

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Hasil Penelitian Terdahulu

Berdasarkan riview jurnal yang dilakukan oleh peneliti, sampai saat ini belum ada penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dan efikasi diri dengan kepatuhan asupan cairan pasien gagal ginjal kronis diruang hemodialisa RSI Purwokerto. Tetapi ada beberapa penelitian terdahulu yang memiliki persamaan dan perbedaan dengan penelitian ini.

Tabel 3.1 penelitian terdahulu

No	Judul penelitian (peneliti, tahun)	Desain & Metodologi Penelitian	Hasil	Persamaan	Perbedaan
1.	<i>Adherence to dietary and fluid restrictions among patients undergoing hemodialysis: An observational study, Beerappa Harish et all(2018).</i>	Desain penelitian observasional dan 60 sampel diadopsi. Sampel dipilih dengan teknik <i>purposive sampling</i> yang memenuhi kriteria inklusi. Kuesioner kepatuhan dan diet yang dilaporkan sendiri digunakan untuk mengumpulkan data.	Studi ini mengungkapkan bahwa ada tingkat kepatuhan yang adil terhadap cairan dan pembatasan diet.	Penelitian ini berisi kepatuhan cairan pada pasien hemodialisa, sama-sama menggunakan kuesioner kepatuhan, dan menggunakan pasien HD sebagai sampelnya.	Perbedaan penelitian ini yaitu berisi pembatasan diet, memakai 60 sampel dalam penelitiannya sehingga Jumlah sampelnya berbeda .

2.	<i>Dietary and Fluid Regime Adherence in Chronic Kidney Disease Patients, Beerendrakumar Niraj et al(2018).</i>	Survei cross sectional dilakukan untuk menentukan tingkat kepatuhan terhadap diet dan pembatasan cairan di antara pasien CKD. Kriteria inklusi adalah, usia antara 18-65 tahun, pasien dengan CKD selama setidaknya 6 bulan dan menerima konseling diet.	Mayoritas (73%) dari subyek adalah laki-laki, 64% milik usia 40-60 tahun, sebagian besar dari mereka menganggur. Indeks Massa Tubuh Rata-rata (IMT) adalah 20,52 kg / m ² , durasi rata-rata pengobatan adalah 2,15 tahun dan asupan cairan rata-rata adalah 2153ml ml / hari dan pertambahan berat badan antar-dialitik adalah 1,48 kg.	Kesamaan penelitian ini yaitu dilakukan untuk menentukan tingkat kepatuhan, sama-sama membahas tentang pembatasan cairan pada pasien CKD.	Perbedaan penelitian ini yaitu pada kriteria inklusi sampel, tempat/tahun penelitian yg berbeda dan membahas mengenai kepatuhan diet, bukan kepatuhan asupan cairan saja.
3.	Efikasi Diri dan Dukungan Sosial Pasien Hemodialisa Dalam Meningkatkan Kepatuhan Pembatasan Cairan, Susilawati Ela et al(2018).	Penelitian ini menggunakan rancangan mixed methods dengan desain sequential explanatory.	Hasil Uji korelasi Pearson, ada hubungan antara efikasi dan dukungan sosial dengan kepatuhan pembatasan cairan (r=0.476 p=0.001) dan (r=0.308 p=0.007)	Kesamaan penelitian ini yaitu membahas efikasi diri pasien hemodialisa dalam kepatuhan pembatasan cairan dan merupakan penelitian korelational	Perbedaan penelitian ini yaitu pada desain penelitian yang menggunakan rancangan mixed methods dengan desain sequential explanatori serta waktu dan tempat penelitian

					yang berbeda
4.	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pembatasan Cairan Pada Pasien Chronic Kidney Disease Yang Menjalani Hemodialisa, Intan Saraswati et all(2019).	Penelitian ini menggunakan metode deskriptif korelasional dengan rancangan <i>cross sectional</i> .	Hasil uji statistic didapatkan ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan cairan ($p = 0,012$, $r = 0,299$).	Kesamaan penelitian ini yaitu membahas dukungan keluarga dalam kepatuhan pembatasan cairan pada pasien CKD, menggunakan rancangan <i>crossection al</i> .	Perbedaan penelitian ini yaitu menggunakan desain penelitian deskriptif korelasional, kemudian tempat dan waktu penelitian yang berbeda
5.	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pembatasan Cairan Pada Pasien CKD Di RSUD RAA SOEWONDO Pati, Karyati Sri et all(2018).	Jenis penelitan yang digunakan adalah korelasional atau asosiatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> , Instrument penelitian menggunakan kuesioner kepatuhan pembatasan cairan dan kuesioner dukungan keluarga, Sampel yang diambil sebanyak 78 pasien.	Hasil penelitian menemukan sebagian besar pasien CKD memiliki dukungan keluarga yang kurang yaitu sebanyak 40 (51,3%) orang. Kepatuhan pembatasan cairan pasien CKD sebagian besar kurang yaitu 49 (62,8%) orang.	Kesaman penelitian ini yaitu merupakan jenis penelitian korelasional dengan pendekatan <i>crossectional</i> , sama-sama membahas dukungan keluarga dengan kepatuhan asupan cairan pada pasien CKD dan menggunakan kuesioner kepatuhan dan kuesioner	Perbedaan penelitian ini yaitu jumlah sampel yang berbeda serta tempat dan waktu penelitian yang berbeda.

B. Gagal Ginjal kronis

1. Definisi Gagal Ginjal Kronik

Penyakit Gagal Ginjal adalah suatu penyakit dimana fungsi organ ginjal mengalami penurunan hingga akhirnya tidak lagi mampu bekerja sama sekali dalam hal penyaringan pembuangan elektrolit tubuh, menjaga keseimbangan cairan dan zat kimia tubuh seperti sodium dan kalium didalam darah atau produksi urin (NKF, 2016).

