

TESIS

**PENGEMBANGAN MODEL STRUKTURAL KEPATUHAN PEMBatasan
ASUPAN CAIRAN PADA KLIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK (PGK)
YANG MENJALANI PROGRAM HEMODIALISIS**



OLEH:

**NURUL HIDAYAH
131714153028**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
2019**

**PENGEMBANGAN MODEL STRUKTURAL KEPATUHAN PEMBatasan
ASUPAN CAIRAN PADA KLIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK (PGK)
YANG MENJALANI PROGRAM HEMODIALISIS**

TESIS

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
dalam Program Studi Magister Keperawatan Fakultas
Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh:

**NURUL HIDAYAH
NIM. 131714153038**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2019**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua Sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Nurul Hidayah

NIM : 131714153028

Tanda Tangan :



Tanggal : Agustus 2019

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

**PENGEMBANGAN MODEL STRUKTURAL KEPATUHAN PEMBatasan
ASUPAN CAIRAN PADA KLIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK (PGK)
YANG MENJALANI PROGRAM HEMODIALISIS**

Nurul Hidayah
NIM. 131714153028

**TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 06 AGUSTUS 2019**

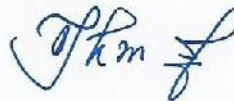
Oleh:

Pembimbing Ketua



Dr. Joni Haryanto, S.Kp, M.Si
NIP. 1963 0608 1991 031 002

Pembimbing Kedua



Yanis Kartini, SKM, M.Kep
NPP. 8903266

Mengetahui,

Koordinator Program Studi



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 19721217 200003 2 001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

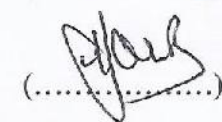
Tesis ini diajukan oleh:

Nama : NURUL HIDAYAH
NIM : 131714153028
Program Studi : Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Judul : Pengembangan Model Struktural Kepatuhan Pembatasan
Asupan Cairan Pada Klien Penyakit Ginjal Kronik (PGK)
Yang Menjalani Program Hemodialisis

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal 6 Agustus 2019

Panitia penguji,

1. Ketua Penguji : Prof. Dr. I Ketut Sudiana, Drs., M.Si
NIP. 1955 0705 1980 031 005
2. Anggota : Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si
NIP. 1963 0608 1991 031 002
3. Anggota : Yanis Kartini, SKM., M.Kep
NIP. 8903266
4. Anggota : Dr. Hari Basuki Notobroto, dr., M.Kes
NIP. 1965 0625 1992 031 002
5. Anggota : Laily Hidayati, S.Kep., Ns, M.Kep
NIP. 1983 0405 2014 022 002



Mengetahui,
Koordinator Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 19721217 200003 2 001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas terselesaikannya Tesis yang berjudul “Pengembangan Model Struktural Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan Pada Klien Penyakit Ginjal Kronik (PGK) Yang Menjalani Program Hemodialisis”. Penulisan Tesis ini sebagai syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Naskah Tesis ini dapat saya selesaikan berkat dukungan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini saya menyampaikan rasa terima kasih atas segala bantuan materi maupun non materi, dorongan dan do’a dalam menyelesaikan proposal ini. Rasa bangga, bahagia yang tak dapat terlukiskan lewat untaian kata, tak pernah lepas berucap syukur pada Allah SWT yang telah menghadirkan orang hebat dan berhati baik yang menjadi panutan, teladan bukan hanya dari kedalaman ilmunya, namun dari cara bersikap, bertingkah laku, bertutur kata dan cara memperlakukan mahasiswa didik:

1. Prof. Dr. Moh. Nasih, SE., MT., Ak., CMA., selaku Rektor Universitas Airlangga Surabaya beserta para Wakil Rektor Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk menempuh pendidikan Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
2. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs., (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga; Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan I; Eka

Misbahatul M. Has, S.Kep.Ns., M.Kep selaku Wakil Dekan II Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga; Dr. Ah Yusuf, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan III Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga beserta seluruh staf yang telah memberikan, fasilitas dan kelancaran dalam menempuh pendidikan Program Magister di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

3. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes., selaku Koordinator Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga yang telah bersedia memberi arahan, perhatian, kasih sayang, waktu luang, memberikan ilmu yang sangat bermanfaat dan memberikan fasilitas juga motivasi dalam menyelesaikan proses pendidikan.
4. Dr. Joni Haryanto, S.Kp, M.Si selaku pembimbing 1 yang senantiasa meluangkan waktu, memberi arahan, semangat, motivasi, memberi fasilitas dan inspirasi yang sangat luar biasa dalam mengerjakan hasil tesis ini.
5. Ibu Yanis Kartini, S.KM., M.Kep. selaku pembimbing 2 yang senantiasa memberi motivasi, bimbingan, penguatan dan inspirasi dalam mengerjakan Tesis ini.
6. Dewan Penguji Prof. Dr. I Ketut Sudiana, Drs., M.Si, Dr. Hari Basuki Notobroto, dr., M.Kes dan Ibu Laily Hidayati, S.Kep., Ns, M.Kep yang telah memberikan masukan, arahan dan banyak kemudahan dalam penyelesaian Tesis ini.
7. Sahabat hati sehidup sesurga InshaAllah Moh. Abdulloh Hafid, SE, tak ada kata lebih mulia yang bisa diucap karena tak cukup menggambarkan terimakasih penulis atas segala kesempatan, keridhoan, dukungan dan motivasi dalam

bentuk apapun yang telah diberikan dalam penyusunan Tesis ini, juga buah hatiku ananda Qahtan Ali Atharis yang selalu mengerti atas beberapa waktu kebersamaian yang sempat tertunda selama mengerjakan proses ini.

8. Ayah Asikan dan almarhumah Ibu Suliswatin, Ibu Anis dan Mak Yut yang telah mengasuh, mendidik, membesarkan dengan penuh cinta kasih. Serta saudaraku tercinta: Miftachul Hilmi, Agil Saputra AC dan RA Caesare Ghifari Yusuf yang senantiasa memberi semangat, dorongan dan do'a yang luar biasa untuk penulis selama menjalani proses pendidikan.
9. Segenap dosen dan staff STIKES PEMKAB Jombang khususnya Prodi Pendidikan Profesi Ners yang sudah banyak memberikan dukungan kepada peneliti.
10. Bapak Ibu staff pengajar dan karyawan Program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberi banyak ilmu dan pemahaman dalam meningkatkan pengetahuan di bidang keperawatan.
11. Saudara-saudara Magister Keperawatan Universitas Airlangga Angkatan 2017 yang telah memberikan dukungan dan kebersamaan untuk selalu bersemangat menyelesaikan Tesis.

Besar harapan saya semoga hasil penelitian ini bermanfaat khususnya bagi ilmu pengetahuan Keperawatan dan pengembangannya. Semoga Allah Tuhan Yang Maha Esa membalas segala semua kebaikan yang telah memberikan kesempatan, dukungan, dan bantuan dalam menyelesaikan proses penyelesaian Tesis ini.

Surabaya, Agustus 2019

Peneliti

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nurul Hidayah
NIM : 131714153028
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Medikal Bedah
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Pengembangan Model Struktural Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan Pada Klien Penyakit Ginjal Kronik (PGK) yang menjalani Program Hemodialisis” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alih media/ format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada tanggal : Agustus 2019

Yang menyatakan



(Nurul Hidayah)
NIM. 131714153025

RINGKASAN

**PENGEMBANGAN MODEL STRUKTURAL KEPATUHAN PEMBATASAN
ASUPAN CAIRAN PADA KLIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK (PGK)
YANG MENJALANI PROGRAM HEMODIALISIS**

Oleh: Nurul Hidayah

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) menjadi masalah kesehatan utama seluruh dunia mengakibatkan angka morbiditas dan mortalitas tinggi serta beban sosial dan finansial yang signifikan (Melegy, 2016). Pembatasan asupan cairan masih menjadi masalah utama pada perawatan klien PGK yang menjalani program hemodialisis (Howren, *et al.*, 2016). Klien baru yang menjalani program hemodialisis di Kabupaten Jombang setiap bulannya pada tahun 2013 memiliki rata-rata 12-18 klien (Pujiani & Masruroh, 2017) dengan pertumbuhan sebesar 0.016%, ini merupakan persentase yang tinggi dibandingkan dengan pertumbuhan jumlah klien yang menjalani program hemodialisis di Jawa Timur yaitu 0,012% (Indonesian Renal Registry, 2015). Hasil studi pendahuluan di RSUD Kabupaten Jombang terdapat masalah kelebihan cairan yang dialami klien hemodialisis sebesar 58%. Menurut penelitian yang menganalisis tema kepatuhan klien hemodialisis terhadap pembatasan cairan sebelumnya, klien berhasil patuh dengan adanya dukungan dari keluarga, ahli (perawat dan dokter), dan motivasi dari pengalaman bersama klien HD (Stevenson, Tong, Gutman, *et al.*, 2018). Dukungan sosial dalam hal ini dukungan keluarga dan petugas kesehatan berpengaruh terhadap kepatuhan klien dalam pembatasan asupan cairan (Victoria, Evangelos, & Sofia, 2015), sehingga teori *Goal Attainment*, King (1971) yang menganalisis tentang interaksi klien dan lingkungan interpersonalnya (perawat dan keluarga) dan teori *Family Centered Nursing*, Friedman (2010) yang mengidentifikasi faktor klien dan keluarga digunakan sebagai dasar teori untuk mengidentifikasi faktor kepatuhan pembatasan asupan cairan klien PGK. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengembangkan model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien penyakit ginjal kronik (PGK) yang menjalani program hemodialisis di RSUD Kabupaten Jombang.

Penelitian ini menggunakan desain *obsevasional study* dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi yaitu klien hemodialisis dan keluarga di Unit HD RSUD Kabupaten Jombang. Sampel 110 orang klien dan keluarga pada bulan Juni 2019. Teknik sampling menggunakan *Simple Random Sampling*. Variabel independen dalam penelitian ini adalah 1) variabel faktor keluarga, terdiri dari: pengetahuan; pendapatan; lingkungan; struktur; fungsi dan tugas kesehatan; stres dan strategi koping keluarga. 2) variabel faktor klien, terdiri dari: respon mental; Status fisik (IDWG); dukungan emosional dan sosial; dan respon spiritual klien. 3) variabel perawat (peran perawat sebagai edukator). Variabel dependen adalah kepatuhan pembatasan asupan cairan. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner dan dianalisis menggunakan PLS (*Partial Least Square*).

Hasil penelitian pada responden keluarga menunjukkan bahwa pada variabel pengetahuan hampir setengahnya pengetahuan keluarga kurang (48,2%), setengahnya penghasilan keluarga <UMR (50,0%), lingkungan (aksesibilitas ke fasyankes) sebagian besar mudah ditempuh (71,8%), sebagian besar struktur keluarga adalah keluarga inti (59,1%), sebagian besar fungsi dan tugas keluarga kategori kurang (53,6%), hampir setengahnya mengalami stres keluarga (46,4%), dan sebagian besar strategi koping keluarga kategori kurang (59,1). Pada responden klien menunjukkan bahwa variabel respon mental (kondisi stres klien) hampir setengahnya berada dalam kategori kurang, status fisik IDWG ringan (41,8%), dukungan emosional dan sosial yang dirasakan klien hampir setengahnya kurang (47,3%), respon spiritual hampir setengahnya kurang (44,5%). Pada faktor Perawat menunjukkan bahwa pada variabel peran perawat sebagai edukator hampir setengahnya berada pada kategori kurang (44,5%), serta pada variabel kepatuhan pembatasan cairan sebagian besar klien berada pada kategori kurang patuh (57,3%).

Evaluasi *outer model* dilihat dari uji validitas *convergen validity* semua indikator variabel valid karena memiliki *loading factor* lebih besar dari *cut off* (0,5), dilihat dari *discriminant validity* semua indikator memiliki nilai *cross loading* dalam suatu variabel yang bersesuaian lebih besar dari nilai korelasi indikator pada variabel lainnya, dilihat dari *Average Variance Extracted* (AVE) semua variabel nilainya diatas *cut off* (0,5), dan dilihat dari *composite reliability* semua variabel nilainya >0,7 dan *cronbach alpha* > 0.6 sehingga konstruk dinyatakan reliabel.

Evaluasi *inner model* untuk mengevaluasi *goodness of fit* yang meliputi koefisien determinasi (R^2) dan *predictive relevance* (Q^2). Nilai *R-square* Total bernilai 0.4259 atau 42.59% sehingga menunjukkan bahwa keragaman variabel kepatuhan pembatasan asupan cairan mampu dijelaskan oleh variabel independen. Nilai Q^2 lebih besar dari 0 (nol) sehingga menunjukkan bahwa model dikatakan sudah cukup baik.

Hasil pengujian hipotesis menggunakan SEM-PLS menunjukkan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan pembatasan cairan adalah faktor keluarga meliputi: pengetahuan, pendapatan, struktur, fungsi dan tugas, stres dan strategi koping keluarga.

Penerapan pengembangan model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan secara praktis dari faktor keluarga dapat dilakukan dengan meningkatkan pengetahuan keluarga yang dilakukan dengan edukasi terstruktur, pelaksanaan fungsi dan tugas keluarga secara tepat, manajemen stres keluarga, pengaktifan strategi koping keluarga dalam menghadapi stres karena merawat anggota keluarga yang sakit.

EXECUTIVE SUMMARY**DEVELOPMENT A STRUCTURAL MODEL OF ADHERENCE IN FLUID RESTRICTIONS ON CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) CLIENTS WITH HEMODIALYSIS PROGRAM****By: Nurul Hidayah**

Chronic Kidney Disease (CKD) is a major health problem throughout the world resulting in high morbidity and mortality and a significant social and financial burden (Melegy, 2016). Fluid restriction is still a major problem in the care of CKD clients undergoing hemodialysis programs (Howren, et al., 2016). Jombang Regency in 2013 had an average of 12-18 new clients who undergo hemodialysis every month (Pujiani & Masruroh, 2017) with growth of 0.016%, this is a high percentage compared to the growth in the number of clients undergoing hemodialysis programs in East Java, namely 0.012% (Indonesian Renal Registry, 2015). The results of the preliminary study at Jombang District Hospital have a problem with excess fluid experienced by hemodialysis clients by 58%. The efforts carried out are still limited to nurses' education with leaflet media which is considered not optimal. According to a study analyzing the theme of hemodialysis clients' adherence to previous fluid restrictions, clients succeed in complying with the support of families, experts (nurses and doctors), and motivation from experience with HD clients (Stevenson, Tong, Gutman, et al., 2018). Social support, in this case, family support and health workers influence client compliance in limiting fluid intake (Victoria, Evangelos, & Sofia, 2015), so the theory of Goal Attainment, King (1971) analyzes client interactions and interpersonal environments (nurses and families) and the theory of Family-Centered Nursing, Friedman (2010) who identified client and family factors were used as the basis of the theory to identify compliance factors limiting CKD client fluid intake. The purpose of this study was to develop a model of fluid intake restriction in clients of chronic kidney disease (CKD) undergoing hemodialysis programs in Jombang District Hospital.

This study used an observational design study with a cross-sectional approach. The population was hemodialysis clients and their families in the hemodialysis unit of Jombang District Hospital. Sample were hemodialysis clients and their families as many as 110 people in June 2019. The sampling technique used Simple Random Sampling. The independent variables in this study were 1) family factor variables, consisting of knowledge; income; environment; structure; health functions and tasks; stress and family coping strategies. 2) client factor variables, consisting of mental response; Physical status (IDWG); emotional and social support; and client's spiritual response. 3) nurse variables (the role of nurses as educators). The dependent variable was fluid intake restriction compliance. Data was collected using a questionnaire and analyzed using PLS (Partial Least Square).

Knowledge variable almost part of the family's knowledge was lacking (48.2%), some family income <RMW (Regional Minimum Wage) (50.0%), the environment (accessibility to health facilities) was mostly easy to reach (71.8%),

most of the family structure is a nuclear family (59.1%), more than a part of family functions and tasks are in the poor category (53.6%), almost some experience family stress (46.4%), and more than part of family coping strategies second category (59,1). In the client respondents showed that mental response variables (client stress conditions) were partly in the less category, physical status was almost mild IDWG (41.8%), emotional and social support felt by the client was almost less (47.3%), the response almost half spiritual (44.5%). In the Nurse factor, the variable role of the nurse as an educator is almost partly in the less category (44.5%), and in the variable of fluid restriction compliance more than half of the clients are in the less adherent category (57.3%).

Evaluation of the outer model was seen from the convergence validity test of the validity of all valid variable indicators because it has a greater factor loading than cut off (0.5), judging from discriminant validity all indicators have a cross-loading value in a corresponding variable greater than the indicator correlation value on Other variables, seen from Average Variance Extracted (AVE), all variables are values above cut off (0.5), and seen from composite reliability, all variables are > 0.7 and Cronbach alpha > 0.6 so that the construct is declared reliable. Evaluate the inner model to evaluate the goodness of fit which includes the coefficient of determination (R^2) and predictive relevance (Q^2). The total R-square value is 0.4259 or 42.59% so that the diversity of stunting prevention behavior variables can be explained by the independent variable. The Q^2 value is greater than 0 (zero) so that the model is said to be good enough.

Structural Equation Modelling (SEM)-PLS showed that the factors that influence the compliance of fluid restrictions were from family factors included knowledge, income, structure, functions and tasks, stress and family coping strategies.

The implementation of the development of a model of compliance with restrictions on practical fluid intake from family factors can be done by increasing family knowledge carried out by structured education, implementing family functions and tasks appropriately, managing family stress, activating family coping strategies in dealing with stress due to caring for sick family members.

ABSTRAK

PENGEMBANGAN MODEL STRUKTURAL KEPATUHAN PEMBatasan ASUPAN CAIRAN PADA KLIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK (PGK) YANG MENJALANI PROGRAM HEMODIALISIS

Oleh: Nurul Hidayah

Pendahuluan: Penyakit Ginjal Kronik (PGK) menjadi masalah kesehatan utama seluruh dunia mengakibatkan angka morbiditas dan mortalitas tinggi serta beban sosial dan finansial yang signifikan. Pembatasan asupan cairan masih menjadi masalah utama pada perawatan klien PGK yang menjalani program hemodialisis. Masalah kelebihan cairan di RSUD Kabupaten masih ditemukan sebesar 58%. Tujuan penelitian ini adalah mengembangkan model struktural kepatuhan pembatasan cairan klien PGK dengan hemodialisis. **Metode:** Jenis penelitian *observasional study* dengan desain *cross-sectional*. Sampel 110 klien hemodialisis dan keluarga pada Juni 2019 di unit hemodialisa RSUD Kabupaten Jombang. Variabel independen adalah variabel faktor keluarga: pengetahuan; penghasilan; lingkungan; struktur; fungsi dan tugas kesehatan; stres dan strategi coping., variabel faktor klien: respon mental; status fisik (IDWG); dukungan emosional dan sosial; respon spiritual, variabel perawat: peran perawat (edukator). Variabel dependen adalah kepatuhan pembatasan cairan. Pengumpulan data secara wawancara menggunakan kuesioner. Analisis data menggunakan SEM PLS. **Hasil:** Variabel Faktor keluarga berpengaruh secara signifikan (9.4301), variabel faktor klien tidak berpengaruh secara signifikan (0.2384), dan variabel peran perawat tidak berpengaruh secara signifikan (1.0007) terhadap kepatuhan pembatasan cairan. **Diskusi dan kesimpulan:** Model struktural kepatuhan pembatasan cairan terdiri dari faktor keluarga (pengetahuan, pendapatan, struktur, fungsi dan tugas, stres dan strategi coping keluarga), menunjukkan pengaruh positif terhadap kepatuhan pembatasan asupan cairan.

Kata kunci: kepatuhan, cairan, CKD, hemodialisis, model, FCN

ABSTRACT**DEVELOPMENT A STRUCTURAL MODEL OF ADHERENCE IN FLUID RESTRICTIONS ON CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) CLIENTS WITH HEMODIALYSIS PROGRAM**

By: Nurul Hidayah

Introduction: Fluid restriction is a major problem for CKD clients with hemodialysis. restriction of fluid intake is still a major problem in the treatment of CKD clients undergoing hemodialysis programs. The problem of excess fluid in district hospitals is still found at 58%. The aim of this study was to develop a model of fluid restriction adherence to PGK client with hemodialysis. **Method:** This type of study was an observational study with a cross-sectional design. A sample of 110 hemodialysis and family clients in June 2019 in the hemodialysis unit at Jombang District Hospital. The independent variable was the family factor: knowledge; income; environment; structure; health functions and tasks; stress and coping strategies, client factor: mental response; physical status (IDWG); emotional and social support; spiritual response, nurse variable: the role of the nurse (educator). The dependent variable was fluid restriction adherence. Data collected by interviews using a questionnaire. Data analysis used PLS-SEM. Results: Variables of family factors significantly influence (t -statistic=9.4301), client variable factors have no significant effect (t -statistic=0.2384), and nurse role variables have a significant effect (t -statistic=1,0007) on fluid restriction adherence. **Discussion and conclusion:** The adherence of fluid restriction nursing model consists of family factors (knowledge, income, structure, function and task, stress, coping strategies of family), client (mental response, physical status, spiritual response), nurse (nurse/ educator role) shows positive influence on fluid intake restriction adherence.

