

SKRIPSI

ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN DIET PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK DI INSTALASI HEMODIALISIS RSU Dr. SOETOMO SURABAYA

PENELITIAN *CROSS SECTIONAL*

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

PRIMA SULTHONUL HAKIM

NIM. 130915213

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2011

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, Februari 2011

Yang menyatakan

PRIMA SULTHONUL HAKIM
NIM. 130915213

HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

SKRIPSI DENGAN JUDUL

**“ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN
DIET PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK DI INSTALASI
HEMODIALISIS RSUD DR. SOETOMO SURABAYA”**

OLEH MAHASISWA :

PRIMA SULTHONUL HAKIM

NIM.130915213

Telah diuji
Pada tanggal, 21 Februari 2011

PANITIA PENGUJI

Ketua : Yulis Setiya Dewi, S.Kep.,Ns.,M.Ng
NIP. 197507092005012001

(.....)

Anggota : 1. Dr. I Ketut Sudiana, Drs., M.Si.
NIP. 195507051980031005

(.....)

2. Ni Ketut Alit A. S.Kp
NIP.197410292003122002

(.....)

Mengetahui:
a.n Dekan
Plt. Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep.
NIP. 19790424242006042002

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI

SKRIPSI DENGAN JUDUL

**“ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN
DIET PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK DI INSTALASI
HEMODIALISIS RSUD DR. SOETOMO SURABAYA”**

OLEH MAHASISWA:

PRIMA SULTHONUL HAKIM

NIM: 130915213

TELAH DISETUJUI

Tanggal, Februari 2011

Oleh
Pembimbing I

Dr. I Ketut Sudiana Drs., M.Si.

NIP. 195507051980031005

Pembimbing II

Ni Ketut Alit A. S.Kp

NIP. 197410292003122002

Mengetahui:

Dean

Plt. Wakil Dekan I

Mira Trihatini S.Kp, M.Kep

NIP. 19790424242006042002

MOTTO

I want to live my life to the absolute fullest

To open my eyes to be all I can be

To travel roads not taken, to meet faces unknown

To feel the wind, to touch the stars

I promise to discover myself

To stand tall with greatness

To chase down and catch every dream

Life Is An Adventure

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “**Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Diet Pasien Penyakit Ginjal Kronik Di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya**”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) di Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Purwaningsih, S. Kp., MARS., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Airlangga.
2. Mira Triharini, S.Kp., M.Kep, selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
3. DR. dr. Pranawa Sp.PD-KGH (K) selaku kepala Instalasi hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberi izin untuk melakukan penelitian di Instalasi hemodialisis.
4. Dr. Widodo Sp.PD selaku dokter pembimbing yang telah banyak membantu dan memfasilitasi dalam penelitian.
5. Dr. I Ketut Sudiana Drs., M.Si selaku pembimbing ketua yang telah meluangkan waktu dan membimbing, memotivasi dan memberikan saran-saran yang bermanfaat sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.

6. Ni Ketut Alit A. S.kep selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu dan membimbing, memotivasi dan memberikan saran-saran yang bermanfaat sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
7. Pasien hemodialisis dan keluarga yang telah bersedia menjadi responden dan membantu dalam memebrikan keterangan mengenai informasi yang dibutuhkan dalam proses penyelesaian skripsi ini.
8. Orang tua dan adik-adik tersayang yang selalu saya rindukan, untuk doa dan dukungannya.
9. Seluruh pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini yang tidak bisa penulis disebut satu persatu.

Semoga Allah SWT membalas kebaikan semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, sehingga sangat diharapkan kritikan dan masukan yang membangun untuk kesempurnaan skripsi ini.

Surabaya, Februari 2011

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Surat pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji Skripsi	iv
Motto	v
Kata Pengantar	vi
Abstrak	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran	xiv
 BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis	7
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Penyakit Ginjal Kronis	8
2.1.1 Anatomi Fisiologi Ginjal	8
2.1.2 Pengertian Penyakit Ginjal Kronis	11
2.1.3 Penyebab Penyakit Ginjal Kronis.....	11
2.1.4 Klasifikasi Penyakit Ginjal Kronik.....	12
2.1.5 Patofisiologi.....	13
2.1.6 Manifestasi Klinis.....	14
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	16
2.1.8 Penatalaksanaan	17
2.2 Konsep Hemodialisis	18
2.2.1 Pengertian Hemodialisis	17
2.2.2 Tujuan Hemodialisis.....	19
2.2.3 Prinsip Dasar Hemodialisis.....	19
2.2.4 Komplikasi Hemodialisis.....	21
2.2.5 Peralatan Hemodialisis	21
2.2.6 Pedoman Pelaksanaan Hemodialisis.....	23
2.2.7 Dosis Dan Adekuasi Hemodialisis	24
2.2.8 Durasi Hemodialisis.....	24
2.2.9 Adekuasi Hemodialisis	24
2.2.10 <i>Dialysis Target Solution Clearence</i>	25
2.3 Konsep Perilaku.....	25
2.3.1 Pengertian	25
2.3.2 Beberapa Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku	27

2.3.3	Bentuk Perilaku.....	27
2.3.4	Domain Perilaku Kesehatan.....	28
2.4	Konsep Dukungan Keluarga	39
2.4.1	Pengertian	39
2.4.2	Jenis-Jenis Dukungan Keluarga.....	40
2.4.3	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kesehatan	40
2.4.4	Komponen-Komponen Dalam Dukungan Sosial	41
2.5	Konsep Dasar Kepatuhan	42
2.5.1	Pengetian.....	42
2.5.2	Faktor Yang Mendukung Kepatuhan Pasien	43
2.5.3	Tingkat Ketidakpatuhan.....	36
2.5.4	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan.....	45
2.5.5	Mengurangi Ketidakpatuhan.....	40
2.5.6	Upaya Meningkatkan Kepatuhan.....	48
2.6	Diet Pada Gagal Ginjal Dengan Dialisis	50
2.6.1	Pengertian	50
2.6.2	Tujuan Diet	51
2.6.3	Syarat Diet	51
2.6.4	Jenis Diet Dan Indikasi Pemberian.....	52
2.6.5	Nilai Gizi.....	53
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN		
3.1	Kerangka Konseptual.....	54
3.2	Hipotesis Penelitian	55
BAB 4 METODE PENELITIAN		
4.1	Desain Penelitian	57
4.2	Populasi,Sampel Dan Sampling.....	57
4.2.1	Populasi.....	57
4.2.2	Sampel	58
4.2.3	Sampling	58
4.3	Identifikasi Variabel	59
4.3.1	Variabel Independen	59
4.3.2	Variabel Dependen	59
4.4	Definisi Operasional	60
4.5	Pengumpulan Dan Pengolahan Data.....	62
4.5.1	Instumen Penelitian.....	62
4.5.2	Lokasi Dan Waktu	62
4.5.3	Prosedur Pengambilan Data.....	63
4.5.4	Kerangka Kerja.....	63
4.7	Analisa Data.....	65
4.8	Etika Penelitian.....	67
4.7.1	<i>Inform Consent</i>	67
4.7.2	<i>Anonimity</i>	67
4.7.3	<i>Confidentiality</i>	67
4.9.	Keterbatasan	67

BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian.....	69
5.1.1 Gamabaran Lokasi Penelitian.....	69
5.1.2 Data Umum	70
5.1.3 Data Khusus	73
5.2 Pembahasan	77
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan.....	81
6.2 Saran	81
Daftar Pustaka	83

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1	Klasifikasi penyakit ginjal kronik berdasarkan derajat penyakit . 11
Tabel 2.2	Klasifikasi penyakit ginjal kronik berdasarkan etiologi 12
Tabel 2.3	Nilai gizi pasien dengan penyakit gagal ginjal kronis dengan dialisis..... 48
Tabel 4.1	Definisi operasional 60
Tabel 5.1	Tabulasi silang hubungan pengetahuan dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik di instalasi hemodialisis RSUD. Dr. Soetomo 75
Tabel 5.2	Tabulasi silang hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik di instalasi hemodialisis RSUD. Dr. Soetomo 76
Tabel 5.3	faktor dominan yang berhubungan dengan kepatuhan diet pada pasien penyakit ginjal kronik di instalasi hemodialisis RSUD. Dr. Soetomo 77

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Ginjal.....	7
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual	54
Gambar 4.2 Kerangka Kerja	64
Gambar 5.1 Distribusi responden penelitian berdasarkan jenis kelamin di instalasi hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada 14 Februari 2011	70
Gambar 5.2 Distribusi responden penelitian berdasarkan jenis pendidikan di instalasi hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada 14 Februari 2011	71
Gambar 5.3 Distribusi responden penelitian berdasarkan usia di instalasi hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada 14 Februari 2011	71
Gambar 5.4 Distribusi responden penelitian berdasarkan pekerjaan di instalasi hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada 14 Februari 2011	72
Gambar 5.5 Distribusi responden penelitian berdasarkan lama terapi di instalasi hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada 14 Februari 2011	72
Gambar 5.6 Distribusi responden penelitian berdasarkan jenis diet di instalasi hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada 14 Februari 2011	73
Gambar 5.7 Distribusi responden penelitian berdasarkan tingkat pengetahuan di instalasi hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada 14 Februari 2011	73
Gambar 5.8 Distribusi responden penelitian menurut tingkat dukungan keluarga di instalasi hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada 14 Februari 2011	74
Gambar 5.9 Distribusi responden penelitian berdasarkan tingkat kepatuhan di instalasi hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada 14 Februari 2011	75

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat ijin penelitian	84
Lampiran 2 Lembar Permohonan menjadi responden	86
Lampiran 2 Lembar Persetujuan menjadi responden penelitian.....	87
Lampiran 3 Lembar Kuesioner Pengambilan Data umum	88
Lampiran 4 Lembar Kuesioner Pengetahuan	90
Lampiran 5 Lembar Kuesioner dukungan keluarga	92
Lampiran 6 Lembar Kuesioner kepatuhan diet	94
Lampiran 7 Tabulasi Hasil Penelitian.....	96
Lampiran 8 Hasil Uji Statistik	97

awal terhadap 10 pasien HD dengan wawancara, 4 pasien tidak patuh atau sering melanggar diet. Penyebab keadaan ini bisa terjadi karena banyak faktor yang terlibat diantaranya pengetahuan pasien dan dukungan sosial dari keluarga. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan yang tinggi diharapkan pasien mempunyai perilaku kepatuhan yang baik terhadap diet. Sedangkan menurut Mechenbaum (1977) dikutip dari Niven (2002), faktor penting dalam mencapai kepatuhan pasien yaitu melalui dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga. Tanpa ada dukungan keluarga tidak mungkin program terapi hemodialisa bisa berhasil dengan baik. Namun sampai sekarang faktor pengetahuan dan dukungan keluarga yang mempengaruhi kepatuhan pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialis di RSUD Dr. Soetomo belum dapat dijelaskan.

Prevalensi dari penyakit ginjal kronik secara umum didefinisikan sebagai penyakit yang bertahan lama, kerusakan fungsi ginjal yang irreversible, dan memiliki angka kejadian lebih tinggi dibandingkan penyakit ginjal stadium akhir atau terminal. Sekarang ditemukan > 300.000 pasien menderita penyakit ginjal kronik di negara Amerika Serikat. Di negara negara berkembang lainnya, insiden ini diperkirakan sekitar 40 - 60 kasus perjuta penduduk per tahunnya, selain itu mahalnya tindakan hemodialisis masih merupakan masalah besar dan diluar jangkauan sistem kesehatan. Survei Perhimpunan Nefrologi Indonesia menunjukkan, 12,5% dari populasi mengalami penurunan fungsi ginjal. Secara kasar itu berarti lebih dari 25 juta penduduk. Di seluruh dunia tahun 2005 ada 1,1 juta orang menjalani dialisis kronik. Tahun 2010, diproyeksikan lebih dari 2 juta

orang (YGDI, 2009). Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya pasien dengan penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis tiap tahun terus meningkat. Pada tahun 2005 tercatat 4.145 pasien cuci darah, tahun 2007 jumlahnya meningkat sebesar 87% dan pada tahun 2008 jumlah pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis juga mengalami kenaikan sebanyak 12% dari tahun sebelumnya. (Santoso, 2008). Menurut penelitian yang pernah dilakukan Kusumo pada tahun 2009 terhadap 124 pasien hemodialisis, ditemukan adanya pasien yang tidak mematuhi diet yang telah ditentukan, terdapat 36,3% pasien dengan status gizi kurang dan 8,1% mempunyai status gizi berlebih. Pada bulan September sampai November 2010, Dari 300 pasien yang menjalani HD, 26% pasien menjalani HD 1x/5hari dan ada sekitar 2% yang jadwal hemodialisisnya berubah salah satu penyebabnya adalah diet yang tidak sesuai.

Pemberian diet yang tepat di antara waktu dialisis dapat membantu memperbaiki masalah kesehatan termasuk gizi pasien, selain proses dialisis dan pemberian obat yang sedang dilaksanakan (Darmawan, 2009). Kepatuhan dalam pelaksanaan pengaturan diet pada terapi hemodialisis bukanlah hal mudah, banyak pasien yang melanggar diet yang telah tentukan. Pasien mengkonsumsi makanan yang tidak boleh dimakan atau mengkonsumsi makanan secara berlebihan, selain itu ada juga yang mengkonsumsi makanan yang tidak adekuat atau kurang dari diet yang telah ditentukan. Adanya status nutrisi yang buruk akan menyebabkan penderita malaise dan fatigue, rehabilitasi jelek, penyembuhan luka terganggu, kepekaan terhadap infeksi meningkat dan angka rawat tinggal dan mortalitas juga meningkat (Mardiana, 2008). Demikian pula dengan asupan makanan yang berlebihan, kondisi ini akan memperberat kerja ginjal dan meningkatkan sisa-sisa

metabolisme dalam tubuh, salah satu akibatnya adalah peningkatan frekuensi hemodialisis yang selama ini telah dilakukan. Kondisi tersebut menyebabkan pasien membutuhkan bantuan atau dukungan dari orang di sekitarnya khususnya keluarga dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Dukungan sosial yang natural diterima seseorang melalui interaksi sosial dalam kehidupannya secara spontan dengan orang-orang yang berada di sekitarnya, misalnya anggota keluarga (anak, istri, suami dan kerabat), teman dekat atau relasi (Rook&Dooley dalam Sarafino 2000). Terdapat beberapa mekanisme spesifik yang berpengaruh dukungan sosial terhadap kesehatan, baik secara langsung maupun tidak langsung yaitu Aspek perilaku (*behavior mediators*), di mana dukungan sosial dapat mempengaruhi perilaku seorang untuk berubah, dan Aspek Psikologis (*psychological mediators*), di mana dukungan sosial dapat membangun atau meningkatkan harga diri seseorang dan menjadikan hubungan interaksi yang saling memuaskan. (Charles dalam Sarafino, 2000). Zat gizi yang terdapat dalam tubuh pada saat pasien menjalani terapi hemodialisis akan hilang, seperti asam amino yang hilang 4,4-7,7 g/ 1x Hemodialisis (Kresnawan, 2008). Oleh karena itu pengaturan gizi penderita penyakit ginjal kronik termasuk mereka yang sedang menjalani hemodialisis adalah sangat penting dan bermakna (Suyono, 2004).

Pasien dialisis yang terpenting adalah mengontrol asupan makanan yaitu cukup kalori, protein, kontrol asupan kalium, garam, mengontrol asupan air dan mengontrol dialisis (dialisis rutin dan cukup) (Sidabutar, 1999). Peran keluarga dalam upaya keberhasilan terapi ini sangat dibutuhkan, karena keluarga adalah orang terdekat dengan pasien yang selama 24 jam bersama pasien dan mengerti bagaimana perilaku kesehatan yang berhubungan dengan terapi hemodialisis yang

sedang dilaksanakan. Sedangkan perawat sebagai edukator adalah dengan memberikan pengarahannya atau pendidikan kesehatan mengenai dan motivasi kepada pasien untuk tetap menjaga asupan gizi yang adekuat dan tidak berlebih. Selain itu mempertahankan status gizi, perlu perhatian melalui monitoring dan evaluasi status kesehatan serta asupan makanan oleh tim kesehatan. Pada dasarnya pelayanan dari suatu tim terpadu yang terdiri dari dokter, perawat, ahli gizi serta petugas kesehatan lain diperlukan agar terapi yang diperlukan kepada pasien optimal. Asuhan gizi (*Nutrition Care*) bertujuan untuk memenuhi kebutuhan zat gizi agar mencapai status gizi optimal, pasien dapat beraktivitas normal, menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit, yang pada akhirnya mempunyai kualitas hidup yang cukup baik. Dari uraian di atas, penulis tertarik akan melakukan penelitian untuk menganalisis faktor apa saja yang dapat mempengaruhi kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.

1.2 Rumusan Masalah

1. Adakah hubungan pengetahuan dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo?
2. Adakah hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi tingkat kepatuhan diet pada pasien penyakit ginjal kronik di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo.
2. Mengidentifikasi pengetahuan berhubungan dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo.
3. Mengidentifikasi dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo.
4. Menganalisis pengetahuan berhubungan dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo.
5. Menganalisis dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan dalam upaya pengembangan ilmu pengetahuan tentang kesehatan khususnya pada kepatuhan diet pasien hemodialisis dan membantu lebih memahami faktor yang mempengaruhi kepatuhan diet.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Perawat

Penelitian ini diharapkan bisa sebagai masukan untuk perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan perannya sebagai konselor dan edukator dalam upaya peningkatan kepatuhan diet pada pasien hemodialisis.

2. Rumah sakit atau lembaga

Sebagai masukan untuk menyempurnakan prosedur tetap (protap) dan intervensi terhadap diet pasien yang menjalani terapi hemodialisis setelah diketahuinya faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan diet tersebut.

