaksanaan konservatif dihentikan bila pasien sudah memerlukan dialysis tetap atau transplantasi. Pada tahap ini biasanya laju filtrasi glomerulus sekitar 5 – 10 ml/menit. Dialysis juga diperlukan bila ditemukan keadaan asidosis metabolic yang tidak dapat diatasi dengan obat-obatan, overload cairan (edema paru), ensevalopati uremi hingga

penurunan kesadaran, efusi pericardial, dan sindrom uremia seperti mual, muntah, anorexia neuropati yang memburuk (Djuantoro, 2014).

B. Konsep Kualitas Hidup

1. Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup secara luas mencakup bagaimana seorang individu mengukur “kebaikan” dari beberapa aspek dalam hidup mereka. Hal ini meliputi reaksi emosional seseorang tentang kejadian dalam hidup, rasa kepuasan hidup, kepuasan pekerjaan maupun hubungan dengan orang lain.

Dalam beberapa literatur istilah kualitas hidup juga sering disebut sebagai “kesejahteraan”. Namun ada sejumlah pertanyaan dalam mengembangkan pemahaman yang bermakna kualitas hidup dan atau kesejahteraan. Yang pertama adalah untuk memastikan apa maksud dari kualitas hidup. Lebih 30 tahun yang lalu disalah satu studi yang sangat banyak di bidang ini, Smith (1973) mengusulkan bahwa kesejahteraan digunakan untuk merujuk kepada kondisi kehidupan objektif yang berlaku untuk populasi umum, sementara kualitas hidup harus lebih terbatas pada penilaian subjektif individu hidup mereka.

Hari ini, perbedaan ini telah hilang. Istilah ini sering terdefinisi atau digunakan secara tidak konsisten dalam berbagai studi. Kurangnya perbedaan dua istilah ini dapat ditelusuri dari beberapa studi tentang kualitas hidup yang dilakukan selama bertahun-tahun, dimulai dengan

pendekatan ekonomi populer di akhir 1960-an dan 1970-an ketika kualitas hidup/kesejahteraan dinilai dengan ukuran kuantitatif dan tingkat pengangguran. Dalam reaksi terhadap pendekatan kuantitatif secara kaku dengan subjek, peneliti bertanya ke individu tentang pengalaman dari hidup mereka dengan keyakinan bahwa ukuran objektif saja yang dapat mengukur kualitas hidup (Theofulou, 2013).

Yang kedua tidak adanya perbedaan antara istilah kualitas hidup dengan kualitas hidup adalah asumsi bahwa kualitas hidup dan kesejahteraan sama-sama memiliki dua komponen tujuan yaitu komponen eksternal dan internal. Komponen eksternal adalah dimana kualitas hidup individu dapat dinilai secara objektif oleh orang lain. Sedangkan komponen internal yaitu dimana kualitas hidup dinilai secara pribadi sesuai skala pengukuran dirinya.

2. Kualitas Hidup Terkait Kesehatan (HR-QOL)

Istilah kualitas hidup terkait kesehatan (*health-related quality of life*) adalah kombinasi dari dua istilah yaitu kesehatan dan kualitas hidup. Banyak definisi dari dua istilah ini digunakan dalam penelitian selama bertahun-tahun. Akan tetapi, kesehatan adalah istilah yang tidak begitu jelas karena menjelaskan berbagai arti. Namun dua pandangan utama pada kesehatan dapat dibedakan secara jelas yaitu biomedik dan humanistik. Secara biomedik, kesehatan berkonotasi pada tubuh dan pikiran sesuai fungsi atau tidak. Sedangkan humanistik berorientasi pada holistic, dimana kesehatan merujuk pada kesejahteraan dan kemampuan

dalam menjalani kehidupan terlepas dari memiliki fungsi biomedis atau tidak. Definisi yang paling terkenal adalah teori WHO (1948) yang menyatakan bahwa kesehatan adalah keadaan lengkap kesejahteraan fisik, mental, dan sosial, dan bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan. Dalam hal ini, untuk menyertakan aspek mental dan sosial sebagai pandangan holistik dalam kesehatan tidaklah mudah, karena hal ini dianggap melampaui tanggung jawab sistem perawatan kesehatan (Nilsson, 2012).