Penyakit gagal ginjal berkembang secara perlahan-lahan kearah yang semakin buruk dimana ginjal sama sekali tidak lagi mampu bekerja sebagaimana fungsinya. Dalam dunia kedokteran dikenal 2 macam jenis gagal ginjal yaitu gagal ginjal akut dan gagal ginjal kronis (Wilson, 2005, dalam Nurani & Mariyanti, 2013). Gagal Ginjal Kronik adalah suatu sindrom klinis disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan cukup lanjut, serta bersifat persisten dan irreversibel (Mansjoer, 2000, dalam Nurani & Mariyanti, 2013).

2. Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik

Menurut *The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) of National Kidney Foundation* (NKF) tahun 2016 terdapat 5 stage pada penyakit gagal ginjal kronik. Berdasarkan adanya kerusakan ginjal dan laju filtrasi glomerulus (GFR), yang merupakan ukuran dari tingkat fungsi ginjal.

Tabel 3.2 Stage Gagal Ginjal Kronik

STASE GAGAL GINJAL		
Stage	Deskripsi	Laju filtrasi Glumerulus (GFR)*(mL/menit/1,73m2)
1	Kerusakan ginjal (misalnya, protein dalam urin)	90 atau lebih dari di atasnya
2	Kerusakan ginjal dengan penurunan ringan pada GFR	60 – 89
3a	Penurunan moderat GFR	45 – 59
3b	Penurunan moderat GFR	30 – 44
4	penurunan parah GFR	15 – 29
5	Gagal ginjal	Kurang dari 15

(NKF, 2016).

3. Etiologi dan Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik

Menurut *The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) of National Kidney Foundation* (2016), terdapat dua penyebab utama dari penyakit ginjal kronis yaitu diabetes dan tekanan darah tinggi, yang bertanggung jawab untuk sampai duapertiga kasus. Diabetes terjadi ketika gula darah terlalu tinggi, menyebabkan kerusakan banyak organ dalam tubuh, termasuk ginjal dan jantung, serta pembuluh darah, saraf dan mata. Tekanan darah tinggi, atau hipertensi, terjadi ketika tekanan darah terhadap dinding pembuluh darah meningkat. Jika tidak terkontrol, atau kurang terkontrol, tekanan darah tinggi bisa menjadi penyebab utama serangan jantung, stroke dan penyakit ginjal kronis. Begitupun sebaliknya, penyakit ginjal kronis dapat menyebabkan tekanan darah tinggi.

Penyebab gagal ginjal pasien hemodialisis baru dari data tahun 2014 berdasarkan data dari *Indonesian Renal Registry (IRR)* masih sama dengan tahun sebelumnya. Penyakit ginjal hipertensi meningkat menjadi

37% diikuti oleh Nefropati diabetika sebanyak 27%.Glomerulopati primer memberi proporsi yang cukup tinggi sampai 10% dan Nefropati Obstruktif pun masih memberi angka 7% dimana pada *registry* di negara maju angka ini sangat rendah.Masih ada kriteria lain-lain yang memberi angka 7%, angka ini cukup tinggi hal ini bisa diminimalkan dengan menambah jenis etiologi pada IRR.Proporsi penyebab yang tidak diketahui atau E10 cukup rendah.

Berikut penjelasan tentang patofisiologi terjadinya gagal ginjal kronik berdasarkan etiologi penyebab terjadinya :

a. Diabetes Melitus

Tjekyan (2014) mengatakan bahwa ginjal mempunyai banyak pembuluh-pembuluh darah kecil.Diabetes dapat merusak pembuluh darah tersebut sehingga pada gilirannya mempengaruhi kemampuan ginjal untuk menyaring darah dengan baik. Kadar gula yang tinggi dalam darah membuat ginjal harus bekerja lebih keras dalam proses panyaringan darah, dan mengakibatkan kebocoran pada ginjal. Awalnya, penderita akan mengalami kebocoran protein albumin ke dalam urin (albuminaria) yang dikeluarkan oleh urine, kemudian berkembang dan mengakibatkan fungsi penyaringan ginjal menurun. Pada saat itu, tubuh akan mendapatkan banyak limbah karena menurunnya fungsi ginjal yang nantinya akan menyebabkan gagal ginjal. Apabila kondisi ini tidak dapat diatasi dan berlangsung terus

menerus dapat meningkatkan stadium dari gagal ginjal dan selanjutnya akan menyebabkan kematian (Tjekyan, 2014).

b. Hipertensi

Budiyanto (2009 dalam Ekantari, 2012) mengatakan bahwa hipertensi dan gagal ginjal saling mempengaruhi. Hipertensi dapat menyebabkan gagal ginjal, sebaliknya gagal ginjal kronik dapat menyebabkan hipertensi. Hipertensi yang berlangsung lama dapat mengakibatkan perubahan struktur pada arteriol di seluruh tubuh, ditandai dengan fibrosis dan hialinisasi dinding pembuluh darah. Organ sasaran utama adalah jantung, otak, ginjal, dan mata. Pada ginjal, arteriosklerosis akibat hipertensi lama menyebabkan nefrosklerosis. Gangguan ini merupakan akibat langsung iskemia karena penyempitan lumen pembuluh darah intrarenal. Penyumbatan arteri dan arteriol akan menyebabkan kerusakan glomerulus dan atrofi tubulus, sehingga seluruh nefron rusak, yang menyebabkan terjadinya gagal ginjal kronik. Gagal ginjal kronik sendiri sering menimbulkan hipertensi. Sekitar 90% hipertensi bergantung pada volume dan berkaitan dengan retensi air dan natrium, sementara kurang dari 10% bergantung pada renin (Ekantari, 2012).

c. Penyebab lain

Kondisi lain yang mempengaruhi ginjal adalah Glomerulonefritis, sekelompok penyakit yang menyebabkan peradangan dan kerusakan pada unit penyaringan ginjal. gangguan ini adalah jenis yang paling

umum ketiga penyakit ginjal. penyakit warisan, seperti penyakit ginjal polikistik, yang menyebabkan kista besar terbentuk di ginjal dan merusak jaringan di sekitarnya. Malformasi yang terjadi sebagai bayi berkembang di dalam rahim ibunya. Misalnya, penyempitan dapat terjadi yang mencegah aliran normal urin dan menyebabkan urin mengalir kembali ke ginjal. Hal ini menyebabkan infeksi dan dapat merusak ginjal. Lupus dan penyakit lain yang mempengaruhi sistem kekebalan tubuh. Penghalang yang disebabkan oleh masalah seperti batu ginjal, tumor atau pembesaran kelenjar prostat pada pria serta infeksi saluran kencing berulang (NKF, 2016).