3. Klien dan keluarga

Bahan pertimbangan dan masukan bagi pasien penyakit ginjal kronik agar mengetahui dampak yang diakibatkan jika tidak patuh dalam menjalankan diet hipertensi, sehingga pasien akan mematuhi aturan – aturan diet, dan bagi keluarga agar senantiasa memberikan motivasi sikap kepatuhan diet.

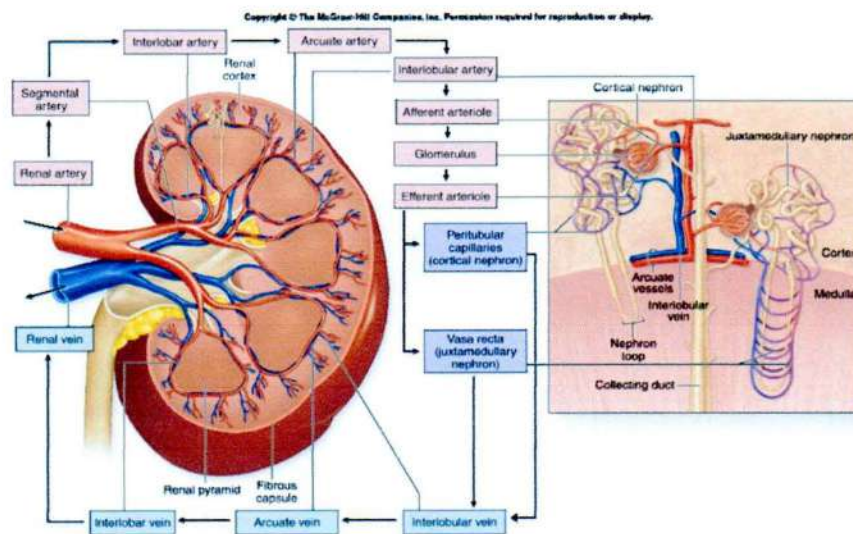
BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit Ginjal Kronis

2.1.1 Anatomi Fisiologi Ginjal

Ginjal adalah sepasang organ saluran kemih yang terletak di rongga retroperitoneal bagian atas. Bentuknya menyerupai kacang dengan sisi cekungnya menghadap ke medial. Pada sisi ini terdapat hilus ginjal yaitu tempat struktur-struktur pembuluh darah, sistem limfatik, sistem saraf, dan ureter menuju dan meninggalkan ginjal. Besar dan berat ginjal sangat bervariasi; hal ini tergantung pada jenis kelamin, umur, serta ada tidaknya ginjal pada sisi yang lain. Pada autopsi klinis didapatkan bahwa ukuran ginjal orang dewasa rata-rata adalah 11,5 cm (panjang) x 6 cm (lebar) x 3,5 cm (tebal). Beratnya bervariasi antara 120 - 170 gram, atau kurang lebih 0,4% dari berat badan (Rasjidi, 2005)



Gambar 2.1 anatomi fisiologi ginjal (Mckinley and O'loughlin, 2006).

1. Struktur di sekitar ginjal

Ginjal dibungkus oleh jaringan fibrus tipis dan mengkilat yang disebut kapsula fibrosa (*true capsule*) ginjal dan di luar kapsul ini terdapat jaringan lemak perirenal. Di sebelah kranial ginjal terdapat kelenjar anak ginjal atau glandula adrenal / supra-renal yang berwarna kuning. Kelenjar adrenal bersamasama ginjal dan jaringan lemak perirenal dibungkus oleh fascia Gerota. Fasia ini berfungsi sebagai *barier* yang menghambat meluasnya perdarahan dari parenkim ginjal serta mencegah ekstravasasi urine pada saat terjadi trauma ginjal. Selain itu fasia Gerota dapat pula berfungsi sebagai barier dalam meng-hambat penyebaran infeksi atau meng-hambat metastasis tumor ginjal ke organ di sekitarnya. Di luar fasia Gerota terdapat jaringan lemak retroperitoneal atau disebut jaringan lemak pararenal. Di sebelah posterior, ginjal dilindungi oleh otot-otot punggung yang tebal serta tulang rusuk ke XI dan XII sedangkan di sebelah anterior dilindungi oleh organ-organ intraperitoneal. Ginjal kanan dikelilingi oleh hepar, kolon, dan duodenum; sedangkan ginjal kiri dikelilingi oleh lien, lambung, pankreas, jejunum, dan kolon.

2. Struktur Ginjal

Secara anatomis ginjal terbagi menjadi 2 bagian yaitu korteks dan *medula* ginjal. Di dalam korteks terdapat berjuta-juta nefron sedangkan di dalam medula banyak terdapat *duktuli* ginjal. Nefron adalah unit fungsional terkecil dari ginjal yang terdiri atas, tubulus kontortus proksimalis, tubulus kontortus distalis, dan duktus kolegentes. Darah yang membawa sisa-sisa hasil metabolisme tubuh *difiltrasi* (disaring) di dalam glomeruli kemudian di tubuli ginjal, beberapa zat yang masih diperlukan tubuh

mengalami *reabsorpsi* dan zat-zat hasil sisa metabolisme mengalami *sekresi* bersama air membentuk urine. Setiap hari tidak kurang 180 liter cairan tubuh difiltrasi di glomerulus dan menghasilkan urine 1-2 liter. Urine yang terbentuk di dalam nefron disalurkan melalui piramida ke *sistem pelvicalises* ginjal untuk kemudian disalurkan ke dalam ureter. Sistem pelvicalises ginjal terdiri atas kaliks minor, infundibulum, kaliks major, dan pielum/pelvis renalis. Mukosa sistem pelvicalises terdiri atas epitel transisional. dan dindingnya terdiri atas otot polos yang mampu berkontraksi untuk mengalirkan urine sampai ke ureter

3. Vaskularisasi Ginjal

Ginjal mendapatkan aliran darah dari arteri renalis yang merupakan cabang langsung dari aorta abdominalis, sedangkan darah vena dialirkan melalui vena renalis yang bermuara ke dalam vena kava inferior. Sistem arteri ginjal adalah *end arteries* yaitu arteri yang tidak mempunyai anastomosis dengan cabang-cabang dari arteri lain, sehingga jika terdapat kerusakan pada salah satu cabang arteri ini, berakibat timbulnya iskemia/nekrosis pada daerah yang dilayaninya (Rasjidi, 2005).

4. Fungsi Ginjal

Fungsi ginjal diantaranya adalah (Slonane, 2005):

- 1) Pengeluaran zat sisa organik
- 2) Pengaturan konsentrasi ion-ion penting.
- 3) Pengaturan keseimbangan asam-basa tubuh.
- 4) Pengaturan produksi sel darah merah
- 5) Pengaturan tekanan darah
- 6) Pengendalian terbatas terhadap konsentrasi glukosa dan asam amino darah

7) Pengeluaran zat beracun.

2.1.2 Pengertian penyakit ginjal kronis

Penyakit ginjal kronik (PGK) adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal (Sukandar, 2006)

Pengertian penyakit ginjal kronis adalah ketidakmampuan ginjal untuk mempertahankan keseimbangan dan integritas tubuh yang muncul secara bertahap sebelum terjun ke fase penurunan faal ginjal tahap akhir. Penurunan semua faal ginjal secara bertahap diikuti penimbunan sisa metabolisme protein dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit (Sukandar, 2006).

2.1.3 Penyebab terjadinya penyakit ginjal kronik

1. Primer

- 1) Penyakit glomerulus
- 2) Penyakit tubulus
- 3) Penyakit vaskuler ginjal
- 4) Penyakit iskemik ginjal, stenosis arteri ginjal bilateral, nefrosklerosis, hiperparatiroidisme.
- 5) Penyakit traktus urinarius
- 6) Anomali kongenital

2. Sekunder

- 1) Diabetes melitus biasanya ditandai dengan proteinuria massif
- 2) Obstruksi arteri ginjal, stenosis, trombosis
- 3) Gangguan autoimun
- 4) Gangguan metabolik (asidosis tubulus ginjal, gangguan kalsium posfat,

gangguan asam urat)

- 5) Obstruksi urin kronik (pembesaran prostat, hipertropy leher *bladder*, “*vesicosphincter dyssynergia*”)
- 6) Daya tampung *bladder* terbatas
- 7) Penyakit polikistik ginjal (Harnawati, 2008).

2.1.3 Klasifikasi penyakit ginjal kronik (PGK)

Klasifikasi penyakit ginjal didasarkan atas dua hal yaitu, atas dasar derajat (stage) penyakit dan atas dasar diagnosis etiologi. Klasifikasi atas dasar derajat penyakit, dibuat berdasarkan LFG, yang dihitung dengan mempergunakan rumus Kockcroft-Gault sebagai berikut:

$$\text{LFG}-(\text{ml/mnt}/1,73\text{m}^2) = \frac{(140 - \text{umur}) \times \text{berat badan}}{72 \times \text{kreatinin plasma (mg/dl)}}$$

Nb: pada perempuan dikalikan 0,85

Tabel 2.1 klasifikasi penyakit ginjal kronik berdasarkan derajat penyakit (Sukandar, 2006).

Stadiu m	Deskripsi	LFG (ml/mnt/1,73 m persegi)
1	Kerusakan ginjal dengan GFR normal atau meningkat.	≥ 90
2	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR ringan	60 – 89
3	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR sedang	30 – 59
4	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR berat	15 - 29
5	Gagal ginjal	< 15 atau dialisis

Sedangkan untuk klasifikasi atas dasar diagnosis etiologi dapat dilihat pada tabel

2.2

Tabel 2.2 klasifikasi penyakit ginjal kronik berdasarkan diagnosis etiologi (Sukandar, 2006).

No	Penyakit	Tipe mayor (contoh)
1	Penyakit ginjal diabetes	Diabetes tipe 1 dan 2
2	Penyakit ginjal non diabetes	Penyakit glomerular (Penyakit otoimun, infeksi sistemik, obat, neoplasia) Penyakit vaskular (penyakit pembuluh darah besar, hipertensi, mikroangiopati) Penyakit tubulointerstisial (pielonefritis kronik, batu, obstruksi, keracunan obat) Penyakit kistik (ginjal polistik)
3	Penyakit transplantasi pada	Rejeksi kronik Keracunan obat (siklosporin/takrolimus) Penyakit <i>recurrent</i> (glomerular) <i>Transplant glomerulopathy</i>

2.1.4 Patofisiologi

Mekanisme penyakit ginjal diawali oleh terjadinya kerusakan ginjal dan atau penurunan fungsi ginjal, tanpa disertai adanya penumpukan sampah metabolisme. Ginjal yang sehat akan mengadakan kompensasi. Kemudian sampah metabolik mulai tertimbun dalam darah karena nefron tidak dapat mengkompensasi (BUN, creatinin, asam urat, phosphor). Tahap insufisiensi tergantung dari laju filtrasi glomerulus (GFR): 40%-80% ringan, 15%-40% sedang, 2%-20% berat (Briker & Kirschenbaum dalam Sukandar, 2006). Setelah itu sejumlah sampah metabolisme dikeluarkan dari darah (BUN, creatinin), sehingga ginjal tidak dapat mempertahankan homeostasis (gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit). Dan ginjal harus segera memperoleh tindakan berupa dialisis (Harnawati, 2008).

2.1.5 Manifestasi klinis

1. Sistem gastrointestinal

- 1) Anoreksia: *nausea*, *vomiting*, gangguan metabolisme protein dalam usus, terbentuknya toksik dari metabolisme bakteri usus (amonia, metil guanidin), sebabnya mukosa usus.
- 2) Uremik: ureum yang berlebihan pada air liur diubah oleh bakteri menjadi amoniak, mengakibatkan stomatitis dan parotitis.
- 3) Gastritis erosif: ulkus peptikum dan kolitis uremik (Sukandar, 2006)

2. Sistem kulit

- 1) Pucat : anemia, penimbunan urokrom.
- 2) Gatal-gatal: toksin uremik dan pengendapan kalsium di pori-pori.
- 3) Ekimosis: gangguan hematologi.
- 4) Urea frost: kristalisasi urea yang ada.
- 5) Bekas-bekas garukan karena gatal.

3. Sistem hematologi

1) Anemia normokrom, normosister

- (1) Berkurangnya produksi eritropoetin, sehingga terjadi penurunan eritropoesis pada sumsum tulang.
- (2) Hemolisis, akibat berkurangnya masa hidup eritrosit dalam suasana uremik.
- (3) Defisiensi besi, asam folat, akibat nafsu makan yang berkurang.
- (4) Perdarahan pada saluran pencernaan dan kulit.
- (5) Fibrosis sumsum tulang (Harnawatiaj, 2008).

- 2) Gangguan fungsi trombosit dan trombositopenia
 - (1) Masa perdarahan memanjang.
 - (2) Perdarahan: agregasi dan adhesi trombosit, penurunan faktor III dan ADP.
- 3) Gangguan fungsi leukosit
 - (1) Hipersegmentasi leukosit.
 - (2) *Fagositosis* dan hemotaksis berkurang.
 - (3) Fungsi leukosit menurun.
4. Sistem syaraf dan otot
 - 1) *Restless leg syndrome*

Pegal pada tungkai bawah dan pasien selalu menggerak-gerakan kakinya.
 - 2) *Burning feet syndrome*

Rasa kesemutan dan rasa terbakar, terutama pada telapak kaki.
 - 3) *Encephalopati metabolik*

Lemah, tidak bisa tidur, gangguan konsentrasi, tremor, mioklonus, kejang-kejang.
5. Sistem kardiovaskuler
 - 1) Hipertensi
 - 2) Peningkatan aktivitas renin-angiotensin-aldosteron, menyebabkan penimbunan cairan dan garam.
 - 3) Nyeri dada dan sesak nafas
 - 4) Akibat perikarditis, efusi perikarditis, jantung kongestif.

- 5) Gangguan irama jantung
 - 6) Akibat arteriosklerosis dini, gangguan elektrolit, kalsifikasi metastatik
 - 7) Edema
 - 8) Akibat penimbunan cairan.
6. Sistem endokrin
- 1) Gangguan seksual: Libido, fertilitas, ereksi menurun
 - 2) Pada wanita: Gangguan menstruasi, gangguan ovulasi sampai amenore
 - 3) Gangguan toleransi glukosa
 - 4) Gangguan metabolik lemak
 - 5) Gangguan metabolik vitamin D (Harnawatiaj, 2008).
7. Gangguan sistem lain
- 1) Tulang: Osteodistropi renal, osteomalasia, osteitis fibrosa, osteosklerosis dan kalsifikasi metastatik.
 - 2) Asam basa: Asidosis metabolik: penimbunan asam organik (hasil matabolisme).
 - 3) Elektrolit: Hipokalsemia, hiperfosfatemia, hiperkalemia (Harnawatiaj, 2008).
- 2.1.6 Pemeriksaan penunjang pada penyakit ginjal kronik
1. Radiologi
 2. Foto polos abdomen
 3. Pielografi Intra Vena
 4. USG
 5. Renogram
 6. Pemeriksaan radiologi jantung

7. Pemeriksaan radiologi tulang
8. Pemeriksaan radiologi paru
9. Pemeriksaan pielografi retrograd
10. EKG
11. Biopsi ginjal
12. Pemeriksaan laboratorium (Harnawati, 2008).

2.1.7 Penatalaksanaan

Pengobatan penyakit ginjal dapat dibagi menjadi 2 kelompok

1. Pengobatan konservatif

Pengobatan konservatif masih bisa dilakukan apabila laju filtrasi glomerulus (LFG) lebih dari 5ml/menit atau masih dalam stadium 1-4. Tujuan pengobatan konservatif adalah memanfaatkan faal ginjal yang masih bisa, mencegah faktor-faktor pemberat dan dimana mungkin mencoba memperlambat progresi gagal ginjal. Pengobatan konservatif terdiri dari:

- 1) Minum air yang cukup
- 2) Pengaturan diet protein
- 3) Pengendalian hipertensi
- 4) Pengobatan anemia
- 5) Pengobatan gangguan elektrolit
- 6) Pengobatan asidosis
- 7) Pengobatan osteodistrofi
- 8) Pengobatan bakteriuri
- 9) Pengobatan hiperurikalemi berat
- 10) Pengobatan gejala saluran pencernaan

- 11) Pengobatan gejala saraf dan otot.
- 12) Pengobatan pruritis
- 13) Menghindarkan obat nefrotoksik
- 14) Mencegah kehamilan pada penderita yang beresiko tinggi (Sidabutar, 1999).

2. Hemodialisis dan transplantasi

Pada stadium 5 harus dilakukan Hemodialisis (cuci darah), peritoneal dialisis (cuci rongga perut) dan cangkok ginjal (transplantasi). Prinsip dasar dari hemodialisis adalah dengan membersihkan darah dengan menggunakan ginjal buatan. Sedangkan peritoneal dialisis menggunakan selaput rongga perut (peritoneum) sebagai saringan antara darah dan cairan dianial. Transplantasi ginjal dapat dilakukan dengan donor "*cadaveric*" ataupun dari donor yang masih hidup (Sukandar, 2006).

2.2 Konsep Hemodialisis

2.2.1 Pengertian Hemodialisis

Hemodialisis adalah sebuah terapi medis. Kata ini berasal dari kata *haemo* yang berarti darah dan dialisis yang berarti dipisahkan. Hemodialisis merupakan salah satu dari terapi pengganti ginjal, yang digunakan pada penderita dengan penurunan fungsi ginjal baik akut maupun kronik (Roesli,2007).

Terapi hemodialisis adalah terapi teknologi tinggi sebagai terapi pengganti untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, kalium natrium, hidrogen, urea, creatinin, asam sitrat, dan zat-zat lain melalui membran semipermeabel sebagai pemisah darah dan cairan pada ginjal buatan, dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultrafiltrasi (Thomas, 2006).