Salah satu pandangan pada definisi kualitas hidup dan kesehatan adalah bahwa dua hal itu harus mampu diukur. Menurut definisi WHO (1948), untuk mengukur kesehatan berdasarkan aspek medis dan data penyakit tidaklah cukup. Kemudian istilah kualitas hidup mulai bermunculan yang menyebabkan perkembangan dalam mengukur kualitas hidup. Pada 1990-an, WHO membuat sebuah ukuran pengukuran internasional tentang kualitas hidup yaitu WHOQOL-100 yang beberapa tahun kemudian disebut WHOQOL-BREF.

Menurut WHO kualitas hidup adalah persepsi individu tentang keadaan mereka pada sebuah kehidupan dalam konteks sistem, budaya, dan nilai dimana mereka tinggal yang berkaitan dengan tujuan hidup, harapan, standar dan masalah dalam hidup. Ini adalah konsep luas yang dapat terpengaruh secara kompleks dengan kesehatan seseorang baik secara fisik, psikologis, keyakinan pribadi, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan mereka.

Banyak peneliti pada 1980-an serta hari ini merasa kebingungan tentang penggunaan istilah tersebut. *Health-related quality of life* diperkenalkan untuk menjelaskan masalah kualitas hidup berdasarkan hal medis dan hal-hal non medis. Istilah ini dimaksudkan untuk mempersempit fokus terhadap efek kesehatan, penyakit dan pengobatan pada kualitas hidup.

Menjelaskan bahwa untuk membedakan konsep dari sudut pandang kesehatan yang lama (hanya berdasarkan medis), maka konsep kualitas hidup diadopsi. Ini menjadi hal yang lebih menarik yang mendefinisikan kesehatan lebih dari fungsi biologis ke dalam salah satu kategori kualitas hidup yang dapat diukur sehingga kualitas hidup adalah konsep yang jauh lebih luas daripada kesehatan. Kualitas hidup meliputi standar hidup, kualitas lingkungan dan tempat tinggal, kepuasan kerja, kesehatan dan faktor lainnya. Tujuan dari sistem perawatan kesehatan adalah untuk memaksimalkan komponen kualitas hidup terkait kesehatan dan status kesehatan seseorang sehingga disebut sebagai kualitas hidup terkait kesehatan atau *health-related quality of life* (Nilsson, 2012).

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Terkait Kesehatan

Faktor determinan kualitas hidup terkait kesehatan telah banyak diteliti, terutama dalam penelitian berbasis pasien. Kualitas hidup terkait kesehatan dipengaruhi oleh beberapa hal seperti sosiodemografi, psikososial, dan faktor biomedis (Galain, dkk., 2014).

a. Faktor sosiodemografi

Faktor sosiodemografi antara lain usia, jenis kelamin, status ekonomi dan penghasilan, status pendidikan, status pernikahan dan etnis. Faktor-faktor ini akan saling terkait satu sama lain dan tidak dapat berdiri sendiri untuk menjelaskan suatu faktor determinan kualitas hidup terkait kesehatan. Misalnya, suku atau ras mungkin saja mempengaruhi status sosial ekonomi, padahal suku atau ras telah terbukti memiliki hubungan dengan kualitas hidup terkait kesehatan dan muncul perbedaan kualitas hidup anatar suku satu dengan yang lainnya. Kemudian faktor usia menunjukkan bahwa usia muda memiliki sedikit masalah fisik daripada mental, sedangkan pada usia lanjut malah sebaliknya. Padahal mental sendiri adalah salah satu faktor determinan dalam kualitas hidup terkait kesehatan.

b. Faktor psikososial

Faktor psikososial telah menunjukkan pengaruh pada kualitas hidup terkait kesehatan. Faktor psikososial dapat dibagi menjadi dua yaitu ekstrinsik (lingkungan sosial dan dukungan sosial) dan intrinsik (individu dan karakter psikologis). Pada unsur intrinsik, dapat secara jelas mempengaruhi kualitas hidup terkait kesehatan karena merupakan sumber daya yang dapat meningkatkan kesehatan atau bahkan sebaliknya. Kecemasan, depresi, putus asa dan pasrah adalah beberapa contoh faktor resiko dari intrinsik yang dapat mempengaruhi kualitas hidup. Banyak penelitian menunjukkan

bahwa sumber daya psikologis yang positif dapat meningkatkan kualitas hidup terkait kesehatan.