Keywords: adherence, fluid, CKD, hemodialysis, model, FCN.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN TESIS	v
KATA PENGANTAR.....	vi
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR	ix
RINGKASAN	x
EXECUTIVE SUMMARY	xii
ABSTRAK	xiv
ABSTRACT	xv
DAFTAR ISI	xvi
DAFTAR TABEL	xx
DAFTAR GAMBAR.....	xxii
DAFTAR LAMPIRAN	xxiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xxiv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Kajian Masalah	6
1.3 Rumusan masalah	7
1.4 Tujuan	7
1.4.1 Tujuan umum	7
1.4.2 Tujuan khusus	7
1.5 Manfaat Penelitian	8
1.5.1 Manfaat Teoritis	8
1.5.2 Manfaat Praktis	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Definisi Model	9
2.2 Definisi Teori	9
2.3 Definisi Proporsi	10
2.4 Definisi Konsep	11
2.5 Konsep Penyakit Ginjal Kronik (PGK)	11
2.5.1 Pengertian PGK.....	11
2.5.2 Klasifikasi PGK.....	12
2.5.3 Etiologi PGK.....	12
2.5.4 Patofisiologi PGK	13
2.5.5 Gambaran klinis	14
2.5.6 Penatalaksanaan PGK	17
2.5.7 Komplikasi	19
2.6 Konsep Hemodialisis	20
2.6.1 Pengertian Hemodialisis.....	20
2.6.2 Tujuan Hemodialisis	21

2.6.3	Prinsip Hemodialisis	22
2.6.4	Pembatasan Cairan Klien Hemodialisis	23
2.7	Konsep Inter-Dialytic Weight Gain (IDWG).....	23
2.7.1	Pengertian IDWG	23
2.7.2	Klasifikasi.....	24
2.7.3	Tujuan dan Manfaat Pengukuran IDWG	24
2.7.4	Faktor yang Mempengaruhi IDWG	24
2.7.5	Pengukuran IDWG	28
2.8	Konsep Kepatuhan	28
2.9	Konsep Keluarga.....	30
2.9.1	Definisi Keluarga	30
2.9.2	Bentuk Keluarga.....	31
2.9.3	Tugas Kesehatan Keluarga.....	33
2.10	Konsep Teori <i>Goal Attainment</i> Imogene M. King.....	33
2.10.1	Sistem Personal (individual)	34
2.10.2	Sistem Interpersonal	36
2.10.3	Sistem Sosial	37
2.10.4	Konsep Interaksi Imogene M. King	39
2.10.5	Konsep Utama Asumsi King.....	42
2.11	Konsep <i>Family Centered Nursing</i>	45
2.11.1	Komponen teori <i>Family Centered Nursing</i>	49
2.12	Keaslian Penelitian.....	53
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN		61
3.1	Kerangka Konsep	61
3.2	Hipotesis Penelitian	63
BAB 4 METODE PENELITIAN		64
4.1	Desain Penelitian	64
4.2	Populasi, Sampel dan Teknik Sampling	64
4.2.1	Populasi	64
4.2.2	Sampel.....	65
4.2.3	Teknik Sampling	66
4.3	Definisi Operasional	67
4.4	Instrumen Penelitian	70
4.4.1	Cara Pengukuran Data.....	70
4.4.2	Pengujian Instrumen Penelitian.....	79
4.4.3	Prosedur Pengumpulan Data	81
4.5	Analisis Data	81
4.5.1	Analisis Deskriptif.....	81
4.5.2	Analisis Statistik.....	82
4.5.3	Pengujian hipotesis.....	84
4.6	Lokasi dan Waktu Penelitian	85
4.7	Kerangka Operasional.....	86
4.8	Etik Penelitian	86
4.8.1	<i>Respect for human</i>	87

4.8.2	<i>Beneficence dan Nonmaleficence</i>	87
4.8.3	<i>Otonomy dan freedom</i>	87
4.8.4	<i>Veracity dan fidelity</i>	88
4.8.5	<i>Confidentiality</i>	88
BAB 5 HASIL PENELITIAN		89
5.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	89
5.2	Karakteristik Responden	90
5.2.1	Karakteristik Responden Keluarga.....	90
5.2.2	Karakteristik Responden Klien	91
5.3	Faktor Keluarga	93
5.3.1	Pengetahuan dan Pendapatan Keluarga.....	93
5.3.2	Lingkungan Tempat Tinggal Keluarga	93
5.3.3	Struktur Keluarga	93
5.3.4	Fungsi dan Tugas Kesehatan Keluarga	94
5.3.5	Stres dan Strategi Koping Keluarga	94
5.4	Faktor Klien	95
5.4.1	Respon Mental.....	95
5.4.2	Status Fisik	95
5.4.3	Dukungan Emosional dan Sosial	95
5.4.4	Respon Spiritual	96
5.5	Faktor Perawat	96
5.6	Kepatuhan pembatasan asupan cairan	96
5.7	Tabulasi Silang Variabel penelitian	97
5.8	Pemodelan Kepatuhan Pembatasan Cairan (Y1) Berdasarkan Metode Partial Least Square	100
5.8.1	Evaluasi Model Pengukuran (<i>Outer Model</i>)	101
5.8.2	Evaluasi Model Struktural (<i>Inner Model</i>)	108
5.8.3	Pengujian Hipotesis Statistik pada Model Struktural.....	109
5.8.4	Analisis dan Interpretasi Model Struktural	113
5.8.5	Evaluasi Model Secara Keseluruhan (<i>Goodness of Fit Index</i>).....	114
BAB 6 PEMBAHASAN		116
6.1	Pengaruh Faktor keluarga (pengetahuan, pendapatan, lingkungan, struktur, fungsi dan tugas kesehatan, stres dan strategi koping) dengan kepatuhan pembatasan asupan cairan	116
6.1.1	Pengetahuan dan Pendapatan keluarga	116
6.1.2	Lingkungan (Aksesibilitas ke Fasilitas layanan kesehatan) dan Struktur keluarga	117
6.1.3	Fungsi dan tugas kesehatan keluarga	119
6.1.4	Stres keluarga	120
6.1.5	Strategi koping keluarga.....	120
6.2	Pengaruh Faktor klien: respon mental, status fisik, dukungan emosional dan sosial, dan respon spiritual) dengan kepatuhan pembatasan asupan cairan ..	121
6.2.1	Respon Mental klien.....	121
6.2.2	Status fisik klien	122

6.2.3 Dukungan emosional dan sosial yang dirasakan klien.....	123
6.2.4 Respon spiritual klien.....	124
6.3 Pengaruh Faktor perawat (peran perawat sebagai edukator) dengan kepatuhan pembatasan asupan cairan.....	125
6.4 Temuan Penelitian	127
6.5 Rekomendasi Penelitian.....	128
6.6 Keterbatasan Penelitian.....	129
BAB 7 PENUTUP.....	130
7.1 Kesimpulan	130
7.2 Saran	130
DAFTAR PUSTAKA	133

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1	Klasifikasi Penyakit Ginjal Kronik12
Tabel 2.2	Keaslian Penelitian54
Tabel 4.1	Variabel Penelitian pengembangan model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien PGK yang menjalani program hemodialisis67
Tabel 4.2	Definisi Operasional Penelitian pengembangan model struktural kepatuhan pembatasan cairan pada klien dengan PGK yang menjalani program hemodialisis.....67
Tabel 4.3	Matriks poin kuesioner respon mental klien72
Tabel 4.4	Matriks poin kuesioner dukungan emosional dan sosial klien72
Tabel 4.5	Matriks poin kuesioner respon spiritual klien73
Tabel 4.6	Matriks poin kuesioner peran perawat sebagai edukator74
Tabel 4.7	Matriks poin kuesioner kepatuhan pembatasan cairan.....75
Tabel 4.8	Matriks poin kuesioner pengetahuan keluarga tentang pembatasan cairan76
Tabel 4.9	Matriks poin kuesioner fungsi kesehatan keluarga77
Tabel 4.10	Matriks poin kuesioner stres keluarga.....78
Tabel 4.11	Matriks poin kuesioner strategi koping keluarga79
Tabel 4.12	Hasil Uji Validitas Instrumen Penelitian80
Tabel 4.13	Hasil Uji Reliabilitas Instrumen Penelitian80
Tabel 4.14	Jadwal Penelitian85
Tabel 5.1	Karakteristik Klien di Unit Hemodialisis RSUD Kabupaten Jombang.....90
Tabel 5.2	Distribusi Karakteristik Responden Keluarga, Juni 201991
Tabel 5.3	Distribusi Karakteristik Responden Klien, Juni 201992
Tabel 5.4	Distribusi Pengetahuan dan Pendapatan Keluarga, Juni 201993
Tabel 5.5	Distribusi Lingkungan Keluarga (Aksesibilitas dengan Fasyankes), Juni 201993
Tabel 5.6	Distribusi Struktur Keluarga, Juni 2019.....93
Tabel 5.7	Distribusi Fungsi dan Tugas Kesehatan Keluarga, Juni 2019.....94
Tabel 5.8	Distribusi Stres dan Strategi Koping Keluarga, Juni 2019.....94
Tabel 5.9	Distribusi Respon Mental Klien, Juni 201995
Tabel 5.10	Distribusi Status Fisik Klien, Juni 2019.....95
Tabel 5.11	Distribusi Dukungan Emosional dan Sosial Klien, Juni 2019.....95
Tabel 5.12	Distribusi Respon Spiritual Klien, Juni 201996
Tabel 5.13	Peran Perawat sebagai Edukator, Juni 2019.....96
Tabel 5.14	Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan, Juni 201997
Tabel 5.15	Tabulasi silang variabel penelitian97
Tabel 5.16	Parameter Validitas Konvergen.....101
Tabel 5.17	Hasil Uji Validitas Variabel Indikator dari Laten Endogen dengan Menggunakan <i>Factor loading</i>102
Tabel 5.18	Hasil Uji Validitas Variabel Indikator dari Laten Endogen dengan Menggunakan <i>Factor loading</i>103

Tabel 5.19	Hasil Uji Validitas Variabel Laten Endogen dan Eksogen Menggunakan <i>Average Variance Extracted</i>	104
Tabel 5.20	Parameter Validitas Diskriminan	105
Tabel 5.21	Hasil Uji Validitas dengan <i>Cross Loading</i>	106
Tabel 5.22	Parameter Reliabilitas.....	107
Tabel 5.23	Hasil Uji Validitas Composite Reliability dan Cronbach's Alpha	107
Tabel 5.24	Hasil <i>output R-Square</i>	108
Tabel 5.25	Hasil Output Path Coefficient	110

DAFTAR GAMBAR

		Halaman
Gambar 1.1	Kajian masalah penelitian pengembangan model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien PGK yang menjalani program hemodialisis.....	6
Gambar 2.1	Cara pengukuran <i>IDWG</i>	28
Gambar 2.2	<i>Dynamic interacting systems</i> (Alligood, 2014).....	34
Gambar 2.3	Proses interaksi manusia yang menjurus pada transaksi model transaksi (Alligood, 2014)	42
Gambar 2.4	Model Family Centered Nursing (Friedman, Bowden, & Jones, 2003).....	47
Gambar 3.1	Kerangka konseptual penelitian pengembangan model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien PGK yang menjalani program hemodialisis dengan pendekatan teori <i>Goal Attainment</i> dan <i>Family Centered Nursing</i>	61
Gambar 4.1	Analisis Variabel Model Struktural Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan pada Klien PGK yang menjalani Program Hemodialisis....	84
Gambar 4.2	Kerangka Operasional pengembangan model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien PGK yang menjalani program hemodialisis	86
Gambar 5.1.	Diagram Jalur Model struktural Kepatuhan pembatasan cairan Sebelum <i>Bootstrapping</i>	102
Gambar 5.2.	Diagram Jalur Model struktural Kepatuhan pembatasan cairan Setelah Reduksi Indikator.....	103
Gambar 5.3	Diagram Jalur Model Kepatuhan pembatasan cairan Setelah <i>Bootstrapping</i>	110
Gambar 6.1	Hasil temuan pengembangan model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien penyakit ginjal kronik (PGK) yang menjalani program hemodialisis.....	128

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 <i>Informed Consent/</i> Lembar Penjelasan Penelitian.....	140
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	142
Lampiran 3 Kuesioner Penelitian Untuk Klien.....	143
Lampiran 4 Kuesioner Penelitian untuk <i>Caregiver</i> Keluarga.....	148
Lampiran 5 Analisis Data Statistik	153
Lampiran 6 Sertifikat Layak Etik.....	155
Lampiran 7 Surat Ijin Penelitian	156
Lampiran 8 Surat Keterangan Selesai Penelitian	157

DAFTAR SINGKATAN

ACE	: <i>Angiotensin Converting Enzym</i>
AVE	: <i>Average Variance Extracted</i>
BUN	: <i>Blood Urea Nitrogen</i>
CKD	: <i>Chronic Kidney Disease</i>
DM	: <i>Diabetes Mellitus</i>
ESRD	: <i>End Stage Renal Disease</i>
FCN	: <i>Family-Centered Nursing</i>
GFR	: <i>Glomerulus Filtration Rate</i>
GoF	: <i>Goodness of Fit</i>
HD	: <i>Hemodialisis</i>
IDWG	: <i>Interdialityc Weight Gain</i>
IRR	: <i>Indonesian Renal Registry</i>
LFG	: <i>Laju Filtrasi Glomerulus</i>
PERNEFRI	: <i>Persatuan Nefrologi Indonesia</i>
PGK	: <i>Penyakit Ginjal Kronik</i>
RS	: <i>Rumah Sakit</i>
RSUD	: <i>Rumah Sakit Umum Daerah</i>
S1	: <i>Sarjana Strata 1</i>
SD	: <i>Sekolah Dasar</i>
SMA	: <i>Sekolah Menengah Atas</i>
SMP	: <i>Sekolah Menengah Pertama</i>
UF	: <i>Ultrafiltrasi</i>
UMR	: <i>Upah Minimum Regional</i>
USRDS	: <i>United Stage Renal Data System</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) telah menjadi masalah kesehatan utama seluruh dunia yang mengakibatkan angka morbiditas dan mortalitas tinggi serta beban sosial dan finansial yang signifikan (Melegy, 2016). Klien PGK tahap *End Stage Renal Disease (ESRD)* memerlukan terapi pengganti ginjal (Kim & Kim, 2015). Terapi pengganti ginjal pada klien PGK dan penyakit ginjal stadium akhir meliputi, Hemodialisis (HD), *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* dan transplantasi ginjal. Pemilihan CAPD atau HD biasanya didasarkan pada motivasi pasien, keinginan, jarak geografis dari unit HD, dokter atau perawat, dan pendidikan pasien (Sinnakirouchenan & Holley, 2011).

Hemodialisis adalah terapi paling umum dilakukan oleh klien dengan PGK (Düzalan & Pakyüz, 2018), dilakukan beberapa kali dalam seminggu, berlangsung selama-lamanya dan memberikan efek samping yang sangat mengganggu kesehatan (Hogan, Fox, Roppolo, & Suter, 2017). Klien dengan hemodialisis harus menjalani adaptasi signifikan terkait pembatasan asupan cairan, diet, ketergantungan obat-obatan juga adaptasi psikososial (Clark, Farrington, & Chilcot, 2014).

Pembatasan asupan cairan masih menjadi masalah utama pada perawatan klien PGK yang menjalani program hemodialisis (Howren, *et al.*,

2016). Berbagai upaya telah banyak dilakukan oleh petugas kesehatan terkait pembatasan asupan cairan termasuk pemberian edukasi dengan berbagai pendekatan, akan tetapi perilaku patuh masih menjadi hal yang sulit diterapkan oleh klien (Griva *et al.*, 2018). Upaya komprehensif dan kolaboratif dari seluruh tim perawatan kesehatan dengan fokus utama perawatan adalah pasien dan *support system*-nya sangat diperlukan, sehingga model yang dapat meningkatkan kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien PGK yang menjalani program hemodialisis dimana *support system* dilibatkan dalam proses perawatan klien masih perlu dipelajari.

World Health Organization (WHO) pada tahun 2014 menyatakan terjadi peningkatan prevalensi Penyakit Ginjal Kronik (PGK) di Amerika Serikat dan 200.000 orang diantaranya menjalani program hemodialisis (Ali, Masi, & Kallo, 2017). Menurut *Indonesia Renal Registry (IRR)* pada tahun 2017 pasien baru yang menjalani hemodialisis 30.831 orang dengan prevalensi tertinggi di Provinsi Jawa Barat sekitar 7.444, provinsi tertinggi kedua adalah di Jawa Timur yaitu 4.828 orang dan ketiga di DKI Jakarta sekitar 2.973 orang (Indonesian Renal Registry, 2018).

Angka ketidakpatuhan dalam rejimen terapi hemodialisis di seluruh dunia berkisar 8,5%-22,1% dan telah meningkat menjadi 86,9%, ketidakpatuhan terhadap pembatasan asupan cairan berkisar 10-60% (Griva, *et al.*, 2017). Di Jepang dan Eropa ketidakpatuhan dalam pembatasan cairan meningkat dari 9,7% menjadi 49,5% (Matteson & Russell, 2010). Penelitian yang dilakukan di RS Fatmawati Jakarta didapatkan data klien yang tidak

patuh terhadap pembatasan cairan sebesar 76% (64 responden) (Melianna & Wiarsih, 2013). Kabupaten Jombang pada tahun 2013 memiliki rata-rata 12-18 klien baru yang menjalani hemodialisis setiap bulannya dan diperkirakan meningkat setiap tahunnya (Pujiani & Masruroh, 2017) dengan pertumbuhan sebesar 0.016%, ini merupakan persentase yang tinggi dibandingkan dengan pertumbuhan jumlah klien yang menjalani program hemodialisis di Jawa Timur yaitu 0,012% (Indonesian Renal Registry, 2015). Hasil studi awal yang dilakukan oleh peneliti melalui wawancara, observasi dan studi dokumen di Unit dialisis RSUD Kabupaten Jombang didapatkan rata-rata jumlah klien yang terdaftar pada bulan Desember 2018, sebanyak 155 klien dengan masalah keperawatan utama yang sering muncul dan dialami lebih dari 50% pasien yang menjalani program hemodialisis adalah sesak akibat kelebihan cairan (58%). Data diatas menjadi pertimbangan peneliti untuk melakukan penelitian di Kabupaten Jombang.

Peningkatan angka kesakitan dan kematian pada klien Penyakit Ginjal Kronik yang menjalani program hemodialisis disebabkan oleh ketidakpatuhan terhadap pembatasan asupan cairan. Rendahnya kepatuhan dapat mengakibatkan komplikasi seperti penyakit jantung, gangguan fungsi kognitif, peningkatan hospitalisasi dan mortalitas (Welch, *et al.*, 2013). Efek negatif dari ketidakpatuhan pembatasan asupan cairan yang telah disebutkan diatas menjadi permasalahan yang harus segera ditindaklanjuti dengan upaya peningkatan kepatuhan dalam pembatasan asupan cairan.

Upaya meningkatkan kepatuhan dalam pembatasan asupan cairan yang selama ini dilakukan oleh perawat adalah dengan pemberian edukasi berkenaan dengan kepatuhan. Akan tetapi upaya ini dirasakan masih kurang memberikan efek yang maksimal, dibuktikan dengan masih tingginya angka ketidakpatuhan (Griva, *et al.*, 2017). Menurut penelitian yang menganalisis tema kepatuhan klien hemodialisis terhadap pembatasan cairan sebelumnya, klien mendapatkan manfaat kesehatan, mencapai tujuan pengobatan, dan berhasil patuh dengan adanya dukungan dari keluarga, ahli (perawat dan dokter), dan motivasi dari pengalaman bersama klien HD (Stevenson, Tong, Gutman, *et al.*, 2018). Dukungan sosial dalam hal ini dukungan keluarga dan petugas kesehatan berpengaruh terhadap kepatuhan klien dalam pembatasan asupan cairan (Victoria *et al.*, 2015). Perawat memiliki peran penting dalam meningkatkan kepercayaan diri dan harapan yang mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan keluarga (Melegy, 2016). Peningkatan kepatuhan dapat dilakukan dengan upaya menetapkan tujuan pencapaian kesehatan yang disepakati oleh perawat, klien maupun keluarga sebagai *caregiver*. Beberapa penelitian yang dilakukan telah menjelaskan tentang pengaruh dukungan interpersonal dan sosial terhadap peningkatan kepatuhan dalam pembatasan asupan cairan, sehingga model yang melibatkan interaksi antara perawat, klien dan keluarganya dalam upaya untuk meningkatkan kepatuhan pembatasan asupan cairan masih perlu untuk dipelajari dan dikembangkan.

Sebuah model yang melibatkan interaksi antara perawat dan klien terutama dalam hal pembatasan asupan cairan adalah teori yang dikemukakan

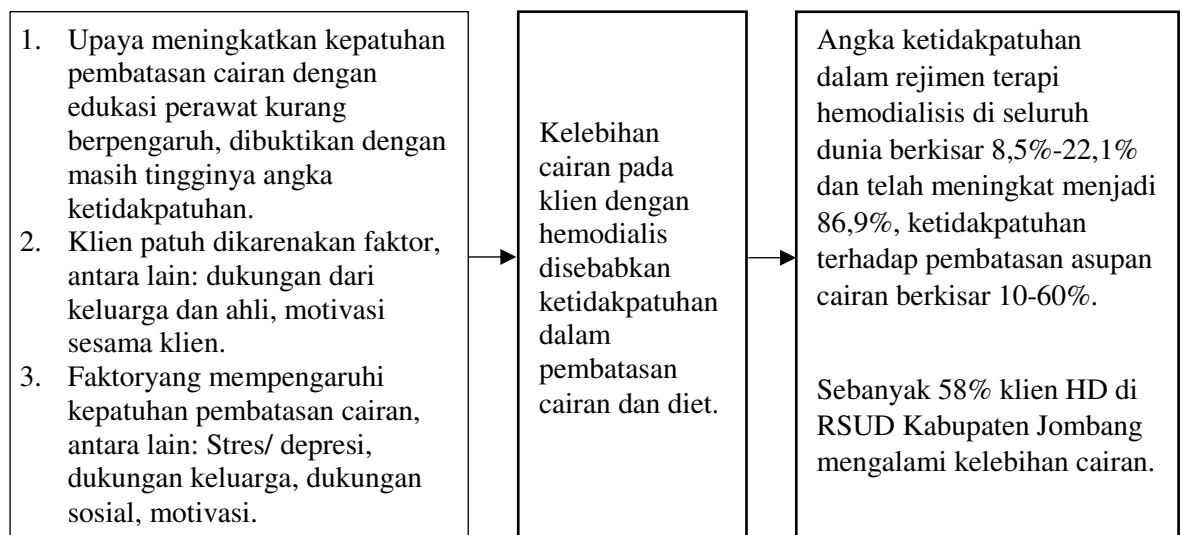
oleh Imogene M. King dan dikenal dengan teori pencapaian suatu tujuan (*Goal Atainment*). Salah satu elemen utama dari teori pencapaian tujuan adalah *interpersonal system*, dimana dua orang (perawat-klien) yang tidak saling mengenal berada bersama-sama di organisasi pelayanan kesehatan untuk membantu dan dibantu dalam mempertahankan status kesehatan sesuai dengan fungsi dan perannya. Model pencapaian suatu tujuan ini memberi pengertian bahwa keperawatan dengan menggunakan pendekatan sistem terbuka dalam hubungan interaksi yang konstan dengan lingkungan (Milya, 2017). Pendekatan ini akan dijadikan peneliti sebagai kerangka pikir dasar dalam penelitian yang diharapkan akan dapat meningkatkan kepatuhan pembatasan cairan pada klien PGK yang menjalani hemodialisis.

Teori yang ditambahkan untuk melengkapi teori pencapaian tujuan dengan sistem interpersonal Imogene M. King adalah teori *Family centered nursing (FCN)*. *Family centered nursing* merupakan model yang menggambarkan pendekatan praktik keperawatan keluarga. Praktik keperawatan keluarga merupakan pemberian asuhan keperawatan kepada keluarga dan anggotanya dalam keadaan sehat dan sakit. Tujuan keperawatan keluarga adalah membantu keluarga mencapai tugas kesehatan keluarga atau kesejahteraan keluarga yang lebih tinggi (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Tujuan ditambakkannya teori ini adalah untuk melengkapi sistem interaksi King, dimana proses dalam pencapaian tujuan yaitu peningkatan kepatuhan pembatasan cairan tidak hanya berfokus pada interaksi antara perawat dan

klien saja, akan tetapi keluarga sebagai sistem interpersonal klien akan sangat penting dan berpengaruh terhadap pencapaian kepatuhan klien.

Berdasarkan uraian diatas peneliti ingin mengembangkan sebuah model struktural kepatuhan berbasis teori *Goal Attainment* dari Imogene M. King dan FCN dengan tujuan meningkatkan kepatuhan pembatasan asupan cairan klien PGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Kabupaten Jombang.

1.2 Kajian Masalah



Gambar 1.1 Kajian masalah penelitian pengembangan model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien PGK yang menjalani program hemodialisis

Klien dengan hemodialisis mengalami kesulitan yang tinggi dalam pengelolaan pembatasan asupan cairan (Rustiawati, 2012). Klien dengan hemodialisis harus patuh terhadap program pengobatan karena jika klien tidak patuh akan timbul berbagai komplikasi yang mengakibatkan biaya perawatan semakin mahal. Dukungan dari keluarga, petugas kesehatan (perawat dan dokter), dan pengalaman sesama klien hemodialisis terbukti

meningkatkan keberhasilan program pengobatan (Stevenson, Tong, Gutman, *et al.*, 2018), sehingga upaya peningkatan kepatuhan pembatasan asupan cairan dengan mengembangkan model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan dengan pendekatan *Goal Attainment* dan FCN perlu dipelajari.

1.3 Rumusan masalah

1. Apakah ada pengaruh faktor keluarga (pengetahuan keluarga, pendapatan keluarga, lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stres dan strategi koping keluarga) terhadap kepatuhan pembatasan asupan cairan?
2. Apakah ada pengaruh faktor klien (respon mental, fisik, dukungan emosional, dukungan sosial dan respon spiritual) terhadap kepatuhan pembatasan asupan cairan?
3. Apakah ada pengaruh faktor peran perawat (sebagai edukator) terhadap kepatuhan pembatasan asupan cairan?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan umum

Menganalisis faktor keluarga, klien dan perawat untuk mengembangkan model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien PGK yang menjalani program hemodialisis.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis pengaruh faktor keluarga (pengetahuan, pendapatan keluarga, lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stres dan strategi koping keluarga) terhadap kepatuhan pembatasan asupan cairan

2. Menganalisis pengaruh faktor klien (respon mental, fisik, dukungan emosional, dukungan sosial dan respon spiritual) terhadap kepatuhan pembatasan asupan cairan
3. Menganalisis pengaruh faktor peran perawat (sebagai edukator) terhadap kepatuhan pembatasan asupan cairan
4. Mendapatkan konsep model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien PGK yang menjalani program hemodialisis.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien yang menjalani program hemodialisis dapat memperkaya keilmuan keperawatan dan dijadikan sebagai kerangka pemikiran dalam pengembangan keilmuan keperawatan terutama dalam upaya meningkatkan kepatuhan pembatasan asupan cairan klien hemodialisis yang melibatkan interaksi perawat-klien-keluarga sehingga dapat diaplikasikan dalam bentuk asuhan keperawatan.