4. Faktor Risiko Gagal Ginjal Kronik

Siapapun bisa mendapatkan penyakit ginjal kronis pada usia berapa pun. Namun, beberapa orang mungkin lebih mudah mengalami dari pada yang lain untuk mengembangkan penyakit ginjal (National Kidney Foundation (NKF), 2016). Kemungkinan memiliki peningkatan risiko untuk penyakit ginjal diantaranya :

1. Diabetes Melitus

Diabetes merupakan faktor komorbiditas hingga 50% pasien dan sebesar 65% pasien gagal ginjal kronik meninggal yang menjalani hemodialisis memiliki riwayat penyakit diabetes (Dikow 2002, dalam Ekantari, 2012).

2. Hipertensi

Budiyanto (2009, dalam Ekantari, 2012) mengatakan bahwa hipertensi dan gagal ginjal saling mempengaruhi. Hipertensi dapat menyebabkan gagal ginjal, sebaliknya gagal ginjal kronik dapat menyebabkan hipertensi.

3. Anemia

Anemia banyak dijumpai pada pasien gagal ginjal kronik. Anemia terjadi pada awal perkembangan penyakit gagal ginjal dan mengakibatkan fungsi ginjal memburuk sehingga menjadi kronis (Ekantari, 2012).

4. Ras

Memiliki ras kelompok populasi yang memiliki tingkat tinggi diabetes atau tekanan darah tinggi, seperti Afrika Amerika, Hispanik Amerika, Asia, Kepulauan Pasifik, dan Indian Amerika (*National Kidney Foundation* (NKF), 2016).

5. Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronik

1. Terapi Konservatif

Tujuan dari terapi konservatif adalah mencegah memburuknya laal ginjal secara progresif, meringankan keluhan-keluhan akibat akumulasi toksin azotemia, memperbaiki metabolisme secara optimal dan memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit (Price & Sylvia, 2006, dalam Husna, 2010).

2. Dialisis

a) Hemodialisa

1. Definisi

Hemodialisis adalah dialisis yang dilakukan diluar tubuh, darah dikeluarkan dari tubuh melalui sebuah kateter arteri, kemudian masuk ke dalam sebuah mesin besar, di dalam mesin tersebut terdapat dua ruang yang dipisahkan oleh sebuah membran semipermeabel. Darah dimasukkan ke salah satu ruang, sedangkan ruang yang lain diisi oleh cairan per dialisis dan diantara keduanya akan terjadi difusi. Darah dikembalikan ke tubuh melalui sebuah pirau vena. Hemodialisis memerlukan waktu selama 3–5 jam dan dilakukan sekitar 3x dalam seminggu Pada akhir interval 2 – 3 hari diantara terapi, keseimbangan garam, air dan pangkat hidrogen (PH) sudah tidak normal lagi dan penderita biasanya merasa tidak sehat (Corwin 2009).

2. Tujuan

Tujuan utama tindakan hemodialisis adalah mengembalikan keseimbangan cairan intraseluler dan ekstraseluler yang terganggu akibat dari fungsi ginjal yang rusak (Himmelfarb & Ikizler, 2010)

6. Kondisi Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hemodialisa

Berbagai manifestasi klinis dapat terjadi pada penyakit gagal ginjal kronik stadium akhir. Gejala akibat penurunan fungsi ginjal terjadi secara perlahan-lahan dan jelas terlihat setelah Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) < 10 ml/menit/1,73 m² (Pardede, 2010). Beberapa kondisi atau respon gangguan yang dapat terjadi pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa antara lain yaitu :

a. Ketidakseimbangan cairan

Kondisi pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa, meskipun pada awal hemodialisa sudah pernah diberikan pendidikan kesehatan untuk mengurangi asupan cairan akan tetapi pada terapi hemodialisa berikutnya masih sering terjadi pasien datang dengan keluhan sesak nafas karena kelebihan volume cairan (Kamaluddin & Rahayu, 2009).

b. Ketidakseimbangan natrium

Natrium merupakan kation yang paling banyak dalam cairan ekstrasel. Natrium mempengaruhi keseimbangan cairan, dan hantaran impuls saraf dan kontraksi otot. Ion natrium di dapat dari saluran pencernaan, makanan atau minuman masuk ke dalam cairan ekstrasel melalui proses difusi. Pengeluaran ion natrium melalui ginjal, pernafasan, saluran pencernaan dan kulit. Pengaturan konsentrasi ion dilakukan oleh ginjal (Hidayat, 2011).

c. Ketidakseimbangan kalium

Kalium merupakan kation utama cairan intrasel. Kalium berfungsi sebagai excitability neuromuskuler dan kontraksi otot. Kalium diperlukan untuk pembentukan glikogen, sintesis protein, pengaturan keseimbangan asam dan basa, karena ion K^+ dapat diubah menjadi ion hidrogen H^+ (Hidayat, 2011).

Apabila keseimbangan cairan dan asidosis metabolik terkontrol, maka hiperkalemia jarang terjadi sebelum stadium IV. Keseimbangan kalium berhubungan dengan sekresi aldosteron. Selama urine output masih bisa dipertahankan, kadar kalium biasanya akan terpelihara. Hiperkalemia terjadi karena pemasukan kalium yang berlebihan, dampak pengobatan, infeksi, atau hiponatremia. Hiperkalemia juga merupakan karakteristik dari tahap uremia. Hipokalemia terjadi pada keadaan muntah atau diare berat. Pada penyakit tubuler ginjal, nefron ginjal mereabsorpsi kalium sehingga ekskresi kalium meningkat (Muttaqin, 2011).

d. Ketidakseimbangan Kalsium dan Fosfor

Dalam keadaan normal kalsium dan fosfor dipertahankan oleh parathyroid hormone yang menyebabkan ginjal mereabsorpsi kalsium, dan mobilisasi kalsium dari tulang dan depresi resorpsi tubuler dari fosfor. Hiperparatiroid dapat menstimulasi sel mast untuk melepaskan histamin dan dapat menyebabkan mikropresipitasi garam kalsium dan magnesium di kulit (Roswati, 2013).