c. Faktor biomedis

Faktor penyakit mungkin telah jelas menunjukkan hubungan dengan kualitas hidup terkait kesehatan. Gejala medis seperti sakit secara fisik dapat membuat kualitas hidup terkait kesehatan seseorang menjadi rendah. Namun jika perawatan kesehatan dan pengobatan penyakit adalah bertujuan untuk mengoptimalkan kualitas hidup pasien, maka hal itu tidaklah tepat. Hal ini karena kualitas hidup terkait kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh ada tidaknya suatu penyakit, jadi seseorang yang mengidap suatu penyakit belum tentu memiliki kualitas hidup yang rendah (Galain, dkk., 2014).

4. Alat Ukur dan Pengukuran Kualitas Hidup Terkait Kesehatan

Berbagai metode telah disebutkan dalam literature ilmiah untuk mengukur *helath-related quality of life*. Tetapi tidak ada metode yang pasti untuk mengukurnya. Pengukuran kualitas hidup terkait kesehatan terdiri dari dua cara yaitu objektif dan subjektif. Pengukuran objektif terdiri dari variabel yang dapat dinilai dari segi kuantitas atau frekuensi seperti berapa kali pasien dirawat di rumah sakit, jarak pasien dapat berjalan atau kemampuan untuk menaiki tangga. Hal ini juga mencakup indicator-indikator seperti status pekerja, pendapatan, hubungan sosial dan lingkungan individu. Sedangkan pengukuran subjektif adalah

pengukuran yang tidak dapat dinilai secara akurat oleh orang lain selain dirinya sendiri seperti tingkat rasa sakit, kepuasan dalam kegiatan sehari-hari, perawatan medis yang diterima dan kehidupan secara keseluruhan.

Secara umum *health-related quality of life* tidak dapat diukur secara langsung, dan sering diukur secara tidak langsung dengan satu set pertanyaan untuk pasien dalam pengamatan dan penelitian. Ada berbagai macam instrument yang tersedia untuk menilai *health-related quality of life*.

Instrument ini dikategorikan menjadi dua jenis yaitu instrument umum dan instrument khusus. Instrument umum digunakan untuk mengukur status kesehatan dan kualitas hidup semua orang terlepas dari karakteristik pribadi apakah orang tersebut ataupun tidak. Sedangkan instrument khusus adalah seperangkat alat yang dirancang khusus untuk menilai dampak dari penyakit tertentu terhadap kualitas hidup terkait kesehatan. Instrument khusus ini terdiri dari dimensi penyakit tertentu seperti gagal ginjal, diabetes, masalah jantung dan stroke (Sridhar & Gurumurthi, 2012).

5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup pada Penderita Gagal Ginjal Kronik

Banyak penelitian telah dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor maupun hubungan terkait pengaruhnya pada kualitas hidup penderita gagal ginjal kronik. Menurut Seidel (2014) dalam penelitiannya tentang *health-related quality of life* pada kasus gagal ginjal kronik, ditemukan

beberapa factor-faktor seperti penyakit penyerta, kemampuan fisik, kadar albumin dan hemoglobin, lamanya cuci darah, kualitas tidur, dukungan keluarga, hubungan sosial, lingkungan, kecemasan, usia, gender, etnis, status pekerjaan, status pernikahan dan status pendidikan (Seidel UK, dkk., 2014).

Dibawah ini dijelaskan beberapa faktor yang berpengaruh terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien gagal ginjal antara lain dukungan keluarga, status pernikahan dan status pendidikan.

a. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah proses yang seharusnya dirasakan sepanjang hidup, karakter dan bentuk dukungan keluarga akan berbeda dalam berbagai tahap siklus kehidupan yang dialami. Dukungan keluarga bisa berupa dukungan sosial dalam konteks internal maupun eksternal, dukungan internal seperti dukungan orang terdekat misal suami, istri atau dukungan dari saudara kandung. Dukungan keluarga adalah sikap, perilaku dan bagaimana keluarga menerima anggota keluarganya. Anggota keluarga dianggap sebagai satu kesatuan dalam keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang sifatnya mendukung akan selalu siap sedia memberikan bantuan jika diperlukan.

Dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan baik dalam konteks menjalankan tugas dan fungsi keluarga khususnya dalam hal kesehatan. Sebagai akibatnya, hal ini tentu saja

akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga terhadap masalah kesehatan (Friedman, 2010 (dalam Hardiyatmi, 2016). Dukungan keluarga didefinisikan oleh Silviasari (dalam Hardiyatmi, 2016) yaitu informasi verbal, bantuan yang *real* atau perilaku yang diberikan oleh orang-orang terdekat dengan subjek didalam lingkungan sosialnya yang dapat memberikan dorongan emosional atau yang berpengaruh pada tingkah laku penerimaannya. Orang yang merasa memperoleh dukungan sosial, secara psikis akan merasa lega diperhatikan, mendapat nasehat atau kesan yang menyenangkan pada dirinya.

Peran keluarga sangatlah penting bagi aspek perawatan kesehatan anggota keluarga, mulai dari yang bersifat promotif dan preventif hingga fase rehabilitasi. Dukungan keluarga pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa terdiri atas dukungan instrumen, dukungan informasi, dukungan emosi, dukungan harapan dan dukungan harga diri. Apabila dukungan semacam ini tidak ada bagi pasien, maka keberhasilan penyembuhan sangat berkurang. Dukungan keluarga yang didapat oleh pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa juga menyangkut dukungan dalam masalah finansial, mengurangi tingkat kecemasan dan ketakutan terhadap kematian (Nurhidayati, 2014).

Bentuk dukungan keluarga menurut Friedman (2010) antara lain dukungan emosi, dukungan penghargaan, dukungan materi dan

dukungan informasi. Dukungan emosional adalah keluarga sebagai tempat yang nyaman dan damai untuk istirahat dan penyembuhan serta membantu menstabilkan emosi. Meliputi empati, sikap peduli dan perhatian terhadap anggota keluarga yang menderita gagal ginjal kronik. Lalu dukungan penghargaan adalah dimana keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan *feedback*, mendampingi dan menjadi penengah pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator karakter anggota. Hal ini dapat dilihat lewat ungkapan penghargaan yang positif untuk pasien.

Dukungan materi adalah keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan yang praktis dan konkrit, mencakup bantuan langsung seperti dalam bentuk uang, peralatan, waktu, modifikasi lingkungan maupun menolong dengan pekerjaan sewaktu mengalami stress. Dukungan informasi adalah keluarga berfungsi sebagai sebuah referensi dan media informasi tentang dunia, mencakup memberi arahan, petunjuk, saran atau *feedback*. Bentuk dukungan keluarga yang diberikan oleh keluarga adalah dorongan semangat, pemberian nasehat seperti mengawasi pola makan sehari-hari dalam pengobatan. Dukungan keluarga juga merupakan perasaan individu yang mendapat perhatian, merasa disenangi dan dihargai.

b. Status pernikahan

Sebuah studi menunjukkan bahwa orang yang menikah menjadi lebih sehat. Dalam "*Related married and health*," yang

baru-baru ini dipublikasikan secara online di jurnal *Social Forces*, sosiolog Matthijs Kalmijn melaporkan temuan dari Swiss Household Panel, sebuah survei 16 tahun yang mewakili secara nasional lebih dari 11.000 orang dewasa Swiss. Setiap tahun, peserta ditanya satu set pertanyaan tentang kesehatan mereka secara keseluruhan dan satu lagi tentang penyakit mereka. Studi dilakukan dengan cara jika pernikahan membuat orang lebih sehat, maka orang yang menikah harus melaporkan kesehatan secara keseluruhan dan ternyata lebih baik dan lebih sedikit penyakit daripada saat mereka masih lajang.