1.5.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan bagi perawat untuk melakukan intervensi keperawatan berdasar faktor yang berpengaruh sesuai hasil penelitian dalam meningkatkan kepatuhan pembatasan asupan cairan terutama pada klien hemodialisis yang memiliki kepatuhan yang rendah dan keluarganya sebagai *support system*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi Model

Model merupakan representasi dari interaksi antara konsep yang menunjukkan pola. Model memungkinkan konsep dalam teori untuk dapat diterapkan pada praktik. Model memberikan gambaran tentang pemikiran di balik teori dan dapat menunjukkan bagaimana teori dapat diaplikasikan ke dalam praktik, misalnya melalui metode penilaian yang spesifik (Lee, 2014). Model didefinisikan sebagai representasi simbolis dari pengalaman empiris dalam bentuk kata-kata, diagram bergambar atau grafik, notasi matematika, atau materi fisik dan merupakan suatu bentuk pengetahuan dalam pola empiris (Chinn & Kramer 2004; dalam Mckenna, Pajnkihar and Murphy, 2014). Model konseptual merupakan seperangkat konsep dan pernyataan yang mengintegrasikan konsep ke dalam konfigurasi yang bermakna (Masters, 2014). Model adalah alat yang sangat abstrak dalam penelitian untuk mengembangkan teori. Model digunakan di semua disiplin ilmu dan juga dalam kehidupan sehari-hari, khususnya keperawatan (Mckenna *et al.*, 2014). Model dapat diartikan sebagai pola yang berisi konsep-konsep dalam sebuah teori yang dapat diaplikasikan dalam praktik serta dapat digunakan untuk memperlihatkan hubungan antara berbagai faktor.

2.2 Definisi Teori

Teori adalah seperangkat konsep yang saling berkaitan, definisi, dan proposisi yang menyajikan pandangan sistematis tentang peristiwa atau

situasi dengan menentukan hubungan antar variabel, untuk menjelaskan dan memprediksi peristiwa atau situasi (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2017). Teori adalah sekelompok konsep yang saling berkaitan yang memandu praktik dan mengusulkan tindakan yang akan diambil (Lee, 2014). Teori merupakan set hubungan konsep-konsep, proposisi yang menggambarkan pandangan sistematis terhadap suatu fenomena dengan merinci (*specifying*) hubungan antar konsep bertujuan untuk menjelaskan dan prediksi fenomena (George, 2011). Teori mampu menggambarkan, menjelaskan, memprediksi dan mengendalikan fenomena (Sancho Cantus, D.Prieto Contreras, 2012). Teori adalah gagasan atau ide yang menjelaskan pengalaman, menafsirkan observasi, menggambarkan hubungan, dan hasil akhir dari sebuah rancangan (Parker & Smith, 2010). Teori dapat diartikan sebagai hubungan antar konsep yang dapat dijadikan panduan praktik dan mampu menjelaskan serta memprediksi fenomena.

2.3 Definisi Proporsi

Proposisi adalah pernyataan yang menggambarkan hubungan di antara peristiwa, situasi, atau tindakan (Masters, 2014). Proposisi yaitu menghubungkan dua atau lebih teori keperawatan yang berbeda satu sama lain (Fawcett & Desanto-Madeya, 2005). Proposisi memberikan teori dengan kekuatan deskripsi, penjelasan, atau prediksi. Sebuah teori yang memiliki lebih banyak asumsi daripada proposisi adalah teori dengan kekuatan yang terbatas. Proposisi bersifat deterministik atau stokastik. Keperawatan memiliki kecenderungan untuk lebih banyak proposisi stokastik yang

menggabungkan kondisi probabilitas. Proposisi dalam keperawatan teori termasuk berbagai variabel dan hubungan probabilistik. Oleh karena itu, proposisi dalam keperawatan dapat reversibel, stokastik, hidup berdampingan, kontingen, dan dapat digantikan (Cronin, 2012).

2.4 Definisi Konsep

Konsep adalah kata, istilah, dan ekspresi mewakili gagasan yang dikembangkan. Kata-kata, istilah, atau ekspresi bukanlah konsep itu sendiri melainkan merepresentasikannya. Persyaratan utama dari kata-kata yang merupakan konsep adalah bahwa dapat mengekspresikan seluruh makna mereka apa yang benar-benar terjadi dalam realitas, empiris: yaitu, kata-kata yang digunakan untuk menunjukkan sebuah konsep harus mencerminkan ide-ide serupa untuk orang yang berbeda (Bouso, Poles, & Da Cruz, 2014). Konsep adalah seperti batu bata tembok, dan memberi ilmu pada strukturnya. Untuk alasan ini, penelitian ilmiah mengeksplorasi atau menguji kemungkinan artikulasi di antara batu bata ini dengan tujuan menghasilkan bukti untuk mengkonfirmasi, menyangkal, atau memodifikasi teori (Mota, da Cruz, & Fini, 2010).

2.5 Konsep Penyakit Ginjal Kronik (PGK)

2.5.1 Pengertian PGK

Penyakit ginjal kronis adalah gangguan fungsi ginjal yang bersifat progresif dan irreversible yang berakibat pada gagalnya kemampuan tubuh untuk mempertahankan metabolisme tubuh (Brunner & Suddarth, 2002). Penyakit Ginjal Kronik adalah kerusakan fungsi ginjal yang progresif dan

tidak dapat pulih kembali, sehingga tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit serta berakibat pada peningkatan ureum (azotemia) (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008).

2.5.2 Klasifikasi PGK

Penyakit PGK dapat diklasifikasikan berdasarkan besarnya penurunan nilai GFR atau Laju Filtrasi Glomerulus (LFG). Derajat GFR normal adalah: 125 mL/min/1,73 m² (Smeltzer *et al.*, 2008). Klasifikasi penyakit ginjal kronis dapat dilihat pada tabel 2.1 berikut ini.

Tabel 2.1 Klasifikasi Penyakit Ginjal Kronik

Derajat	Penjelasan	LFG (ml/mnt/1,73m ²)
1	Kerusakan ginjal dengan LFG normal atau ↑	≥ 90
2	Kerusakan ginjal dengan LFG ↓ ringan	60 – 89
3	Kerusakan ginjal dengan LFG ↓ sedang	30 – 59
4	Kerusakan ginjal dengan LFG ↓ berat	15 – 29
5	Gagal ginjal	< 15 atau dialisis

2.5.3 Etiologi PGK

Penyakit Ginjal Kronik sering menjadi salah satu penyakit *secondary illness* atau menjadi penyakit komplikasi dari penyakit utama lainnya seperti diabetes militus dan hipertensi (Robinson-cohen *et al.*, 2013). Selain itu, ada beberapa penyebab lainnya dari chronic kidney disease, yaitu:

1. Penyakit glomerular kronis (glomerulonefritis)
2. Infeksi kronis (pyelonefritis kronis, tuberkulosis)
3. Kelainan kongenital (polikistik ginjal)
4. Penyakit vaskuler (*renal nephrosclerosis*)

5. Obstruksi saluran kemih (*nephrolithisis*)
6. Penyakit kolagen (*Sistemic Lupus Erythematosus*)
7. Obat – obatan nefrotoksik (aminoglikosida)
8. Obstruksi ginjal (batu ginjal)

(Robinson-cohen *et al.*, 2013)

2.5.4 Patofisiologi PGK

Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya di ekskresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah maka gejala akan semakin berat. Penurunan jumlah glomeruli yang berfungsi menyebabkan klirens kreatinin akan menurun dan kadar kreatinin serum meningkat. Kadar nitrogen urea darah (BUN) biasanya meningkat. Ginjal tidak mampu untuk mengencerkan urin secara normal pada penyakit ginjal tahap akhir, respon ginjal yang sesuai terhadap perubahan masukan cairan dan elektrolit sehari-hari, tidak terjadi. Natrium dan cairan tertahan, meningkatkan resiko terjadinya edema, gagal jantung kongestif, dan hipertensi. Hipertensi juga dapat terjadi akibat aktivasi rennin- angiotensin dan kerjasama keduanya meningkatkan sekresi aldosteron. Kecenderungan untuk kehilangan garam, mencetuskan risiko hipotensi dan hipovolemi. Episode muntah dan diare menyebabkan penipisan air dan natrium, yang semakin memperburuk status uremik (Brunner & Suddarth, 2002).

2.5.5 Gambaran klinis

Gambaran klinis yang muncul pada klien dengan CKD dapat mengenai semua sistem diantaranya yaitu:

1. Gangguan pada sistem Gastrointestinal

- 1) Anoreksia, nausea dan vomitus, berhubungan dengan gangguan metabolisme protein didalam usus, terbentuknya zat-zat toksik akibat metabolisme bakteri usus seperti amonia dan metal guanidine, serta sebabnya mukosa usus.
- 2) Faktor uremik disebabkan oleh ureum yang berlebihan pada air liur diubah oleh bakteri di mulut menjadi amonia sehingga napas berbau amonia. Akibat yang lain adalah timbulnya stomatitis dan parotitis.
- 3) Cegukan (*hiccup*) sebabnya yang pasti belum diketahui.
- 4) Gastritis erosif, ulkus peptik, dan kolitis uremik.

2. Kulit

- 1) Kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning-kuningan akibat penimbunan urokrom, gatal-gatal dengan ekskoriiasi akibat toksin uremik dan pengendapan kalsium di pori-pori kulit.
- 2) Ekimosis akibat gangguan hematologis.
- 3) Urea fros, akibat kristalisasi urea yang ada pada keringat, (jarang dijumpai)
- 4) Bekas-bekas garukan karena gatal.

3. Sistem Hematologi

- 1) Anemia dapat disebabkan berbagai faktor antara lain:

- a. Berkurangnya produksi eritropoetin, sehingga rangsangan eritropoesis pada sumsum tulang menurun.
- b. Hemolisis, akibat berkurangnya masa hidup eritrosit dalam suasana uremia toksik.
- c. Defisiensi besi, asam folat, dan lain-lain, akibat nafsu makan yang berkurang.
- d. Perdarahan, paling sering pada saluran cerna dan kulit.
- e. Fibrosis sumsum tulang akibat hiperparatiroidisme sekunder.
- f. Gangguan fungsi trombosit dan trombositopenia
- i. Mengakibatkan perdarahan akibat agregasi dan adhesi trombosit yang berkurang serta menurunnya faktor trombosit III dan ADP (adenosin difosfat)

2) Gangguan fungsi leukosit.

Fagositosis dan kemotaksis berkurang, fungsi limfosit menurun sehingga imunitas juga menurun.

4. Sistem saraf dan otot

1) Restless leg syndrome

Pasien merasa pegal pada kakinya sehingga selalu digerakkan.

2) Burning feat syndrome

Rasa semutan dan seperti terbakar, terutama di telapak kaki.

3) Ensefalopati metabolik

Lemah, tidak bisa tidur, gangguan konsentrasi, tremor, asteriksis, mioklonus, kejang.

4) Miopati

Kelemahan dan hipotrofi otot-otot terutama otot-otot ekstermitas proksimal.

5. Sistem Kardiovaskular

1) Hipertensi akibat penimbunan cairan dan garam atau peningkatan aktivitas sistem renin-angiotensin-aldosteron.

2) Nyeri dada dan sesak napas akibat perikarditis, efusi perikardial, penyakit jantung koroner akibat aterosklerosis yang timbul dini, dan gagal jantung akibat penimbunan cairan hipertensi.

3) Gangguan irama jantung akibat elektrolit dan klasifikasi metafisik.

4) Edema akibat penimbunan cairan.

6. Sistem endokrin

1) Gangguan seksual: libido, fertilitas dan ereksi menurun pada laki-laki akibat produksi testoteron dan spermatogenesis yang menurun. Sebab yang lain juga dihubungkan dengan metabolik tertentu (seng, hormon paratiroid). Pada wanita timbul gangguan menstruasi, gangguan ovulasi sampai amenorea.

2) Gangguan metabolisme glukosa, resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Pada gagal ginjal yang lanjut (klirens kreatinin < 15 mL/ menit), terjadi penurunan klirens metabolik insulin menyebabkan waktu paruh hormon aktif memanjang. Keadaan ini dapat menyebabkan kebutuhan obat penurun glukosa darah akan berkurang.

3) Gangguan metabolisme lemak.

4) Gangguan metabolisme vitamin D

7. Gangguan sistem lain

1) Tulang: osteodistrofi renal, yaitu osteomalasia, osteitis fibrosa, osteoklerosis, dan klasifikasi metastatik.

2) Asidosis metabolik akibat penimbunan asam organik sebagai hasil metabolisme.

3) Elektrolit: hiperfosfatemia, hiperkalemia, hipokalsemia (Syamsiah, 2011).

2.5.6 Penatalaksanaan PGK

Penatalaksanaan pasien Penyakit Ginjal Kronik (Hidayat, 2008), yaitu:

1. Penatalaksanaan umum

Secara garis besar langkah-langkah penatalaksanaan chronic kidney disease pada umumnya meliputi:

- 1) Pengobatan terhadap penyakit penyerta
- 2) Penghambatan progresivitas penurunan fungsi ginjal
- 3) Pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit kardiovaskuler
- 4) Pencegahan dan pengobatan terhadap komplikasi

2. Terapi Nonfarmakologis

1) Pengaturan asupan protein

- a. Klien nondialisis 0,6-0,75 gr/kgBB ideal/hari sesuai dengan CCT dan toleransi klien.
- b. Klien hemodialisis 1-1,2 gr/kgBB ideal/ hari
- c. Klien peritoneal dialysis 1,3 gr/kgBB/hari

2) Pengaturan asupan kalori: 35 kal/kgBB ideal/hari

- 3) Pengaturan asupan lemak: 30-40% dari kalori total dan mengandung jumlah yang sama antara asam lemak bebas jenuh dan tidak jenuh.
 - 4) Pengaturan asupan karbohidrat: 50-60% dari kalori total
 - 5) Pengaturan asupan garam dan mineral
 - a. Garam (NaCl): 2-3 g/hari
 - b. Kalium 40-70mEq/kgBB/hari
 - c. Fosfor: 5-10 mg/kgBB/hari, klien HD 17 mg/ hari
 - d. Kalsium 1400-1600 mg/hari
 - e. Besi: 10-18 mg/hari
 - f. Magnesium: 200-300 mg/hari
 - g. Asam folat klien hemodialisis: 5 mg
 - h. Air: jumlah urine 24 jam \pm 500 ml (insensible water loss)
3. Terapi farmakologis
- 1) Kontrol darah
 - a. Pengobatan ACE (Angiotensin converting Enzyme) atau antagonis reseptor angiotensin II untuk mengevaluasi kreatinin dan kalium serum. Bila kreatinin $>35\%$ atau timbul hiperkalemi, hentikan terapi ini.
 - b. Penghambat kalsium
 - c. Diuretic
 - 2) Pada klien diabetes militus diperlukan mengontrol gula darah dan menghindari pemakaian metformin serta obat-obatan sulfonylurea dengan masa kerja yang panjang. Target HbA1C untuk DM tipe 1, 0,2

diatas nilai normal tertinggi sedangkan untuk diabetes mellitus tipe II sebesar 6%.

- 3) Koreksi anemia dengan target Hb 10-12 g/dl
- 4) Kontrol hiperfosfatemi: kalsium karbonat atau kalsium asetat
- 5) Kontrol osteodistrol renal: kalsitriol
- 6) Koreksi asidosis metabolik dengan target HCO_3^- 20-22 mEq/l
- 7) Koreksi hiperkalemia
- 8) Kontrol dislipidemia dengan target LDL <100 mg/dl, dianjurkan golongan statin
- 9) *Dialysis*
- 10) Transplantasi ginjal.

2.5.7 Komplikasi

Komplikasi yang ditimbulkan akibat penyakit gagal ginjal kronis adalah :

1. Penyakit Tulang

Penurunan kadar kalsium (hipokalsemi) secara langsung akan mengakibatkan deklasifikasi matriks tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh (osteoporosis) dan jika berlangsung lama akan menjadi fraktur patologis.

2. Penyakit Kardiovaskuler

Ginjal sebagai kontrol sirkulasi sistemik akan berdampak secara sistemik berupa hipertensi, kelainan lipid, intoleransi glukosa, dan kelainan hemodinamik (sering terjadi hipertrofi ventrikel kiri).

3. Anemia

Selain berfungsi dalam sirkulasi, ginjal juga berfungsi dalam rangkaian hormonal (endokrin). Sekresi eritropoetin yang mengalami defisiensi di ginjal akan mengakibatkan penurunan hemoglobin.

4. Disfungsi seksual

Gangguan sirkulasi pada ginjal menyebabkan libido sering mengalami penurunan dan terjadi impotensi pada pria. Pada wanita dapat terjadi hiperprolaktinemia.

2.6 Konsep Hemodialisis

2.6.1 Pengertian Hemodialisis

Dialisis didefinisikan sebagai difusi molekul dalam cairan yang melalui membran semipermeabel sesuai dengan gradien konsentrasi elektrokimia. Tujuan utama Hemodialisis adalah untuk mengembalikan suasana cairan ekstra dan intrasel yang sebenarnya merupakan fungsi dari ginjal normal. Dialisis dilakukan dengan memindahkan beberapa zat terlarut seperti urea dari darah ke dialisat dengan memindahkan zat terlarut lain seperti bikarbonat dari dialisat ke dalam darah. Konsentrasi zat terlarut dan berat molekul merupakan penentu utama laju difusi. Molekul kecil, seperti urea, cepat berdifusi, sedangkan molekul yang susunan yang kompleks serta molekul besar, seperti fosfat, β_2 -microglobulin, dan albumin, dan zat terlarut yang terikat protein seperti p-cresol, lebih lambat berdifusi. Disamping difusi, zat terlarut dapat melalui lubang kecil (pori-pori) di membran dengan bantuan proses konveksi yang ditentukan oleh gradien tekanan hidrostatis dan osmotik – sebuah proses yang dinamakan ultrafiltrasi (Cahyaningsih, 2009).

Ultrafiltrasi saat berlangsung, tidak ada perubahan dalam konsentrasi zat terlarut, tujuan utama dari ultrafiltrasi ini adalah untuk membuang kelebihan cairan tubuh total. Sesi tiap dialisis, status fisiologis klien harus diperiksa agar persepan dialisis dapat disesuaikan dengan tujuan untuk masing-masing sesi. Hal ini dapat dilakukan dengan menyatukan komponen persepan dialisis yang terpisah namun berkaitan untuk mencapai laju dan jumlah keseluruhan pembuangan cairan dan zat terlarut yang diinginkan. Dialisis ditujukan untuk menghilangkan kompleks gejala (*symptoms*) yang dikenal sebagai sindrom uremi (*uremic syndrome*), walaupun sulit membuktikan bahwa disfungsi sel ataupun organ tertentu merupakan penyebab dari akumulasi zat terlarut tertentu pada kasus uremia (*Lindley, et al., 2011*).

2.6.2 Tujuan Hemodialisis

Terapi hemodialisis mempunyai beberapa tujuan. Tujuan tersebut diantaranya adalah menggantikan fungsi ginjal dalam fungsi ekskresi (membuang sisa-sisa metabolisme dalam tubuh, seperti ureum, kreatinin, dan sisa metabolisme yang lain), menggantikan fungsi ginjal dalam mengeluarkan cairan tubuh yang seharusnya dikeluarkan sebagai urin saat ginjal sehat, meningkatkan kualitas hidup klien yang menderita penurunan fungsi ginjal serta menggantikan fungsi ginjal sambil menunggu program pengobatan yang lain (*Suharyanto & Madjid, 2009*).

2.6.3 Prinsip Hemodialisis

Dasar kerja hemodialisis Aliran darah pada hemodialisis yang penuh dengan toksin dan limbah nitrogen dialihkan dari tubuh Klien ke dializer tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan lagi ke tubuh klien. Sebagian besar dializer merupakan lempengan rata atau ginjal serat artificial berongga yang berisi ribuan tubulus selofan yang halus dan bekerja sebagai membran semipermeabel. Aliran darah akan melewati tubulus tersebut sementara cairan dialisat bersirkulasi di sekelilingnya. Pertukaran limbah dari darah ke dalam cairan dialisat akan terjadi melalui membrane semipermeabel tubulus (Brunner & Suddarth, 2002).

Tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis, yaitu difusi, osmosis, ultrafiltrasi. Toksin dan zat limbah di dalam darah dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi, ke cairan dengan konsentrasi yang lebih rendah. Cairan dialisat tersusun dari semua elektrolit yang penting dengan konsentrasi ekstrasel yang ideal. Kelebihan cairan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradien tekanan, dimana air bergerak dari daerah dengan tekanan yang lebih tinggi (tubuh klien) ketekanan yang lebih rendah (cairan dialisat Gradient ini dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negatif yang dikenal sebagai ultrafiltrasi pada mesin dialisis. Tekanan negatif diterapkan pada alat ini sebagai kekuatan penghisap pada membran dan memfasilitasi pengeluaran air (Lindley *et al.*, 2011).

2.6.4 Pembatasan Cairan Klien Hemodialisis

Pembatasan asupan air pada Klien penyakit ginjal kronis sangat perlu dilakukan, hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya edema dan komplikasi kardiovaskuler. Peningkatan asupan cairan dapat menyebabkan *overload* cairan yang mengakibatkan peningkatan beban jantung dan dapat secara langsung menyebabkan hipertrofi ventrikel kiri (Suwitra, 2014). Air yang masuk ke dalam tubuh dibuat seimbang dengan air yang keluar, baik melalui urine maupun *Insensible Water Loss (IWL)* dengan perhitungan: cairan yang masuk (ml/ hari + IWL + *urine output* + *extrarenal waterlosses*), dengan asumsi bahwa IWL antara 500-700 ml/ hari (sesuai dengan luas permukaan tubuh), maka air yang masuk dianjurkan 500-700 ml ditambah jumlah urine.

2.7 Konsep Inter-Dialytic Weight Gain (IDWG)

2.7.1 Pengertian IDWG

Interdialytic Weight Gain (IDWG) adalah pertambahan berat badan klien di antara dua waktu dialisis. Penambahan ini dihitung berdasarkan berat badan kering (*dry weight*) klien, yaitu berat badan post dialisis setelah sebagian besar cairan dibuang melalui proses UF (*ultrafiltrasi*) pada saat setelah HD, berat badan paling rendah yang dapat dicapai klien ini seharusnya tanpa disertai keluhan dan gejala rendahnya tekanan darah. IDWG disebabkan oleh ketidakmampuan fungsi ekskresi ginjal, sehingga berapapun jumlah cairan yang diasup klien, penambahan berat badan akan selalu ada, dengan kata lain penambahan berat badan se-banyak 0 (nol) cc bisa dikatakan

tidak mungkin terjadi. Pengelolaan cairan pada klien hemodialisis tergantung pada perhitungan berat badan kering klien. IDWG yang dapat ditoleransi oleh tubuh adalah tidak lebih dari 1,0-1,5 kg atau tidak lebih dari 3 % dari berat kering.

2.7.2 Klasifikasi

Menurut Neumann (2013) IDWG yang dapat ditoleransi oleh tubuh adalah tidak lebih dari 3% dari berat kering. IDWG dapat diklasifikasikan berdasarkan persentase kenaikan berat badan klien, dimana IDWG dikatakan ringan bila penambahan berat badan dibawah 6%. Klasifikasi penambahan berat badan dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu ringan 2 %, sedang 5 %, dan berat 8 % (Kozier, Berman, Erb, & Snyder, 2014) sedangkan pada literatur lain menyebutkan penambahan IDWG ringan (<4%), penambahan IDWG rata-rata (4-6%), dan penambahan IDWG bahaya (>6%) (Malawat, 2001).

2.7.3 Tujuan dan Manfaat Pengukuran IDWG

Interdialytic Weight Gain (IDWG) diukur sebagai dasar untuk mengetahui jumlah cairan yang masuk selama periode interdialitik. Klien secara rutin diukur berat badannya sebelum dan sesudah hemodialisis untuk mengetahui kondisi cairan dalam tubuh klien, kemudian IDWG dihitung berdasarkan berat badan kering setelah hemodialisis (Jaeger & Mehta, 2009).