2.2.2 Tujuan Hemodialisis

Sebagai terapi pengganti, hemodialisis mempunyai tujuan menggantikan fungsi ekskresi ginjal yaitu:

1. Membuang produk metabolisme protein seperti urea, kreatinin dan asam urat.
2. Membuang kelebihan air.
3. Mempertahankan atau mengembalikan sistem *buffer* tubuh.
4. Mempertahankan atau mengembalikan kadar elektrolit tubuh.
5. Memperbaiki status kesehatan klien (Sukandar. 2006).

2.2.3 Prinsip dasar Hemodialisis

Dialisis adalah suatu proses dimana komposisi zat terlarut dari satu larutan diubah menjadi larutan lain melalui membran semipermeabel. Molekul- molekul air dan zat-zat terlarut dengan berat molekul rendah dalam kedua larutan dapat melewati pori-pori membran dan bercampur sementara molekul zat terlarut yang lebih besar tidak dapat melewati barrier membran semipermeabel. Proses penggeseran (eliminasi) zat-zat terlarut (*toksin uremia*) dan air melalui membran semipermeabel atau dializer berhubungan dengan proses difusi dan ultrafiltrasi (konveksi).

1. Proses difusi

Proses difusi adalah proses pergerakan spontan dan pasif zat terlarut. Molekul zat terlarut dari kompartemen darah akan berpindah kedalam kompartemen dialisat setiap saat bila molekul zat terlarut dapat melewati membran semipermeabel demikian juga sebaliknya.

2. Proses ultrafiltrasi

Proses ultrafiltrasi adalah proses pergeseran zat terlarut dan pelarut secara simultan dari kompartemen darah ke dalam kompartemen dialisat melalui membran semipermeabel. Proses ultrafiltrasi ini terdiri dari ultrafiltrasi hidrostatik dan osmotik.

1) Ultrafiltrasi hidrostatik

1) *Transmembrane pressure* (TMP)

TMP adalah perbedaan tekanan antara kompartemen darah dan kompartemen dialisat melalui membran. Air dan zat terlarut didalamnya berpindah dari darah ke dialisat melalui membran semipermeabel adalah akibat perbedaan tekanan hidrostatik antara kompartemen darah dan kompartemen dialisat. Kecepatan ultrafiltrasi tergantung pada perbedaan tekanan yang melewati membran.

2) *Koefisien ultrafiltrasi* (KUF)

Besarnya permeabilitas membran dializer terhadap air bervariasi tergantung besarnya pori dan ukuran membran. KUF adalah jumlah cairan (ml/jam) yang berpindah melewati membran per mmHg perbedaan tekanan (*pressure gradient*) atau perbedaan TMP yang melewati membran.

2) Ultrafiltrasi osmotik

Dimisalkan ada 2 larutan "A" dan "B" dipisahkan oleh membran semipermeabel, bila larutan "B" mengandung lebih banyak jumlah partikel dibanding "A" maka konsentrasi air di larutan "B" lebih kecil dibanding konsentrasi larutan "A". Dengan demikian air akan berpindah dari "A" ke

“B” melalui membran dan sekaligus akan membawa zat-zat terlarut didalamnya yang berukuran kecil dan permeabel terhadap membran, akhirnya konsentrasi zat terlarut pada kedua bagian menjadi sama.

3. Proses konveksi

Proses berpindahnya air karena tenaga kimia yaitu perbedaan tekanan hidrostatik darah dan dialisat (Pranawa, 2000).

2.2.4 Komplikasi Hemodialisis

Komplikasi dalam pelaksanaan hemodialisis yang sering terjadi saat dilakukan terapi hemodialisis adalah:

1. Hipotensi
2. Kram otot
3. Mual atau muntah
4. Sakit kepala
5. Sakit dada
6. Gatal-gatal
7. Demam dan menggigil
8. Kejang (Pranawa, 2000).

2.2.5 Peralatan Hemodialisis

Peralatan untuk terapi HD terdiri dari dializer, *water treatment*, larutan dialisat (konsentrat) serta mesin HD dengan sistem monitor.

1. Dializer

Dializer adalah tempat dimana proses HD berlangsung sehingga terjadi pertukaran zat-zat dan cairan dalam darah dan dialisat. Material membran dializer dapat terbuat dari *Sellulose*, *Sellulose* yang disubstitusi,

Cellulosynthetic, Synthetic. Spesifikasi dializer yang dinyatakan dengan *Koeffisient ultrafiltrasi (Kuf)* disebut juga dengan permeabilitas air. Besarnya permeabilitas membran dializer terhadap air bervariasi tergantung besarnya pori dan ukuran membran. KUF adalah jumlah cairan (ml/jam) yang berpindah melewati membran per mmHg perbedaan tekanan (*pressure gradient*) atau perbedaan TMP yang melewati membran. Dializer ada yang memiliki *high efficiency* atau *high flux*. *Dializer high efficiency* adalah dializer yang mempunyai luas permukaan membran yang besar. *Dializer high flux* adalah dializer yang mempunyai pori-pori besar yang dapat melewatkan. Molekul yang lebih besar, dan mempunyai permeabilitas terhadap air yang tinggi. Ada 3 tipe dializer yang siap pakai, steril dan bersifat disposibel yaitu bentuk *hollow-fiber (capillary) dializer, parallel flat dializer* dan *coil dializer*. Setiap dializer mempunyai karakteristik tersendiri untuk menjamin efektifitas proses eliminasi dan menjaga keselamatan penderita. Yang banyak beredar dipasaran adalah bentuk *hollowfiber* dengan membran selulosa.

2. *Water Treatment*

Air yang dipergunakan untuk persiapan larutan dialisat haruslah air yang telah mengalami pengolahan. Air keran tidak boleh digunakan langsung untuk persiapan larutan dialisat, karena masih banyak mengandung zat organik dan mineral. Air kran ini akan diolah oleh *water treatment* sistem bertahap.

3. Larutan dialisat

1) Dialisat asetat

Dialisat asetat telah dipakai secara luas sebagai dialisat standart untuk mengoreksi asidosis uremia dan untuk mengimbangi kehilangan bikarbonat

secara difusi selama HD. Dialisat asetat tersedia dalam bentuk konsentrat yang cair dan relatif stabil. Dibandingkan dengan dialisat bikarbonat, maka dialisat asetat harganya lebih murah tetapi efek sampingnya lebih banyak. Efek samping yang sering seperti mual, muntah, kepala sakit, otot kejang, hipotensi, gangguan hemodinamik, hipoksemia, koreksi asidosis menjadi terganggu, intoleransi glukosa, meningkatkan pelepasan sitokinin.

2) Dialisat bikarbonat

Dialisat bikarbonat terdiri dari 2 komponen konsentrat yaitu larutan asam dan larutan bikarbonat. Kalsium dan magnesium tidak termasuk dalam konsentrat bikarbonat oleh karena konsentrasi yang tinggi dari kalsium, magnesium dan bikarbonat dapat membentuk kalsium dan magnesium karbonat. Larutan bikarbonat sangat mudah terkontaminasi mikroba karena konsentrasinya merupakan media yang baik untuk pertumbuhan bakteri. Kontaminasi ini dapat diminimalisir dengan waktu penyimpanan yang singkat. Konsentrasi bikarbonat yang tinggi dapat menyebabkan terjadinya hipoksemia dan alkalosis metabolik yang akut. Namun dialisat bikarbonat bersifat lebih fisiologis walaupun relatif tidak stabil. Biaya untuk sekali HD bila menggunakan dialisat bikarbonat relatif lebih mahal dibanding dengan dialisat asetat.

2.2.6 Pedoman pelaksanaan Hemodialisis

Saat memulai hemodialisis:

1. TKK/LFG 10 ml/menit dengan gejala aritmia atau malnutrisi
2. TKK/LFG 5 ml/menit walaupun tanpa gejala
3. Indikasi khusus:

- (1) Terdapat komplikasi akut seperti edema paru, hiperkalemi
- (2) Pada penderita nefropati diabetik dapat dilakukan lebih awal

2.2.7 Dosis dan adekuasi Hemodialisis

1. Setiap penderita hemodialisis harus diberikan terapi atau perencanaan atau program hemodialisis (*prescribed dose*)
2. Adekuasi hemodialisis (Kt/V) ditentukan dengan pengukuran dosis hemodialisis yang terlaksana (*Delivery dose*)
3. Target atau V yang ideal adalah 1,2 (URR 65%) untuk hemodialisis 3x perminggu selama 4 jam perkali hemodialisis dan 1,3 untuk hemodialisis 2x perminggu selama 4-5 jam perkali hemodialisis
4. Frekuensi pengukuran adekuasi hemodialisis sebaiknya dilakukan secara berkala idealnya satu kali tiap bulan minimal tiap 6 bulan.

2.2.8 Durasi (lama) Hemodialisis

Durasi hemodialisis disesuaikan dengan kebutuhan individu. Tiap hemodialisis dilakukan 4-5 jam dengan frekuensi 2x/minggu. Frekuensi hemodialisis dapat diberikan 3x/minggu selama 4-5 jam idealnya 10-15 jam/minggu (komunitas dialisis, 2003).

2.2.9 Adekuasi Hemodialisis

Model kinetik urea (kt/V), rasio pengurangan urea (URR) dan rata-rata katabolisme protein (PCR) adalah diit yang digunakan untuk menghitung kesesuaian dialisis. Hasil yang dikalkulasi ini digunakan untuk meresepkan dialisis, frekuensi serta durasi dari dialisis. Jadwal untuk pasien bervariasi dari 2,5 jam hingga 4 jam, 2 atau 3 kali tiap minggu. Alat-alat ini digunakan untuk menghitung kesesuaian pasien tentang dialisis yang didiskusikan (Sudoyo, 2007).

2.2.10 Dialysis Target Solute Clearance

1. K/DOQI(USA) : target kt/V 1,2(1,3)
URR > 70%
2. CARI(Australian) : target kt/V 1,2
URR 65%
3. BRA(British) : target kt/V > 1,2
URR > 65% (Sukandar, 2006).

2.3 Konsep Perilaku

2.3.1 Pengertian perilaku

Perilaku dari pandangan biologis adalah merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Jadi perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dan pada manusia itu sendiri. Oleh sebab perilaku manusia itu mempunyai bentangan yang sangat luas, mencakup: berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian, dan lain sebagainya. Bahkan kegiatan internal (*internal activity*) seperti berpikir, persepsi, dan emosi merupakan perilaku manusia. Dapat dikatakan bahwa perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisine tersebut, baik dapat diamati secara langsung atau secara tidak langsung (Notoatmodjo, 2003).

Perilaku adalah merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan tanggapan (respon) dan respons (Skinner dalam Notoatmodjo, 2003) . Dia membedakan adanya dua respons, yakni:

1. Respondent respons atau *reflexive respons*, adalah respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu. Perangsangan-perangsangan yang

semacam ini disebut *eliciting stimuli*, karena menimbulkan respons-réspons yang relatif tetap, misalnya: makanan lezat menimbulkan keluarnya air liur, cahaya yang kuat akan menyebabkan mata tertutup, dan sebagainya. Pada umumnya perangsangan-perangsangan yang demikian ini mendahului respons yang ditimbulkan.

Respondent respons (*respondent behavior*) ini mencakup juga emosi respons atau *emotional behavior*. Emotional respons ini timbul karena hal yang kurang menyenangkan organisme yang bersangkutan, misalnya menangis karena sedih atau sakit, muka merah tekanan darah meningkat karena marah. Sebaliknya hal-hal yang menyenangkan pun dapat menimbulkan perilaku emosional misalnya tertawa, berjingkat-jingkat karena senang, dan sebagainya.

2. Operant respons atau *instrumental respons*, adalah respons yang timbul dan berkembangnya diikuti oleh perangsang tertentu. Perangsang semacam ini disebut *reinforcing stimuli* atau *reinforcer*, karena perangsangan-perangsangan tersebut memperkuat respons yang telah dilakukan oleh organisme. Oleh sebab itu, perangsang yang demikian itu mengikuti atau memperkuat sesuatu perilaku tertentu yang telah dilakukan. Apabila seorang anak belajar atau telah melakukan suatu perbuatan, kemudian memperoleh hadiah, maka ia akan menjadi lebih giat belajar atau akan lebih baik lagi melakukan perbuatan tersebut. Dengan kata lain responsnya akan lebih intensif atau lebih kuat lagi.

2.3.2 Beberapa faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku

Green (1980) dan *Anderson's Model of Health Service Utilization* yang dikutip oleh Genaro (2000), perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk oleh 3 faktor yaitu:

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*), yaitu faktor yang berhubungan dengan individual's belief pada keseriusan gejala sakit yang dialami dan perlunya mencari bantuan. Faktor ini terwujud dalam pengetahuan, sikap, persepsi, kebiasaan, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
2. Faktor pendukung atau pemungkin (*enabling factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedianya atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya, termasuk di dalamnya faktor demografi (umur dan jenis kelamin), faktor sosial (pendidikan, pekerjaan, dan kesukuan), serta kepercayaan terhadap kesehatan (*health belief*) meliputi perawatan kesehatan, dokter, penyakit, serta obat yang digunakan.
3. Faktor pendorong (*reinforcing factors*), yaitu faktor yang mempengaruhi kemampuan masing-masing individu untuk dapat menggunakan pelayanan kesehatan tergantung dari keluarga dan komunitasnya. Faktor ini terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas yang lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

2.3.3 Bentuk perilaku

Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respons organisme atau seseorang terhadap rangsangan (*stimulus*) dari luar subjek tersebut. Respons ini berbentuk dua macam, yakni:

- a. Bentuk pasif adalah respons internal, yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Misalnya seorang ibu tahu bahwa oralit itu dapat mencegah anak lemas karena kekurangan cairan, meskipun ibu tersebut tidak memberi anaknya oralit. Contoh lain seorang yang menganjurkan orang lain untuk membersihkan puting payudara sebelum menyusui untuk mencegah diare meskipun ia sendiri tidak pernah melakukan hal itu terhadap dirinya sendiri untuk mencegah diare pada anaknya. Dan kedua contoh tersebut terlihat bahwa ibu telah tahu manfaat oralit, dan contoh kedua orang tersebut telah mempunyai sikap yang positif untuk mencegah diare pada anak, meskipun mereka sendiri belum melakukan secara konkret terhadap kedua hal tersebut. Oleh sebab itu perilaku mereka ini masih terselubung (*covert behavior*).
- b. Bentuk aktif, yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung. Misalnya pada kedua contoh tersebut, si ibu sudah memberi anaknya oralit untuk mencegah kehilangan cairan, dan orang pada kasus kedua sudah ikut melakukan untuk membersihkan puting payudaranya sendiri untuk mencegah diare pada anaknya. Oleh karena perilaku mereka ini sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata, maka disebut "*overt behavior*"

2.3.4 Domain perilaku kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2003) dikutip dari Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan, membagi perilaku itu ke dalam 3 domain (ranah/kawasan), meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Pembagian kawasan ini dilakukan untuk kepentingan tujuan

pendidikan. Bahwa dalam tujuan suatu pendidikan adalah mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut, yang terdiri dari: a). ranah kognitif (*cognitive domain*), b). ranah afektif (*affective domain*), dan c). ranah psikomotor (*psychomotor domain*).

Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan, dan untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan, ketiga domain ini diukur dari:

- 1) Pengetahuan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*knowledge*).
- 2) Sikap atau tanggapan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*attitude*).
- 3) Praktek atau tindakan yang dilakukan oleh peserta didik sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan (*practice*).

Terbentuknya suatu perilaku, yang dimulai pada domain kognitif, dalam arti subyek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi atau obyek di luarnya. Sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada subyek tersebut dan selanjutnya menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap si subyek terhadap obyek yang diketahui itu. Akhirnya rangsangan yakni subyek yang telah diketahui dan disadari sepenuhnya tersebut akan menimbulkan respon yang lebih jauh lagi, yaitu berupa tindakan (*action*) terhadap atau sehubungan dengan obyek atau stimulus tadi. Namun demikian, di dalam kenyataan stimulus yang diterima oleh subyek dapat langsung menimbulkan tindakan. Artinya seseorang dapat bertindak atau berperilaku tanpa mengetahui terlebih dahulu terhadap makna stimulus yang diterimanya. Dengan kata lain tindakan (*practice*) seseorang tidak

harus didasari pengetahuan atau sikap. Berikut akan dibahas mengenai beberapa aspek pokok dari penjabaran domain perilaku:

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*).

Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

- 1) *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- 2) *Interest* (merasa tertarik), yakni orang mulai tertarik kepada stimulus atau objek tersebut.
- 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- 4) *Trial*, orang mulai mencoba perilaku baru
- 5) *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini, di mana didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan tidak berlangsung lama.

Pengetahuan yang tercakup di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat, yakni:

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, “tahu” ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya. Contoh: Dapat menyebutkan tanda-tanda kekurangan kalori dan protein pada anak balita.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus makan makanan yang bergizi.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) di dalam pemecahan masalah kesehatan dan kasus yang diberikan.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen., tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja: dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan

suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya, dapat membandingkan antara anak-anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi-gizi, dapat menanggapi terjadinya wabah diare di suatu tempat, dapat menafsirkan sebab-sebab mengapa ibu-ibu tidak mau ikut KB, dan sebagainya.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut di atas.

Dibawah ini akan dijelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan :

1) Pendidikan atau pengetahuan

Konsep dasar pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok maupun masyarakat.

Menurut Kuntjoroningrat (1997) yang dikutip oleh Nursalam (2001) bahwa makin tinggi tingkat pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga pendidikan yang rendah akan menghambat perkembangan seseorang.