C. Konsep Dukungan Keluarga

1. Pengertian Keluarga

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

Menurut Setiawan (2016) keluarga adalah sistem sosial yang terdiri dari dua atau lebih yang dihubungkan karena hubungan darah, hubungan perkawinan, hubungan adopsi dan tinggal bersama untuk menciptakan suatu budaya tertentu.

2. Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga menurut Fridman (2010) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikannya.

Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga yang sakit atau menderita penyakit, sehingga anggota keluarga yang sakit tersebut merasa ada yang memperhatikannya.

3. Sumber Dukungan Keluarga

Menurut Caplan (1974) dalam Friedman (2010) terdapat tiga sumber dukungan sosial umum, sumber ini terdiri atas jaringan informal yang spontan, dukungan terorganisasi yang tidak diarahkan oleh petugas kesehatan profesional dan upaya terorganisasi oleh profesional kesehatan.

4. Tujuan Dukungan Keluarga

Sangatlah luas diterima bahwa orang yang berada dalam lingkungan sosial yang suportif umumnya memiliki kondisi yang lebih baik dibandingkan rekannya yang tanpa keuntungan ini. Lebih khususnya, karena dukungan sosial dapat dianggap mengurangi atau menyangga efek serta meningkatkan kesehatan mental individu atau keluarga secara langsung, dukungan sosial adalah strategi penting yang harus ada dalam masa stress bagi keluarga (Friedman, 2010).

Sistem dukungan keluarga ini berupa membantu berorientasi tugas sering kali diberikan oleh keluarga besar, teman, dan tetangga. Bantuan dari keluarga besar juga dilakukan dalam bentuk bantuan langsung, termasuk bantuan financial yang terus-menerus dan intermiten, berbelanja, merawat anak, perawatan fisik lansia, melakukan tugas rumah tangga, dan bantuan praktis selama masa krisis (Friedman, 2010).

5. Bentuk Dukungan Keluarga

Keluarga memiliki beberapa bentuk dukungan (Friedman, 2010) yaitu:

a. Dukungan Penilaian

Dukungan ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi dengan baik dan juga sumber depresi dan strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor. Dukungan ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain, misalnya orang yang kurang mampu. Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan strategi koping individu dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek yang positif.

b. Dukungan Instrumental

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata (instrumental support material support), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk di dalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit ataupun mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah. Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh individu

dan mengurangi depresi individu. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata.

c. Dukungan Informasional

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stresor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya dan memecahkan masalahnya dengan dukungan dari keluarga dengan menyediakan feed back. Pada dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

d. Dukungan Emosional

Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas dan kehilangan harga diri. Jika depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal yang 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.

6. Dukungan Keluarga Terhadap Pasien Hemodialisa

Dukungan keluarga terhadap pasien adalah sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit yang ditunjukkan melalui interaksi dan reaksi keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit. Dukungan keluarga pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa terdiri dari dukungan instrumental, dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan pengharapan dan dukungan harga diri.

D. Efikasi Diri

1. Pengertian Efikasi Diri

Istilah efikasi diri pertama kali diperkenalkan oleh Bandura dalam *Psychological Review* nomor 84 tahun 1986, Bandura mengemukakan bahwa efikasi diri mengacu pada keyakinan sejauhmana individu memperkirakan kemampuan dirinya dalam melaksanakan tugas atau melakukan suatu tugas yang diperlukan untuk mencapai suatu hasil tertentu (Mawanti, 2011:31).

Maka dapat disimpulkan bahwa efikasi diri adalah keyakinan dan kemantapan individu, memperkirakan kemampuan yang ada yang menghasilkan perilaku yang diusahakan sehingga tercapai tujuan yang diinginkan.

2. Faktor yang Mempengaruhi Efikasi Diri

Menurut Bandura dalam Mawanti (2011: 39) faktor-faktor lain yang mempengaruhi efikasi diri, diantaranya:

- a. Sifat tugas yang dihadapi, situasi-situasi atau jenis tugas tertentu menuntut kinerja yang sulit dan berat dari pada situasi tugas yang lain.
- b. Insentif eksternal, insentif berupa hadiah (reward) yang diberikan oleh orang lain untuk merefleksikan keberhasilan seseorang dalam menguasai atau melaksanakan suatu tugas. Misalnya pemberian pujian, materi, dan lainnya.
- c. Status atau peran individu dalam lingkungan. Derajat status sosial seseorang mempengaruhi penghargaan diri orang lain dan rasa percaya dirinya.
- d. Informasi tentang kemampuan diri, efikasi diri seseorang akan meningkat atau menurun jika ia mendapat informasi yang positif atau negatif tentang dirinya.

3. Dimensi Efikasi Diri

Menurut Lauster dalam Mawanti (2011: 42) tingkat efikasi diri yang dimiliki individu dapat dilihat dari aspek efikasi dirinya bahwa orang yang memiliki efikasi diri yang positif dapat diketahui dari beberapa aspek berikut ini:

- a. Keyakinan akan kemampuan diri yaitu sikap positif seseorang tentang dirinya bahwa ia mengerti sungguh-sungguh akan apa yang dilakukan.
- b. Optimis yaitu sikap positif seseorang yang selalu berpandangan baik dalam menghadapi segala hal tentang diri, harapan dan kemampuannya.

- c. Obyektif yaitu orang yang percaya diri memandang permasalahan atau sesuatu sesuai dengan kebenaran yang semestinya, bukan menurut kebenaran pribadi atau yang menurut dirinya sendiri.
- d. Bertanggung jawab yaitu kesediaan orang untuk menanggung segala sesuatu yang telah menjadi konsekuensinya.
- e. Rasional dan realistis yaitu analisa terhadap suatu masalah, sesuatu hal, sesuatu kejadian dengan menggunakan pemikiran yang dapat diterima oleh akal dan sesuai dengan kenyataan.