2.7.4 Faktor yang Mempengaruhi IDWG

Interdialytic Weight Gain dipengaruhi dari faktor dari klien sendiri (internal) dan faktor eksternal seperti faktor fisik dan psikososial. Faktor-faktor yang berpengaruh pada kenaikan berat badan interdialitik adalah usia,

jenis kelamin, tingkat pendidikan, rasa haus, stres, *self efficacy*, dukungan keluarga, sosial, jumlah intake cairan.

1. Usia

Peningkatan IDWG dapat terjadi pada setiap umur, hal ini berhubungan dengan kepatuhan pemasukan cairan. Penelitian yang dilakukan oleh Kimmel (2000) menunjukkan bahwa umur merupakan faktor yang kuat terhadap tingkat kepatuhan klien. Klien berumur muda mempunyai tingkat kepatuhan yang rendah dibandingkan dengan klien berumur tua.

2. Jenis Kelamin

Interdialytic Weight Gain berhubungan dengan perilaku kepatuhan klien dalam menjalani hemodialisis, baik laki-laki maupun perempuan mempunyai perilaku yang sama untuk terjadi peningkatan (Isroin, Istanti, & soejono, 2012). Air total laki-laki membentuk 60% berat badannya, sedangkan air tubuh total perempuan membentuk 50% berat badannya. Laki-laki memiliki komposisi tubuh yang berbeda dengan perempuan. Jaringan otot laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan yang memiliki lebih banyak jaringan lemak (Maroon, 2008). Lemak merupakan zat yang bebas air, maka makin sedikit lemak akan mengakibatkan makin tinggi presentase cairan dari BB seseorang. Total air tubuh akan memberikan penambahan berat badan yang meningkat lebih cepat dari pada penambahan yang disebabkan oleh kalori. Terkait dengan hal tersebut, penambahan BB diantara dialisis pada laki - laki lebih tinggi dari pada perempuan (Charra, 2007).

3. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan sering dihubungkan dengan pengetahuan. Seseorang yang berpendidikan tinggi diasumsikan lebih mudah menyerap informasi sehingga pemberian asuhan keperawatan dapat disesuaikan dengan tingkat pendidikan yang mencerminkan tingkat kemampuan pemahaman & kemampuan menyerap edukasi *selfcare* (Sukandar, 2006).

4. Rasa Haus

Klien dengan PGK meskipun dengan kondisi hipervolemia, sering mengalami rasa haus yang berlebihan yang merupakan salah satu stimulus timbulnya sensasi haus (Black & Hawks, 2005). Merespon rasa haus normalnya adalah dengan minum, tetapi klien PGK tidak diijinkan untuk berespon dengan cara yang normal terhadap rasa haus yang mereka rasakan. Rasa haus atau keinginan untuk minum disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya masukan sodium, kadar sodium yang tinggi, penurunan kadar posatium, angiotensin II, peningkatan urea plasma, urea plasma yang mengalami peningkatan, hipovolemia post dialysis dan faktor psikologis (Istanti, 2011).

5. Depresi

Stres dapat mempengaruhi keseimbangan cairan dan elektrolit didalam tubuh. Stres meningkatkan kadar aldosteron dan glukokortikoid, menyebabkan retensi natrium dan garam. Respon stres dapat meningkatkan volume cairan akibatnya curah jantung, tekanan darah, dan perfusi jaringan menurun. Cairan merupakan salah satu stresor utama yang dialami oleh klien yang menjalani hemodialisis (Potter & Perry, 2006).

Penyesuaian diri terhadap kondisi sakit juga menimbulkan stres pada klien, sehingga mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan klien. Dampak psikologis klien PGK yang menjalani HD dapat dimanifestasikan dalam serangkaian perubahan perilaku antara lain menjadi pasif, ketergantungan, merasa tidak aman, bingung dan menderita. Klien merasa mengalami kehilangan kebebasan, harapan umur panjang dan fungsi seksual sehingga dapat menimbulkan kemarahan yang akhirnya timbul suatu keadaan depresi. Menurut Istanti (2009) stres pada klien HD dapat menyebabkan klien berhenti memonitoring asupan cairan, bahkan ada juga yang berhenti melakukan terapi hemodialisis, kejadian ini secara langsung dapat berakibat pada IDWG.

6. *Self Efficacy*

Self Efficacy yaitu kekuatan yang berasal dari seseorang yang bisa mengeluarkan energi positif melalui kognitif, motivasional, afektif dan proses seleksi. *Self Efficacy* dapat mempengaruhi rasa percaya diri klien dalam menjalani terapinya (hemodialisis). *Self Efficacy* yang tinggi dibutuhkan untuk memunculkan motivasi dari dalam diri agar dapat mematuhi terapi dan pengendalian cairan dengan baik, sehingga dapat mencegah peningkatan IDWG Bandura (2000) dalam (Istanti, 2009).

7. Dukungan sosial dan keluarga

Dukungan keluarga berhubungan erat dengan IDWG, sehingga keluarga diharapkan dapat memberikan dukungan dalam memonitor IDWG untuk mencegah komplikasi selama menjalani hemodialisis. Tindakan

hemodialisis pada klien Penyakit Ginjal Kronik dapat menimbulkan stres bagi klien. Dukungan keluarga dan sosial sangat dibutuhkan untuk klien. Dukungan keluarga dapat meningkatkan kualitas hidup klien dan sangat berhubungan dengan kepatuhan klien untuk menjalankan terapi (Cahyaningsih, 2009).

2.7.5 Pengukuran IDWG

Interdialytic Weight Gain merupakan indikator kepatuhan Klien terhadap pengaturan cairan. IDWG diukur berdasarkan *dry weight* (berat badan kering) klien dan pengukuran kondisi klinis klien. Berat badan klien ditimbang secara rutin sebelum dan sesudah hemodialisis. IDWG diukur dengan cara menghitung berat badan klien setelah (*post*) HD pada periode hemodialisis pertama (pengukuran I). Periode hemodialisis kedua, berat badan klien ditimbang lagi sebelum (*pre*) HD (pengukuran II), selanjutnya menghitung selisih antara pengukuran II dikurangi pengukuran I dibagi pengukuran II dikalikan 100%.

$$IDWG = \frac{BB \text{ Pre} - BB \text{ Post}}{BB \text{ Post}} \times 100\%$$

Gambar 2.1 Cara pengukuran IDWG

2.8 Konsep Kepatuhan

Kepatuhan dalam konteks kesehatan (*compliance* atau *adherence*) merupakan ukuran sejauh mana klien mengikuti instruksi atau saran medis (Sabate, 2001). Dalam konteks terapi, kepatuhan klien dalam pembatasan asupan cairan merupakan derajat kesesuaian antara intake cairan yang

diminum dengan output urin sebagaimana telah dianjurkan. Dalam hal ini kepatuhan pembatasan asupan cairan dapat dinilai dari penambahan berat badan antara dua proses hemodialisis/ IDWG.

Kepatuhan merupakan fenomena multidimensi yang ditentukan oleh lima dimensi yang saling terkait, yaitu faktor klien, faktor terapi, faktor sistem kesehatan, faktor lingkungan dan faktor sosial ekonomi. Semua faktor adalah faktor penting dalam mempengaruhi kepatuhan sehingga tidak ada pengaruh yang lebih kuat dari faktor lainnya (WHO, 2015). Untuk mencapai keberhasilan suatu terapi, bukan semata-mata menjadi tanggung jawab klien, namun harus dilihat bagaimana faktor-faktor lain yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam melengkapi dan mematuhi terapi mereka. Secara umum, hal-hal yang perlu dipahami dalam meningkatkan tingkat kepatuhan adalah bahwa (WHO, 2015):

1. Klien memerlukan dukungan, bukan disalahkan.
2. Konsekuensi dari ketidakpatuhan terhadap terapi jangka panjang adalah tidak tercapainya tujuan terapi dan meningkatnya biaya pelayanan kesehatan.
3. Peningkatan kepatuhan klien dapat meningkatkan keamanan penggunaan obat.
4. Kepatuhan merupakan faktor penentu yang cukup penting dalam mencapai efektifitas suatu sistem kesehatan.
5. Memperbaiki kepatuhan dapat merupakan intervensi terbaik dalam penanganan secara efektif suatu penyakit kronis.
6. Sistem kesehatan harus terus berkembang agar selalu dapat menghadapi

berbagai tantangan baru.

7. Diperlukan pendekatan secara multidisiplin dalam menyelesaikan masalah ketidakpatuhan.

2.9 Konsep Keluarga

2.9.1 Definisi Keluarga

Keluarga merupakan dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga (Friedman *et al.*, 2010). Keluarga secara tradisional didefinisikan sebagai sekelompok orang yang disatukan oleh ikatan pernikahan, darah, atau adopsi, yang merupakan satu rumah tangga; berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran sosial masing-masing dari suami dan istri, ibu dan ayah, putra dan putri, saudara laki-laki dan perempuan; serta menciptakan dan mempertahankan budaya umum (Kaakinen, Duff, Coehlo, & Hanson, 2010). Keluarga dapat didefinisikan sebagai dua orang atau lebih yang memiliki ikatan pernikahan, darah atau adopsi yang tinggal dalam satu rumah dan antar anggota mempunyai kedekatan emosional, sehingga model keperawatan keluarga merupakan pola yang bisa diaplikasikan dalam proses keperawatan keluarga.

2.9.2 Bentuk Keluarga

Tipe keluarga sebagai berikut (Friedman *et al.*, 2010):

1. *Nuclear Family*

2. Keluarga inti yang terdiri atas ayah, ibu, dan anak yang tinggal dalam satu rumah di tetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di laur rumah.

3. *Extended Family*

Keluarga inti ditambahkan dengan sanak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, pama, bibi, dan sebagainya.

4. *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami atau istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru. Satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

5. *Middle Age/ Aging Couple*

Suami sebagai pencari uang. Istri di rumah/ kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah atau perkawinan/ meniti karier.

6. *Dyadic Nuclear*

Suami istri yang sudah berumur da tidak mempunyai anak, keduanya atau salah satu bekerja di rumah.

7. *Single Parent*

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.

8. *Dual Carrier*

Suami istri atau keduanya berkarier dan tanpa anak.

9. *Commuter Married*

Suami istri atau keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu, keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

10. *Single Adult*

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk menikah.

11. *Three Generation*

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

12. *Institutional*

Anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam suatu panti-panti.

13. *Comunal*

Satu rumah terdiri atas dua/lebih pasangan yang monogami dengan anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

14. *Group Marriage*

Satu perumahan terdiri atas orangtua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah menikah dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

15. *Unmarried parent and child*

Ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya di adopsi.

16. *Cohibing Cauple*

Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa pernikahan.

2.9.3 Tugas Kesehatan Keluarga

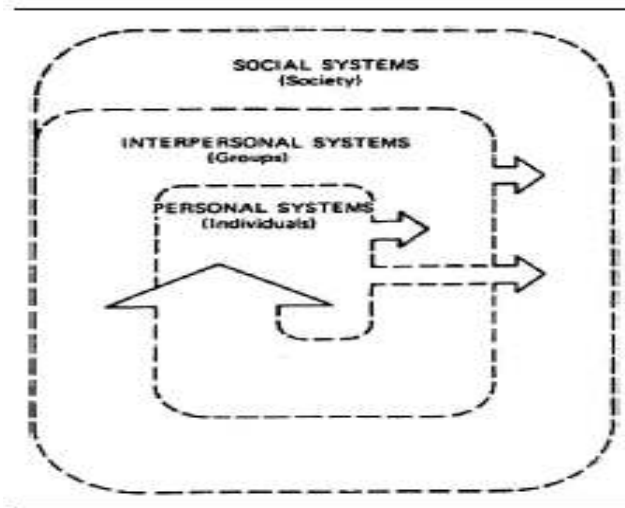
Tugas Kesehatan keluarga sebagai berikut (Friedman *et al.*, 2010):

1. Mengetahui masalah kesehatan keluarga. Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis.
2. Menentukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa di antara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga.
3. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. Sering kali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga sendiri.
4. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.
5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga.

2.10 Konsep Teori *Goal Attainment* Imogene M. King

King mengemukakan beberapa asumsi tentang dasar kerangka konsepnya, yang meliputi asumsi tujuan keperawatan yaitu pelayanan kesehatan individu dan kelompok dan manusia sebagai sistem terbuka yang

berinteraksi dengan lingkungannya. Kerangka konseptual terdiri dari tiga sistem yang saling berinteraksi, yaitu sistem personal (individual), sistem interpersonal (kelompok) dan sistem sosial. Berikut diagram sistem interaksi menurut King :



Gambar 2.2 *Dynamic interacting systems* (Alligood, 2014)

2.10.1 Sistem Personal (individual)

Individu berada dalam sistem personal. Konsep yang perlu dipahami dalam sistem personal antara lain :

1. Gambaran diri (*body image*)

Adalah Persepsi tentang diri individu sendiri dan persepsi orang lain tentang dirinya.

2. Pertumbuhan dan perkembangan (*growth & devolepment*)

Perubahan yang terjadi pada individu secara terus menerus baik secara seluler, molekuler dan tingkatan-tingkatan aktivitas perilaku yang kondusif untuk menolong individu bergerak ke arah kedewasaan. Pertumbuhan dan perkembangan dapat menggambarkan suatu proses dalam kehidupan dimana terjadi peningkatan potensinya untuk mencapai aktualisasi diri.

3. Persepsi (*perception*)

Persepsi adalah menyalurkan energi dari lingkungan dan mengelompokkannya melalui informasi, penyimpanan informasi dan menyampaikannya dalam bentuk tingkah laku yang jelas. Persepsi adalah proses organisasi, interpretasi dan transformasi data yang diingatnya melalui perasaan. Persepsi adalah representasi individu terhadap gambaran realita, seperti kesadaran diri terhadap object, orang-orang dan kejadian.

4. Diri sendiri (*self*)

Merupakan pemikiran dan perasaan yang berkaitan dengan personalitas seseorang yang berbeda dengan orang lain dan mempengaruhi pandangannya terhadap siapa jati dirinya. Diri sendiri termasuk berbagai hal, sistim dari ide/gagasan, sikap, nilai dan komitmen-komitmen. Diri sendiri adalah lingkungan subjektif seseorang secara keseluruhan. Hal ini merupakan pusat yang istimewa dari pengalaman dan signifikansi. Diri sendiri menunjukkan dunia seseorang pada bagian dalam yang dibedakan dari dunia luar yang terdiri dari orang lain dan berbagai hal. Diri sendiri adalah individu seperti yang dikenal sebagai individu, adalah ketika kita mengatakan "aku" (Alligood, 2014).

5. Ruang (*space*)

Ruang (*space*) ditandai dengan karakteristik universal. Semua orang mempunyai beberapa konsep personal yang bergantung pada hubungan dengan situasi, dimensi, area, jarak, waktu dan tanggapan yang berdasar pada persepsi masing-masing individu. Ruang (*space*) dapat juga diartikan sebagai batasan tegas dari fisik dan perilaku yang ditampakkannya.

6. Waktu

King menggambarkan waktu sebagai jangka waktu antar peristiwa satu dengan peristiwa yang lainnya dan dipengaruhi oleh pengalaman masing-masing individu, sehingga peristiwa yang satu dengan yang lain akan saling berhubungan.

2.10.2 Sistem Interpersonal

Sistem interpersonal dibentuk ketika dua atau lebih individu saling berhubungan, pembentukan oleh dua orang atau tiga orang. Interaksi perawat dan klien adalah satu jenis dari sistem interpersonal. Keluarga, sebagai kelompok kecil, dapat dipertimbangkan sebagai sistem interpersonal. Dalam sistem interpersonal diperlukan satu pemahaman tentang konsep komunikasi, interaksi, peran, stres dan transaksi.

1. Komunikasi

Komunikasi didefinisikan sebagai proses pemberian informasi dari individu satu ke individu yang lain secara langsung maupun tidak langsung. Komunikasi merupakan komponen interaksi. Termasuk didalamnya perubahan tanda-tanda non verbal dan simbol-simbol antara perawat-klien dengan lingkungan merupakan komunikasi.

2. Interaksi

Interaksi merupakan suatu proses persepsi dan komunikasi antara individu dengan lingkungan dan antara individu yang satu dengan individu yang lain, diwujudkan dengan perilaku verbal dan diarahkan untuk mencapai tujuan.

Setiap individu yang berinteraksi dipengaruhi oleh perbedaan-perbedaan dalam pengetahuan, tujuan, pengalaman terdahulu dan persepsi.

3. Peran

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan dari individu yang memiliki peraturan yang menjelaskan hak dan kewajiban. Jika harapan peran berbeda dan tidak sesuai dengan yang terjadi, dapat menimbulkan konflik. Dan hal ini berdampak pada penurunan keefektifan asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat.

4. Stres

Stres adalah tingkatan yang dinamis dalam interaksi individu-lingkungan. Stres melibatkan perpindahan energi dan informasi antara individu-lingkungan untuk pengaturan dan pengendalian stresor. Peningkatan stres dalam interaksi individu dapat mempersempit bidang persepsi dan menurunkan kerasionalan. Peningkatan stres juga berpengaruh terhadap intervensi keperawatan yang diberikan pada klien.

5. Transaksi

Transaksi didefinisikan sebagai maksud dari interaksi untuk mencapai tujuan tertentu.

2.10.3 Sistem Sosial

Sistim yang saling berinteraksi secara menyeluruh yang terdiri dari kelompok masyarakat, dikenal sebagai sistem sosial. Kegiatan keagamaan, bidang pendidikan dan sistem pelayanan kesehatan adalah contoh-contoh dari sistem sosial. Pengaruh perilaku terhadap pertumbuhan dan perkembangan

individu yang berada dalam keluarga ekstended di masyarakat adalah contoh lain dari pengaruh sistem sosial. Di dalam sistem sosial, penting untuk memahami otoritas konsep, pengambilan keputusan, organisasi, status.

1. Otoritas (*authority*)

Merupakan proses transaksi yang aktif dalam pengalaman seseorang untuk memahami nilai yang berpengaruh, legitimasi dan menerimanya sebagai posisi dalam organisasi berkaitan dengan otoritasnya.

2. Pengambilan keputusan (*decision making*)

Adalah perubahan dan proses yang disengaja melalui proses memilih sesuai dengan tujuan dengan mengidentifikasi aktivitas yang mungkin dilakukan oleh individu atau group untuk mencapai tujuan.

3. Organisasi (*organization*)

Dibentuk oleh individu yang memiliki peran yang diharapkan sesuai dengan posisinya. Orang tersebut akan menggunakan berbagai sumber untuk mencapai tujuan baik personal maupun organisasi.

4. Status

Status adalah hubungan seseorang di dalam grupnya dengan anggota lainnya dalam satu grup atau grup yang satu dengan grup yang lainnya.

Konsep-konsep di dalam kerangka tersebut merupakan dimensi pengaturan dan menunjukkan pengetahuan yang penting bagi pemahaman interaksi di antara ke tiga sistem. Konsep yang ditempatkan dalam sistim personal karena mereka terutama berhubungan dengan individu, sedangkan konsep yang ditempatkan dalam sistim interpersonal karena menekankan

pada interaksi antara dua orang atau lebih. Konsep yang ditempatkan dalam sistem sosial karena mereka menyediakan pengetahuan untuk perawat agar berfungsi di dalam sistem yang lebih besar (Alligood, 2014). Bagaimanapun King dengan jelas telah mengidentifikasi bahwa konsep-konsep yang berada di dalam kerangka itu tidak dibatasi hanya pada salah satu sistem yang saling berinteraksi secara dinamik tetapi juga yang berseberangan dengan ketiga sistem tersebut.

2.10.4 Konsep Interaksi Imogene M. King

King mempunyai asumsi dasar terhadap kerangka kerja konseptualnya, bahwa manusia seutuhnya (*Human Being*) sebagai sistem terbuka yang secara konsisten berinteraksi dengan lingkungannya. Asumsi dasar King tentang manusia seutuhnya (*Human Being*) meliputi sosial, perasaan, rasional, reaksi, kontrol, tujuan, orientasi kegiatan dan orientasi pada waktu.

Dari keyakinannya tentang *human being* ini, King telah menderivat asumsi tersebut lebih spesifik terhadap interaksi perawat-klien:

1. Persepsi dari perawat dan klien mempengaruhi proses interaksi.
2. Tujuan, kebutuhan-kebutuhan dan nilai dari perawat dan klien mempengaruhi interaksi
3. Individu mempunyai hak untuk mengetahui tentang dirinya sendiri.
4. Individu mempunyai hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan.
5. Profesional kesehatan mempunyai tanggung jawab terhadap pertukaran informasi.
6. Individu mempunyai hak untuk menerima atau menolak pelayanan kesehatan.

7. Tujuan dari profesional kesehatan dan tujuan dari penerima pelayanan kesehatan dapat berbeda.

Dalam interaksi tersebut terjadi aktivitas-aktivitas yang dijelaskan sebagai sembilan konsep utama, dimana konsep-konsep tersebut saling berhubungan dalam setiap situasi praktek keperawatan (Christensen, 2009), meliputi:

1. Interaksi, King mendefinisikan interaksi sebagai suatu proses dari persepsi dan komunikasi antara individu dengan individu, individu dengan kelompok, individu dengan lingkungan yang dimanifestasikan sebagai perilaku verbal dan non verbal dalam mencapai tujuan.
2. Persepsi diartikan sebagai gambaran seseorang tentang realita, persepsi berhubungan dengan pengalaman yang lalu, konsep diri, sosial ekonomi, genetika dan latar belakang pendidikan.
3. Komunikasi diartikan sebagai suatu proses penyampaian informasi dari seseorang kepada orang lain secara langsung maupun tidak langsung.
4. Transaksi diartikan sebagai interaksi yang mempunyai maksud tertentu dalam pencapaian tujuan. Yang termasuk dalam transaksi adalah pengamatan perilaku dari interaksi manusia dengan lingkungannya.
5. Peran merupakan serangkaian perilaku yang diharapkan dari posisi pekerjaannya dalam sistem sosial. Tolok ukurnya adalah hak dan kewajiban sesuai dengan posisinya.
6. Stres diartikan sebagai suatu keadaan dinamis yang terjadi akibat interaksi manusia dengan lingkungannya. Stres melibatkan pertukaran energi dan

informasi antara manusia dengan lingkungannya untuk keseimbangan dan mengontrol stresor.

7. Tumbuh kembang adalah perubahan yang kontinu dalam diri individu. Tumbuh kembang mencakup sel, molekul dan tingkat aktivitas perilaku yang kondusif untuk membantu individu mencapai kematangan.
8. Waktu diartikan sebagai urutan dari kejadian/ peristiwa ke masa yang akan datang. Waktu adalah perputaran antara satu peristiwa dengan peristiwa yang lain sebagai pengalaman yang unik dari setiap manusia.
9. Ruang adalah sebagai suatu hal yang ada dimanapun sama. Ruang adalah area dimana terjadi interaksi antara perawat dengan klien.

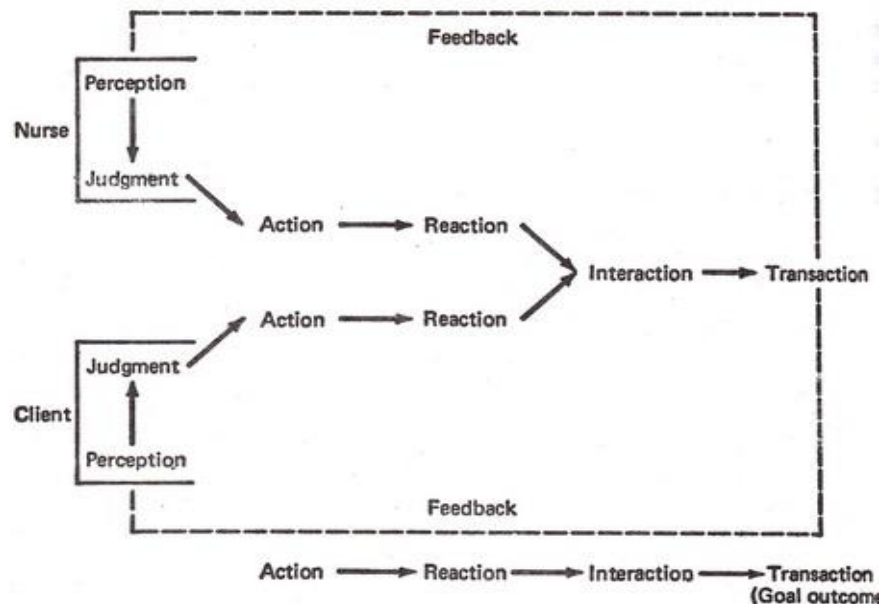
Konsep hubungan manusia menurut King terdiri dari komponen:

1. Aksi merupakan proses awal hubungan dua individu dalam berperilaku dalam memahami atau mengenali kondisi yang ada dalam keperawatan yang digambarkan melalui hubungan perawat dan klien untuk melakukan kontrak untuk pencapaian tujuan.
2. Reaksi adalah suatu bentuk tindakan yang terjadi akibat adanya aksi dan merupakan respon individu.
3. Interaksi merupakan suatu bentuk kerjasama yang saling mempengaruhi antara perawat dan klien, yang diwujudkan dalam bentuk komunikasi.
4. Transaksi merupakan kondisi dimana antara perawat dan klien terjadi suatu persetujuan dalam rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan (Murwani, 2009).