2) Usia

Usia atau umur adalah tingkat kematangan dan kekuatan seseorang dalam berfikir dan bekerja. Faktor kematangan usia sangat mempengaruhi terhadap proses menurut seseorang. Menurut Huclok (1998) yang dikutip oleh Nursalam (2001) bahwa semakin cukup umur tingkat pengetahuan dan kekuatan seseorang

akan lebih, dalam hal berfikir dan bekerja. Sehingga seseorang dengan usia yang lebih dewasa kemampuan dalam penerimaan informasi atau pengalaman yang lebih baik dari pada orang yang usianya relatif lebih muda.

3) Lingkungan/kebudayaan

Kebudayaan dimana hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan maka sangat memungkinkan berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi atau sikap seseorang.

4) Sumber informasi

Informasi sebenarnya dimana-mana, antara lain di rumah, pasar, sekolah, lembaga organisasi, media cetak, televisi, tempat pelayanan kesehatan. Informasi akan berpengaruh terhadap perkembangan pengetahuan kepribadian dan intelektualitas seseorang.

5) Pengalaman.

Pengalaman belajar dalam bekerja yang berkembang memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifesto dan keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang keperawatan.

6) Pekerjaan

Menurut Markum yang dikutip oleh Nursalam (2001) berpendapat bahwa pekerja umumnya menciptakan kegiatan yang menyita waktu. Seseorang yang bekerja cenderung memiliki pengetahuan yang lebih baik daripada yang tidak

bekerja. Hal ini disebabkan karena orang-orang di lingkungan kerja merupakan sumber informasi yang dapat menambah pengetahuan.

7) Pendapatan

Pendapatan adalah sesuatu yang didapatkan dan sebelumnya belum ada pendapatan mempengaruhi terhadap kemudahan dalam memperoleh informasi dan erat kaitannya dengan status kesehatan.

2. Sikap

Sikap merupakan organisasi pendapat, keyakinan seseorang mengenai obyek atau situasi yang relatif *ajeg*, yang disertai adanya perasaan tertentu, dan memberikan dasar pada orang tersebut untuk membuat respons atau berperilaku dalam cara tertentu yang dipilihnya.

(1) Struktur sikap

Struktur sikap terdiri atas tiga komponen-komponen yang saling menunjang yaitu:

1. Komponen kognitif (komponen perseptual)

Komponen yang berkaitan dengan pengetahuan, pandangan, keyakinan, yaitu hal-hal yang berhubungan dengan bagaimana orang mempersepsi terhadap objek sikap.

2. Komponen afektif (komponen emosional)

Komponen yang berhubungan dengan rasa senang atau tidak senang terhadap objek sikap. Rasa senang merupakan hal yang positif, sedangkan rasa tidak senang merupakan hal yang negatif. Komponen ini menunjukkan arah sikap, yaitu positif dan negatif.

3. Komponen konatif (komponen perilaku)

Komponen yang berhubungan dengan kecenderungan bertindak terhadap objek sikap. Komponen ini menunjukkan intensitas sikap, yaitu menunjukkan besar kecilnya kecenderungan bertindak atau berperilaku seseorang terhadap objek sikap.

2) Pembentukan sikap

Sikap terbentuk dari adanya interaksi sosial yang dialami oleh individu yang meliputi hubungan antara individu dengan lingkungan fisik maupun lingkungan psikologis di sekelilingnya.

- (1) Pengalaman pribadi, apa yang telah dan sedang kita alami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus sosial yang menjadi dasar terbentuknya sikap.
- (2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting, seseorang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah dan pendapat kita, seseorang yang tidak ingin kita kecewakan, seseorang yang berarti khusus bagi kita akan banyak mempengaruhi pembentukan sikap kita. Orang yang dianggap penting antara lain : orang tua, orang yang status sosialnya lebih tinggi, suami, istri, guru, dan teman dekat.
- (3) Pengaruh kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan akan membentuk sikap kita.
- (4) Media massa sebagai sarana komunikasi mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang. Pesan-pesan sugestif yang dibawa oleh informasi tersebut bila cukup kuat akan memberi efektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuk arah sikap.

- (5) Lembaga pendidikan dan lembaga agama meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam pembentukan sikap. Pemahaman akan baik dan buruk, sesuatu yang boleh dan tidak diperoleh dari pendidikan dan lembaga keagamaan.
- (6) Pengaruh faktor emosional membentuk sikap karena dianggap sebagai pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego atau semacam penyaluran frustrasi. Sikap yang demikian dapat merupakan sikap yang sementara.

3) Tingkatan sikap

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan, yakni:

(1) Menerima (*Receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

(2) Merespons (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah adalah, berarti orang menerima ide tersebut.

(3) Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

(4) Bertanggung jawab (*Responsible*):

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

3. Praktek atau Tindakan

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*).

Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain fasilitas. Disamping faktor fasilitas juga diperlukan faktor dukungan dari pihak lain, misalnya suami, istri, orang tua atau mertua sangat penting untuk mendukung praktek pemberian rehidrasi oral.

1) Tingkat-tingkat praktek

(1) Persepsi (*Perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama.

(2) Respon terpimpin (*guided respons*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat dua.

(3) Mekanisnie (*Mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.

(4) Adaptasi (*Adaptation*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakannya tersebut..

2.4 Konsep dasar dukungan keluarga

2.4.1 Pengertian dukungan keluarga

Dukungan keluarga merupakan bagian dari dukungan sosial yang berfungsi sebagai sistem pendukung anggota-anggotanya dan ditujukan untuk meningkatkan kesehatan dan prses adaptasi. Gottlieb (1983) mendefinisikan dukungan sosial sebagai informasi atau nasehat verbal dan atau non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau berupa kehadiran dan mempunyai manfaat emosional atau berpengaruh pada perilaku.

Sedangkan menurut Rodin dan Salovey (dalam Smet, 1994) perkawinan dan keluarga barangkali merupakan sumber dukungan sosial yang paling penting. Setiap anggota keluarga memiliki kebutuhan dasar fisik, pribadi dan sosial. Keluarga harus berfungsi menjasi perantara bagi tuntunan-tuntunan dan harapan-harapan dari semua individu yang ada didalamnya. Menurut Caplan dalam Friedman (1998) menerangkan bahwa keluarga memiliki delapan fungsi suportif, termasuk diantaranya dukungan informasional (keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator/penyebar informasi tentang dunia); dukungan penilaian/appraisal (keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas anggota); dukungan instrumental (keluarga) merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit); dukungan emosional (keluarga sebagai

sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi).

Jadi keluarga memainkan sebuah peran yang sangat penting dalam menentukan perilaku anggota keluarganya yang sakit, bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan. Apabila dukungan semacam ini tidak ada, maka keberhasilan program penyembuhan dan pemulihan akan sangat berkurang. Namun untuk penyakit yang serius atau penyakit yang mengancam jiwa, krisis keluargapun bisa terjadi, dimana keluarga mengalami kekacauan sebentar sebagai respons terhadap stresor.

2.4.2 Jenis-jenis dukungan keluarga

Pearlin dan Aneshensel dalam Weiss & Lonngquist (1996) membedakan tiga jenis atau dimensi dukungan keluarga:

1. Dukungan emosional

Mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan (misalnya: umpan balik, penegasan).

2. Dukungan informasional (kognitif).

Mencakup memberi informasi, pengetahuan, nasehat/saran dan petunjuk.

3. Dukungan material

Mencakup bantuan langsung baik barang maupun jasa yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah.

2.4.3 Hubungan dukungan keluarga dengan kesehatan

Menurut Ganster dan Victor (dalam Weiss & Lonngquist) terdapat tiga mekanisme spesifik yang berpusat pada pengaruh dukungan keluarga terhadap kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung yaitu:

1. Aspek perilaku (*behavioral mediators*), dimana dukungan keluarga dapat mempengaruhi perilaku seseorang untuk berubah.
2. Aspek psikologis (*psychological mediators*), dimana dukungan keluarga dapat membangun atau meningkatkan harga diri seseorang dan menyediakan hubungan interkasi yang saling memuaskan.
3. Aspek fisiologis (*physiological mediators*), dimana dukungan keluarga membantu mengatasi respon *fight or flight* dan memperkuat sistem imun.

2.4.4 Komponen-komponen dalam dukungan sosial

Para ahli berpendapat bahwa dukungan sosial memiliki beberapa komponen yang berbeda-beda. Mengutip pendapat Weiss yang ditulis dalam sebuah artikel, yang mengemukakan adanya 6 komponen dukungan sosial yang disebut sebagai *The social provision scale*, dimana masing-masing komponen dapat berdiri sendiri namun satu sama lain saling berhubungan. Komponen tersebut adalah:

1. Kerekatan emosional (*emotional attachment*), dimana dukungan sosial semacam ini menimbulkan rasa aman bagi yang menerima. Sumber dukungan semacam ini diperoleh dari pasangan dari pasangan hidup, anggota keluarga atau teman dekat yang memiliki hubungan yang harmonis.
2. Integral sosial (*social integration*), dimana dukungan sosial semacam ini memungkinkan penerima untuk memperoleh perasaan memiliki suatu kelompok untuk berbagi minat, perhatian serta melakukan kegiatan yang bersifat rekreatif secara bersama-sama.

3. Adanya pengakuan (*reassurance of worth*), pada dukungan sosial ini penerima memperoleh pengakuan atas kemampuan dan keahlian serta mendapat penghargaan dari orang lain.
4. Ketergantungan yang dapat diandalkan (*reliable reliance*), dalam dukungan sosial ini penerima mendapat jaminan bahwa ada orang yang dapat diandalkan.
5. Bimbingan (*guidance*), dukungan sosial berupa hubungan kerja atau hubungan sosial yang memungkinkan penerima untuk memperoleh informasi atau saran yang diperlukan dalam memenuhi kebutuhan atau mengatasi permasalahan yang dihadapi.
6. Kesempatan untuk mengasuh (*opportunity for nurturance*), dimana dukungan sosial semacam ini memungkinkan penerima untuk memperoleh perasaan bahwa orang lain tergantung padanya untuk memperoleh kesejahteraan.

2.5 Konsep Dasar Kepatuhan

2.5.1 Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan (*Compliance*) juga dikenal sebagai ketaatan (*adherence*), adalah derajat dimana pasien mengikuti anjuran klinis dari dokter yang mengobatinya. Contoh dari kepatuhan adalah mematuhi perjanjian, memasuki dan menyelesaikan program pengobatan, menggunakan medikasi secara tepat dan mengikuti anjuran perubahan perilaku atau diet. Perilaku kepatuhan tergantung pada situasi klinis tertentu sifat penyakit, dan program pengobatan (Harold dalam Niven, 2002).

Sackett (1976) dalam Niven N, (2002) mendefinisikan kepatuhan pasien sebagai sejauhmana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan.

2.4.2 Faktor yang mendukung kepatuhan pasien.

Menurut Keuerstain (1986) yang dikutip oleh Niven (2000) terdapat faktor yang mendukung kepatuhan pasien yaitu:

1. Pendidikan.

Pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut yang aktif seperti penggunaan buku-buku dan kaset oleh pasien secara mandiri.

2. Modifikasi faktor lingkungan dan sosial.

Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman.

3. Perubahan model terapi

Program-program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin dan pasien terlihat aktif dalam pembuatan program tersebut.

4. Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien.

Hal ini penting untuk memberikan umpan balik pada pasien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis.

5. Akomodasi.

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Sebagai contoh, pasien yang lebih mandiri harus dapat merasakan bahwa ia dilibatkan secara aktif dalam program pengobatan, sementara pasien yang lebih mengalami ansietas dalam menghadapi sesuatu harus diturunkan dahulu tingkat ansietasnya dengan

cara menyakinkan dia dengan tehnik-tehnik lain sehingga ia termotivasi untuk mengikuti anjuran pengobatan.

Menurut Brunner & Suddath (2002) variable yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien adalah:

1. Variable demografi

Variabel ini dapat berupa usia, jenis kelamin, suku bangsa, status sosial, ekonomi dan pendidikan.

2. Variable penyakit

Variabel ini dapat berupa keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi.

3. Variable program terapeutik

Variabel ini dapat berupa intelegensi, sikap terhadap petugas kesehatan, penerimaan dan penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama atau budaya, finansial dan lainnya yang termasuk dalam mengikuti regimen.

Menurut Genaro (2000), jika kepatuhan dihubungkan dengan *health belief* maka dapat disimpulkan bahwa suatu perilaku kepatuhan akan dapat dicapai apabila:

1. Pasien tahu bahwa dirinya sedang menderita penyakit yang telah didiagnosa sebelumnya.
2. Penyakit yang diderita dapat mengakibatkan konsekuensi yang buruk jika dihubungkan dengan fungsi kesehatan dan kualitas hidupnya.
3. Terapi yang diberikan akan dapat memperbaiki kondisi kesehatannya untuk saat ini maupun untuk yang akan datang.

4. Keuntungan terapi yang diberikan lebih banyak daripada kerugian yang diterima serta biaya yang dikeluarkan.

2.5.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi Ketidakpatuhan

Niven N, (2002) menjelaskan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi empat bagian:

1. Pemahaman tentang intruksi

Tidak seorang pun dapat mematuhi intruksi jika salah paham tentang intruksi yang diberikan namun hal ini bias juga disebabkan oleh kegagalan profesional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap, penggunaan istilah medis dan memberikan banyak intruksi yang harus diingat oleh pasien.

Anderson (1986) dikutip Niven N, (2002) bahwa hasil penelitian tentang komunikasi dokter dan pasiennya di Hongkong, mendapatkan bahwa pasien yang rata-rata di beri 18 jenis informasi untuk diingat dalam setiap konsultasi, hanya mampu mengingat 31% saja. Ketepatan dalam memberikan informasi secara jelas dan *eksplisit* terutama sekali penting dalam pemberian antibiotic karena seringkali pasien menghentikan obat tersebut setelah gejala yang dirasakannya hilang bukan saat obat tersebut habis. Pendekatan praktis untuk meningkatkan kepatuhan pasien diantaranya buat intruksi tertulis yang jelas dan mudah diinterpretasikan, berikan informasi tentang pengobatan sebelum menjelaskan hal-hal lain, maka akan ada efek keunggulan yaitu mereka berusaha mengingat hal-hal yang pertama kali tertulis. Efek keunggulan ini telah terbukti mampu mengingatkan ingatan tentang informasi medis serta intruksi harus ditulis dengan bahasa umum dan hal-hal penting perlu ditekankan.

2. Kualitas interaksi

Kualitas interaksi antara professional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan. Korsch dan Negrete (1972) dikutip Niven N, (2002) dalam penelitiannya telah mengamati 800 kunjungan orangtua dan anak-anaknya ke rumah sakit anak di Los Angeles. Selama 14 hari mereka mewawancarai ibu-ibu tersebut untuk memastikan apakah ibu-ibu tersebut melaksanakan nasihat yang diberikan dokter, mereka menemukan bahwa ada kaitan yang erat antara kepuasan ibu terhadap konsultasi dengan seberapa jauh mereka mematuhi, nasehat dokter; tidak ada kaitan antara lamanya konsultasi dengan kepuasan ibu. Jadi konsultasi yang pendek tidak akan menjadi tidak produktif jika diberikan perhatian untuk meningkatkan kualitas interaksi. Beberapa keluhan yang spesifik adalah kurangnya minat yang diperlihatkan oleh dokter, penggunaan istilah medis yang berlebihan, kurangnya empati dan hamper setengah dari ibu-ibu tersebut tidak memperoleh kejelasan tentang penyebab penyakit anaknya yang sering kali menimbulkan kecemasan.

3. Isolasi sosial dan keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima. Peran yang dimainkan keluarga dalam pengembangan kebiasaan kesehatan dan pengajaran terhadap anak-anak mereka. Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota keluarga yang sakit. Derajat dimana seseorang terisolasi dari pendampingan orang lain, isolasi sosial secara *negative* berhubungan dengan kepatuhan. Anggota-anggota jaringan sosial individu

seringkali mempengaruhi seseorang dalam mencari pelayanan kesehatan. Jaringan kerja rujukan biasa terdiri dari sekelompok orang, biasanya keluarga atau teman, dimana seseorang pertama kali menceritakan keluhannya dan meminta nasehat.

4. Keyakinan, sikap dan kepribadian

Becker et al (1979) di kutip Niven N, (2002) telah membuat suatu usulan bahwa model keyakinan kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan. Mereka menggambarkan kegunaan model tersebut dalam suatu penelitian bersama yang memperkirakan ketidakpatuhan terhadap ketentuan untuk pasien hemodialisa kronis, 50 orang pasien dengan gagal ginjal kronis tahap akhir yang harus mematuhi program pengobatan yang kompleks, meliputi diet, pembatasan cairan, pengobatan dan dialisa. Pasien tersebut di wawancarai tentang keyakinan kesehatan mereka dengan menggunakan suatu model. Ahli psikologi yang lain telah menyelidiki tentang hubungan antara pengukuran kepribadian dan kepatuhan. Mereka menemukan bahwa data kepribadian secara benar dibedakan antara orang patuh dengan yang gagal. Orang yang tidak patuh adalah orang yang mengalami depresi, ansietas, sangat memperhatikan kesehatannya, memiliki kekuatan ego yang lebih lemah dan kehidupan sosialnya lebih memusatkan perhatian kepada dirinya sendiri. Kekuatan ego yang lemah ditandai dengan kekurangan dalam hal pengendalian diri sendiri dan kurangnya penguasaan terhadap lingkungan. Pemusatan terhadap diri sendiri dalam lingkungan social mengukur tentang bagaimana kenyamanan seseorang berada dalam situasi sosial. Bahwa ciri kepribadian yang disebutkan diatas itu yang menyebabkan seseorang cenderung tidak patuh dari program pengobatan. Jadi memang ada bukti hasil penelitian yang penting bahwa hubungan antara professional kesehatan dan

pasien, keluarga dan teman keyakinan tentang kesehatan dan kepribadian seseorang berperan dalam menentukan respon pasien terhadap anjuran pengobatan.