Menurut Rizvi dalam Mawanti (2011: 43) dalam efikasi diri terdapat beberapa aspek yang berkaitan dengan harapan individu. Rizvi mengklasifikasikan aspek tersebut menjadi tiga, yaitu:

- a) Pengharapan hasil (*outcome expectancy*), yaitu harapan terhadap kemungkinan hasil dari suatu perilaku. Dengan kata lain, *outcome expectancy* merupakan hasil pikiran atau keyakinan individu bahwa perilaku tertentu akan mengarah pada hasil tertentu.
- b) Pengharapan efikasi (*efficacy expectancy*), yaitu keyakinan seseorang bahwa dirinya akan mampu melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai hasil. Aspek ini menunjukkan bahwa harapan individu berkaitan dengan kesanggupan melakukan suatu perilaku yang dikehendaki.
- c) Nilai hasil (*outcome value*), yaitu nilai kebermaknaan atas hasil yang diperoleh individu. Nilai hasil (*outcome value*) sangat berarti mempengaruhi secara kuat motif individu untuk memperolehnya

kembali. Individu harus mempunyai outcome value yang tinggi untuk mendukung *outcome expectancy* dan *efficacy expectancy* yang dimiliki.

4. Bentuk Efikasi Diri

Menurut Bandura dalam Mawanti (2011: 47) mengatakan individu memiliki bentuk efikasi diri tinggi yaitu memiliki sikap optimis, suasana hati yang positif dapat memperbaiki kemampuan untuk memproses informasi secara lebih efisien, memiliki pemikiran bahwa kegagalan bukanlah sesuatu yang merugikan namun justru memotivasi diri untuk melakukan yang lebih baik, sedangkan individu memiliki efikasi diri rendah yaitu memiliki sikap pesimis, suasana hati yang negatif meningkatkan kemungkinan seseorang menjadi marah, merasa beralah, dan memperbesar kesalahan mereka.

Menurut Bandura dalam Wening (2013: 21) efikasi diri menghasilkan perbedaan dalam cara berpikir, merasakan dan bertindak. Keyakinan efikasi diri berpengaruh terhadap pilihan yang dibuat dan tindakan yang dicapai oleh individu. Keyakinan pada efikasi diri turut menentukan seberapa besar usaha yang dilakukan individu, serta berapa lama kemampuan untuk bertahan dalam menghadapi situasi yang kurang menguntungkan. Selain hal itu menurut Bandura dalam Wening (2013: 22) menyatakan bahwa efikasi diri akan meningkatkan kekebalan terhadap cemas, stres dan depresi serta mengaktifkan perubahan-perubahan

biokemis yang dapat mempengaruhi berbagai ancaman aspek dari fungsi kekebalan.

Penelitian oleh Bandura dalam Wening (2013: 22) menunjukkan bahwa efikasi diri memiliki peran dalam hubungannya dengan cemas dan stres yang melibatkan immunosuppression dan perubahan fisiologis seperti tekanan darah, detak jantung, dan hormon stres. Berdasarkan penjelasan di atas, maka dapat disimpulkan faktor-faktor efikasi diri dalam penelitian ini, adalah mengacu pada teori Bandura dan pendapat Atkinson dalam Mawanti (2011: 3336) yaitu *mastery experience* (pengalaman keberhasilan), *vicarious experience* atau *modelling* (meniru), *social persuasion*, *physiological* dan *emotional state*, dan tingkat pendidikan.

E. Konsep Kepatuhan Asupan Cairan

1. Konsep Kepatuhan

Kepatuhan adalah istilah yang dipakai untuk menjelaskan ketaatan atau pasrah pada tujuan yang telah ditentukan, kesehatan mengemukakan bahwa kepatuhan berbanding lurus dengan tujuan pengobatan yang ditentukan. Kepatuhan pada program kesehatan merupakan perilaku yang dapat diobservasi dan dengan begitu dapat langsung diukur yang dicapai pada program (Arditawati, 2013; Rosiana, 2014).

Menurut Kozier (2010) kepatuhan adalah perilaku individu (misalnya: minum obat, mematuhi diet, atau melakukan perubahan gaya hidup) sesuai anjuran terapi dan kesehatan. Tingkat kepatuhan dapat

dimulai dari tidak mengindahkan setiap aspek anjuran hingga mematuhi rencana.

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan Menurut (Niven, 2008) faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan adalah :

- a. Pendidikan
- b. Modifikasi faktor lingkungan dan social
- c. Perubahan model terapi
- d. Pengetahuan
- e. Usia
- f. Dukungan keluarga
- g. Lama menjalani hemodialisa

2. Konsep asupan cairan

Hipotalamus di otak adalah suatu pusat pengendali rasa haus. Stimulus fisiologi utama terhadap pusat rasa haus adalah peningkatan konsentrasi plasma dan penurunan volume darah. Selsel reseptor yang disebut osmoreseptor secara terus-menerus memantau osmolalitas. Pusat rasa haus diaktifkan dan dideteksi oleh osmoreseptor saat tubuh kehilangan cairan terlalu banyak. Faktor lain yang mempengaruhi pusat rasa haus adalah keringnya membran mukosa faring dan mulut, angiotensin II, kehilangan kalium, dan faktor-faktor psikologis (Sari, 2009).

Asupan cairan pasien penyakit ginjal kronik harus disesuaikan dengan batas asupan cairan yang sudah ditentukan, rasa haus yang dialami

pasien menyebabkan terjadinya fenomena kelebihan cairan pada klien yang menjalani terapi hemodialisis. Berat badan harian merupakan parameter penting yang dipantau, selain catatan yang akurat mengenai asupan dan keluaran. Kenaikan BB diantara waktu HD yaitu *Interdialytic Weight Gain* (IDWG) < 5% BB kering (Almatsier, 2006). Sebelum dan sesudah hemodialisis berat badan pasien ditimbang secara rutin dan IDWG diukur dengan cara menghitung selisih antara berat badan setelah HD pada periode hemodialisis pertama dikurangi berat badan pasien sebelum pre HD kedua dibagi berat badan setelah HD pada periode hemodialisis pertama dikalikan 100%. Misalnya BB pasien post HD ke 1 adalah 54 kg, BB pasien pre HD ke 2 adalah 58 kg, prosentase IDWG $(58 - 54) : 58 \times 100\% = 6,8 \%$ (Istanti, 2009).