2.10.5 Konsep Utama Asumsi King

Filosofi personal King tentang manusia dan hidup mempengaruhi asumsi-asumsinya; termasuk yang berhubungan dengan lingkungan, kesehatan, keperawatan, individu dan interaksi perawat-klien. Interaksi antara kerangka sistem dan teori pencapaian tujuan didasarkan pada satu asumsi yang menyeluruh, berfokus pada keperawatan yaitu manusia yang saling berinteraksi dengan lingkungan mereka, dan mendorong ke arah kesehatan individu, dimana merupakan satu kemampuan untuk berfungsi dalam peranan sosial (Alligood, 2014).

Proses interaksi manusia membentuk dasar untuk merancang suatu model transaksi, dimana melukiskan pengetahuan teoritis yang digunakan oleh perawat untuk membantu individu dan kelompok mencapai sasaran/ tujuan.



Gambar 2.3 Proses interaksi manusia yang menjurus pada transaksi model transaksi (Alligood, 2014)

King menyatakan penentuan tujuan timbal balik (antara perawat dan klien) didasarkan pada:

1. Keperawatan dengan memberi perhatian terhadap permasalahan dan gangguan kesehatan yang dialami klien
2. Keterlibatan antara persepsi perawat dan persepsi klien
3. Pemberian informasi terhadap masing-masing fungsi untuk membantu klien mencapai sasaran/ tujuan yang ingin dicapai.

Empat konsep utama asumsi King meliputi :

1. Keperawatan (*Nursing*)

Keperawatan merupakan perilaku yang dapat diobservasi dan ditemukan dalam sistem perawatan kesehatan yang ada di masyarakat. Tujuan keperawatan adalah untuk membantu individu memelihara kesehatan mereka, sehingga mereka dapat menjalani peran-peran mereka. Keperawatan adalah suatu proses interpersonal yang meliputi tindakan/ aksi, reaksi, interaksi dan transaksi. Persepsi perawat dan klien juga mempengaruhi proses interpersonal. Dalam hal ini interaksi perawat yang diharapkan adalah perannya sebagai edukator untuk klien dan keluarganya, peran ini dilakukan dengan membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, penyakit yang diderita bahkan tindakan yang diberikan sehingga terjadi perubahan perilaku baik dari klien dan keluarga setelah edukasi diberikan.

2. Manusia (*Person*)

Merupakan asumsi spesifik yang berhubungan dengan manusia atau individu, terperinci dalam asumsi-asumsi berikut:

- 1) Individu adalah makhluk spiritual
- 2) Individu mempunyai kapasitas untuk berpikir, mengetahui, membuat aneka pilihan, dan memilih tindakan alternatif
- 3) Individu mempunyai kemampuan memahami bahasa, budaya dan simbol-simbol lain yang terekam
- 4) Individu adalah sistem terbuka dalam transaksi dengan lingkungan. Transaksi berarti juga bahwa tidak ada yang memisahkan antara manusia dan lingkungan
- 5) Individu bersifat unik dan holistik, menjadi berharga dan hakiki, dan dapat membuat pemikiran yang rasional dan membuat keputusan dalam berbagai situasi
- 6) Individu berbeda dalam kebutuhan, keinginan dan tujuan/sasaran mereka

3. Kesehatan (Health)

Kesehatan berimplikasi pada penyesuaian berkelanjutan terhadap stres di dalam lingkungan internal dan eksternal melalui penggunaan yang optimal dari sumber dayanya untuk mencapai potensi maksimum untuk kegiatan sehari-hari (Alligood, 2014).

4. Lingkungan (Environment)

King percaya bahwa satu pemahaman tentang tatacara manusia berhubungan dengan lingkungan untuk memelihara kesehatan adalah hal yang esensial untuk perawat. Sistem terbuka berimplikasi pada interaksi yang terjadi antara sistem dan lingkungan yang mengalami perubahan secara terus menerus.

Penyesuaian-penyesuaian dalam kehidupan dan kesehatan dipengaruhi oleh satu interaksi individu dengan lingkungan (Alligood, 2014).

2.11 Konsep *Family Centered Nursing*

Friedman mengemukakan teori praktik keluarga sebagai pusat keperawatan (*Family Centered Nursing*) didasarkan pada perspektif bahwa keluarga adalah unit dasar untuk perawatan individu dari anggota keluarga dan dari unit yang lebih luas. Keluarga merupakan unit dasar dari sebuah komunitas dan masyarakat, mempresentasikan perbedaan budaya, rasial, etnik, dan sosial ekonomi, politik, dan budaya ketika melakukan pengkajian dan perencanaan, implementasi, dan evaluasi perawatan pada anak dan keluarga (Nursalam, 2017).

Asuhan keperawatan keluarga difokuskan pada peningkatan kesehatan seluruh anggota keluarga melalui perbaikan dinamika hubungan internal keluarga, struktur, dan fungsi yang terdiri atas sosialisasi, reproduksi, ekonomi, perawatan kesehatan bagi anggota keluarga, untuk dapat merawat anggota keluarga keluarganya yang sakit dan bagi anggota keluarga yang lain agar tidak tertular penyakit, serta adanya interdependensi antar anggota keluarga dengan lingkungannya.

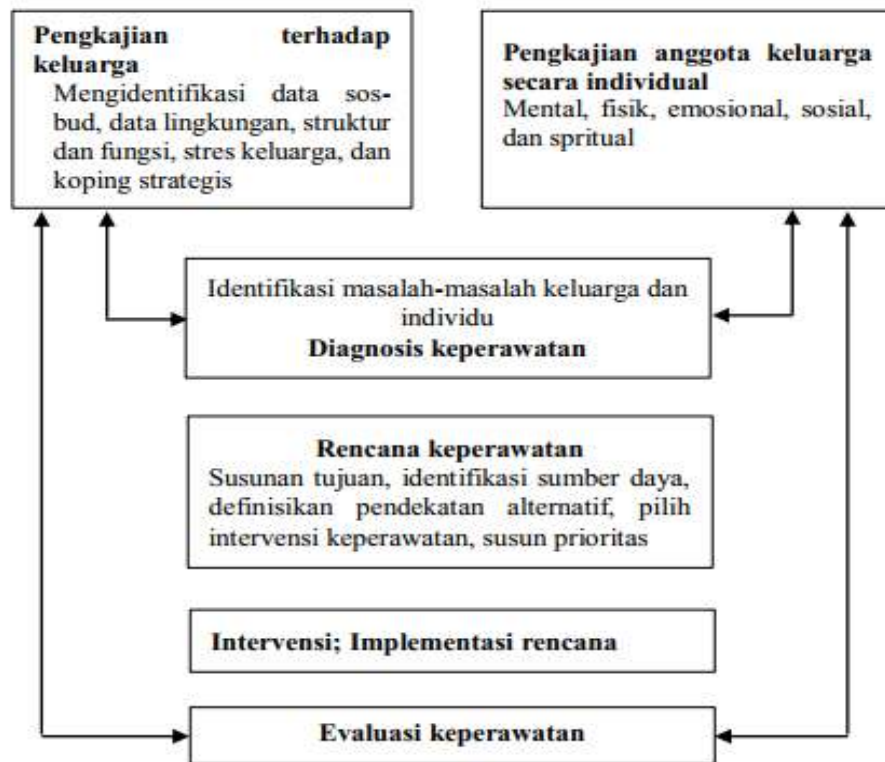
Tujuan dari asuhan keperawatan keluarga memandirikan keluarga dalam melakukan pemeliharaan kesehatan para anggotanya, untuk itu keluarga harus melakukan 5 tugas kesehatan keluarga, diantaranya yaitu: mampu memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga, mampu merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, mampu

mempertahankan suasana di rumah yang sehat atau memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan anggota keluarga, mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga. Masalah individu dalam keluarga diselesaikan melalui intervensi keluarga melalui keterlibatan aktif anggota keluarga lain. Melalui intervensi keluarga yakni keluarga sehat, maka akan membuat komunitas atau masyarakat menjadi sehat karena keluarga merupakan subsistem dari masyarakat (Nursalam, 2017).

Ada beberapa alasan mengapa keluarga menjadi salah satu sentral dalam perawatan yaitu:

1. Keluarga sebagai sumber dalam perawatan kesehatan.
2. Masalah kesehatan individu akan berpengaruh pada anggota keluarga yang lainnya.
3. Keluarga merupakan tempat berlangsungnya komunikasi individu sepanjang hayat sekaligus menjadi harapan bagi setiap anggotanya.
4. Penemuan kasus-kasus suatu penyakit sering diawali dari keluarga.
5. Anggota keluarga lebih mudah menerima suatu informasi, jika informasi tersebut didukung oleh anggota keluarga lainnya.
6. Keluarga merupakan *support sistem* bagi individu.

Pendekatan yang dilakukan dalam asuhan keperawatan keluarga adalah proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian individu dan keluarga, perumusan diagnosis keperawatan, penyusunan rencana asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi dari tindakan yang telah dilaksanakan (Friedman, *et al.*, 2003; Nursalam, 2017). Model langkah-langkah proses keperawatan keluarga menurut Friedman:



Gambar 2.4 Model Family Centered Nursing (Friedman, Bowden, & Jones, 2003)

1. Pengkajian

Tahapan dimana seseorang perawat menformasi secara terus menerus terhadap anggota keluarganya yang dibina.

2. Diagnosis keperawatan

Data hasil pengkajian dikumpulkan, selanjutnya dianalisis, sehingga dapat merumuskan diagnosis keperawatan. Rumusan diagnosis keperawatan keluarga ada tiga jenis, yaitu diagnosis actual, risiko, dan potensial. Etiologi dalam diagnosis keperawatan keluarga didasarkan pada pelaksanaan lima tugas keluarga

3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan keluarga meliputi penetapan tujuan, terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus, kriteria dan standar serta rencana tindakan. Penetapan tujuan dan rencana tindakan dilakukan bersama keluarga karena diyakini bahwa keluarga bertanggung jawab dalam mengatur kehidupannya, dan perawat membantu menyediakan informasi yang relevan untuk memudahkan keluarga mengambil keputusan.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan harus mencakup lima tugas kesehatan keluarga dalam rangka menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah kesehatannya. Selain itu dapat menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, memberi kemampuan dan percaya diri pada keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit, serta membantu keluarga menemukan bagaimana cara membuat lingkungan menjadi sehat, memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia.

5. Evaluasi

Evaluasi asuhan keperawatan keluarga dapat dilakukan dalam menilai tingkat kognitif, afektif, dan psikomotor keluarga. Evaluasi harus ada setiap tindakan, untuk mengetahui apakah tindakan keperawatan tidak diperlukan lagi, menambah ketepatan dari tindakan yang dilakukan dan perlunya tindakan yang dilakukan dan perlunya tindakan keperawatan lain dalam menyelesaikan masalah.

2.11.1 Komponen teori *Family Centered Nursing*

Model pengkajian teori *Family Centered Nursing* menurut Friedman (2003) terdiri dari 6 komponen yaitu:

1. Faktor Keluarga

1) Sosial budaya

Sosial budaya itu sendiri adalah segala hal yang dicipta oleh manusia berdasarkan pengetahuan-pengetahuan yang dimiliki, dengan menggunakan pemikiran dan budi nuraninya untuk dan/ atau dalam kehidupan bermasyarakat. Atau lebih singkatnya manusia membuat sesuatu berdasar budi dan pikirnya yang diperuntukkan dalam kehidupan bermasyarakat. Dalam penelitian ini peneliti mengangkat dua tema yang mewakili sosial budaya yaitu pengetahuan dan pendapatan keluarga.

a. Pengetahuan Keluarga

Pendidikan merupakan modal utama dalam menunjang kehidupan kesehatan keluarga. Bagi keluarga dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi dan lebih mudah menerima informasi kesehatan khususnya mengenai segala informasi tentang penyakit yang diderita anggota keluarga dalam hal ini PGK dan HD yang dapat menambah pengetahuannya sehingga mampu mengambil tindakan yang tepat dalam kehidupan sehari-hari. Pengetahuan seseorang dapat di kategorikan menjadi pengetahuan baik, cukup dan kurang (Gibbons, Bali, & Wickramasinghe, 2010) dan dikategorikan c. Hal ini dapat di pengaruhi oleh faktor pendidikan, pengalaman, intelligence,

pemberian informasi dan sosial budaya (Monks, Knoers, & Haditono, 2002).

b. Pendapatan Keluarga

Sosial ekonomi dapat dilihat antara lain dari pendidikan, pengetahuan, kepemilikan, dan pendapatan. Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang kehidupan dan kesehatan keluarga.

2) Tahap dan riwayat perkembangan keluarga

Perkembangan keluarga merupakan proses perubahan yang terjadi pada sistem keluarga meliputi, perubahan pola interaksi & hubungan antar anggota keluarga disepanjang waktu. Perubahan ini berlangsung melalui beberapa tahapan atau kurun waktu tertentu. Pada setiap tahapan memiliki tugas perkembangan yang mesti dipenuhi supaya tahapan tersebut bisa dilalui dengan berhasil (Friedman *et al.*, 2010).

3) Lingkungan

Lingkungan merupakan kombinasi antara kondisi fisik yang mencakup keadaan sumber daya alam seperti tanah, air, energi surya, mineral, serta flora dan fauna yang tumbuh di atas tanah maupun di dalam lautan, dengan kelembagaan yang meliputi ciptaan manusia seperti keputusan bagaimana menggunakan lingkungan fisik tersebut. Lingkungan juga dapat dinilai dari sejauhmana ia berpengaruh untuk memudahkan akses-akses yang berhubungan dengan kelangsungan hidup keluarga (Friedman *et al.*, 2010).

4) Struktur keluarga

Tipe atau pola dari kedudukan dan tugas yang ada didalamnya dari anggota keluarga tersebut (Murwani, 2009).

5) Fungsi Keluarga

Dari beberapa pendapat para ahli bahwa dalam fungsi keluarga sehubungan dengan tugas keluarga yang diantaranya fungsi afektif (*the Affective Function*), fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, dan fungsi perawatan. Sedangkan untuk tugas keluarga, terdapat lima tugas keluarga dalam kesehatan meliputi (mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan yang tepat, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan) (Friedman *et al.*, 2010).

6) Stres, koping dan adaptasi keluarga

Stres merupakan perasaan yang menekan yang dialami oleh individu/keluarga dalam menghadapi permasalahan tertentu seperti adanya anggota keluarga yang terdiagnosa penyakit kronis. Koping merupakan cara yang dapat dilakukan individu/ keluarga, dalam menyelesaikan masalah yang terjadi, menyesuaikan diri dengan keinginan yang akan dicapai, dan respons terhadap situasi yang menjadi ancaman bagi diri individu. Koping dapat digali dari beberapa sumber, dalam hal ini koping internal dapat diciptakan dengan memanfaatkan segala sumber yang berasal dari internal keluarga, sedangkan strategi koping yang bersumber dari eksternal keluarga disebut koping eksternal.

2. Faktor Individu

1) Respon Mental

Pengkajian terhadap respon mental individu yang dimaksud adalah penilaian terhadap keadaan stres dan kecemasan yang dialami oleh klien dalam hal ini adalah stres dan kecemasan klien penderita PGK yang menjalani program hemodialisis.

2) Status Fisik

Status fisik yang dimaksud adalah status fisik (keseimbangan cairan) untuk menilai keadaan klien dengan PGK yang menjalani program hemodialisis. Penilaian status fisik tersebut dapat diperoleh dari kondisi penambahan berat badan klien di antara dua waktu dialysis (IDWG), dengan kriteria penambahan IDWG rata-rata (4-6%), dan penambahan IDWG bahaya (>6%) (Malawat, 2001).

3) Dukungan Emosional dan Sosial

Dukungan emosional keluarga merupakan cara keluarga memberikan bantuan emosi dengan memberikan perasaan yang menenangkan terhadap stres dan kecemasan yang dirasakan anggota keluarganya, sedangkan dukungan sosial keluarga adalah cara keluarga memberi bantuan, semangat, penerimaan, perhatian, penghargaan dan pertolongan yang didapatkan dari orang tua, saudara, anak atau anggota keluarga yang lain.

4) Respon Spiritual

Definisi spiritual setiap individu dipengaruhi oleh budaya, perkembangan pengalaman hidup, kepercayaan dan ide-ide tentang kehidupan.

Kesejahteraan spiritual merupakan suatu kondisi yang ditandai adanya penerimaan hidup, kedamaian, keharmonisan, adanya kedekatan dengan tuhan.

Kelebihan dari teori *Family Centered Nursing* adalah menekankan penerapan asuhan keperawatan keluarga yang difokuskan pada peningkatan peran serta keluarga untuk perawatan individu, prosesnya meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Pada pengkajian dimana mengidentifikasi data sosial budaya, data lingkungan, struktur, fungsi, stres dan koping strategi keluarga.

2.12 Keaslian Penelitian

Pencarian sumber menggunakan strategi PICOT pada *database* elektronik *Scopus*. *Keyword* yang digunakan dalam pencarian sumber alah “*adherence or nonadherence, fluid restriction, and hemodialysis*”, dengan batasan tahun yang digunakan yaitu 10 tahun (tahun 2008-2018). Artikel yang dipilih adalah yang sesuai dengan tujuan penelitian yaitu peningkatan kepatuhan terhadap pembatasan cairan sehingga terpilih 15 jurnal yang dianggap sesuai oleh peneliti.

Berdasarkan telaah dari beberapa artikel, didapatkan bahwa pada penelitian-penelitian sebelumnya beberapa intervensi yang dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan klien PGK dalam pembatasan asupan cairan, diantaranya adalah: pemberian edukasi, intervensi secara psikososial, pendekatan model perilaku, pengaktifan dukungan keluarga, dll, akan tetapi pendekatan dengan model yang melibatkan interaksi antara perawat-klien-

keluarga belum dikembangkan, oleh karena itu peneliti merasa perlu mengidentifikasi lebih lanjut faktor-faktor pembentuk pencapaian tujuan dalam pembatasan asupan cairan klien PGK yang menjalani program HD yang melibatkan interaksi antara perawat-klien-keluarga dalam upaya peningkatan kepatuhan.

Berikut disajikan dalam tabel hasil pencarian artikel untuk keaslian penelitian:

Tabel 2.2 Keaslian Penelitian

No	Judul & Penulis	Variabel	Metode	Hasil
1	“ <i>Adherence to dietary and fluid restrictions among patients undergoing hemodialysis: An observational study</i> ” (Beerappa & Chandrababu, 2018)	1. Kepatuhan 2. Diet 3. Pembatasan asupan cairan	<i>observational study</i>	Tingkat kepatuhan diet: 1. kepatuhan baik, tingkat serum fosfat peserta berada di kisaran 2,5-4,5 mg/dL (n = 41) sebesar 68,3%. 2. kepatuhan sedang, tingkat serum fosfat kisaran 4,6-6,0 mg/dL dengan rata-rata 4,8 ± 0,26 mg / dL, sebesar 20% 3. kepatuhan rendah, serum fosfat > 6 mg/dL dengan rata-rata 7,0 ± 1,5 mg/dL, sebesar 11,7%
2	“ <i>Educational interventions for improved diet and fluid management in haemodialysis patients: An interventional study</i> ” (Düzalan & Pakyüz, 2018)	1. Pendidikan kesehatan 2. Pengetahuan (diet dan pembatasan cairan) 3. Perilaku (diet dan pembatasan cairan)	<i>Quasy Experiment</i>	1. terjadi peningkatan yang signifikan pada skor post-test SDKHP dan SDBHP pada kelompok intervensi dibandingkan dengan skor pre-test, dengan nilai signifikansi (p <0,05 dan p <0,001), 2. kadar serum natrium, kenaikan berat badan pra-dialisis dan tekanan darah diastolik menurun secara signifikan (masing-masing p<0,05 3. perbedaan signifikan kadar serum natrium ditemukan antara kelompok intervensi

No	Judul & Penulis	Variabel	Metode	Hasil
				dan kontrol pada pre-test dan post-test ($p < 0,05$).
3	<p>“Adherence of adult Chronic Kidney Disease patients with regard to their dialysis, medication, dietary and fluid restriction”</p> <p>(Geldine, Bhengu, & Manwere, 2017)</p>	<p>1. Kepatuhan Dialysis</p> <p>2. Kepatuhan Pengobatan</p> <p>3. Kepatuhan diet</p> <p>4. Kepatuhan pembatasan asupan cairan</p>	<p><i>Sistematic Review</i></p>	<p>1. Ketidakpatuhan pengobatan berkisar antara 3 hingga 80% yang dilaporkan melalui laporan diri, wawancara terstruktur dan pemeriksaan laboratorium</p> <p>2. Ketidakpatuhan cairan adalah 10-74%. dilaporkan melalui laporan diri dan pemeriksaan laboratorium</p> <p>3. ketidakpatuhan terhadap diet adalah masing-masing 2-39% dan 19-57%.</p> <p>4. Kepatuhan hemodialisis masing-masing berkisar 2,5% - 19% dan 20,3% - 32,3%.</p>
4	<p>“Psychosocial Intervention Improves Depression, Quality of Life, and Fluid Adherence in Hemodialysis”</p> <p>(Cukor <i>et al.</i>, 2014)</p>	<p>1. CBT</p> <p>2. Tingkat depresi</p> <p>3. Kualitas hidup (QoL)</p> <p>4. Kepatuhan pembatasan cairan (IDWG)</p>	<p><i>randomized crossover trial (RCT)</i></p>	<p>1. Penurunan secara signifikan dalam Beck Depression Inventory II ($P = 0,03$) dan Hamilton Depression Rating Skor skala ($P, 0,001$) setelah intervensi</p> <p>2. Terjadi peningkatan kualitas hidup yang lebih besar, dinilai dengan Formulir Pendek Kualitas Hidup Penyakit Ginjal ($P = 0,04$)</p> <p>3. Terdapat efek yang signifikan untuk peningkatan kepatuhan cairan dengan skor perubahan rata-rata selama pengobatan adalah 21,3% Dkg/hari (SD 0,3; $P, 0,001$). Walaupun terjadi perubahan selama tindak lanjut yang menunjukkan peserta dengan cepat kembali ke tingkat ketidakpatuhan mereka sebelumnya.</p>
5	<p>“UK National Survey of Practice Patterns of Fluid Volume Management in</p>	<p>Managemen volume cairan:</p> <p>1. Penilaian volume cairan</p> <p>2. Target berat badan</p>	<p><i>Survey Deskriptive</i></p>	<p>Penilaian terhadap 45 dari 74 pusat dialisis di UK</p> <p>1. 78% tidak memiliki kebijakan yang disepakati pengelolaan keseimbangan cairan pada pasien dengan</p>

No	Judul & Penulis	Variabel	Metode	Hasil
	<i>Haemodialysis Patients: A Need for Evidence</i> (Howren <i>et al.</i> , 2016)	3. Pengukuran RRF 4. Manajemen kelebihan cairan 5. Diet		HD; 44% tidak menilai status cairan secara rutin. 2. 53% menurunkan berat badan sejauh ditoleransi 3. 22% mengukur fungsi ginjal residual (RRF) 4. 91% tidak memiliki kebijakan untuk kelebihan cairan 5. 64% membatasi garam dan cairan
6	<i>“Effect of a Behavioral Self-Regulation Intervention on Patient Adherence to Fluid-Intake Restrictions in Hemodialysis: a Randomized Controlled Trial”</i> (Howren <i>et al.</i> , 2016)	1. Perilaku kontrol diri 2. Kepatuhan pembatasan asupan cairan	<i>Randomized Kontrol Trial (RCT)</i>	Tidak terdapat efek signifikan intervensi terhadap kepatuhan pembatasan cairan, Namun, efek positif dalam berat badan interdialitik yang signifikan dari waktu ke waktu diamati untuk kelompok intervensi ($\beta = -0,32$, $p = 0,014$) yang menunjukkan manfaat dari intervensi
7	<i>“Adherence to diet and fluid restriction of individuals on hemodialysis treatment and affecting factors in Turkey”</i> (Efe & Kocaöz, 2015)	kepatuhan diet dan pembatasan cairan	<i>Survey Deskriptive</i>	1. 98,3% tidak patuh pada diet dan 95,0% pada pembatasan cairan 2. Skor ketidakpatuhan diet dan oembatasan cairan lebih tinggi pada individu yang tidal memiliki support keluarga ($p < 0,05$) 3. Frekuensi ketidakpatuhan diet dan pembatasan cairan pada individu yang mendapat program HD di Kelompok usia 21–35 tahun ditemukan lebih tinggi dari pada kelompok umur lainnya ($P < 0,05$) 4. Tidak ada perbedaan signifikan secara statistik yang ditemukan antara kepatuhan dengan jenis kelaminstatus perkawinan dan pendidikan ($P > 0,05$).