2.5.4 Upaya meningkatkan Kepatuhan

Harold dalam Niven (2002) mengatakan berbagai strategi telah dicoba untuk meningkatkan ketaatan, seperti misalnya meningkatkan ketrampilan komunikasi para dokter, memberikan informasi yang jelas kepada pasien mengenai penyakit yang dideritanya serta cara pengobatannya, keterlibatan lingkungan (misalnya keluarga), dan beberapa pendekatan perilaku.

1. Strategi Meningkatkan Ketaatan

Salah satu strategi untuk meningkatkan ketaatan adalah memperbaiki komunikasi antara dokter dan pasien.

Strategi untuk meningkatkan ketaatan antara lain :

- 1) Meningkatkan ketrampilan komunikasi antara dokter dan pasien
- 2) Memberikan informasi yang jelas kepada pasien mengenai penyakit yang dideritanya.
- 3) Cara pengobatan
- 4) Keterlibatan lingkungan sosial (dukungan sosial, peran keluarga).

2. Faktor-faktor Ketaatan

Menurut Soebagijo Adi, (1999), faktor-faktor yang berkaitan dengan ketaatan maupun ketidaktaatan meliputi.

1) Ciri-ciri kesakitan dan ciri-ciri pengobatan

Perilaku ketaatan lebih rendah untuk penyakit kronis karena tidak ada akibat buruk yang segera di rasakan atau resiko yang jelas, saran mengenai gaya hidup

yang umum dan kebiasaan yang lama, pengobatan yang kompleks, pengobatan dengan efek samping, dan lain-lain. Sedangkan tingkat ketaatan rata-rata minum obat untuk menyembuhkan kesakitan akut dengan pengobatan jangka pendek adalah sekitar 78%, untuk kesakitan kronis dengan pengobatan jangka panjang tingkat tersebut menurun sampai 54%.

2) Persepsi dan harapan klien

Klien sebagai seorang “Pengambil keputusan“ dan ketaatan sebagai hasil proses pengambilan keputusan, sehingga klien sendirilah yang harus memutuskan tentunya harus diberitahukan mengenai tujuan kegunaan resiko serta efektifitas pengobatan agar mereka dapat mengambil keputusan yang tetap. Makin tinggi pendidikan atau pengetahuan seseorang, maka makin tinggi kesadaran untuk berperan serta.

3) Komunikasi antar klien dengan petugas kesehatan

Berbagai aspek komunikasi klien dengan petugas kesehatan mempengaruhi tingkat ketaatan maupaun ketidaktaatan seseorang. Misalnya informasi dengan pengawasan yang kurang, ketidakpuasan terhadap aspek hubungan emosional dengan dokter atau perawat, ketidakpuasan terhadap pengobatan yang diberikan.

4) Variabel-variabel sosial.

Hubungan antara ketaatan dengan dukungan sosial telah di pelajari secara luas, secara umum orang-orang yang merasa menerima penghiburan, perhatian dan pertolongan yang mereka butuhkan dari seseorang atau kelompok biasanya cenderung lebih mudah mengikuti nasehat dari petugas kesehatan dari pada klien yang merasa kurang mendapatkan dukungan sosial.

5) Karakteristik Individual

Variabel-variabel demografis juga digunakan untuk meramalkan ketidaktaatan, umur atau status perkembangan merupakan sektor yang penting. Selain itu pendapat lain menyatakan bahwa kepatuhan dipengaruhi oleh ketidaktahuan penderita, peran petugas, motivasi, pekerjaan dan fasilitas kesehatan.

2.6 Diet pada gagal ginjal dengan dialisis

2.6.1 Gambaran umum

Dialisis dilakukan terhadap pasien dengan penurunan laju filtrasi ginjal berat, dimana ginjal tidak lagi mampu mengeluarkan produk-produk sisa metabolisme, mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, serta memproduksi hormon-hormon. Ketidakseimbangan ginjal mengeluarkan produk-produk sisa metabolisme menimbulkan gejala uremia. Dialisis dilakukan bila hasil tes kliren kreatinin < 15 ml/menit.

Dialisis dapat dilakukan dengan cara hemodialisis atau dialisis peritoneal. Cara yang paling banyak digunakan adalah hemodialisis. Pada proses hemodialisis, aliran darah ke ginjal dialihkan melalui membran semipermeabel dari ginjal tiruan (mesin cuci darah) sehingga produk-produk sisa metabolisme dapat dikeluarkan dari tubuh. Pada proses dialisis peritoneal, aliran darah dialihkan melalui dinding semipermeabel dari peritoneum.

Anjuran diet didasarkan pada frekuensi dialisis, sisa fungsi ginjal, dan ukuran tubuh. Karena nafsu makan pasien umumnya rendah, perlu diperhatikan makanan kesukaan pasien dalam batas-batas diet yang ditetapkan.

2.6.2 Tujuan diet

Tujuan diet gagal ginjal dengan dialisis adalah (Almatsier, 2007) :

1. Mencegah defisiensi gizi serta mempertahankan dan memperbaiki status gizi, agar pasien dapat melakukan aktivitas normal.
2. Menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit
3. Menjaga agar akumulasi produk sisa metabolisme tidak berlebihan

2.6.3 Syarat diet

Syarat-syarat diet gagal ginjal kronik dengan dialisis adalah:

1. Energi cukup, yaitu 35 kkal/kg BB ideal/hari pada pasien hemodialisis (HD) maupun *continuous ambulatory peritoneal dialysis* (CAPD). Pada CAPD diperhitungkan jumlah energi yang berasal dari cairan dialisis.
2. Protein tinggi, untuk mempertimbangkan keseimbangan nitrogen dan mengganti asam amino yang hilang selama dialisis, yaitu 1 – 1,2 g/kg BB ideal/hari pada HD
3. Karbohidrat cukup, yaitu 55 – 75% dari kebutuhan energi total.
4. Lemak normal, yaitu 15 – 30% dari kebutuhan energi total.
5. Natrium diberikan sesuai dengan jumlah urin yang keluar/24 jam, yaitu:
 - 1) 1 gram + penyesuaian menurut jumlah urin sehari, yaitu 1 gram untuk tiap ½ liter urin (HD)
 - 2) 1-4 gram + penyesuaian menurut jumlah urin sehari, yaitu 1 gram untuk tiap ½ liter urin (CAPD)
6. Kalium sesuai dengan urin yang keluar/24 jam, yaitu:
 - 1) 2 gram + penyesuaian menurut jumlah urin sehari, yaitu 1 gram untuk tiap 1 liter urin (HD)

- 2) 3 gram + penyesuaian menurut jumlah urin sehari, yaitu 1 gram untuk tiap 1 liter urin (CAPD)
7. Kalsium tinggi, yaitu 1000 mg/hari. Bila perlu, diberikan suplemen kalsium.
8. Fosfor dibatasi, yaitu < 17 mg/kg BB ideal/hari
9. Cairan dibatasi, yaitu jumlah urin/24 jam ditambah 500–750 ml.
10. Suplemen vitamin bila diperlukan, terutama vitamin larut air seperti B6, asam- folat, dan vitamin C.
11. Bila nafsu makan kurang, berikan suplemen enteral yang mengandung energi dan protein tinggi (Almatsier, 2007).

2.6.4 Jenis diet dan indikasi pemberian

Diet pada dialisis bergantung pada frekuensi dialisis, sisa fungsi ginjal, dan ukuran badan pasien. Diet untuk pasien dengan dialisis biasanya harus direncanakan perorangan.

Berdasarkan berat badan dibedakan 3 jenis diet dialisis:

1. Diet dialisis I, 60 gram protein. Diberikan kepada pasien dengan berat badan kurang lebih 50 kg
2. Diet dialisis II, 65 gram protein. Diberikan kepada pasien dengan berat badan kurang lebih 60 kg
3. Diet dialisis III, 70 gram protein. Diberikan kepada pasien dengan berat badan kurang lebih 65 kg (Almatsier, 2007).

2.6.5 Nilai gizi

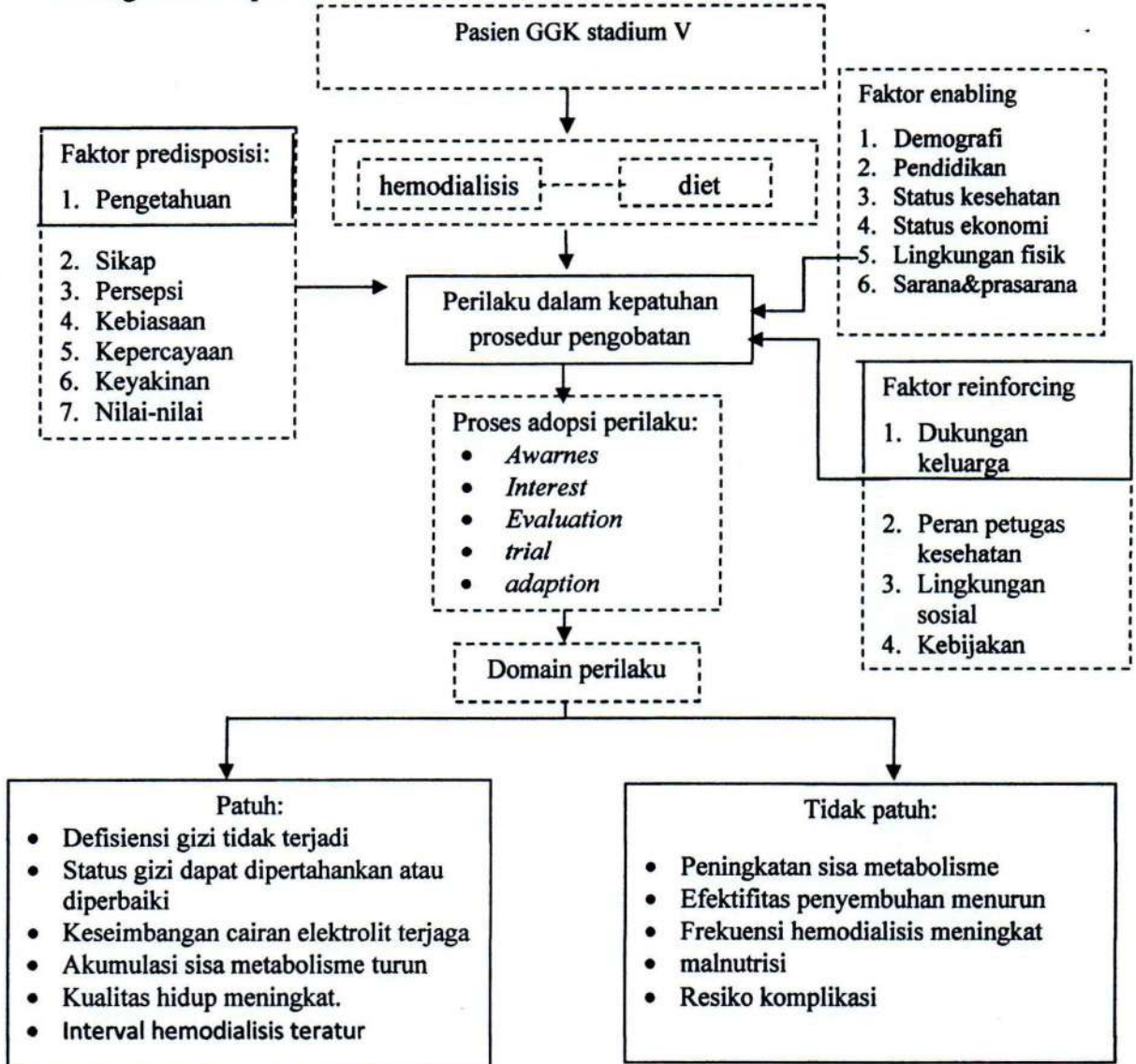
Tabel 2.3 Nilai gizi pasien dengan penyakit ginjal kronik dengan dialisis (Almatsier, 2007).

	Protein 60 g	Protein 65 g	Protein 70 g
Energi (kkal)	2002	2039	2127
Protein (g)	62 (12% energi total)	67 (13% energi total)	72 (13% energi total)
Lemak (g)	67 (30% energi total)	68 (30% energi total)	72 (30% energi total)
Karbohidrat (g)	290 (58% energi total)	293 (57% energi total)	301 (57% energi total)
Kalsium (g)	547	579	583
Besi (mg)	21,5	24	24,8
Fosfor(mg)	917	957	1013
Vitamin A (RE)	38630	38643	38652
Tiamin (mg)	0,8	0,8	0,8
Vitamin C (mg)	254	254	254
Natrium (mg)	400	400	423
Kalium (mg)	2156	2156	2288

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan:

Diteliti :

Tidak diteliti :

Gambar 3.1 kerangka konseptual penelitian analisis faktor yang mempengaruhi status gizi pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di ruang hemodialisis RSU Dr. Soetomo

Penyakit ginjal kronik (PGK) adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal (Sukandar, 2006). Saat gagal ginjal sudah masuk pada stadium 5 maka harus dilakukan terapi pengganti ginjal salah satunya hemodialisis. Selama dilakukan terapi hemodialisis ini dilakukan juga terapi pengaturan pola makan/diet pada penderita gagal ginjal. Terapi ini merupakan anjuran yang harus dipatuhi oleh setiap penderita gagal ginjal selain terapi dialisis/cuci darah.

Pengaturan diet pada penyakit gagal ginjal yang menjalani hemodialisis sedemikian kompleks, pengaturan diet tersebut sukar untuk di patuhi oleh pasien sehingga memberikan dampak terhadap status gizi dan kualitas hidup penderita (Sidabutar, 1992), banyak faktor yang memengaruhi perilaku kepatuhan diet tersebut. Menurut Lawrence Green (1980), perilaku itu sendiri dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*) yang terdiri dari pengetahuan, sikap, persepsi, kebiasaan, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai. Faktor pendukung (*enabling factor*) yang terdiri dari demografi, pendidikan, status ekonomi dan sosial, lingkungan fisik, sarana dan prasarana. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) yang berupa dukungan keluarga, peran tenaga kesehatan, lingkungan sosial dan kebijakan puskesmas. Perilaku tersebut dibagi menjadi tiga domain penting yaitu *cognitif*, *afektif* dan *psikomotor*. Dalam penelitian ini dilakukan pengukuran melalui *kognitif* (pengetahuan) sebagai faktor internal dari pasien sendiri, sedangkan faktor eksternal berupa dukungan keluarga, kedua faktor ini menentukan pembentukan perilaku kepatuhan pasien. Semua

faktor ini nantinya akan mempengaruhi keputusan seseorang untuk melakukan tindakan (*action*) kepatuhan atau ketidakpatuhan terhadap pengobatan.

Sebelum seseorang (pasien HD) mengadopsi perilaku baru, dalam diri orang tersebut akan melalui proses: *awareness* (kesadaran), *interest* (tertarik), *evaluation* (menimbang), *trial* (mencoba) dan *adoption* (perilaku baru) sehingga akan terbentuk perilaku kepatuhan terapi dan diet yang akan meningkatkan efektifitas penyembuhan penyakit kusta.

Apabila kepatuhan diet tercapai maka akan membawa dampak yang positif terhadap kesehatan pasien. Kecukupan gizi atau asupan makanan yang terpenuhi akan mempertahankan status gizi, mencegah defisiensi gizi, terjaganya keseimbangan elektrolit, dan akhirnya meningkatkan kualitas hidup. Penderita dialisis yang tidak patuh meningkatkan risiko terjadinya malnutrisi dan mempunyai angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi, peningkatan sisa metabolisme, frekuensi HD meningkat, dan resiko komplikasi dengan demikian membutuhkan perhatian, edukasi dan bimbingan secara periodik-berkesinambungan dari dokter, perawat serta ahli gizi yang merawat.

3.2 Hipotesis

H1

1. Ada hubungan pengetahuan pasien dengan kepatuhan diet pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.
2. Ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet diet pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara memecahkan masalah menurut metode keilmuan (Nursalam, 2003). Pada bab ini akan disajikan: (1) Desain penelitian, (2) kerangka kerja, (3) populasi, sampel dan sampling (4) Identifikasi variable, (5) defisini Operasional, (6) Pengumpulan dan pengolahan data, (7) masalah etika dan (8) keterbatasan

4.1 Desain penelitian

Rancangan atau desain penelitian sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil (Nursalam, 2003).

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif – analitik yang menggambarkan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis dan menjelaskan faktor apa saja yang mempengaruhi kepatuhan tersebut. Pendekatan dalam penelitian menggunakan studi *Cross sectional* dimana peneliti melakukan pengukuran data variabel hanya satu kali pada satu saat.

4.2 Populasi, sampel dan sampling

4.2.1 Populasi

Populasi adalah subyek (misalnya manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien penyakit ginjal kronik yang sedang menjalani terapi hemodialisis di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya sebanyak 70 pasien.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan sampling tertentu untuk bisa memenuhi atau mewakili populasi (Nursalam dan Pariani, 2001). Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya dengan kriteria sampel sebanyak 20 responden. Kriteria sampel dalam penelitian ini terbagi menjadi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Pasien yang bersedia menjadi responden dan mendatangi lembar *Informed Consent*
2. Pasien dengan jadwal hemodialisis 1X/minggu.
3. Pasien dengan penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis yang berumur ≥ 20 tahun.
4. Pasien tidak menderita sakit lain atau komplikasi seperti stroke atau gangguan neurologis lain.