Kegiatan yang dilakukan dalam upaya mengatur keseimbangan cairan, dilakukan kegiatan memonitor penambahan berat badan setiap hari, mencatat asupan dan keluaran cairan secara akurat; memonitor distensi vena leher, bunyi ronkhi pada paru, adanya edema perifer, membatasi dan mengatur asupan cairan dan melakukan dialisis (Syamsiyah, 2011).

3. Status Cairan Pada Pasien Hemodialisis

Kondisi normal manusia tidak dapat bertahan lama tanpa asupan cairan dibandingkan dengan makanan namun pasien dengan hemodialisis mengontrol asupan cairan merupakan salah satu masalah yang utama karena ketidaktepatan dalam mengontrol asupan cairan akan menimbulkan

beberapa komplikasi perburukan pada kondisi pasien. Tujuan penatalaksanaan cairan pada pasien yang menjalani hemodialisis adalah untuk dapat mempertahankan status cairan yang optimal (Barnet & Pinika, 2007). Status cairan merupakan suatu keadaan atau kondisi pada pasien untuk menentukan kecukupan cairan dan terapi cairan selanjutnya. Status cairan pada pasien gagal ginjal kronik dapat dimanifestasikan dengan pemeriksaan edema, tekanan darah, kekuatan otot, lingkaran lengan atas, nilai IDWG dan biochemical marker yang meliputi natrium, kalium, kalsium, magnesium, florida, bikarbonat dan fosfat (Istanti, 2011).

a. Edema

1. Definisi

Edema didefinisikan sebagai akumulasi abnormal cairan di dalam ruang interstitial (celah di antara sel) atau jaringan tubuh yang menimbulkan pembengkakan. Pada kondisi yang normal secara umum cairan tubuh yang terdapat di luar sel akan disimpan di dalam dua ruangan yaitu pembuluh darah dan ruang – ruang interstitial. Apabila terdapat gangguan pada keseimbangan pengaturan cairan tubuh, maka cairan dapat berakumulasi berlebihan di dalam ruang interstitial (Isroin, Istanti & Soejono, 2013). Cairan edema diberi istilah transudat, memiliki berat jenis dan kadar protein rendah, jernih tidak berwarna atau jernih kekuningan dan merupakan cairan yang encer atau mirip gelatin

bila mengandung di dalamnya sejumlah fibrinogen plasma (kamaludin & Rahayu, 2009).

2. Etiologi

Edema yang terlihat pada gagal ginjal kronik dapat disebabkan oleh berbagai hal. Ginjal sering tidak dapat mengeksresikan natrium yang masuk melalui makanan dengan cepat, sehingga natrium akan tertimbun dalam ruang ekstraseluler dan menarik air (Hidayati, 2012) Jumlah cairan yang tidak seimbang dapat menyebabkan terjadinya edema paru ataupun hipertensi pada 2–3 orang pasien hemodialisis. Ketidakseimbangan cairan juga dapat menyebabkan terjadinya hipertrofi pada ventrikel kiri. Hasil rontgen dada pasien dengan edema akibat gagal ginjal biasanya menunjukkan adanya kongesti paru-paru sebelum pembesaran jantung terjadi secara signifikan. Namun biasanya tidak terdapat ortopnea. Pasien dengan gangguan fungsi ginjal kronis juga dapat mengalami edema akibat retensi primer garam dan air (Lindberg, 2010).

3. Mekanisme terjadinya edema

Kondisi vena yang terbungkus (kongesti), menyebabkan peningkatan tekanan hidrostatik intra vaskula (tekanan yang mendorong darah mengalir di dalam vaskula oleh kerja pompa jantung) yang akhirnya menimbulkan perembesan cairan plasma ke

dalam ruang interstitium. Cairan plasma ini akan mengisi pada sel-sela jaringan ikat longgar dan rongga badan (Isroin, 2013).

Endotel kapiler merupakan suatu membran semi permeabel yang dapat dilalui oleh air dan elektrolit secara bebas, sedangkan protein plasma hanya dapat melaluinya sedikit atau terbatas. Tekanan osmotik darah lebih besar dari pada limfe. Daya permeabilitas ini bergantung kepada substansi yang mengikat sel-sel endotel tersebut (Perry & Potter, 2011). Pada keadaan tertentu, misalnya akibat pengaruh toksin yang bekerja terhadap endotel, permeabilitas kapiler dapat bertambah. Akibatnya ialah protein plasma keluar kapiler, sehingga tekanan osmotik koloid darah menurun dan sebaliknya tekanan osmotik cairan interstitium bertambah. Hal ini mengakibatkan makin banyak cairan yang meninggalkan kapiler dan menimbulkan edema (Lindley, 2011).

Menurunnya jumlah protein darah (hipoproteinemia) menimbulkan rendahnya daya ikat air protein plasma yang tersisa, sehingga cairan plasma merembes keluar vaskula sebagai cairan edema. Kondisi hipoproteinemia dapat diakibatkan kehilangan darah secara kronis oleh cacing *Haemonchus contortus* yang menghisap darah di dalam mukosa lambung kelenjar (abomasum) dan akibat kerusakan pada ginjal yang menimbulkan gejala albuminuria (proteinuria, protein darah albumin keluar bersama

urin)berkepanjangan. Hipoproteinemia ini biasanya mengakibatkan edema umum (Isroin, 2013 ; Hidayat, 2011).