No	Judul & Penulis	Variabel	Metode	Hasil
8	<p>“Predictors of dietary and fluid non-adherence in Jordanian patients with end-stage renal disease receiving hemodialysis: a cross-sectional study”</p> <p>(A. Khalil, 2016)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan diet dan pembatasan cairan 2. Depresi 3. Kualitas hidup 4. Persepsi tentang manfaat dan hambatan <i>exercise</i> 5. Dukungan sosial 	<p><i>cross-sectional, correlational descriptive study</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 27% pasien menunjukkan komitmen penuh untuk pedoman diet sedangkan 23% untuk pedoman cairan selama 14 hari. 2. 29,5% melaporkan tingkat depresi parah, 25,8% depresi sedang, dan 23,2% depresi ringan 3. 50% pasien menunjukkan (kepuasan hidup sedang hingga tinggi, persepsi yang tinggi tentang manfaat olahraga dan hambatan latihan) 4. Depresi memiliki signifikansi negatif dalam hubungannya dengan kualitas hidup. ($r = 0,60$, $r = 0,32$, $p = 0.001$). 5. dua variabel model prediksi untuk ketidakpatuhan diet adalah: usia ($B = 0 = 22$, $p = 0 = 05$) dan RRF ($B = 0,23$ $p = 0,122$) 6. Depresi, dukungan sosial dan beberapa variabel demografi mempengaruhi berbagai dimensi kepatuhan rejimen pengobatan di antara pasien dengan ESRD
9	<p>“Dietary and fluid adherence among hemodialysis patients attending public sector hospitals in the Western Cape”</p> <p>(Fincham & Kagee, 2008)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. penerapan teori <i>planned behavior</i> 2. kepatuhan diet dan pembatasan cairan 	<p><i>Prospective study Cross-sectional design</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. kombinasi <i>attitudes and perceived behavioural Control</i> secara signifikan 15,5% berpengaruh terhadap kepatuhan yang dilaporkan sendiri (ukuran efek-sedang) dan 11,4% pada IDWG (ukuran efek-sederhana). 2. prediktor untuk kalium dan fosfat predialitik tidak signifikan
10	<p>“The prediction of self-care behaviors in end-stage renal disease</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Leventhal's Self-Regulatory Model (SRM)</i> 2. perilaku perawatan diri 	<p><i>Prospective study Cross-sectional design</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Representasi dari sakit (dalam bentuk emosional dan persepsi) dapat memprediksi perilaku perawatan diri yang berkaitan dengan

No	Judul & Penulis	Variabel	Metode	Hasil
	<i>patients using Leventhal's Self-Regulatory Model</i> (Connor, Jardine, & Millar, 2008)	(pengobatan, diet, pembatasan asupan cairan)		pengobatan, diet dan pembatasan cairan. 2. strategi koping yang berfokus pada tingkat emosi, menentukan kepatuhan terhadap pembatasan cairan. 3. Jenis kelamin laki-laki cenderung tidak mematuhi pembatasan cairan
11	<i>"Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients"</i> (Chilcot, Wellsted, & Farrington, 2010)	1. Representasi sakit dengan <i>Leventhal's Common Sense Model</i> (CSM) 2. Ketidakpatuhan pembatasan cairan (IDWG)	<i>Cross-sectional design</i>	1. pasien tidak patuh memiliki persepsi waktu secara signifikan lebih rendah daripada pasien yang patuh. 3. Model Representasi sakit dengan <i>Leventhal's Common Sense Model</i> (CSM) telah dianalisis dengan regresi logistik dan dapat digunakan untuk mengidentifikasi prediktor ketidakpatuhan pembatasan cairan (setelah beberapa variabel demografis dan klinis, termasuk usia, jenis kelamin, dan KRU, dikendalikan)
12	<i>"The impact of education on knowledge, adherence, and quality of life among patients on haemodialysis"</i> (Alikari et al., 2018)	1. Pendidikan Kesehatan (edukasi) 2. Pengetahuan 3. Kepatuhan 4. Kualitas hidup	<i>Quasy Experiment</i>	1. Terjadi peningkatan secara signifikan lebih tinggi tingkat pengetahuan, kepatuhan dan kualitas hidup pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol. 2. Tidak ada hubungan signifikan antara pengetahuan dan skor kepatuhan 3. Kepatuhan mempengaruhi secara positif beberapa dimensi kualitas hidup.
13	<i>"Interdialytic Weight Gain: Trends, Predictors, and Associated Outcomes in the International Dialysis"</i>	1. Prediktor IDWG 2. Resiko kematian 3. Resiko hospitalisasi	1. <i>Cross-sectional</i> 2. <i>Prospective cohort study</i>	1. Prediktor IDWG: - IDWG relative - Lama sesi HD - Ultrafiltration rate - pre-and post-HD systolic BP (SBP), - DSBP (dihitung sebagai pre-HD SBP dikurangi post-HD SBP),

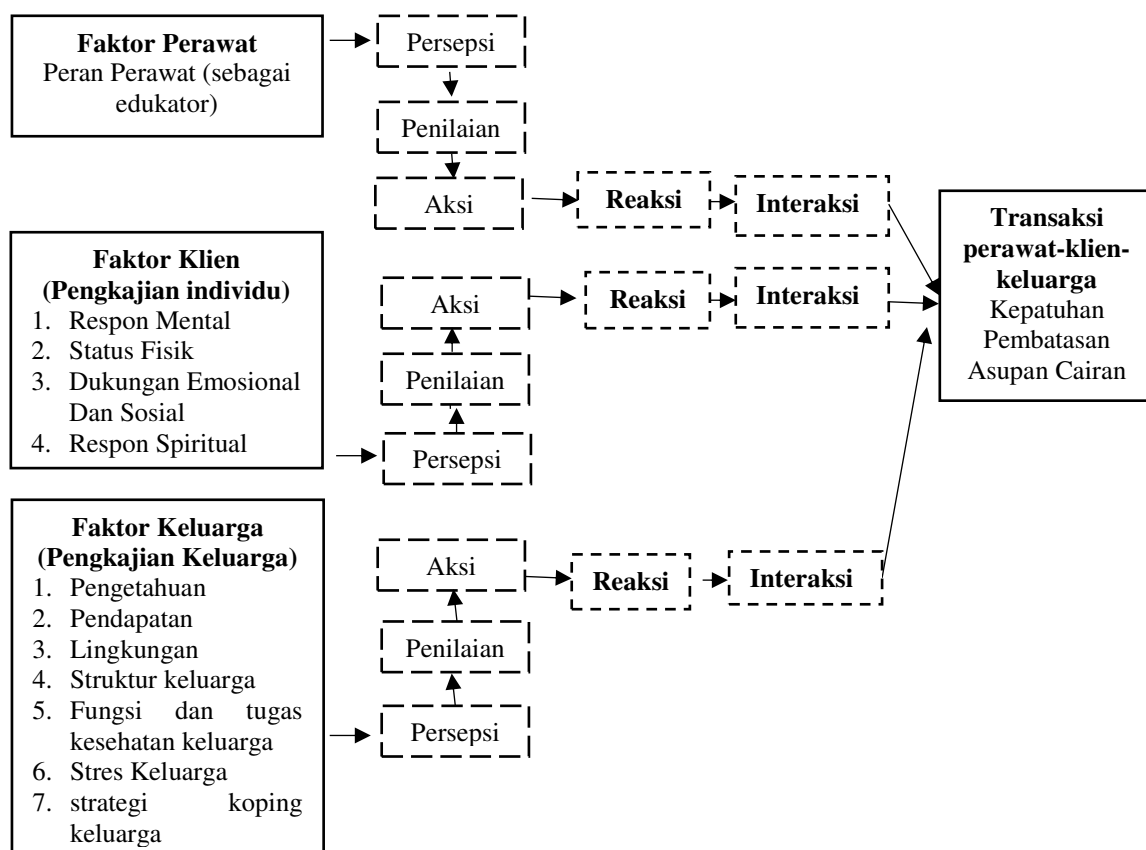
No	Judul & Penulis	Variabel	Metode	Hasil
	<i>Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS)</i> (Wong <i>et al.</i> , 2017)			<ul style="list-style-type: none"> - protein katabolik yang dinormalisasi tingkat (nPCR) - tingkat albumin serum <ol style="list-style-type: none"> 2. faktor yang dapat dimodifikasi terkait dengan IDWG, yang paling menonjol adalah rata-rata konsentrasi natrium dialisat. 3. dibandingkan dengan IDWG relatif 2,5%-3,99%, terjadi peningkatan risiko kematian dengan IDWG relatif $\geq 5,7\%$ dan peningkatan risiko rawat inap dengan kelebihan cairan dengan IDWG relatif $\geq 4\%$
14	<i>“Objectively measured and self-reported nonadherence among Jordanian patients receiving hemodialysis”</i> (A. A. Khalil & Darawad, 2014).	<ol style="list-style-type: none"> 1. penanda objektif ketidakpatuhan diet dan pembatasan cairan: <i>potassium, phosphorus, blood urea nitrogen, and interdialytic weight gain (IDWG)</i> 2. Ketidakpatuhan diet dan pembatasan cairan (<i>Dialysis Dietary and Fluid Nonadherence questionnaire /DDFQ</i>) 	<i>Cross-sectional, descriptive, correlational design</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Di Yordania angka ketidakpatuhan diet dan cairan ditemukan sebanyak 17-80% 2. Ditemukan hubungan yang kuat dan signifikan antara Subskala DDFQ, dan penanda objektif diet dan cairan ketidakpatuhan. 3. Ditemukan konsistensi substansial antara DDFQ dan ukuran objektif ketidakpatuhan diet dan pembatasan cairan orang dewasa Yordania dengan ESRD yang menerima hemodialisis.
15	<i>“Disability is associated with nonadherence to diet and fluid restrictions in end-stage renal disease patients undergoing maintenance hemodialysis”</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakpatuhan diet dan pembatasan cairan (DDFQ) 2. Kecacatan/disabilitas (BDQ) 	<i>Deskriptif Cross-sectional, Korelasional</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 124 pasien (66,7%) melaporkan ketidakpatuhan ringan hingga sangat parah terhadap diet, dan 128 pasien (68,8%) melaporkan ringan hingga berat terhadap pembatasan cairan 2. ketidakpatuhan terhadap diet dan pembatasan cairan lebih umum di antara usia yang lebih tua, jenis kelamin

No	Judul & Penulis	Variabel	Metode	Hasil
	(Mollaoğlu & Kayataş, 2015)			<p>perempuan, pasien berpendidikan rendah dan mereka yang tingkat kecacatannya lebih tinggi.</p> <p>3. Prediktor signifikan untuk ketidakpatuhan diet dan cairan adalah: usia yang lebih tua, kenaikan berat badan interdialytic yang tinggi, dan kecacatan parah</p>

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka konseptual penelitian pengembangan model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien PGK yang menjalani program hemodialisis dengan pendekatan teori *Goal Attainment* dan *Family Centered Nursing*

Kerangka konseptual dalam penelitian ini merupakan integrasi dari teori pencapaian suatu tujuan (*Goal Attainment*) Imogene M. King dan teori *Family Centered Nursing* Friedman. Teori pencapaian tujuan menjelaskan bahwa ada empat konsep dasar dalam *Human Beings* yaitu *health*, *interpersonal relationship*, *perceptions* dan *sosial system* (Alligood, 2014). Teori ini mengemukakan bahwa

hakikat dari hubungan perawat klien adalah bagaimana satu sama lain melakukan sebuah interaksi untuk mencapai suatu tujuan, yang dalam hal ini tujuan yang ingin dicapai sebagai hasil interaksi perawat pasien adalah peningkatan kepatuhan pembatasan asupan cairan.

Pada klien yang menjalani program hemodialisis banyak terjadi ketergantungan tinggi terhadap keluarga, hal ini dikarenakan selain dari proses penyakit, klien hemodialisis mengalami perubahan dalam banyak aspek kehidupannya yaitu mereka harus menjalani program hemodialisis secara berkala 2-3 kali dalam seminggu, konsisten terhadap pengobatan, mengontrol asupan cairan dan memodifikasi diet, sehingga klien seringkali mengalami kegagalan terapi dan semakin memperburuk prognosis (Kim & Kim, 2015). Dibutuhkan dukungan dari beberapa subsistem seperti petugas kesehatan/ perawat untuk memberikan edukasi dalam perawatan serta dukungan dari keluarga untuk meminimalkan komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup klien.

Menurut (Potter & Perry, 2006) peran perawat diantaranya adalah sebagai pemberi edukasi (edukator). Pendidikan kesehatan atau pengajaran perawat kepada klien merupakan suatu bentuk komunikasi interpersonal perawat dan klien yang secara bersama terlibat aktif dalam proses belajar untuk meningkatkan pengetahuan, dan ketrampilan. Pengajaran sebagai upaya perawat dalam memenuhi perannya sebagai pendidik dengan menggunakan komunikasi interpersonal yang terjalin dengan baik antara perawat dengan pasien akan membuat pasien merasa aman dan nyaman. Tren terbaru dalam pelayanan kesehatan menyatakan bahwa pasien dan keluarganya harus siap untuk perawatan anggota keluarga yang sakit

dan perawat bertanggungjawab terhadap pemberian pelayanan yang berkualitas (Chan & Bastable, 2002).

Keluarga merupakan sumber pendukung paling penting dalam mendampingi klien hemodialisis (Ahrari, *et al.*, 2014). Akan tetapi masih ditemukan permasalahan lain dimana keluarga sebagai perawat/ pengasuh klien hemodialisis seringkali mengalami kesulitan untuk mengontrol aktivitas hidup sehari-hari klien, juga mengalami kecemasan dengan kondisi anggota keluarga mereka (Ziegert, *et al.*, 2018), sehingga dibutuhkan sebuah sistem interpersonal dimana perawat, klien dan keluarga yang saling berinteraksi untuk mencapai tujuan. Oleh karena itu peran dan dukungan dari keluarga sangat dibutuhkan dalam mencapai kepatuhan. Perihal tersebut yang mendasari peneliti untuk perlu menambahkan pendekatan keluarga dalam sistem interpersonal dalam teori dari King sebagai bentuk pengembangan model struktural dengan tujuan meningkatkan kepatuhan klien PGK yang menjalani program hemodialisis.

3.2 Hipotesis Penelitian

1. Ada Pengaruh faktor keluarga (pengetahuan, pendapatan, lingkungan, struktur, fungsi dan tugas kesehatan, stres dan strategi koping) terhadap kepatuhan pembatasan asupan cairan.
2. Ada pengaruh faktor klien (respon mental, fisik, dukungan emosional dan sosial dan respon spiritual) terhadap kepatuhan pembatasan asupan cairan.
3. Ada pengaruh faktor perawat (peran perawat sebagai edukator) terhadap kepatuhan pembatasan asupan cairan.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan dijelaskan tentang desain penelitian, populasi, sampel, dan sampling, kerangka operasional penelitian, variabel penelitian dan definisi operasional, instrumen penelitian, uji validitas dan reliabilitas, lokasi dan waktu penelitian, prosedur pengumpulan data, analisis data serta etika penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini yaitu *explanative observational* dimana penelitian ini dilakukan untuk menentukan suatu kejadian atau gejala terjadi dengan hasil akhir adalah gambaran mengenai hubungan sebab akibat variabel bebas dan variabel terikat (Sugiyono, 2012). Pendekatan yang digunakan adalah *crosssectional* dimana variabel bebas dan variabel terikat diamati secara bersamaan (Sugiyono, 2012).

4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi merupakan subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2017). Populasi dalam penelitian ini ada dua yaitu:

1. Seluruh klien yang terjadwal melakukan hemodialisis di RSUD Jombang.
2. Keluarga/ *caregiver* yaitu seorang yang memiliki hubungan kerabat dengan klien, rutin menemani klien melakukan hemodialisis di RSUD Jombang dan merawat klien dirumah.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipergunakan sebagai responden penelitian yang diambil melalui teknik sampling (Nursalam, 2017). Pada penelitian ini penentuan besar sampel untuk klien dan keluarga menggunakan rumus berdasarkan penentuan besar sampel sebagai berikut (dimana N populasi sudah diketahui yaitu sebesar 155 klien dan keluarga):

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = 110 \text{ orang}$$

Keterangan:

n = perkiraan besar sampel

N = besar populasi (Populasi pada penelitian ini sebesar 155 klien dan keluarga)

z = nilai standar normal untuk $\alpha = 0.05$ (1,96)

p = perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%

q = 1 - p (100% - p)

d = tingkat kesalahan yang dipilih (d = 0.05)

Kriteria inklusi responden klien dalam penelitian ini:

- a. Berusia 18 – 65 tahun
- b. Dapat memahami bahasa Indonesia
- c. Klien menjalani hemodialisis ≥ 3 bulan

Kriteria inklusi responden keluarga dalam penelitian ini:

- a. Berusia 18 – 65 tahun
- b. Dapat memahami bahasa Indonesia

- c. Memiliki hubungan kerabat/ keluarga dengan klien
- d. Tinggal serumah dengan klien dirumah

Kriteria eksklusi responden klien dalam penelitian ini:

- a. Klien dengan gangguan penglihatan, pendengaran dan kejiwaan
- b. Klien dengan komplikasi penyulit (gangguan kardiovaskuler, dsb)

Kriteria eksklusi responden keluarga dalam penelitian ini:

- a. Klien dengan gangguan penglihatan, pendengaran dan kejiwaan
- b. Baru pertama kali mengantar klien untuk HD

4.2.3 Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *probability sampling*, yaitu *simple random sampling* dimana sampel dipilih secara acak dengan metode yang sederhana.

1. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

a. Variabel Penelitian

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah faktor keluarga (sosial budaya (pengetahuan, pendapatan), lingkungan, struktur keluarga, fungsi dan tugas kesehatan keluarga, stres dan strategi koping keluarga), faktor klien (respon mental, status fisik, dukungan emosional dan sosial, serta respon spiritual) dan faktor perawat (peran perawat sebagai educator), sedangkan variabel terikat dalam penelitian ini adalah kepatuhan pembatasan asupan cairan.

Tabel 4.1 Variabel Penelitian pengembangan model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien PGK yang menjalani program hemodialisis

Variabel	Keterangan	Indikator
Variabel independen X		
	X1 Faktor keluarga	X1.1 = Pengetahuan Keluarga X1.2 = Pendapatan keluarga X1.3 = Lingkungan (Aksesibilitas) X1.4 = Struktur Keluarga X1.5 = Fungsi dan tugas kesehatan keluarga X1.6 = Stres keluarga X1.7 = Strategi koping keluarga
	X2 Faktor klien	X2.1 = Respon mental X2.2 = Status fisik X2.3 = Dukungan emosional dan sosial X2.4 = Respon spiritual
	X3 Perawat	X3.1 = Peran Perawat (sebagai edukator)
Variabel Dependen Y		
	Y1 Kepatuhan pembatasan cairan	Y1.1 Kepatuhan pembatasan cairan

4.3 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Penelitian pengembangan model struktural kepatuhan pembatasan cairan pada klien dengan PGK yang menjalani program hemodialisis

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1.	Pengetahuan Keluarga (X1.1)	Kemampuan keluarga untuk menjawab dengan benar pertanyaan terkait pembatasan cairan pada klien yang menjalani hemodialisis	Tingkat pemahaman tentang: 1. definisi PGK dan HD 2. Tujuan/fungsi HD 3. Upaya mencegah kelebihan cairan	kuesioner	Ordinal	1-10 Kategori 1. Baik $\geq 76-100\%$ 2. Cukup $60-75\%$ 3. Kurang $\leq 59\%$

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
	Pendapatan Keluarga (X1.2)	Penghasilan perbulan yang diperoleh keluarga	Jumlah dalam rupiah penghasilan keluarga perbulan	kuesioner	nominal	Kategori: 1. < UMR (2.450.000) 2. ≥UMR (2.450.000)
	Lingkungan (X1.3)	Kondisi tempat tinggal keluarga dalam segi aksesibilitas ke layanan kesehatan	Aksesibilitas tempat tinggal keluarga dengan Fasyankes	Kuesioner	ordinal	Kategori: 1. sulit ditempuh (> 25Km) 2. mudah ditempuh (< 25Km)
	Struktur Keluarga (X1.4)	Komposisi anggota (ayah, ibu, anak, sanak saudara) yang tinggal serumah dan merawat klien	Bentuk keluarga	Kuesioner	nominal	Kategori: 1. keluarga besar 2. keluarga inti
	Fungsi dan tugas Kesehatan Keluarga (X1.5)	keberdayaan keluarga dalam mengupayakan kesehatan keluarga sesuai lima fungsi dan tugas kesehatan keluarga	Kesanggupan menjalankan lima fungsi dan tugas kesehatan keluarga	kuesioner	Ordinal	1-13 Kategori 1. Baik 2. Cukup 3. Kurang
	Stres Keluarga (X1.6)	suatu tekanan pada keluarga beserta respon perilaku yang digunakan keluarga dan subsistemnya untuk memecahkan suatu masalah atau mengurangi stres	Gambaran kondisi perilaku keluarga dalam menghadapi tekanan	kuesioner	Ordinal	1-40 Kategori 1. Stres ringan 2. Stres sedang 3. Stres berat
	Strategi Koping Keluarga (X1.7)	Respon yang digunakan keluarga dan subsistemnya untuk memecahkan suatu masalah atau mengurangi stres	Respon perilaku adaptasi keluarga untuk memecahkan suatu masalah atau	kuesioner	Ordinal	1-9 Kategori 1. Baik 2. Cukup 3. Kurang

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
			mengurangi stress			
2.	Respon Mental (X2.1)	kondisi fungsi-fungsi jiwa berkaitan dengan kesanggupan menghadapi segala stimulus yang mungkin berdampak pada kondisi klinis dan memperburuk kondisi kesehatan	Respon stres, ketakutan dan kecemasan, klien	kuesioner	Ordinal	1-13 Kategori 1. Baik 2. Cukup 3. Kurang
	Status Fisik (X2.2)	Kondisi atau status keseimbangan cairan dalam tubuh klien	Nilai IDWG	Kuesioner	Ordinal	1. Ringan jika IDWG <4% 2. Rata-rata jika IDWG ≥4-6% 3. Bahaya jika IDWG >6%
	Dukungan Emosional dan Sosial (X2.3)	Suatu bentuk kenyamanan, perhatian ataupun bantuan yang diterima individu dari orang yang berarti/ keluarga, baik secara perorangan maupun kelompok.	Peran/ perhatian yang diberikan keluarga dalam menghadapi penyebab dan dampak emosi klien	Kuesioner	Ordinal	1-40 Kategori 1. Baik 2. Cukup 3. Kurang
	Respon Spiritual (X2.4)	Harmonisasi dimensi kehidupan responden, termasuk menemukan arti, menderita dan kematian kebutuhan akan harapan dan keyakinan hidup, kebutuhan akan keyakinan pada	Kondisi kesehatan spiritual klien	kuesioner	Ordinal	1-28 Kategori 1. Baik 2. Cukup 3. Kurang

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
		diri sendiri dan tuhan.				
3.	Perawat (Peran Perawat sebagai Edukator) (X3.1)	Fungsi sebagai pemberi edukasi bagi klien dan keluarganya dalam pembatasan cairan	Pelaksanaan kegiatan edukasi terkait pembatasan cairan pada klien dan keluarga	Kuesioner	Ordinal	1-15 Kategori 1. Baik 2. Cukup 3. Kurang
4.	Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan (Y1.1)	Perilaku yang menunjukkan upaya patuh klien yang menjalani program HD terkait pernyataan tentang apa yang dilakukan, perilaku mengontrol cairan, faktor yang mempengaruhi, hambatan, cara mengatasi dampak pembatasan asupan cairan, dan memanfaatkan fasyankes.	Upaya yang dilakukan klien untuk mengontrol asupan cairan	kuesioner	Ordinal	1-6 Kategori 1. Baik/ Patuh 2. Cukup 3. Kurang Patuh

4.4 Instrumen Penelitian

4.4.1 Cara Pengukuran Data

Penelitian ini menggunakan instrumen penelitian berupa kuesioner. Kuesioner merupakan alat pengumpulan data berupa daftar pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan dari responden (Arikunto, 2010). Kisi-kisi kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Kuesioner Untuk Klien

1) Instrumen Karakteristik Responden (Klien)

Instrumen dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan tujuan pengumpulan data. Instrumen karakteristik responden berupa kuesioner digunakan untuk mengumpulkan data usia, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, status perkawinan. Kuesioner ini disusun dengan pertanyaan terbuka.