Sedangkan untuk kriteria eksklusi adalah sebagai berikut:

1. Pasien yang mengundurkan diri untuk menjadi responden
2. Pasien meninggal dunia.

4.2.3 Sampling

Teknik sampling merupakan cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel yang benar sesuai dengan keseluruhan obyek penelitian (Nursalam, 2003). Teknik sampling yang digunakan adalah "*Non Probability Sampling*" yakni "*Purposive Sampling*" adalah suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara

populasi sesuai yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2003).

4.3 Identifikasi variabel

Identifikasi variabel merupakan bagian penelitian dengan cara menentukan variabel-variabel yang ada dalam penelitian, seperti: variabel independen dan variabel dependen (Hidayat, 2007).

1. Variabel Independen

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel independen pada penelitian ini adalah pengetahuan pasien dan dukungan keluarga.

2. Variabel Dependen

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditemukan oleh variabel lain (Nursalam, 2003). Variabel dependen pada penelitian ini adalah kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.

	<p>dan materi/sarana yang diperlukan sehubungan dengan kepatuhan diet.</p>	<p>4. Kedekatan emosional 5. Rasa saling memiliki dan kesamaan nasib 6. Saling membantu satu sama lain.</p>			<p>pernyataan yang mengindikasikan tidak adanya dukungan sosial keluarga selalu= 0, sering=1 kadang-kadang =2, tidak pernah= 3 penilaian akhir dengan menjumlahkan seluruh item pertanyaan dikalikan dengan skor tertinggi (12x4= 48). Kemudian diklasifikasikan: 1. baik = >75% 2. cukup = 60-75% 3. kurang = < 60% (Arikunto, 2006)</p>
--	--	---	--	--	--

4.5 Pengumpulan dan pengolahan data

4.6.1 Instrumen penelitian

Pada penelitian ini, instrumen penelitian yang digunakan untuk mengukur kepatuhan diet menggunakan kuesioner berisi pertanyaan negatif dan positif dengan jawaban tertutup, “selalu”, “sering”, “kadang-kadang”, dan “tidak pernah”.

Pengetahuan pasien diukur menggunakan kuesioner yang berisi pertanyaan tertutup dan disediakan pilihan jawaban “ benar” dan “salah” .

Untuk mengukur dukungan keluarga juga menggunakan kuesioner, kuesioner dukungan keluarga yang digunakan dalam penelitian ini berupa *check list* dengan *closed ended question* didasarkan pada *social provision scale* oleh Cutrona& Russel (1987) dengan mengacu pada *six provision* oleh Weiss (1974), yang telah dimodifikasi oleh peneliti dengan 4 pilihan jawaban selalu, sering, kadang-kadang dan tidak pernah. *Six provision* yang dimaksud meliputi saran dan informasi (*guidance*), keyakinan bahwa keluarga dapat memajemen stress yang dirasakan seseorang (*reliable alliance*), penghargaan atas kompetensi seseorang (*reassurance of worth*), kedekatan emosional (*attachment*), rasa saling memiliki dan kesamaan nasib (*social integration*). Jumlah pertanyaan ada 12 pertanyaan dengan distribusi 6 pertanyaan mengindikasikan adanya dukungan keluarga (1,3,5,7,9,11) dan 6 pertanyaan mengindikasikan tidak adanya dukungan keluarga (2,4,6,8,10,12).

4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian dilakukan di instalasi hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya, waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Januari 2010.

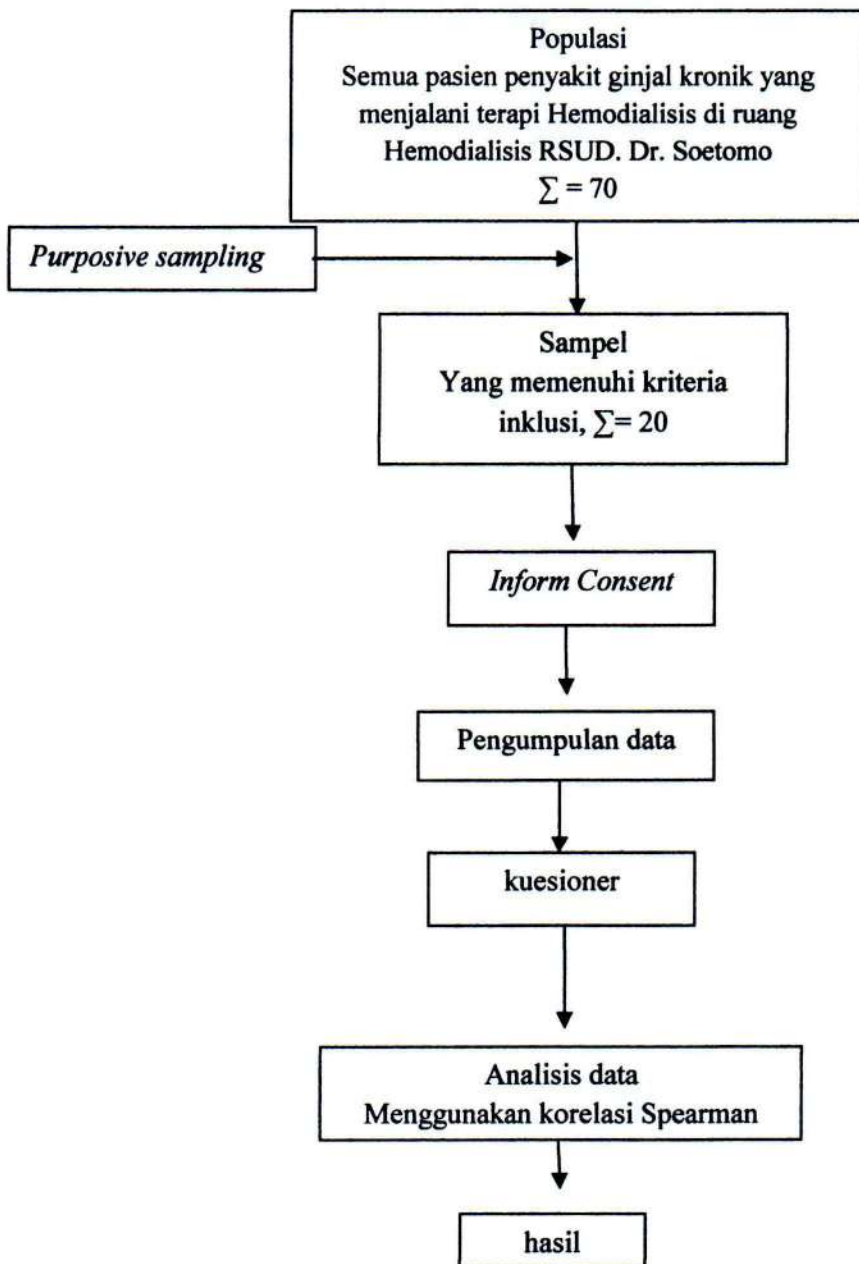
4.6.3 Prosedur pengambilan dan pengumpulan data.

Prosedur pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Memohon rekomendasi dari fakultas keperawatan Universitas Airlangga kemudian mengajukan permohonan ijin kepada direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Selanjutnya juga mengajukan permohonan ijin ke kepala ruangan Instalasi Hemodialisis.
2. Menyeleksi calon responden dengan berpedoman pada kriteria inklusi.
3. Peneliti meminta persetujuan dari responden penelitian dengan memberikan *informed consent* dan meminta tanda tangan untuk bersedia diteliti.
4. Peneliti memeberikan kuesioner data umum, pengetahuan, dukungan keluarga dan kepatuhan diet kepada pasien, setelah prosedur dialisis selesai dilaksanakan.

1.6.4 Kerangka kerja

Kerangka kerja merupakan pentahapan dalam suatu penelitian. Dalam kerangka kerja disajikan alur penelitian terutama variabel yang akan digunakan dalam penelitian (Nursalam, 2008). Kerangka kerja penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 4.1: Kerangka kerja penelitian analisis faktor yang mempengaruhi status gizi pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis

4.6 Analisis data

Analisis data dilakukan secara manual dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

1. Kepatuhan diet

Terdapat 10 soal untuk setiap variabel kepatuhan diet, setiap soal disediakan 4 pilihan jawaban, semua pertanyaan adalah negatif, dengan skor tidak pernah nilai 1, kadang-kadang nilai 2, sering nilai 3, selalu nilai 4. Kemudian dipersentasikan untuk mengetahui tingkat kepatuhan.

$$\frac{\text{total nilai yang diperoleh}}{\text{jumlah item X skor maksimal}} 100\%$$

Keterangan:

Patuh : bila nilai 56-100%

Tidak patuh : bila nilai $\leq 55\%$

(Arikunto, 2006).

2. Dukungan keluarga

Mengukur dukungan sosial keluarga yang diterima oleh responden dengan menggunakan 12 pernyataan. Pernyataan tersebut terdiri dari pernyataan yang mengindikasikan adanya dukungan keluarga: Selalu= 4, sering= 3 Kadang-kadang= 2, Tidak pernah = 1. Pernyataan yang mengindikasikan tidak adanya dukungan keluarga:

selalu = 1, sering= 2, kadang-kadang = 3 dan tidak pernah= 4, yang kemudian dikonversikan dalam persen menggunakan rumus:

$$\frac{\text{total nilai yang diperoleh}}{\text{jumlah item X jumlah skor tertinggi}} \times 100\%$$

Dikategorikan dalam:

Baik : >75%

Cukup : 60-75%

Kurang : < 60%

3. Pengetahuan

Aspek pengetahuan di nilai dengan menggunakan rumus (Azwar, 2003):

Peneliti melakukan penilaian yang terdiri dari pernyataan dengan memberikan nilai pada masing-masing pernyataan dengan skor benar = 1 dan salah = 0.

$$P = f/N \times 100\%$$

Keterangan : P = Prosentase

f = Jumlah jawaban yang benar

N= Jumlah pertanyaan.

Setelah prosentase diketahui hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria:

- a) Bila >75 % pertanyaan dijawab benar oleh responden termasuk kategori sangat baik
- b) Bila 60 – 75% pertanyaan dijawab benar oleh responden termasuk kategori baik.
- c) Bila <60 % pertanyaan dijawab benar oleh responden termasuk kategori kurang baik.

(Arikunto, 2006)

Langkah selanjutnya dengan melakukan analisa data yang dimulai dengan tabulasi yang selanjutnya dianalisa data dengan menggunakan teknik statistik *Spearman Rho* dengan taraf signifikansi $\alpha = 0,05$ bila hasil perhitungan $\rho \leq 0,05$ H1 diterima berarti ada hubungan yang bermakna antara dua variabel yang diukur, yaitu hubungan faktor pengetahuan dan dukungan keluarga terhadap kepatuhan diet. Sedangkan apabila $\rho >$

0,05 maka H_0 berarti tidak ada hubungan antara faktor-faktor tersebut dengan kepatuhan diet pasien gagal ginjal kronis. Sedangkan untuk menentukan kekuatan hubungan kedua variabel dapat dilihat dari koefisien korelasi (r)nya.

Tabel 4.2 interpretasi nilai r

Besarnya Nilai R	Interpretasi
0.800-1.000	Sangat kuat
0.600-1.000	Kuat
0.400-0.600	Sedang
0.200-0.400	Rendah
0.000-0.200	Sangat rendah

Sumber: Arikunto,2006

4.8 Etika penelitian

4.8.1 Lembar persetujuan Penelitian (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan diberikan kepada responden, tujuannya adalah subjek mengetahui dari tujuan penelitian serta dampak yang diteliti selama mengumpulkan data. Jika responden bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar penelitian, jika menolak maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

4.8.2 Tanpa Nama (*Anonimity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar observasi yang diisi oleh responden, lembar tersebut hanya diberi nomor kode tertentu.

4.8.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi dijamin oleh peneliti hanya tertentu saja yang dicantumkan sebagai hasil riset.

4.9 Keterbatasan

1. Keterbatasan pada desain yang digunakan pada penelitian ini dapat terjadi karena desain penelitian ini adalah *cross sectional* sehingga tidak dapat meneliti

sebab akibat dan penelitian tidak mengikuti perkembangan subjek dalam waktu yang lama.

2. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini belum diuji validitas dan reliabilitasnya, sehingga hasil belum mencapai maksimal.
3. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner yang memungkinkan responden menjawab pertanyaan dengan tidak jujur atau tidak mengerti maksud pertanyaan sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif.
4. Jumlah sampel yang diteliti sesuai dengan kriteria inklusi terbatas sehingga penelitian kurang representatif dan akurat.
5. Kemampuan peneliti masih kurang sehingga dalam menjabarkan kedalaman isi penelitian kurang sempurna.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini disajikan hasil penelitian yang telah dilakukan di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 14 Februari 2010. Data yang diperoleh berupa gambaran umum lokasi penelitian, data umum responden meliputi jenis kelamin, pendidikan, usia, pekerjaan, lama terapi, jenis diet). Data khusus yang diukur meliputi: tingkat kepatuhan diet, pengetahuan dan dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik di Instalasi Hemodialisis.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran lokasi penelitian

Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya merupakan bagian dari SMF penyakit dalam RSUD Dr. Soetomo memiliki 24 mesin hemodialisis dan 1 mesin hemodialisis yang ditempatkan di ROI IRD untuk pasien yang memerlukan hemodialisis sementara pasien memakai respirator. Sedangkan 2 mesin yang lain digunakan untuk mengevaluasi alat sebelum digunakan untuk Hemodialisis.

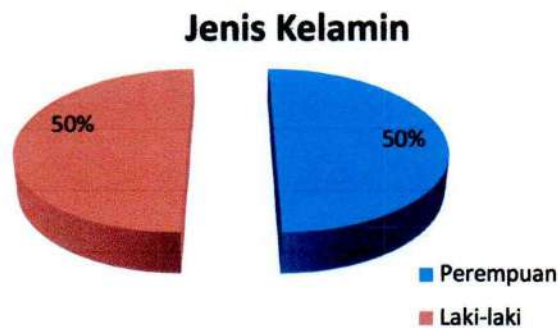
Fasilitas yang tersedia untuk memberikan pelayanan HD kepada pasien meliputi hemodialisis rutin kepada seluruh pasien baik umum, Askes maupun Jamkesmas. Instalasi Hemodialisis didukung oleh 9 dokter spesialis termasuk kepala instalasi hemodialisis, 17 perawat lulusan D3, 4 perawat lulusan S1, dan 1 perawat lulusan SPK yang terbagi dalam 3 shift. Shift pagi mengerjakan 24 tindakan, siang 24 tindakan dan shift sore 24 tindakan. Dalam satu hari dapat dilakukan rata-rata sebanyak 70 tindakan hemodialisis yang setiap harinya selalu penuh dan masih banyak pasien yang mengantri untuk mendapat tempat. Adapun kegiatan yang dilakukan di

Instalasi selain tindakan hemodialisis juga dipakai sebagai lahan praktik PPDS Penyakit Dalam, pelatihan dokter mahir hemodialisis, dan perawat mahir hemodialisis.

5.1.2 Data Umum

Responden yang memenuhi syarat sebagai sampel penelitian sebanyak 20 responden. Karakteristik responden penelitian yang diperoleh pada saat pengumpulan data meliputi:

1. Jenis kelamin



Gambar 5.1 Distribusi Responden Penelitian berdasarkan jenis kelamin di Instalasi Hemodialisis RSUD. Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 14 bulan Februari 2011

Data diatas menunjukkan bahwa separuh responden berjenis kelamin laki-laki (50%) dan separuhnya perempuan.

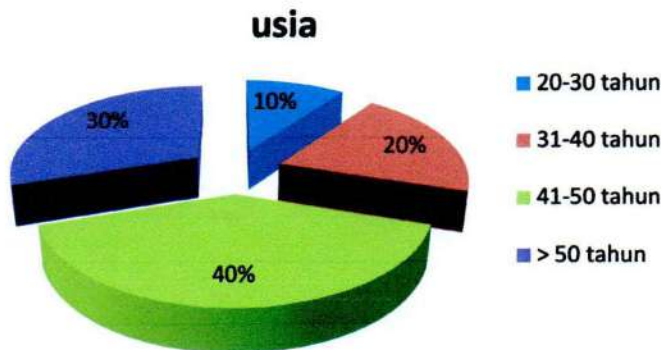
2. Jenis pendidikan



Gambar 5.2 Distribusi Responden Penelitian berdasarkan jenis pendidikan di Instalasi Hemodialisis RSUD. Dr. Soetomo Surabaya pada 14 Februari 2011.

Data diatas menunjukkan sebagian besar responden (55%) berpendidikan SMA dan sebagian kecil (10%) berpendidikan SD.

3. Usia



Gambar 5.3 Distribusi Responden Penelitian berdasarkan usia di Instalasi Hemodialisis RSUD. Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 14 Februari 2011.

Data diatas menunjukkan sebagian besar responden (40%) berusia 41-50 tahun dan sebagian kecil (10%) berusia 20-30 tahun.

4. Pekerjaan



Gambar 5.3 Distribusi Responden Penelitian berdasarkan pekerjaan di Instalasi Hemodialisis RSUD. Dr. Soetomo Surabaya pada 14 Februari 2011.

Data diatas menunjukkan hampir separuh responden (40%) tidak bekerja, dan ada sebagian kecil (25%) bekerja sebagai wiraswasta.