4. Derajat edema

Derajat dari edema sendiri diklasifikasikan menjadi 4 yaitu derajat 1 jika edema menekan sedalam 1 - 3 mm akan kembali dengan cepat (3 detik). Derajat 2 jika menekan lebih dalam 4mm dan akan kembali dalam waktu 5 detik. derajat 3 jika menekan lebih dalam 5 – 7 mm akan kemabli dalam waktu 7 detik, tampak bengkak dan derajat 4 jika menekan lebih dalam lagi 8mm akan kembali dalam waktu 7 menit, tampak sangat bengkak yang nyata (Isroin, 2013).

b. Tekanan darah

Kelebihan cairan pradialisis akan meningkatkan resistensi vaskuler dan pompa jantung. Pasien yang mengalami hipertensi intradialisis terjadi peningkatan nilai tahanan vaskuler perifer yang bermakna pada jam akhir dialisis. Jika terjadi kenaikan tekanan darah postdialysis mencerminkan kelebihan volume subklinis (Wuchang & Yao-ping 2012).

c. Kekuatan otot

Otot merupakan sistem organisasi tingkat tinggi dari material organik yang menggunakan energi kimia untuk menghasilkan kerja mekanik dibawah kontrol sistem persyarafan.Sel-sel otot dapat dirangsang secara kimiawi, listrik, dan mekanik untuk

membangkitkan potensial aksi yang dihantarkan sepanjang membran sel. Kekuatan otot sendiri didefinisikan secara singkat sebagai kekuatan atau tenaga otot yang dihasilkan selama kontraksi maksimal (Isroin, 2013).

Pada dasarnya tubuh merupakan suatu jaringan listrik yang begitu kompleks. Yang mana didalamnya terdapat pembangkit seperti jantung, otak, ginjal serta sel – sel otot. Untuk bisa mengalirkan listrik diperlukan ion – ion yang akan mengantarkan perintah dari jantung, otak ataupun ginjal ke sel – sel otot. Ion – ion tersebut disebut dengan elektrolit. Jika terjadi gangguan pada cairan & elektrolit maka aktivitas tersebut tidak adekuat dan begitu juga sebaliknya. Jika kekuatan otot tersebut baik, akan memperluas pembuluh darah & mempengaruhi masa otot yang dimanifestasikan dengan lingkaran lengan (Hidayati, 2012). Hal ini sesuai dengan penelitian tentang manajemen cairan yang dilakukan oleh (Isroin, 2013) didapatkan perbedaan kekuatan otot lengan sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok perlakuan signifikan.

d. Pernafasan

Sesak napas merupakan keluhan subyektif (keluhan yang dirasakan oleh pasien) berupa rasa tidak nyaman, nyeri atau sensasi berat, selama proses pernapasan. Pada sesak napas, frekuensi pernapasan meningkat di atas 24 kali per menit. Sesak napas dapat digolongkan menjadi 2 kelompok besar berdasarkan penyebabnya, yaitu organik

yaitu adanya kelainan pada organ tubuh dan non organik yaitu berupa gangguan psikis yang tidak disertai kelainan fisik.

Sesak nafas yang terjadi pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis terjadi karena dua faktor. Faktor pertama adanya penumpukan cairan yang diakibatkan oleh rusaknya ginjal, sehingga cairan tersebut akan memutus saluran paru – paru dan membuat sesak nafas. Faktor kedua disebabkan karena anemia yang mengakibatkan tubuh kekurangan oksigen (Hudak& Gallo, 2010).

e. *Interdialytic Weight Gain (IDWG)*

Mayoritas klien yang menjalani terapi hemodialisis di Indonesia menjalani terapi 2 kali seminggu antara 4 – 5 jam pertindakan, itu artinya tubuh harus menanggung kelebihan cairan diantara dua waktu terapi (Sari, 2009). Pembatasan asupan cairan bergantung pada haluaran urine.

Penilaian umum mengenai berat badan bersih adalah penting untuk mempermudah perawat dan pasien dalam mengurangi kelebihan cairan selama pelaksanaan dialisis. 1 kg BB sebanding dengan 1 L cairan, artinya berat badan pasien adalah metode yang sederhana dan akurat untuk menilai penambahan maupun pengurangan cairan (Morton & Fontaine, 2009)

1. Definisi

IDWG adalah peningkatan berat badan antar hemodialisis yang paling utama dihasilkan oleh asupan garam dan

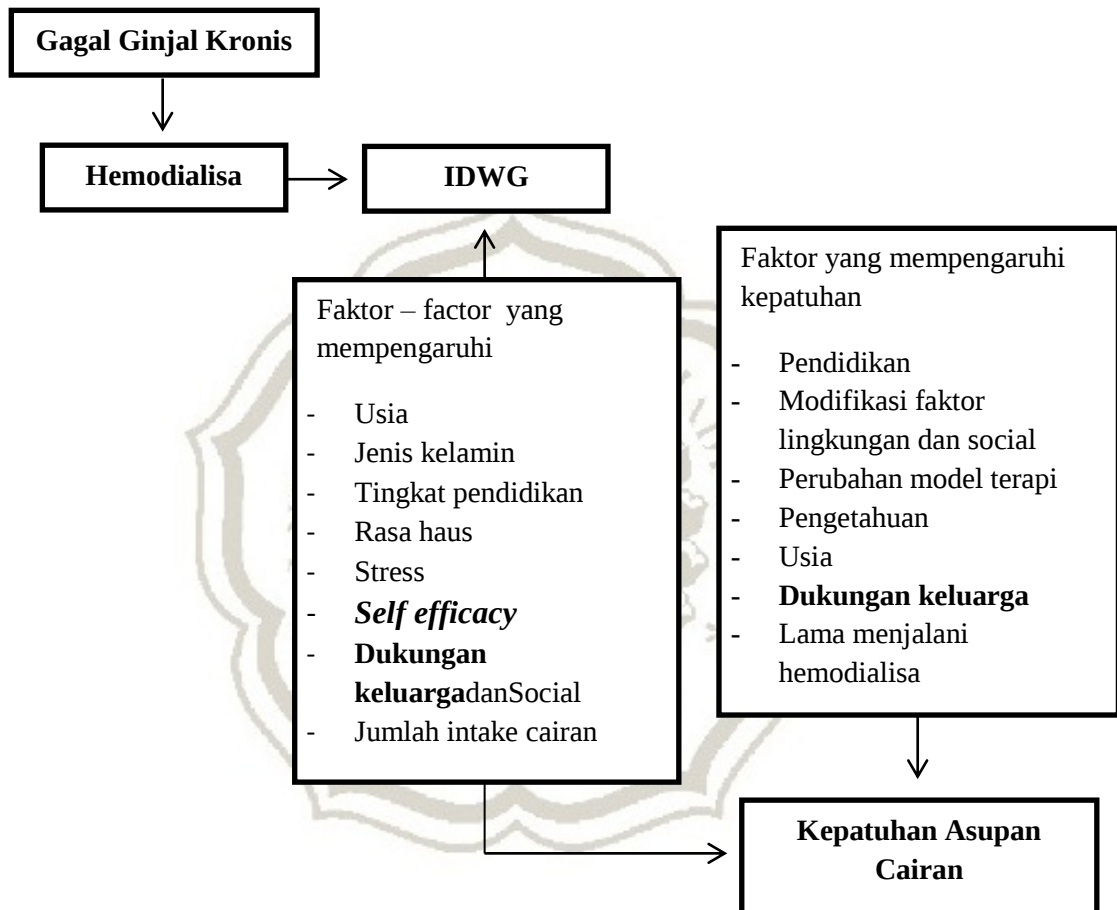
cairan.IDWG yang dapat ditoleransi oleh tubuh adalah lebih dari 1,0 – 1,5 kg atau tidak lebih dari 3% dari berat kering (Istanti, 2011).