2) Kuesioner Status Fisik Klien

Instrumen ini dibuat berdasarkan status fisik yang dapat menilai adanya kelebihan cairan pada klien. Kuesioner ini berupa pertanyaan terbuka tentang berat badan setelah HD sebelumnya, berat badan sebelum HD sekarang dan IDWG. Dengan interpretasi IDWG ringan (<4%), penambahan IDWG rata-rata (4-6%), dan penambahan IDWG bahaya (>6%) (Malawat, 2001).

3) Kuesioner Respon Mental Klien

Instrumen ini dibuat sendiri oleh peneliti dan dikembangkan berdasarkan skala kecemasan *Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A)* dan penelitian (Zahrofi, Maliya, & Listyorini, 2014) tentang respon cemas klien yang disesuaikan dengan kebutuhan penelitian. Kuesioner ini disusun 13 item pernyataan dengan konstruk nomor 1-6 adalah pernyataan tentang respon cemas dan nomor 8-13 adalah pertanyaan untuk respon stres yang telah disesuaikan sesuai tujuan penelitian. Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas kembali terhadap instrumen ini. Nilai untuk pernyataan *favorable* adalah “tidak pernah = 1”, “kadang = 2”, “sering = 3”, dan “selalu = 4” dan berlaku sebaliknya untuk pernyataan *unfavorable*.

Berikut matriks poin instrumen respon mental klien yang digunakan dalam penelitian ini:

Tabel 4.3 Matriks poin kuesioner respon mental klien

Parameter	Jumlah Pernyataan	Nomor Pernyataan	Pernyataan Favorable	Pernyataan Unfavorable
Kecemasan Klien	7	1	√	
		2	√	
		3		√
		4	√	
		5		√
		6	√	
Stres	7	8		√
		9		√
		10	√	
		11	√	
		12		√
		13	√	

4) Kuesioner Dukungan Emosional Dan Sosial Klien

Instrumen ini dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan penelitian (Setyaningrum & Indriasari, 2009) tentang dukungan sosial termasuk didalamnya tentang dukungan emosional untuk klien dengan hemodialisis. Kuesioner ini disusun dengan pernyataan tertutup berjumlah 10 item pernyataan dengan konstruk 1-6 adalah pernyataan tentang dukungan emosional dan 7-10 pernyataan tentang dukungan sosial. Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas kembali terhadap instrumen ini. Nilai untuk pernyataan *favorable* adalah “tidak pernah = “1”, ”kadang = 2”, ”sering = 3”, dan “selalu = 4” dan berlaku sebaliknya untuk pernyataan *unfavorable*.

Berikut matriks poin instrumen dukungan emosional dan sosial klien yang digunakan dalam penelitian ini:

Tabel 4.4 Matriks poin kuesioner dukungan emosional dan sosial klien

Parameter	Jumlah Pernyataan	Nomor Pernyataan	Pernyataan Favorable	Pernyataan Unfavorable
Dukungan Emosional	6	1	√	
		2	√	
		3		√
		4		√
		5	√	
		6	√	
Dukungan Sosial	4	7	√	
		8	√	
		9	√	
		10	√	

5) Kuesioner Respon Spiritual Klien

Instrumen ini dibuat sendiri oleh peneliti dengan mengembangkan instrument penelitian sebelumnya (Nursalam, 2008) sesuai dengan kebutuhan penelitian. Kuesioner disusun dari 7 item pernyataan untuk menilai respon spiritual klien. Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas kembali terhadap instrumen ini. Nilai untuk pernyataan *favorable* adalah “tidak pernah = 1”, ”kadang = 2”, ”sering = 3”, dan “selalu = 4” dan berlaku sebaliknya untuk pernyataan *unfavorable*. Berikut matriks poin instrumen respon spiritual klien yang digunakan dalam penelitian ini:

Tabel 4.5 Matriks poin kuesioner respon spiritual klien

Parameter	Jumlah Pernyataan	Nomor Pernyataan	Pernyataan Favorable	Pernyataan Unfavorable
Respon spiritual	7	1	√	
		2	√	
		3	√	
		4	√	
		5		√
		6		√
		7	√	

6) Kuesioner Peran Perawat Sebagai Edukator

Instrumen ini dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan *Joint Comission International (JCI)* tahun 2012 tentang standar pendidikan kesehatan kepada

klien dan keluarga untuk menilai sejauhmana peran perawat dalam memberikan edukasi kepada klien dengan menyesuaikan tema pembatasan asupan cairan klien yang dinilai oleh klien. Kuesioner ini disusun dari pernyataan tertutup sebanyak 10 item. Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas kembali terhadap instrumen ini. Nilai untuk pernyataan *favorable* adalah “ya” = 1 dan jawaban “tidak” = 0 dan berlaku sebaliknya untuk pernyataan *unfavorable*.

Berikut matriks poin instrumen peran perawat sebagai edukator yang digunakan dalam penelitian ini:

Tabel 4.6 Matriks poin kuesioner peran perawat sebagai edukator

Parameter	Jumlah Pernyataan	Nomor Pernyataan	Pernyataan Favorable	Pernyataan Unfavorable
Kepatuhan pembatasan cairan	12	1	√	
		2	√	
		3	√	
		4	√	
		5	√	
		6	√	
		7	√	
		8	√	
		9	√	
		10	√	

7) Kuesioner Kepatuhan Pembatasan Cairan

Instrumen ini dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan *The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire* (ESRD-AQ) untuk menilai kepatuhan klien terhadap pembatasan asupan cairan. Kuesioner ini disusun dari pernyataan tertutup sebanyak 6 item yang berisi pernyataan praktis tentang praktik yang dilakukan klien dalam berupaya melakukan pembatasan cairan. Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas kembali terhadap instrumen

ini. Nilai untuk pernyataan *favorable* adalah “ya” = 1 dan jawaban “tidak” = 0 dan berlaku sebaliknya untuk pernyataan *unfavorable*.

Berikut matriks poin instrumen kepatuhan pembatasan cairan yang digunakan dalam penelitian ini:

Tabel 4.7 Matriks poin kuesioner kepatuhan pembatasan cairan

Parameter	Jumlah Pernyataan	Nomor Pernyataan	Pernyataan Favorable	Pernyataan Unfavorable
Respon spiritual	6	1	√	
		2	√	
		3	√	
		4		√
		5		√
		6	√	

2. Kuesioner Untuk Keluarga

1) Instrumen Karakteristik Responden (*Caregiver/* Keluarga)

Instrumen dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan tujuan pengumpulan data. Instrumen karakteristik responden (*caregiver/* keluarga) berupa kuesioner digunakan untuk mengumpulkan data usia, jenis kelamin, pendidikan agama, pekerjaan, status perkawinan, hubungan dengan klien, pendapatan keluarga, aksesibilitas tempat tinggal dan struktur keluarga.

2) Kuesioner Pengetahuan Keluarga

Instrumen ini dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan (Monks *et al.*, 2002) untuk menilai tingkat pengetahuan responden *caregiver/* keluarga terkait pembatasan asupan cairan. Kuesioner ini disusun dengan pertanyaan tertutup berjumlah 10 item pernyataan. Pengetahuan dikategorikan menjadi pengetahuan baik skor >6, cukup skor 3-6 dan kurang dengan skor <3 (Gibbons *et al.*, 2010). Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas

kembali terhadap instrumen ini. Nilai untuk pernyataan *favorable* adalah “benar” = 1 dan jawaban “salah” = 0 dan berlaku sebaliknya untuk pernyataan *unfavorable*.

Berikut matriks poin instrumen pengetahuan keluarga tentang pembatasan cairan yang digunakan dalam penelitian ini:

Tabel 4.8 Matriks poin kuesioner pengetahuan keluarga tentang pembatasan cairan

Parameter	Jumlah Pernyataan	Nomor Pernyataan	Pernyataan Favorable	Pernyataan Unfavorable
Pengetahuan keluarga tentang pembatasan cairan	10	1	√	
		2	√	
		3	√	
		4		√
		5	√	
		6	√	
		7		√
		8	√	
		9		√
		10		√

3) Kuesioner Fungsi dan tugas Kesehatan Keluarga

Instrumen ini dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan pengembangan teori keluarga dari (Friedman *et al.*, 2010). Tujuan instrument ini adalah untuk menilai kemampuan keluarga dalam menjalankan fungsi dan tugas kesehatan keluarga terkait klien yang menjalani program HD dengan pembatasan asupan cairan. Kuesioner ini disusun dengan pertanyaan tertutup berjumlah 14 item pernyataan, dengan konstruk 4 pernyataan tentang fungsi keluarga dan 9 pernyataan tentang tugas kesehatan keluarga. Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas kembali terhadap instrumen ini. Nilai untuk

pernyataan *favorable* adalah “ya” = 1 dan jawaban “tidak” = 0 dan berlaku sebaliknya untuk pernyataan *unfavorable*.

Berikut matriks poin instrumen fungsi kesehatan keluarga yang digunakan dalam penelitian ini:

Tabel 4.9 Matriks poin kuesioner fungsi kesehatan keluarga

Parameter	Jumlah Pernyataan	Nomor Pernyataan	Pernyataan Favorable	Pernyataan Unfavorable
Fungsi kesehatan keluarga	10	1	√	
		2	√	
		3	√	
		4	√	
		5	√	
		6	√	
		7	√	
		8		√
		9	√	
		10	√	
		11		√
		12	√	
		13	√	

4) Kuesioner Stres Keluarga

Instrumen ini dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan penelitian (Manangin, 2017) tentang gambaran stres keluarga untuk menilai stres yang dirasakan keluarga (*caregiver*) terkait anggota keluarganya sebagai klien yang sakit (menjalani program HD) dengan pembatasan asupan cairan. Kuesioner ini disusun dengan pernyataan tertutup berjumlah 10 item. Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas kembali terhadap instrumen ini. Nilai untuk pernyataan *favorable* adalah “tidak pernah = 0”, ”kadang = 1”, ”sering = 2”, dan “selalu = 3” dan berlaku sebaliknya untuk pernyataan *unfavorable*.

Berikut matriks poin instrumen stres keluarga yang digunakan dalam penelitian ini:

Tabel 4.10 Matriks poin kuesioner stres keluarga

Parameter	Jumlah Pernyataan	Nomor Pernyataan	Pernyataan Favorable	Pernyataan Unfavorable
Stres keluarga	10	1	√	
		2	√	
		3	√	
		4	√	
		5		
		6		√
		7	√	
		8	√	
		9	√	
		10		√

5) Kuesioner strategi coping keluarga

Instrumen ini dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan penelitian (Manangin, 2017) mengenai gambaran strategi coping keluarga dalam menghadapi stres terkait anggota keluarganya sebagai klien yang menjalani program HD dengan pembatasan asupan cairan. Kuesioner ini disusun dengan pernyataan tertutup berjumlah 10 item dengan konstruk 5 pernyataan tentang strategi coping internal dan 5 pernyataan tentang strategi coping eksternal (Nasution, 2010). Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas kembali terhadap instrumen ini. Nilai untuk pernyataan *favorable* adalah “ya” = 1 dan jawaban “tidak” = 0 dan berlaku sebaliknya untuk pernyataan *unfavorable*.

Berikut matriks poin instrumen strategi coping keluarga yang digunakan dalam penelitian ini:

Tabel 4.11 Matriks poin kuesioner strategi koping keluarga

Parameter	Jumlah Pernyataan	Nomor Pernyataan	Pernyataan Favorable	Pernyataan Unfavorable
Stres keluarga	10	1	√	
		2		√
		3	√	
		4	√	
		5	√	
		6	√	
		7	√	
		8	√	
		9		√
		10	√	

4.4.2 Pengujian Instrumen Penelitian

Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas pada subyek yang memiliki kesamaan karakteristik dengan responden penelitian. Uji validitas dilakukan untuk melihat sejauh mana alat ukur yang akan digunakan benar dan akurat dalam mengukur apa yang akan diukur. Perhitungan validitas item pertanyaan dilakukan dengan menggunakan korelasi *pearson product moment*. Pernyataan dinyatakan valid jika nilai r hitung \geq nilai r tabel (0,36) dan sebaliknya jika r hitung \leq nilai r tabel maka pernyataan dinyatakan tidak valid.

Hasil uji validitas instrument dilakukan dalam 2 tahap, pertama dengan 10 responden klien Hemodialisis di RSUD Bangil Pasuruan, didapatkan nilai r tabel sebesar 0,632 terdapat 5 dari 88 pernyataan yang tidak valid dikarenakan nilai r hitung kurang dari 0,632. Pernyataan yang tidak valid dikonsultasikan ke pembimbing dan kemudian pernyataan di modifikasi. Kuesioner yang telah dimodifikasi diuji valid kembali (tahap 2)

dan hasil seluruh butir-butir pertanyaan di variabel tersebut dinyatakan valid dan dapat dipergunakan sebagai alat pengumpul data dalam penelitian ini.

Tabel 4.12 Hasil Uji Validitas Instrumen Penelitian

Sub Variabel	Range hitung	Kesimpulan
Respon Mental	0,877-0,703	Valid
Dukungan emosional dan social	0,925-0,634	Valid
Respon spiritual	0,935-0,795	Valid
Pengetahuan keluarga	0,978-0,645	Valid
Fungsi dan tugas kesehatan keluarga	0,965-0,670	Valid
Stres	0,969-0,672	Valid
Strategi koping	0,946-0,776	Valid
Peran perawat (sebagai edukator)	0,976-0,707	Valid
Kepatuhan pembatasan cairan	0,972-0,992	Valid

Uji reliabilitas instrumen bertujuan untuk mengetahui suatu instrumen dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data (Cresswell, 2005). Uji reliabilitas instrumen pada penelitian ini dilakukan dengan metode penghitungan koefisien Alpha Cronbach dengan menggunakan koefisien Alpha Cronbach. Jika nilai r Cronbach Alpha \geq nilai r tabel maka pernyataan tersebut reliabel, sebaliknya jika nilai r cronbach Alpha \leq nilai r tabel maka pernyataan tersebut tidak reliabel. Kuesioner dinyatakan reliabel bila nilai Cronbach's Alpha lebih dari 0,6 (Dahlan, 2010).

Adapun rangkuman hasil uji reliabilitas kuisioner sesuai dengan *Output SPSS* dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.13 Hasil Uji Reliabilitas Instrumen Penelitian

Sub Variabel	Cronbach Alpha	cut off	Keterangan
Respon Mental	0,772	0,600	Reliabel
Dukungan emosional dan social	0,784	0,600	Reliabel
Respon spiritual	0,790	0,600	Reliabel
Pengetahuan keluarga	0,781	0,600	Reliabel
Fungsi dan tugas kesehatan keluarga	0,773	0,600	Reliabel

Stres	0,785	0,600	Reliabel
Strategi koping	0,776	0,600	Reliabel
Peran perawat (sebagai edukator)	0,771	0,600	Reliabel
Kepatuhan pembatasan cairan	0,802	0,600	Reliabel

Berdasarkan tabel tersebut, diketahui bahwa nilai semua sub variabel mempunyai *Cronbach Alpha* yang lebih besar dari 0.60, sehingga sub variabel tersebut dinyatakan reliabel dan layak dipergunakan sebagai alat pengumpul data.

4.4.3 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2017). Prosedur pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian ini adalah:

1. Memberikan penjelasan mengenai penelitian yang dilakukan kepada responden
2. Penandatanganan *inform consent* sebagai bukti persetujuan menjadi responden
3. Pengisian kuesioner
4. Analisis hasil
5. Menemukan faktor-faktor yang berpengaruh
6. Pengembangan konsep model
7. Merekomendasikan konsep model

4.5 Analisis Data

4.5.1 Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi dari masing-masing variabel dalam bentuk kategori dan menghasilkan data berupa

persentasi. Analisis deskriptif juga ditujukan untuk menggambarkan persepsi responden terhadap variabel yang merefleksikan variabel penelitian, berdasarkan kecenderungan tanggapan responden terhadap butir pertanyaan dalam instrument penelitian. Distribusi frekuensi setiap variable digambarkan dengan kriteria menurut (Arikunto, 2010) yang dijelaskan sebagai berikut:

Seluruh	: 100%
Hampir seluruh	: 76% – 99%
Sebagian Besar	: 51% – 75%
Setengah	: 50%
Hampir setengah	: 26% - 49%
Sebagian kecil	: 1% - 25%
Tidak satupun	: 0%

4.5.2 Analisis Statistik

Penelitian ini menggunakan teknik analisis model persamaan struktural berbasis *variance* atau *component based* yang disebut PLS (*Partial Least Square*). PLS memungkinkan pengujian rangkaian hubungan antar variabel yang relatif rumit secara simultan. Model analisis jalur semua variabel dalam PLS terdiri atas tiga rangkaian hubungan yaitu: inner model yang menghususkan hubungan antar variabel laten dengan indikator. Unit yang diteliti adalah klien PGK dan keluarga (*caregiver*) yang mendampingi klien selama menjalani program hemodialisis di RSUD Kabupaten Jombang. Evaluasi model terdiri dari dua bagian evaluasi yaitu evaluasi model pengukuran dan evaluasi struktural.

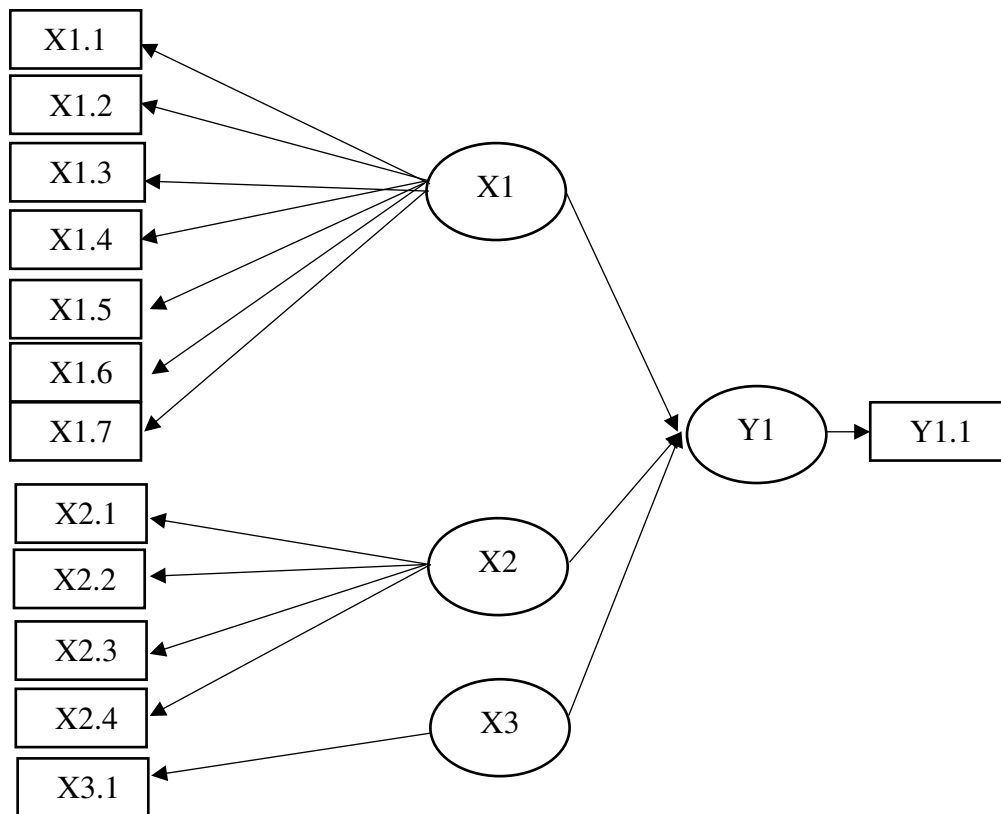
1. Evaluasi model pengukuran atau *outer model*

Model pengukuran atau *outer model* dengan indikator relatif dievaluasi berdasarkan hasil *validity* dan *realibility* indikator. Indikator dikatakan valid jika memiliki nilai *outer loading* 0,5 dan nilai T-statistik 1,96. *Reliability* menguji nilai reliabilitas indikator dari konstruk yang membentuknya.

2. Evaluasi model struktural atau *inner model*

Evaluasi *inner model* bertujuan untuk mengetahui besarnya pengaruh atau kuualitas antar variabel-variabel didalam penelitian yaitu dengan mendapatkan R square atau koefisien determinasi yang merupakan sebuah nilai yang menjelaskan tentang ukuran kebaikan model atau besarnya penaruh variabel-variabel bebas terhadap variabel terikat serta nilai Q^2 atau relevansi prediksi. Apabila diperoleh nilai Q^2 lebih dari 2 dan mendekati 1, hal tersebut memberikan bukti bahwa model memiliki *predictive relevance* namun apabila diperoleh Q^2 di bawah nol maka terbukti bahwa model tidak memiliki *predictive relevance*.

Penelitian ini membuat distribusi frekuensi berdasarkan kategori masing-masing variabel dan deskripsi kategori dengan pendekatan analisis baris kolom pada seluruh variabel. Analisis univariat pada umumnya ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel (Sugiyono, 2012).



Gambar 4.1 Analisis Variabel Model Struktural Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan pada Klien PGK yang menjalani Program Hemodialisis

Keterangan:

X1.1 : pengetahuan keluarga	X1.7 : strategi coping keluarga
X1.2 : pendapatan keluarga	X2.1 : respon mental
X1.3 : lingkungan	X2.2 : status fisik
X1.4 : struktur keluarga	X2.3 : dukungan emosional dan social
X1.5 : fungsi dan tugas kesehatan keluarga	X2.4 : respon spiritual
X1.6 : stres keluarga	X3.1 : peran perawat edukator
	Y1.1 : kepatuhan pembatasan asupan cairan

4.5.3 Pengujian hipotesis

Pengujian dilakukan dengan t-test, bila diperoleh p-value $\leq 0,05$ ($\alpha 5\%$) maka disimpulkan signifikan dan sebaliknya. Bilamana hasil pengujian hipotesis pada outer model signifikan, hal ini menunjukkan bahwa indikator dipandang

dapat digunakan sebagai instrumen pengukur variabel laten terhadap variabel laten lainnya.