Para peserta dalam studi Swiss melaporkan kepuasan hidup mereka setiap tahun, dan Profesor Kalmijn menemukan bahwa orang-orang yang menikah memang menjadi lebih puas. Seiring waktu, kepuasan mereka terkikis, meski jauh lebih lambat daripada kebanyakan studi pernikahan sebelumnya. Dr. Kalmijn juga memeriksa implikasi perceraian dan menemukan bahwa orang-orang yang bercerai menjadi sangat kurang puas dengan kehidupan mereka. Sebenarnya, implikasi negatif dari perceraian untuk kepuasan hidup lebih dari tiga kali lebih besar daripada implikasi positif dari menikahi (New York Times, 2017).

Len Sperry & J. Carlson dalam buku "*Marital Therapy*" mencatat banyak penemuan terbaru tentang dampak perkawinan terhadap kesehatan fisik. Diteliti juga status kesehatan mereka yang sudah menjadi duda dan janda. Termasuk dampak perceraian

terhadap kesehatan, serta kehidupan medis bagi mereka yang menikah ulang (kawin lagi). Secara umum ditemukan bahwa perkawinan terbukti sebagai benteng perlindungan. Mereka yang menikah umumnya lebih sehat, sebaliknya keretakan perkawinan mempengaruhi imunitas tubuh seseorang. Hal ini tentu akan berdampak pada kualitas hidup individu itu sendiri (Kompas, 2012).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pernikahan mendatangkan efek positif pada kehidupan seseorang. Di Amerika, para pria yang menikah menduduki tingkat kematian terendah. Pada penelitian yang dilakukan untuk pria berkulit putih, dibandingkan dengan pria menikah maka tingkat perilaku bunuh diri 4x lebih tinggi pada yang menjadi duda, dan 3x lebih tinggi pada pria bercerai. Orang yang menikah terbukti lebih sedikit melakukan kunjungan ke dokter dibandingkan mereka yang sama sekali tidak pernah menikah.

Orang yang tidak menikah cenderung lebih banyak minum-minuman keras, dan menduduki faktor resiko lebih tinggi terkena penyakit dan mengalami kecelakaan, mereka lebih jarang mengenakan sabuk pengaman di mobil dibandingkan orang yang menikah. Orang yang tidak pernah menikah dilaporkan jauh lebih sering sakit dibandingkan orang yang menikah, demikian juga mereka yang bercerai ditemukan jauh lebih sering menjadi pasien rawat inap atau pasien rawat jalan di bagian psikiatri. Sebaliknya,

mereka yang tetap ada dalam pernikahan menduduki kursi paling hebat dalam hal status kesehatan. Mereka paling sedikit menyandang kondisi medis kronis dan akut, serta kondisi yang menyebabkan mereka tidak bisa bekerja (Bjorksten & Stewart, 1985).

Perkawinan juga melindungi pasangan suami/isteri dari stres. Kebiasaan rutin, asupan gizi yang cukup, dukungan sosial, keintiman, dan adanya alasan untuk hidup, adalah faktor-faktor yang menyebabkan perkawinan menjadi semacam perlindungan. Termasuk menjadi semacam benteng stres. Saat meneliti hampir 28.000 pasien kanker, Goodwin dkk mencatat bahwa pasien yang menikah mempunyai kemampuan bertahan hidup 23% lebih tinggi dibandingkan pasien yang tidak menikah.

Para peneliti menyatakan bahwa bertambahnya harapan hidup ini diperoleh dari perlindungan emosi yang dihasilkan oleh pernikahan. Perubahan gaya hidup yang diakibatkan oleh adanya kekacauan dalam pernikahan seringkali mengakibatkan stres psikososial yang bisa melahirkan berbagai konsekuensi serius. Beberapa konsekuensinya mencakup depresi klinis, penyalahgunaan obat-obatan, penyakit gangguan hati, dan pergeseran fungsi imun sistem. Menurunnya fungsi imun mungkin turut menyumbang pada meningkatnya kematian yang disebabkan oleh infeksi dan kanker pada populasi orang-orang yang bercerai dan sedang merasa sangat kehilangan.