2. Pengukuran IDWG

Berat badan pasien ditimbang secara rutin sebelum dan sesudah hemodialisis. IDWG diukur dengan cara menghitung berat badan pasien setelah (post) HD pada periode hemodialisis pertama (pengukuran I). Periode hemodialisis kedua, berat badan pasien ditimbang lagi sebelum (pre) HD (pengukuran II), selanjutnya menghitung selisih antara pengukuran II dikurangi pengukuran I dibagi pengukuran II dikalikan 100%. Misalnya BB pasien post HD ke 1 adalah 54 kg,, BB pasien ke 2 adalah 58 kg, prosentase IDWG $(58 - 54) : 58 \times 100\% = 6,8 \%$ (Istanti, 2009).

G. Kerangka Teori Penelitian

Gambar 1.1 kerangka teori

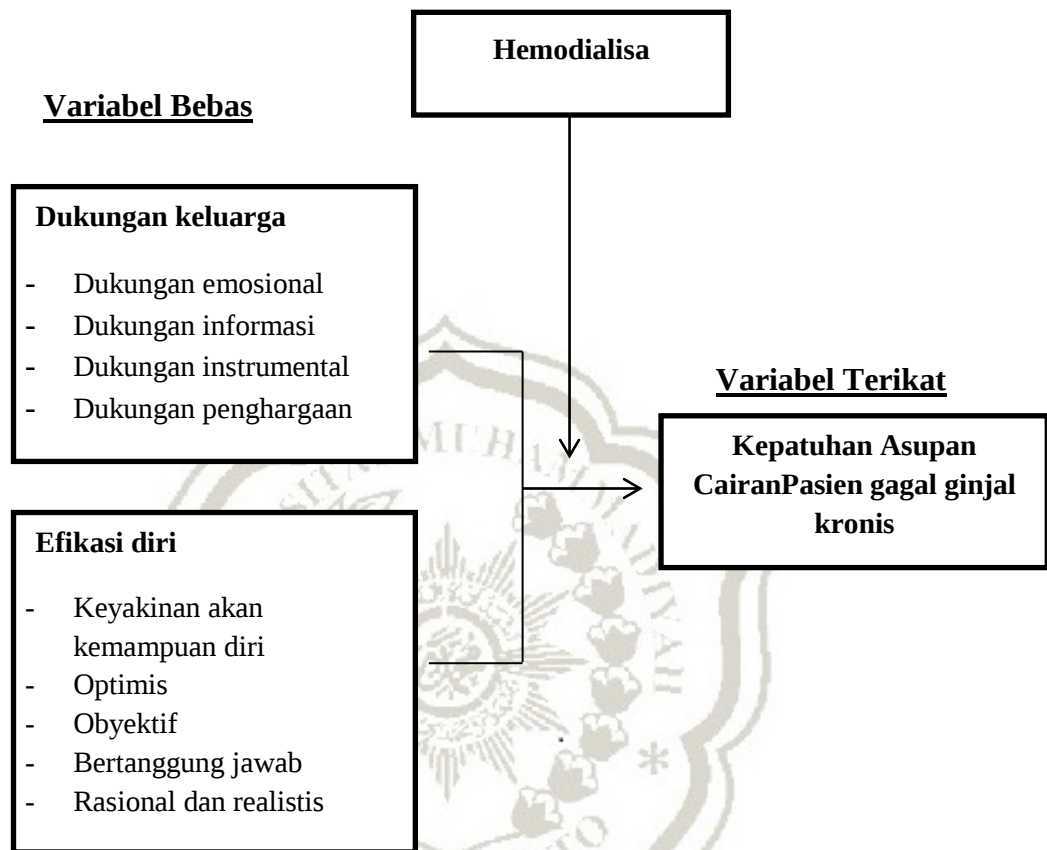


Sumber :

- (Corwin 2009)
- (NKF, 2016)
- (Niven, 2008)
- (Kozier 2010)
- (Almatsier, 2006)

H. Kerangka Konsep

Gambar 2.1 Kerangka Konsep



I. Hipotesis

1. Ho : Tidak ada hubungan dukungan keluarga dan efikasi diri dengan kepatuhan asupan cairan pada pasien gagal ginjal kronis diruang hemodialisa.
2. Ha : Ada hubungan dukungan keluarga dan efikasi diri dengan kepatuhan asupan cairan pada pasien gagal ginjal kronis diruang hemodialisa.