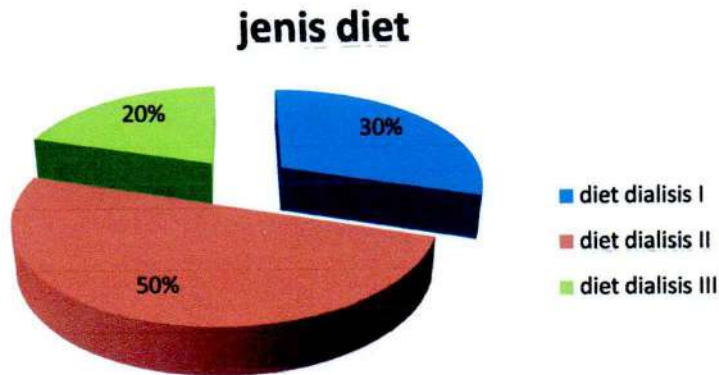
5. Lama terapi Hemodialisis



Gambar 5.5 Distribusi Responden Penelitian berdasarkan lama terapi di Instalasi Hemodialisis RSUD. Dr. Soetomo Surabaya pada 14 Februari 2011.

Gambar 5.5 menunjukkan bahwa lama terapi hemodialisis yang dilakukan oleh responden sebagian besar (45%) adalah >43 bulan dan sebagian kecil (10%) selama 16-29 bulan.

6. Jenis Diet



Gambar 5.6 Distribusi Responden Penelitian berdasarkan lama terapi di Instalasi Hemodialisis RSUD. Dr. Soetomo Surabaya pada 14 Februari 2011.

Gambar 5.6 menunjukkan bahwa sebagian besar (50%) responden mempunyai diet dialisis II dan sebagian kecil (20%) menjalani diet dialisis III

5.1.3 Data Khusus

1. Tingkat pengetahuan



Gambar 5.7 distribusi responden berdasarkan tingkat pengetahuan di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Seotomo Surabaya pada 14 Februari 2011.

Berdasarkan diagram 5.7 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden (45%) memiliki tingkat pengetahuan baik, namun masih ada responden yang memiliki tingkat pengetahuan cukup dan kurang masing-masing sebanyak 40% dan 15%.

2. Dukungan keluarga



Gambar 5.8 Distribusi responden menurut tingkat dukungan keluarga di Instalasi hemodialisis RSU Dr. Soetomo pada 14 Februari 2011.

Berdasarkan pada diagram 5.8 diatas menunjukkan bahwa hampir seluruh responden memilik dukungan keluarga yang baik (85%) tetapi masih ada sebagian kecil responden yang mempunyai dukungan kuluarga cukup (10%) dan 5% mempunyai dukungan keluarga kurang.

3. Tingkat kepatuhan diet



Gambar 5.9 Distribusi responden menurut tingkat kepatuhan di Instalasi Hemodialisis RSU Dr. Soetomo Surabaya pada 14 Februari 2011.

Diagram diatas menunjukkan bahwa sebagian besar (75%) responden mempunyai kategori patuh tetapi sebanyak 25% responden tidak patuh terhadap diet HD yang ditentukan.

4. Hubungan pengetahuan dengan kepatuhan diet

Tabel 5.1 Tabulasi silang hubungan pengetahuan dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik di Instalasi hemodialisis RSUD Dr. Soetomo

Pengetahuan	Kepatuhan Diet				total	
	patuh		Tidak patuh		Σ	%
	Σ	%	Σ	%		
Baik	9	45	0	0	9	45
Cukup	6	30	3	15	19	45
Kurang	1	5	1	5	1	5
Jumlah	16	80	4	25	20	100
Koefiseien korelasi (r)= 0,599						
Uji spearman`s rho (p) = 0,005						

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa hampir separuh responden mempunyai tingkat pengetahuan baik dan patuh terhadap diet yakni 45%. Namun ada responden yang mempunyai pengetahuan kurang tetapi patuh dalam diet sebanyak 5%..

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji statistik non parametrik, korelasi *spearman`s rho* dengan tingkat kemaknaan $\rho \leq 0,05$ didapatkan hasil korelasi (r) = 0,630 dengan nilai signifikansi (ρ) = 0,005. Hasil statistik tersebut menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Nilai r = 0,630 menunjukkan arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi sedang, artinya semakin pengetahuan maka tingkat kepatuhan diet juga semakin meningkat.

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji statistik non parametrik, korelasi *spearman`s rho* dengan tingkat kemaknaan $\rho \leq 0,05$ didapatkan hasil korelasi (r) = 0,630 dengan nilai signifikansi (p) = 0,005. Hasil statistik tersebut menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Seotomo Surabaya. Nilai $r = 0,630$ menunjukkan arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi sedang, artinya semakin pengetahuan maka tingkat kepatuhan diet juga semakin meningkat.

5. Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet

Tabel 5.2 Tabulasi silang hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik di Instalasi hemodialisis RSUD Dr. Soetomo

Dukungan keluarga	Kepatuhan Diet				Total	
	patuh		Tidak patuh			
	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Baik	14	70	2	10	16	80
Cukup	1	5	2	10	3	15
Kurang	0	0	1	5	1	5
Jumlah	15	75	5	25	20	100
Koefisien korelasi (r)= 0,630						
Uji spearman`s rho (p) = 0,003						

Dari tabel 5.2 dapat diketahui bahwa hampir seluruh responden patuh (70%) memperoleh dukungan keluarga yang baik, sebagian kecil (10%) pasien mendapat dukungan keluarga yang baik tapi tidak patuh. Selain itu terdapat 5% responden dengan dukungan keluarga yang rendah dan tidak patuh terhadap diet.

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji statistik non parametrik, korelasi *spearman`s rho* dengan tingkat kemaknaan $\rho \leq 0,05$ didapatkan hasil korelasi (r) = 0,630 dengan nilai signifikansi (p) = 0,003. Hasil statistik tersebut menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Seotomo Surabaya. Nilai r

=0,630 menunjukkan arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi kuat, artinya semakin pengetahuan maka tingkat kepatuhan diet juga semakin meningkat.

6. Faktor dominan yang berhubungan dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik

Tabel 5.3 faktor dominan yang berhubungan dengan kepatuhan diet pada pasien penyakit ginjal kronik di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya

<i>Spearman's Correlation Rho</i>	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet	
	Pengetahuan	Dukungan keluarga
Korelasi (r)	0,599	0,630
Sig. (p)	0,005	0,003
Rating	2	1

Tabel 5.3 menunjukkan gambaran faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik. Dari hasil uji statistik *Spearman Rank Correlation* didapatkan faktor dukungan keluarga mempunyai nilai tertinggi dibandingkan dengan faktor pengetahuan, yaitu nilai koefisien korelasi $r = 0,630$ menunjukkan arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi yang kuat sedangkan nilai $(p) = 0,003$ Hal ini menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet, hal ini berarti bahwa faktor dukungan keluarga merupakan faktor yang paling dominan yang memiliki hubungan dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik di Instalasi hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

5.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir seluruh pasien sudah taat dalam menjalankan diet tetapi masih ada 25 % yang belum mematuhi diet. Hal ini bisa disebabkan karena kurangnya pengetahuan pasien sendiri terhadap program terapi, kurangnya dukungan yang diberikan oleh keluarga selama menjalani perawatan, usia, pendidikan serta lamanya terapi Selain itu ketidakpatuhan berasal dari ciri-ciri individu itu sendiri walaupun pengetahuan baik dan dukungan dari orang

sekitar juga baik namun tetap tidak patuh dalam menjalani diet. Berbagai strategi untuk meningkatkan kepatuhan, seperti misalnya meningkatkan ketrampilan komunikasi petugas kesehatan, memberikan informasi yang jelas kepada pasien mengenai penyakit yang dideritanya serta cara pengobatannya, keterlibatan lingkungan sosial (keluarga) dan beberapa pendekatan perilaku.

Hasil penelitian dapat dilihat bahwa hampir separuh responden (45%) memiliki pengetahuan yang baik dan dalam kategori yang patuh terhadap diet. Selain itu, pengetahuan responden yang cukup tidak selalu menunjukkan tingkat kepatuhan diet yang rendah, sejumlah responden (45%) yang mempunyai pengetahuan yang cukup ada 30% responden yang patuh dan 15% tidak patuh. Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik.

Lawrence Green, yang dikutip Notoatmodjo (2003) yang menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku manusia salah satunya adalah pengetahuan yang merupakan *predisposing faktor*. Pengetahuan atau kognitif merupakan dominan penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran dan penciuman, rasa dan raba, sebagian besar pengetahuan manusia melalui indera mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal adalah karakteristik orang yang bersangkutan yakni tingkat pendidikan, tingkat emosi dan jenis kelamin. Sedangkan faktor eksternal adalah lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi dan politik (Notoatmodjo, 2003).

Dalam penelitian ini pengetahuan diartikan sebagai tingkat pemahaman pasien penyakit ginjal kronik tentang penyakit dan terapi yang dijalani. Sesuai dengan hasil penelitian yang telah dilakukan diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan yang baik dan memiliki kepatuhan dalam melaksanakan diet. Hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan diet tampak karena pengetahuan akan mempengaruhi pola pikir dan perilaku seseorang. Perbedaan pola pikir dan perilaku akan terlihat antara individu yang berpengetahuan tinggi, sedang maupun rendah. Dengan pengetahuan itu, seseorang akan lebih mudah menerima perilaku secara sadar daripada seseorang yang tidak mempunyai pengetahuan memadai mengenai hal tertentu. Seperti hasil yang nampak pada penelitian ini, semakin meningkatnya pengetahuan penderita tentang penyakit dan terapi akan meningkatkan juga kepatuhan dietnya.

Akan tetapi ada sebagian kecil responden (5%) mempunyai pengetahuan kurang tetapi patuh dalam diet. Hal ini bisa disebabkan responden merasa perlu mematuhi prosedur pengobatan seperti diet karena mereka ingin penyakitnya tidak bertambah parah, meskipun mereka tidak paham benar tentang penyakit yang dideritanya.

Tingkat pendidikan responden dapat mempengaruhi pengetahuan dari responden. Berdasarkan hasil penelitian 55% responden berpendidikan SMA dan ada 10% lulusan sarjana. Responden yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi lebih mudah memahami informasi tentang kesehatan yang telah diberikan, karena responden tersebut sudah menjalani terapi hemodialisis dalam waktu yang tidak singkat dan banyak menerima informasi sehingga lebih mudah memahami kesehatan sehingga bisa berpengaruh terhadap kehidupan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Hal ini sesuai dengan pendapat Koenjoroningrat (1991) yang dikutip

oleh Nursalam (2001) yang menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin mudah dalam menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki.

Menurut Genaro (2000), kepatuhan dalam mengikuti suatu terapi menunjukkan sebuah pemahaman tentang bagaimana obat digunakan. Jika kepatuhan dihubungkan dengan *health belief*, perilaku kepatuhan akan dapat dicapai apabila; 1) Pasien tahu bahwa dirinya sedang menderita penyakit yang telah didiagnosa sebelumnya, 2) Penyakit yang diderita dapat mengakibatkan konsekuensi yang buruk jika dihubungkan dengan fungsi kesehatan & kualitas hidupnya, 3) Terapi yang diberikan akan dapat memperbaiki kondisi kesehatannya untuk saat ini maupun masa yang akan datang, dan 4) Keuntungan terapi yang diberikan lebih banyak daripada kerugian yang diterima..

Berdasarkan jenis kelamin, responden yang paling banyak tidak patuh adalah wanita dari 10 orang 40% diantaranya tidak patuh sedangkan responden pria hanya 10% yang tidak patuh. Pria cenderung melakukan strategi yang berfokus pada masalah dan wanita cenderung melakukan strategi yang berfokus pada emosi dalam melakukan coping, untuk mengatasi masalah yang dirasakannya, maka pria cenderung mencari informasi yang banyak agar ia lebih dapat mengenali dan kemudian mencari jalan keluar dari masalah khususnya pada program pengobatan yang sedang dijalani. Sedangkan berdasarkan usia, ada 5 responden yang tidak patuh, 60% nya berusia 41-50 tahun. Seseorang yang berusia tersebut mempunyai persepsi bahwa masa hidup mereka tidak lama lagi jadi mereka ingin menikmati hidup salah satunya yaitu dengan mengkonsumsi makanan yang batasi selama diet selain itu bisa karena ada rasa putus asa dan bosan dalam menjalani program diet yang harus dilakukan selama HD seumur

hidup dapat dilihat juga bahwa 2 di antara 5 responden tersebut telah melakukan diet selama >55bulan.

Menurut hasil penelitian, diketahui bahwa hampir seluruh responden (70%) mendapatkan dukungan keluarga yang baik dengan kategori patuh dalam diet. Sedangkan hanya terdapat sebagian kecil (10%) mendapat dukungan keluarga yang baik tetapi tidak patuh. Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik.

Lawrence green (1980) mengemukakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan adalah dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya, terutama dukungan sosial dari keluarga terdekat. Hal ini di dukung oleh pendapat Notoatmodjo (2003) bahwa keluarga dan teman merupakan salah satu unsur pendukung dalam perilaku kepatuhan. Secara umum orang merasa bahwa menerima penghiburan, perhatian dan pertolongan yang mereka butuhkan dari seseorang biasanya cenderung lebih mudah mengikuti/mematuhi nasehat daripada pasien yang kurang mendapat dukungan sosial. Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan suatu tindakan mengenai program pengobatan yang dapat mereka terima. Keluarga juga memberikan dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota keluarga yang sakit (Niven, 2000).

Dukungan keluarga dalam penelitian ini definisikan sebagai keterlibatan keluarga selama responden menjalani pengobatan, berupa dukungan emosi, informasi dan materi/sarana yang diperlukan sehubungan dengan kepatuhan minum obat. Sebagian besar responden (70%) menyatakan bahwa keluarga memberikan dukungan

yang baik terhadap diet yang sedang dijalani oleh pasien. Hal ini ditunjukkan dari jawaban yang diberikan responden dalam kuesioner, diantaranya 17 responden menyatakan bahwa keluarga selalu menyarankan pasien agar patuh terhadap diet, dan 10 keluarga responden selalu menyediakan makanan sesuai diet.

Selain itu hanya terdapat sebagian kecil responden (5%) yang mendapat dukungan keluarga rendah dan dengan kategori tidak patuh terhadap diet. Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan desimintanor informasi tentang dunia, sebagai sebuah sumber pertolongan praktis dan konkret, dan sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan emosi. (Friedman ,1998). Jadi keluarga memainkan sebuah peran yang sangat penting dalam menentukan perilaku anggota keluarganya yang sakit, bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan. Apabila dukungan semacam ini tidak ada, maka tingkat kepatuhan akan turun dan keberhasilan program terapi pengobatan akan berkurang dan tidak tercapai.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Pada bab ini akan disampaikan hal sebagai kesimpulan dari hasil penelitian tentang analisis faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet pasien penyakit ginjal kronik di Instalasi Hemodialisis RSUD. Dr. Soetomo Surabaya. Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan didapatkan hasil sebagai berikut:

1. Sebagian besar responden mempunyai kategori patuh dalam diet tetapi masih ada responden yang tidak patuh terhadap diet.
2. Pengetahuan responden hampir seluruhnya baik yang baik namun masih ada kurang dan perlu ditingkatkan.
3. Dukungan keluarga responden hampir seluruhnya sudah baik tetapi masih ada sebagian kecil responden mendapat dukungan keluarga yang kurang.
4. Pengetahuan responden yang baik akan meningkatkan kepatuhan responden terhadap diet yang telah ditentukan.
5. Semakin baik dukungan keluarga yang diterima responden maka semakin meningkat pula kepatuhan responden dalam menjalani diet.

6.2 Saran

1. Keluarga diharapkan mempertahankan dan meningkatkan peran aktifnya dalam merawat, membimbing, memberi dukungan dan motivasi terhadap pasien terutama tentang diet yang sedang dilaksanakan, pengobatan secara

teratur, dan tetap berinteraksi/ sosialisasi dengan lingkungan sekitar sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup.