Para peneliti seperti Kiecolt-Glaser dkk (1987) telah mempelajari dampak kekacauan pernikahan terhadap imunitas tubuh. Mereka menyimpulkan bahwa kesehatan mental akan mempengaruhi kesehatan fisik melalui terjadinya perubahan sistem imun yang selama ini menahan serangan penyakit. Dengan demikian, pernikahan jelas akan mempengaruhi kualitas hidup seseorang diukur dari tingkat stress dan kesehatan fisik yang dialami individu yang menikah (Kompas, 2012).

c. Status pendidikan

Pendidikan merupakan pengalaman seseorang mengikuti pendidikan formal yang dilihat berdasarkan ijazah tertinggi yang dimiliki, pendidikan dibagi menjadi tiga yaitu pendidikan dasar (tingkat SD dan SLTP), menengah (SMU / Sederajat) dan pendidikan tinggi (Perguruan Tinggi / Sederajat) (UU NO 20 tahun 2003). Menurut UU No. 20 Tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional, pendidikan adalah usaha dimana seseorang sadar dan terencana untuk mewujudkan proses pembelajaran agar peserta didik aktif mengembangkan potensi dalam dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak, serta ketrampilan yang diperlukan untuk dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Pendidikan adalah suatu proses yang diberikan dengan sengaja oleh orang dewasa kepada anak – anak dalam

pertumbuhan jasmani dan rohani agar berguna bagi diri sendiri maupun masyarakat (Hariyanto, 2016).

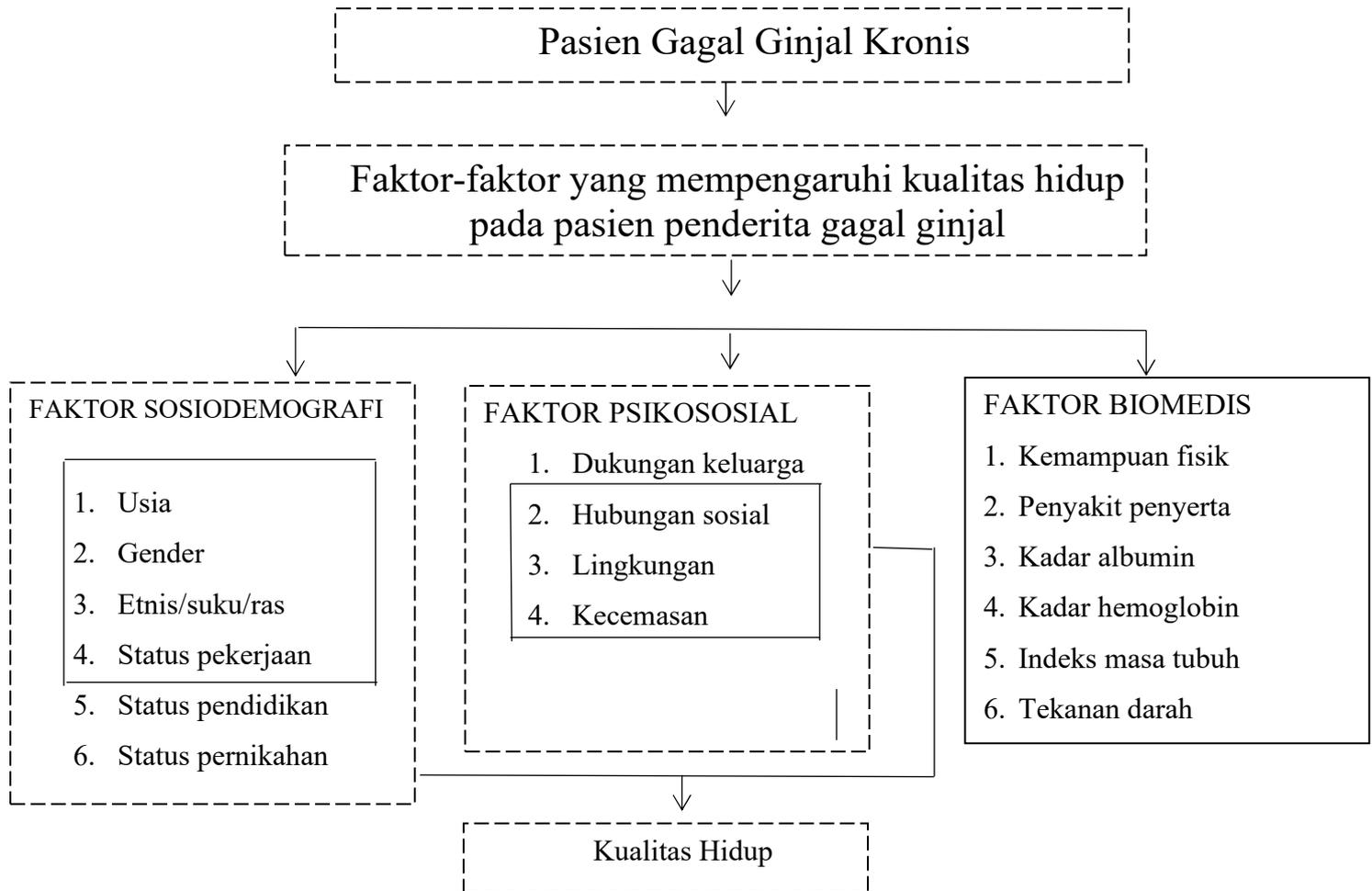
Tingkat pendidikan seseorang akan sangat menentukan mudah tidaknya dalam menerima setiap perubahan, termasuk kesehatan. Makin tinggi pendidikan pasien, maka akan semakin cepat tanggap dengan perubahan kondisi kesehatannya, dengan demikian lebih cepat menyesuaikan diri dan selanjutnya akan mengikuti perubahan yang terjadi (Notoatmojo, 2007).

Hal ini sesuai dengan teori perilaku kesehatan Lawrence Green (1980) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan seseorang termasuk dalam faktor *predisposing*, dimana status pendidikan akan meningkatkan pengetahuan seseorang sehingga mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Adanya perbedaan tingkat pendidikan akan mempengaruhi pengetahuan dan hal ini menyebabkan adanya perbedaan dalam tanggapan terhadap suatu masalah kesehatan. Selain itu akan berbeda pula tingkat pemahaman terhadap informasi yang di sampaikan tentang penyakit yang diderita. Pendidikan dapat dilakukan melalui kegiatan atau proses belajar yang terjadi dimana saja, kapan saja, dan oleh siapa saja.

Pendidikan adalah suatu proses seseorang mengembangkan kemampuan, sikap, dan bentuk-bentuk tingkah laku manusia di dalam masyarakat tempat ia hidup, proses sosialisasi, yakni orang dihadapkan pada pengaruh lingkungan yang terpilih dan khususnya

yang datang dari lingkungan sekolah, sehingga dia dapat memperoleh atau mengalami perkembangan kemampuan sosial, dan kemampuan individu yang optimal (Hariyanto, 2016).

C. Kerangka Teori



Keterangan :

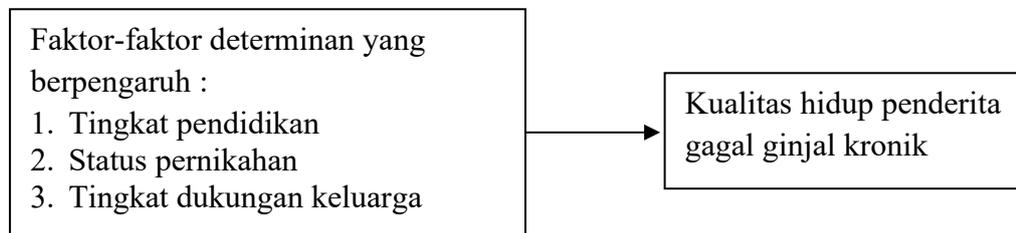
: diteliti

----- : tidak diteliti

Sumber : Galain,2014 , Djuantoro., 2014

Gambar 1. Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2. Kerangka Konsep

E. Hipotesis

1. Hipotesis alternatif

- a. Faktor tingkat pendidikan berpengaruh pada kualitas hidup penderita gagal ginjal kronik
- b. Faktor status pernikahan berpengaruh pada kualitas hidup penderita gagal ginjal kronik
- c. Faktor tingkat dukungan keluarga berpengaruh pada kualitas hidup penderita gagal ginjal kronik