2. Perawat diharapkan meningkatkan tugasnya sebagai konselor dan edukator dalam upaya peningkatan pengetahuan dan kepatuhan diet pada pasien hemodialisis dan selalu menyertakan keluarga selama dalam perawatan
3. Peneliti selanjutnya diharapkan mampu melakukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor yang mempengaruhi kepatuhan diet dengan metode yang berbeda dan sampel yang lebih besar agar dapat didapatkan hasil yang lebih akurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, Sunitra, (2007). *Penuntun Diet Edisi Baru Instalasi Gizi Perjan RS DR. Cipto Mangunkusumo dan Asosiasi Dietisien Indonesia*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, hal 40-50
- Arikunto, S, (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik Edisi Revisi VI*. Jakarta: Rineka Cipta, Hal: 139-140, 234-240.
- Burner&Suddarth (2002). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta. EGC, hal. 115
- Cutrona, C.E and Russell, D, (1987). Social provosion scale. Online www.iprc.unc.edu. Diakses tanggal 20 November 2010.
- Darmawan, Syarid, (2009). *Anjuran Diet Untuk Pasien Dialisis*. Online sayangginjal.org. diakses tanggal 20 November 2010.
- Ethel Slonane. (2004). *Anatomi Dan Fisiologi Untuk Pemula*. Jakarta: EGC, hal. 318
- Friedman, Marilyn M, (1988). *Keperawatan keluarga: teori dan praktek*. Jakarta: EGC. Hal. 11.
- Genaro, A.R, (2000). *Remington (ed) the Science and practice of Pharmacy Edisi 20th edition*. USA: Lippincott Williams & Wilkins Co Walter Kluwers Company, hal. 1948-1949
- Gottlied, B.H, (1983). *Social support strategis (Guidelines for mental health practice)*. California: sage publications Inc. Online www.pdfchaser.com. Diakses 22 November 2010
- Guyton dan Hall. (1996). *Keperawatan Medikal Bedah Volume 3 Edisi IV*. Jakarta: EGC, hal 98
- Harnawataj. (2008). *Gagal Ginjal Kronik*. Online <http://id.wikipedia.org>. Diakses 20 November 2010.
- Hidayat, Alimul A, (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika, hal 70
- Kaplan. Sadock And Grebb. (1997). *Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara, hal. 30
- Kresnawan, Triyani. (2010). *Makanan Seimbang Untuk Penyakit Ginjal Kronik*. Online <http://www.ikcc.or.id>. Diakses 20 November 2010
- Lumenta, Nico, A, et all. (1992). *Penyakit Ginjal*. Penerbit Arcan, Jakarta, hal. 40
- Mardiana, Nunuk, (2008). *Nutrisi pada penderita Dialisis*. Online www.nerscomite.com. Diakses 20 November 2010

- Mckinley dan O'loughlin. (2006). *Human Anatomy*. Online highered.mcgraw-hill.com. diakses 20 November 2010.
- Muslich, Evi. (2008). Skripsi: analisis faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat penderita kusta di wilayah kerja puskesmas besuki Situbondo. Fakultas keperawatan UNAIR: tidak dipublikasikan.
- Niven, Neil. (2002). *Psikologi Kesehatan: Pengantar Untuk Perawat & Profesional Kesehatan Lain*. Jakarta: EG, Hal. 85, 192-199.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka cipta, Hal.114-165, 120, 205-207
- Nursalam & Pariani. (2001). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Surabaya: FK UNAIR, Hal. 41-44,64-66.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, Hal. 84-85, 93-97.
- Pranawa. (2000). *Adekuasi Hemodialisis Pada Penderita Hemodialisis Reguler: Konsep Dasar dan Panduan Klinis*. Divisi Nefrologi-Hipertensi. Lab. SMF Ilmu Penyakit Dalam FK Unair RSUD Dr.Soetomo. Surabaya
- Pratiwi, Wahyu Nur. (2009). Skripsi: hubungan dukungan sosial keluarga dan tipe kepribadian dengan kepatuhan minum obat penderita diabetes melitus tipe 2 (NIDDM). Fakultas Keperawatan UNAIR: tidak dipublikasikan.
- Rasjidi, Imam. (2005). *Panduan Pelayanan Medik Model Interdisiplin Penatalaksanaan*. Jakarta: EGC, Hal. 27
- Roesli, RM. (2007). *Hemodialisis di Indonesia*. Online www.anggun.wordpress.com. Diakses 20 November 2010
- Santoso, Djoko.(2008). *Jangan Sakit Ginjal di Indonesia*. Online www.antiloans.com. Diakses 20 November 2010
- Sarafino, E.P. (2000). *Health Psychology: Biopsychosocial Interaction*. Online www.wordpress.com. Diakses 22 November 2010
- Sidabutar, (1999). *Penanggulangan Gagal Ginjal Kronik dan Kemajuannya*. online www.medicastore.com. Diakses 20 November 2010
- Smet, bart. (1994). *Psikologi kesehatan*. Jakarta: PT. Grasindo, Hal. 243-248, 251-261.
- Sudoyo, Aru W. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam jilid II edisi IV*. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI, hal 40
- Sukandar. (2006). *Pedoman Dialisis*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

- Suyono, H Slamet. (2004). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II edisi ketiga*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI, hal 88
- Thomas, Alfred. (1996). *Hemodialysis and hemofiltration Primer in Kidney Diaseases*. San Diego: Academic Press. Online www.wordpress.com. Diakses 20 November 2010
- Tjokroprawiro, Askandar. (2007). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga RSUD dr. Soetomo Surabaya*. Airlangga University Press, hal 100.
- Weiss & lonnquist (1996). *The Sociology of health, healing and illness*. Online www.google.co.id diakses tanggal 20 Desember 2010
- YDGI, (2009). *Penyakit Ginjal Kronik, Epidemi Global Baru*. Online www.ydgi.org diakses 20 Desember 2010.

UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031 - 5913752, 5913754, 5913756 Fax. 031 - 5913257
 Website : <http://www.ners.unair.ac.id> ; E-mail : dekan_ners@unair.ac.id



Surabaya, 10 Januari 2011

Nomor : 008 /H3.1.12/PPd/2011
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
 Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.
 Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya
 di –
 Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Prima Sulthonul Hakim
 NIM : 130915213
 Judul Penelitian : Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Pasien Gagal Ginjal Kronik di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya
 Tempat : RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

 Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
 NIP : 196611212000032001

Tembusan:

1. Kepala Litbang RSUD Dr. Soetomo Surabaya
2. Kepala Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya

**PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM Dr. SOETOMO
(SMF PENYAKIT DALAM)**

Jl. Mayjend. Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Surabaya 60286
Telp. (031) 5501617, 5501759, 5501114; Fax. (031) 5018434, 5023865
S U R A B A Y A

NOTA DINAS

Kepada Yth. : Kepala Bidang LITBANG RSUD Dr. Soetomo
Dari : Ketua SMF Penyakit Dalam
Tanggal : 2 Pebruari 2011
Nomor : 056 /PD/301.8/II/2011
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin dan penunjukan pembimbing klinis
a.n.: Prima Sulthonul Hakim

Dengan hormat,

Menjawab surat Saudara tertanggal 18 Januari 2011 No.: 070/64/301.4.2/Litb/II/2011 perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini diberitahukan bahwa kami dapat mengijinkan Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, atas nama :

PRIMA SULTHONUL HAKIM
NIM : 130915213

Untuk melaksanakan penelitian di SMF Penyakit Dalam RSUD Dr. Soetomo dengan judul : 'Analisis Faktor yang berhubungan dengan kepatuhan Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya', maka yang kami tunjuk sebagai pembimbing klinis adalah : Widodo, dr, Sp.PD, guna memperoleh bantuan pengesahan form lembar isian Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Soetomo sebagai salah satu persyaratan telaahan kelayakan Etik Penelitian.

Demikian, harap maklum dan terima kasih atas perhatiannya.

Ketua SMF Penyakit Dalam



Poernomo Boedi Setiawan, dr, Sp.PD,K-GEH
NIP. 19540620 198012 1 003

Tembusan :
Kepada Yth.

Ka.Sub.Dept.-Divisi Nefrologi – Hipertensi Departemen-SMF Ilmu Penyakit Dalam
Widodo, dr, Sp.PD

Lampiran 3**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Assalamualaikum Wr. Wb.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Prima Sulthonul Hakim

NIM : 130915213

Adalah mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul :

“ Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Diet Pasien Penyakit Ginjal Kronik di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya”

Untuk maksud di atas, maka saya mohon dengan hormat kepada Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini :

- 1) Tujuan penelitian ini adalah mengetahui tingkat kepatuhan diet dan faktor yang mempengaruhi kepatuhan diet.
- 2) Kesiediaan untuk menandatangani *informed consent*.
- 3) Identitas akan dirahasiakan sepenuhnya oleh peneliti.
- 4) Kerahasiaan informasi yang diberikan dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

Atas perhatian dan Partisipasi Bapak/Ibu saya ucapkan terima kasih.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Surabaya, Februari 2011

Hormat saya,

Prima Sulthonul Hakim

Lampiran 4**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bersedia menjadi peserta / responden penelitian yang dilakukan oleh Prima Sulthonul Hakim mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul :

“ Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Diet Pasien Penyakit Ginjal Kronik Di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya”

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, ...Februari 2011

Yang menyetujui,

(.....)

Lampiran 5

**LEMBAR KUESIONER
PENGUMPULAN DATA UMUM**

No. Responden :

Tanggal :

Petunjuk berilah tanda silang “x” pada kotak yang anda anggap sesuai.

I. Data Demografi

1. Jenis Kelamin

- Laki-laki
 Perempuan

2. Usia

- 20-31 tahun
 31-40 tahun
 41-50 tahun
 > 50 tahun

3. Pendidikan terakhir

- Sarjana
 SMA
 SMP
 SD
 Tidak sekolah

4. Pekerjaan

- Tidak bekerja
 PNS
 wiraswasta

5. Lama terapi hemodialisis

- 4-16 bulan 30-42 bulan
 17-29 bulan >43 bulan.

6. Jenis diet

- Diet dialisis I
- Diet Dialisis II
- Diet Dialisis III
- Diet lain (Sebutkan) _____

Lampiran 6**Lembar Kuesioner****Pengetahuan****Petunjuk:**

berilah tanda silang “x” pada kolom yang tersedia yang anda anggap benar.

Kolom KODE tidak perlu diisi, akan diisi oleh peneliti

No	Pertanyaan	Benar	Salah	Kode
1.	Ginjal berfungsi untuk membersihkan darah dengan cara mengeluarkan cairan dan zat sisa tubuh melalui feses (tinja)			
2.	Gagal ginjal menahun adalah kerusakan ginjal yang terjadi selama lebih dari 3 bulan			
3.	Orang yang menderita diabetes militus atau kencing manis dapat beresiko menjadi gagal ginjal			
4.	Gagal ginjal kronik tidak bisa menyebabkan komplikasi atau gangguan organ tubuh lain			
5.	Gagal ginjal merupakan penyakit yang dapat ditularkan.			
6.	Pasien gagal ginjal kronik tidak perlu mengontrol tekanan darah, karena tekanan darah hanya berhubungan dengan jantung.			
7.	Gagal ginjal disebabkan karena minum yang kurang			
8.	Minum jamu atau minuman suplemen energi dapat menyebabkan terjadinya gagal ginjal.			
9.	Diabetes dan hipertensi merupakan penyebab utama gagal ginjal			
10.	Frekuensi atau keteraturan hemodialisis dapat berubah karena pola makan yang tidak			

	benar..			
11.	Terapi hemodialisis bisa menyebabkan zat-zat gizi dalam darah berkurang atau hilang.			
12.	Hemodialisis adalah Metode cuci darah, dimana darah dipompa keluar tubuh dan masuk ke dalam mesin dialisis untuk dibersihkan dan disaring.			
13.	Pasien yang menjalani hemodialisis dibolehkan untuk makan buah seperti pisang, tomat dan semangka sesukanya.			
14.	Penderita gagal ginjal harus minum air banyak.			
15.	Pasien yang sedang menjalani terapi hemodialisis perlu melakukan diet makanan yang dikonsumsi			
16.	Pasien gagal ginjal kronik tidak perlu membatasi konsumsi garam.			
17.	Pasien yang menjalani hemodialisis perlu mengkonsumsi vitamin dan mineral.			
18.	Diet pada hemodialisis hanya membantu mempertahankan kesehatan selama perawatan.			
skor				

LAMPIRAN 7

LEMBAR KUISIONER DUKUNGAN KELUARGA

No. Responden :

Petunjuk :

Berilah tanda cek (√) pada kolom yang tersedia.

Mohon diisi dengan jujur sesuai dengan keadaan saat ini.

Kolom KODE tidak perlu diisi, akan diisi oleh peneliti

No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Kadangkang	Tidak pernah	Kode
1	Keluarga tidak berusaha untuk mencari informasi tentang penyakit saya					
2	Keluarga menyarankan agar patuh terhadap diet					
3	Keluarga tidak dapat menjadi tempat bersandar saat stres					
4	Keluarga merupakan orang yang dapat saya percaya dalam berbagi, saat saya mengalami masalah					
5	Keluarga tidak pernah menganggap benar apa yang telah saya lakukan					
6	Keluarga menyediakan makanan sesuai dengan diet yang saya jalani.					
7	Keluarga dapat saya jadikan teman bicara mengenai keputusan yang saya ambil dalam hidup saya, termasuk pengobatan yang saya jalani					
8	Saya memiliki kedekatan emosional dengan keluarga yang ditunjukkan dengan adanya dorongan keluarga agar saya tetap semangat dalam menjalani pengobatan					
9	Keluarga saya tidak ada yang memiliki					

	penyakit seperti yang saya derita dan tidak ada yang peduli dengan yang saya rasakan					
10	Saya sadar bahwa di lingkungan saya ada juga orang yang memiliki penyakit yang sama dengan saya dan keluarga juga menyadarinya					
11	Tidak ada yang bisa saya mintai bantuan saat saya butuh bantuan dalam pengobatan yang sedang dijalani, termasuk keluarga saya.					
12	Keluarga merupakan orang-orang yang saya tahu dapat saya mintai bantuan saat saya membutuhkan bantuan, termasuk dalam mengantarkan berobat bila tidak sibuk.					
Skor						

Lampiran 8

**KUESIONER
KEPATUHAN DIET**

Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang sesuai.

1. Apakah anda mengkonsumsi makanan dengan porsi yang melebihi diet yang telah ditentukan untuk anda?

<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> sering
<input type="checkbox"/> Kadang-kadang	<input type="checkbox"/> Tidak pernah

2. Apakah anda mengkonsumsi telur lebih dari 3 butir dalam seminggu?

<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Sering
<input type="checkbox"/> Kadang-kadang	<input type="checkbox"/> Tidak pernah

3. Apakah anda mengkonsumsi tempe atau tahu lebih dari 2 potong dalam sehari?

<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Sering
<input type="checkbox"/> Kadang-kadang	<input type="checkbox"/> Tidak pernah

4. Apakah anda dalam sehari mengkonsumsi buah-buahan lebih dari 1 potong (minimal salah satu): anggur, jeruk, nangka, pisang, tomat dan kelapa muda?

<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Sering
<input type="checkbox"/> Kadang-kadang	<input type="checkbox"/> Tidak pernah

5. Apakah anda dalam sehari mengkonsumsi minuman ringan bersoda: coca cola, fanta, sprite lebih dari 1 gelas?

<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Sering
<input type="checkbox"/> Kadang-kadang	<input type="checkbox"/> Tidak pernah

6. Apakah anda dalam sehari mengkonsumsi sayuran berikut lebih dari 1 potong (minimal salah satu): sayuran dalam kaleng, asinan, acar, bayam, kangkung?

<input type="checkbox"/> Selalu	<input type="checkbox"/> Sering
<input type="checkbox"/> Kadang-kadang	<input type="checkbox"/> Tidak pernah

7. Apakah dalam sehari makanan yang anda konsumsi menggunakan garam dapur lebih dari setengah sendok teh (2gr)?
- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Selalu | <input type="checkbox"/> | Sering |
| <input type="checkbox"/> | Kadang-kadang | <input type="checkbox"/> | Tidak pernah |
8. Apakah anda tidak mengkonsumsi suplemen makanan seperti multivitamin?
- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Selalu | <input type="checkbox"/> | Sering |
| <input type="checkbox"/> | Kadang-kadang | <input type="checkbox"/> | Tidak pernah |
9. Apakah anda mengkonsumsi jamu?
- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Selalu | <input type="checkbox"/> | Sering |
| <input type="checkbox"/> | Kadang-kadang | <input type="checkbox"/> | Tidak pernah |
10. Apakah anda merokok?
- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Selalu | <input type="checkbox"/> | Sering |
| <input type="checkbox"/> | Kadang-kadang | <input type="checkbox"/> | Tidak pernah |

Tabulasi data
IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

No. Resp	data umum						variabel yang diukur					
	jenis kelamin	usia	pendidikan	pekerjaan	lama terapi	jenis diet	pengetahuan		dukungan keluarga		kepatuhan diet	
							skor	kode	skor	kode	skor	kode
1	1	3	1	3	1	1	15	1	40	1	35	1
2	2	3	1	2	3	2	14	1	42	1	36	1
3	1	3	2	3	2	3	10	2	38	1	36	1
4	2	1	2	1	1	1	12	2	28	3	22	2
5	1	2	2	1	1	2	13	2	36	1	27	1
6	2	2	2	1	2	1	13	2	40	1	31	1
7	1	4	2	2	4	3	14	1	42	1	28	1
8	2	3	1	2	4	2	14	1	40	1	28	1
9	1	3	4	3	4	2	11	2	36	1	23	1
10	2	4	2	2	4	2	15	1	38	1	28	1
11	2	3	2	1	1	3	10	3	39	1	22	2
12	1	4	1	2	4	2	15	1	44	1	32	1
13	2	2	2	3	1	2	13	2	38	1	27	1
14	2	3	4	1	4	1	10	2	38	1	22	2
15	1	3	2	2	4	3	12	2	40	2	22	2
16	2	4	1	2	2	2	13	2	30	2	22	2
17	2	2	1	1	3	2	14	1	39	1	24	1
18	1	1	2	1	4	1	15	1	40	1	30	1
19	1	4	1	2	4	1	15	1	45	1	36	1
20	1	4	2	1	2	2	13	2	34	2	25	1

keterangan:

jenis kelamin:

1 = laki-laki

2 = perempuan

pekerjaan

1 = tidak bekerja

2 = PNS

3 = wiraswasta

usia

1 = 20-30 tahun

2 = 31-40 tahun

3 = 41-50 tahun

4 = > 50 tahun

lama terapi hemodialisis

1 = 4-16 bulan

2 = 17-29 bulan

3 = 30-42 bulan

4 = >43 bulan

pendidikan terakhir

1 = sarjana

2 = SMA

3 = SMP

4 = SD

5 = tidak sekolah

jenis diet
1 = diet dialisis I
2 = diet dialisis II
3 = diet Dialisis III
4 = diet lain

kode untuk pengetahuan dan dukungan keluarga
1= baik (75-100%)
2 = cukup (60-75%)
3 = kurang < 60%

kode untuk kepatuhan
1= patuh (≥ 100%)
2= tidak patuh (<55%)

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Lampiran 10

Nonparametric Correlations

[DataSet0]

Correlations

			dukungan_keluar ga	kepatuhan
Spearman's rho	dukungan_keluarga	Correlation Coefficient	1.000	.630**
		Sig. (2-tailed)	.	.003
		N	20	20
	kepatuhan	Correlation Coefficient	.630**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.003	.
		N	20	20

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

			pengetahuan	kepatuhan
Spearman's rho	pengetahuan	Correlation Coefficient	1.000	.599**
		Sig. (2-tailed)	.	.005
		N	20	20
	kepatuhan	Correlation Coefficient	.599**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.005	.
		N	20	20

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).