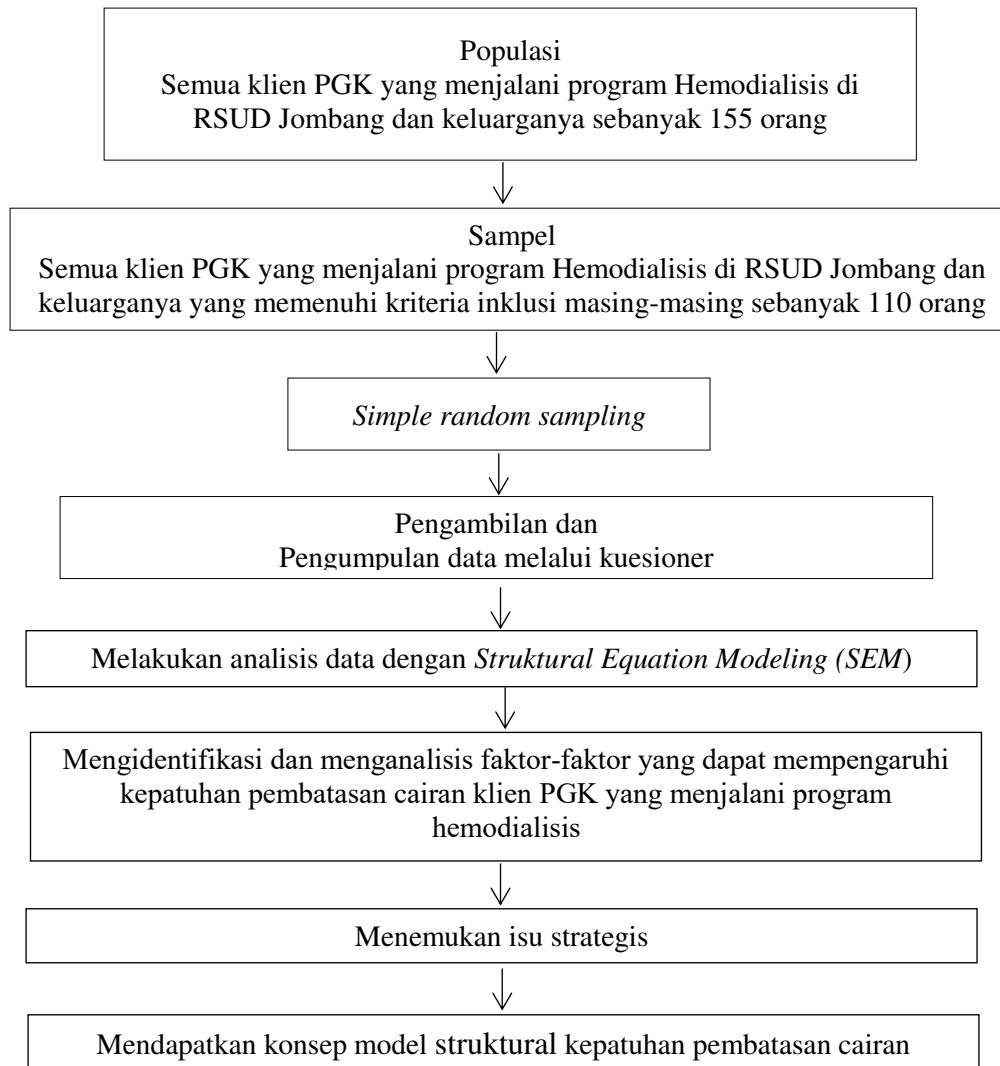
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Jombang pada bulan Juni – Agustus 2019.

Tabel 4.14 Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	Bulan									
		Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul
1	Penyusunan proposal dan ujian praoposal										
2	Ujian hasil tesis										
3	Uji etik, uji validitas dan dan reliabilitas										
4	Pengumpulan dan pengolahan data										
5	Ujian hasil dan sidang tesis										

4.7 Kerangka Operasional



Gambar 4.2 Kerangka Operasional pengembangan model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien PGK yang menjalani program hemodialisis

4.8 Etik Penelitian

Persetujuan etik dikeluarkan oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) RSUD Kabupaten Jombang Nomor: 42/KEPK/V/2019, dengan tetap mempertimbangkan:

4.8.1 *Respect for human*

Peneliti menghormati harkat martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan bertanggungjawab secara pribadi terhadap keputusan sendiri. Perhatian responden sangat diprioritaskan selama proses pengumpulan data. Jika calon responden bersedia mengikuti penelitian maka dapat menandatangani informed consent.

4.8.2 *Beneficence dan Nonmaleficence*

Peneliti mengupayakan semaksimal mungkin manfaat sebagai subjek dan kerugian yang minimal, agar tujuan penelitian tercapai. Peneliti juga memperhatikan beberapa hal, yaitu: 1) meminimalkan resiko penelitian, agar sebanding dengan manfaat yang diterima, dan peneliti menjamin bahwa proses pengambilan data yang dilakukan tidak menimbulkan kondisi yang membahayakan bagi subyek, 2) desain penelitian telah dirancang sedemikian rupa dengan mematuhi persyaratan ilmiah dan berdasarkan referensi terkait, 3) peneliti memperhatikan kesejahteraan subyek dengan selalu waspada selama pengambilan data, dan menghentikan proses pengambilan data jika terjadi hal yang mengganggu kesejahteraan subyek, 4) peneliti memberikan kesempatan kepada subyek untuk memutuskan apakah melanjutkan dalam proses pengambilan data atau menunda.

4.8.3 *Otonomy dan freedom*

Peneliti menghormati harkat martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusan sendiri. Otonomi responden sangat diprioritaskan selama

proses pengumpulan data. Jika calon responden bersedia mengikuti penelitian maka dapat menandatangani informed consent dan tidak memaksa subyek.

4.8.4 *Veracity dan fidelity*

Prinsip veracity berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Kebenaran adalah dasar dalam membangun hubungan saling percaya. Peneliti memberikan informasi yang sebenarnya dalam pelaksanaan penelitian. Peneliti menjunjung tinggi komitmen yang telah disepakati bersama dengan subyek terkait dengan proses pelaksanaan penelitian baik waktu penelitian, tempat yang digunakan serta lamanya proses penelitian.

4.8.5 *Confidentiality*

Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah menjaga privasi subyek. Peneliti harus bisa menjaga kerahasiaan data yang diperoleh dari responden dan tidak menyampaikan kepada orang lain.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini disajikan gambaran umum lokasi penelitian, hasil penelitian, dan analisis hasil penelitian model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien PGK yang menjalani program hemodialisis. Hasil penelitian ini menjelaskan hasil dari analisis deskriptif dan analisis inferensial.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Kabupaten Jombang merupakan salah satu kabupaten yang terletak di Provinsi Jawa Timur. Kabupaten Jombang terdiri dari 21 Kecamatan, 302 desa dan 4 kelurahan serta 1.258 dusun dan jumlah penduduk 1.253.078 jiwa pada tahun 2017. Di Kabupaten Jombang terdapat Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Jombang yang berlokasi di Jl. KH. Wahid Hasyim 52 Jombang. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang adalah Rumah Sakit milik pemerintah daerah Kabupaten Jombang dan merupakan Rumah Sakit tipe B Pendidikan.

Penelitian ini dilakukan di unit Hemodialisis RSUD Kabupaten Jombang. Unit hemodialisis ini memiliki 14 unit mesin hemodialisis, jumlah perawat 11 orang dan jumlah klien perbulannya mencapai 155 orang. Berikut gambaran umum klien unit hemodialisis RSUD Kabupaten Jombang yang disajikan dalam tabel 5.1

Tabel 5.1 Karakteristik Klien di Unit Hemodialisis RSUD Kabupaten Jombang

Karakteristik	Jumlah	Persen (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	71	45,8
Perempuan	84	54,2
Usia		
Remaja akhir	28	17,3
Dewasa awal	26	15,5
Dewasa Akhir	43	30,9
Lansia awal	31	20,0
Lansia akhir	27	16,4
Lama HD		
> 3 bln	24	15,4
> 6 bln	35	22,5
> 1 th	49	31,6
> 3th	47	30,3
Interval		
2x/ mgg	75	48,3
1x/mgg	25	16,1
5 hr/ x	13	8,3
1 mgg/ x	34	21,9
>	8	5,1

Berdasarkan Tabel 5.1 menunjukkan bahwa gambaran umum klien hemodialisis di Unit Hemodialisis RSUD Kabupaten Jombang sebagian besar berjenis kelamin perempuan (54,2), hampir setengahnya usia dalam rentang dewasa akhir (30,9%), lama hemodialisis >1 tahun (31,6%), dan dalam interval hemodialisis dua kali per minggu (48,3%).

5.2 Karakteristik Responden

5.2.1 Karakteristik Responden Keluarga

Karakteristik Responden Keluarga terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, status perkawinan serta hubungan dengan klien. Data selengkapnya dapat di lihat pada tabel 5.2

Tabel 5.2 Distribusi Karakteristik Responden Keluarga, Juni 2019

No	Karakteristik	Jumlah	Presentase (%)
1.	Usia		
	Remaja akhir	19	17,3
	Dewasa awal	17	15,5
	Dewasa Akhir	34	30,9
	Lansia awal	22	20,0
	Lansia akhir	18	16,4
2.	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	38	34,5
	Perempuan	72	65,5
3.	Pendidikan		
	Pendidikan Tinggi	14	12,7
	Pendidikan Menengah	40	36,4
	Pendidikan Dasar	56	50,9
4.	Pekerjaan		
	Bekerja	78	70,9
	Tidak bekerja	32	29,1
5.	Agama		
	Islam	110	100
6.	Status Perkawinan		
	Menikah	98	89,1
	Tidak/ belum menikah/ cerai	12	10,9
7.	Hubungan dengan Klien		
	Pasangan	50	45,5
	Orang tua	13	11,8
	Saudara	9	8,2
	Anak	37	3,6

Berdasarkan Tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 110 responden keluarga, hampir setengahnya usia keluarga ada pada tahap dewasa akhir (30,9%), sebagian besar berjenis kelamin perempuan (65,5%), bekerja (70,9% dan hamper setengahnya memiliki hubungan pasangan dengan klien (45,5%), sebagian besar berpendidikan terakhir pendidikan rendah (SD-SMP) (50,9%), seluruhnya beragama Islam (100%) dan hamper seluruhnya sudah menikah (89,1%).

5.2.2 Karakteristik Responden Klien

Karakteristik Responden klien terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan dan status perkawinan klien. Data selengkapnya dapat di lihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 Distribusi Karakteristik Responden Klien, Juni 2019

No	Karakteristik	Jumlah	Presentase (%)
1.	Usia		
	Remaja akhir	2	1,8
	Dewasa awal	9	8,2
	Dewasa Akhir	23	20,9
	Lansia awal	49	44,5
	Lansia akhir	26	23,6
	Usia Lanjut	1	0,9
2.	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	51	46,4
	Perempuan	59	53,6
3.	Pendidikan		
	Pendidikan Tinggi	61	55,5
	Pendidikan Menengah	31	28,2
	Pendidikan Dasar	61	55,5
4.	Pekerjaan		
	Bekerja	51	46,4
	Tidak bekerja	59	53,6
5.	Agama		
	Islam	110	100
6	Status Perkawinan		
	Menikah	109	99,1
	Tidak/ belum menikah/ cerai	1	0,9

Berdasarkan Tabel 5.3 menunjukkan bahwa dari 110 responden klien, hampir setengahnya usia responden klien pada tahap lansia akhir 46-55 tahun (44,5%), sebagian besar berjenis kelamin perempuan (53%), berpendidikan terakhir SD-SMP (55,5%), tidak bekerja (53,6%), seluruhnya beragama Islam (100%), dan hampir seluruhnya berstatus perkawinan menikah (99,1%).

5.3 Faktor Keluarga

5.3.1 Pengetahuan dan Pendapatan Keluarga

Tabel 5.4 Distribusi Pengetahuan dan Pendapatan Keluarga, Juni 2019

No	Karakteristik	Jumlah	Presentase (%)
1.	Pengetahuan		
	Baik	35	31,8
	Cukup	22	20,0
	Kurang	53	48,2
2.	Pendapatan		
	<UMR	55	50,0
	≥UMR	55	50,0

Berdasarkan Tabel 5.4 menunjukkan bahwa dari 110 responden keluarga, hampir setengahnya mempunyai tingkat pengetahuan yang kurang (48.2%) dan setengahnya berpenghasilan <UMR juga ≥UMR (50%).

5.3.2 Lingkungan Tempat Tinggal Keluarga

Tabel 5.5 Distribusi Lingkungan Keluarga (Aksesibilitas dengan Fasyankes), Juni 2019

No	Karakteristik	Jumlah	Presentase (%)
1.	Aksesibilitas tempat tinggal		
	Sulit ditempuh	31	28,2
	Mudah ditempuh	79	71,8

Berdasarkan Tabel 5.5 menunjukkan bahwa dari 110 responden keluarga, hampir seluruhnya berada dalam kondisi aksesibilitas tempat tinggal keluarga dengan Fasyankes yang mudah ditempuh (71,8%).

5.3.3 Struktur Keluarga

Tabel 5.6 Distribusi Struktur Keluarga, Juni 2019

No	Karakteristik	Jumlah	Presentase (%)
1.	Struktur keluarga		
	Keluarga besar	36	32,7
	Keluarga inti	74	67,3

Berdasarkan Tabel 5.6 menunjukkan bahwa dari 110 responden keluarga, sebagian besar memiliki bentuk keluarga inti (67,3%).

5.3.4 Fungsi dan Tugas Kesehatan Keluarga

Tabel 5.7 Distribusi Fungsi dan Tugas Kesehatan Keluarga, Juni 2019

No	Karakteristik	Jumlah	Presentase (%)
1.	Fungsi dan tugas kesehatan keluarga		
	Baik	30	27,3
	Cukup	21	19,1
	Kurang	59	53,6

Berdasarkan Tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari 110 responden keluarga, lebih dari sebagian menunjukkan kesanggupan menjalankan lima fungsi dan tugas kesehatan keluarga kurang (53,6%).

5.3.5 Stres dan Strategi Koping Keluarga

Tabel 5.8 Distribusi Stres dan Strategi Koping Keluarga, Juni 2019

No	Karakteristik	Jumlah	Presentase (%)
1.	Kondisi Stres		
	Stres ringan	40	36,4
	Stres sedang	19	17,3
	Stres berat	51	46,4
2.	Strategi Koping		
	Baik	38	34,5
	Cukup	7	6,4
	Kurang	65	59,1

Berdasarkan Tabel 5.8 menunjukkan bahwa dari 110 responden keluarga, hampir setengahnya menunjukkan kondisi stres berat (46,4%) dan sebagian besar menunjukkan strategi koping yang kurang (59,1%).

5.4 Faktor Klien

5.4.1 Respon Mental

Tabel 5.9 Distribusi Respon Mental Klien, Juni 2019

No	Karakteristik	Jumlah	Presentase (%)
1.	Kondisi Stres		
	Baik	35	31,8
	Cukup	20	18,2
	Kurang	55	50,0

Berdasarkan Tabel 5.9 menunjukkan bahwa dari 110 responden klien, setengahnya menunjukkan respon kurang terhadap stres (50,0%).

5.4.2 Status Fisik

Tabel 5.10 Distribusi Status Fisik Klien, Juni 2019

No	Karakteristik	Jumlah	Presentase (%)
1.	IDWG		
	Ringan	46	41,8
	Rata-rata	23	20,9
	Bahaya	41	37,3

Berdasarkan Tabel 5.10 menunjukkan bahwa dari 110 responden klien, hampir setengahnya memiliki status fisik/ berada dalam rentang IDWG ringan (41,8%).

5.4.3 Dukungan Emosional dan Sosial

Tabel 5.11 Distribusi Dukungan Emosional dan Sosial Klien, Juni 2019

No	Karakteristik	Jumlah	Presentase (%)
1.	Dukungan emosional dan Sosial		
	Baik	38	34,5
	Cukup	20	18,2
	Kurang	52	47,3

Berdasarkan Tabel 5.11 menunjukkan bahwa dari 110 responden klien, hampir setengahnya merasa kurang mendapat dukungan emosional dan sosial (47,3%).

5.4.4 Respon Spiritual

Tabel 5.12 Distribusi Respon Spiritual Klien, Juni 2019

No	Karakteristik	Jumlah	Presentase (%)
1.	Respon spiritual		
	Baik	44	40,0
	Cukup	17	15,5
	Kurang	49	44,5

Berdasarkan Tabel 5.12 menunjukkan bahwa dari 110 responden klien, hampir seetengahnya memiliki respon spiritual yang kurang (44,5%).

5.5 Faktor Perawat

Faktor perawat yang diangkat sebagai salah satu variabel independen dalam penelitian ini adalah peran perawat sebagai pemberi edukasi, berikut dijelaskan dalam table distribusi peran perawat sebagai pemberi edukasi yang dinilai oleh responden klien.

Tabel 5.13 Peran Perawat sebagai Edukator, Juni 2019

No	Karakteristik	Jumlah	Presentase (%)
1.	Peran perawat sebagai edukator		
	Baik	39	35,5
	Cukup	22	20,0
	Kurang	49	44,5

Berdasarkan Tabel 5.13 menunjukkan bahwa dari 110 responden klien, hampir setengah responden klien merasa pelaksanaan kegiatan edukasi terkait pembatasan cairan pada masih kurang (44,5%).

5.6 Kepatuhan pembatasan asupan cairan

variabel dependen dalam penelitian ini adalah kepatuhan pembatasan asupan cairan, berikut dijelaskan dalam table distribusi kepatuhan pembatasan asupan cairan yang dinilai oleh responden klien.

Tabel 5.14 Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan, Juni 2019

No	Karakteristik	Jumlah	Presentase (%)
1.	Kepatuhan pembatasan Asupan cairan		
	Baik/ patuh	38	34,5
	Cukup	9	8,2
	Kurang patuh	63	57,3

Berdasarkan Tabel 5.14 menunjukkan bahwa dari 110 responden klien, sebagian besar responden klien kurang patuh dalam upaya mengontrol asupan cairan dengan persentase (57,3%).

5.7 Tabulasi Silang Variabel penelitian

Tabulasi silang pada variabel independen dan variabel dependen disajikan dalam tabel 5.15 berikut:

Tabel 5.15 Tabulasi silang variabel penelitian

Variabel Independen	Variabel (Kepatuhan Pembatasan Cairan)		
	Kepatuhan Pembatasan Cairan		
	Baik	Cukup	Kurang
Pengetahuan Keluarga			
Baik $\geq 76-100\%$	N 20	1	14
	% 57,1%	2,9%	40,0%
Cukup 60–75 %	N 3	4	15
	% 13,6%	18,2%	68,2%
Kurang $\leq 59\%$	N 15	4	34
	% 28,3%	7,5%	64,2%
Pendapatan Keluarga			
< UMR (2.450.000)	N 28	3	24
	% 50,9%	5,5%	43,6%
>UMR (2.450.000)	N 10	6	39
	% 18,18%	10,9%	70,9%
Lingkungan			
Sulit ditempuh (> 25Km)	N 16	0	15
	% 51,6%	0%	48,4%
Mudah ditempuh (< 25Km)	N 22	9	48
	% 27,8%	11,4%	60,8%
Struktur Keluarga			
keluarga inti	N 36	6	59
	% 35,6	5,9%	58,4%
keluarga besar	N 2	3	4
	% 22,2%	33,3%	44,4%

Variabel Independen	Variabel (Kepatuhan Pembatasan Cairan)			
	Kepatuhan Pembatasan Cairan			
		Baik	Cukup	Kurang
Fungsi dan tugas Kesehatan Keluarga				
Baik	N	25	0	5
	%	83,3%	0%	16,7%
Cukup	N	2	5	14
	%	9,5%	23,8%	66,7%
Kurang	N	11	4	44
	%	18,6%	6,8%	74,6%
Stres Keluarga				
Tidak Stres	N	21	1	18
	%	52,5%	2,5%	45,0%
Cukup	N	1	4	14
	%	5,3%	21,1%	73,7%
Stres	N	16	4	31
	%	31,4%	7,8%	60,8%
Strategi Koping Keluarga				
Baik	N	30	0	8
	%	78,9%	0%	21,1%
Cukup	N	0	3	4
	%	0%	42,9%	57,1%
Kurang	N	8	6	51
	%	12,3%	9,2%	78,5%
Respon Mental				
Baik	N	13	7	23
	%	30,2%	16,3%	53,5%
Cukup	N	7	3	8
	%	38,9%	16,7%	44,4%
Kurang	N	15	10	24
	%	30,6%	20,4%	49,0%
Status Fisik				
Ringan jika IDWG <4%	N	17	8	18
	%	39,5%	18,6%	41,9%
Rata-rata jika IDWG ≥4-6%	N	7	6	5
	%	38,9%	33,3%	27,8%
Bahaya jika IDWG >6%	N	22	9	18
	%	44,9%	18,4%	36,7%
Dukungan Emosional dan Sosial				
Baik	N	18	7	18
	%	41,9%	16,3%	41,9%
Cukup	N	6	2	10
	%	33,3%	11,1%	55,6%
Kurang	N	14	11	24
	%	28,6%	22,4%	49,0%
Respon Spiritual				
Baik	N	20	5	18
	%	46,5%	11,6%	41,9%

Variabel Independen	Variabel (Kepatuhan Pembatasan Cairan)			
	Kepatuhan Pembatasan Cairan			
	Baik	Cukup	Kurang	
Cukup	N	7	5	6
	%	38.9%	27.8%	33,3%
Kurang	N	17	7	25
	%	34.7%	14.3%	51,0%
Peran Perawat (sebagai Edukator)				
Baik	N	13	4	22
	%	33.3%	10.3%	56,4%
Cukup	N	5	2	15
	%	22.7%	9.1%	68,2%
Kurang	N	20	3	26
	%	40.8%	6.1%	53,1%

Berdasarkan tabel 5.15 menunjukkan bahwa dari 110 responden keluarga, klien yang kurang patuh terhadap pembatasan cairan adalah yang memiliki kategori pengetahuan keluarga cukup dengan persentase sebagian besar (68,2%). Klien yang kurang patuh terhadap pembatasan cairan adalah yang memiliki pendapatan keluarga kategori >UMR dengan persentase sebagian besar (70,9%). Klien kurang patuh terhadap pembatasan cairan adalah yang memiliki aksesibilitas ke fasilitas pelayanan kesehatan kategori mudah dijangkau dengan persentase sebagian besar (60,8%). Klien kurang patuh terhadap pembatasan cairan adalah yang memiliki kategori struktur keluarga keluarga inti dengan persentase sebagian besar (58,4%). Klien kurang patuh terhadap pembatasan cairan adalah yang memiliki fungsi dan tugas kesehatan keluarga kategori kurang dengan persentase sebagian besar (74,6%). Klien kurang patuh terhadap pembatasan cairan adalah yang memiliki kategori stres keluarga cukup dengan persentase sebagian besar (73,7%). Klien kurang patuh terhadap pembatasan cairan adalah yang memiliki strategi coping keluarga kategori kurang dengan persentase hampir seluruhnya (78,5%).

Klien kurang patuh terhadap pembatasan cairan adalah yang memiliki respon mental kategori baik dengan persentase sebagian besar (53,5%). Klien kurang patuh terhadap pembatasan cairan adalah yang memiliki status fisik (IDWG) kategori ringan dengan persentase hampir setengahnya (41,9%). Klien yang kurang patuh terhadap pembatasan cairan adalah yang memiliki dukungan emosional dan sosial kategori cukup dengan persentase sebagian besar (55,6%) Klien yang kurang patuh terhadap pembatasan cairan adalah yang memiliki respon spiritual kategori kurang dengan persentase sebagian besar (51,0%).

Klien yang kurang patuh terhadap pembatasan cairan adalah yang peran perawat sebagai edukatornya kategori cukup memiliki persentase lebih dari sebagian (68,2%).

5.8 Pemodelan Kepatuhan Pembatasan Cairan (Y1) Berdasarkan Metode

Partial Least Square

Pemodelan Kepatuhan Pembatasan Cairan (Y1) berdasarkan metode *Partial Least Square* dilakukan dengan tahapan membuat diagram jalur, mengkonversi diagram jalur menjadi persamaan struktural dan persamaan pengukuran, lalu mengestimasi parameter menggunakan *software* SmartPLS. Kemudian langkah selanjutnya adalah mengevaluasi model dengan cara melihat evaluasi *outer* model dan *inner* model. Lalu melakukan analisis dan interpretasi model struktural dan pengukuran dan uji kesesuaian model secara keseluruhan menggunakan kriteria *Goodness of Fit*.

5.8.1 Evaluasi Model Pengukuran (*Outer Model*)

Sebelum melakukan pengujian hipotesis untuk memprediksi hubungan antar variabel laten dalam model struktural, terlebih dahulu dilakukan evaluasi model pengukuran untuk verifikasi indikator dan variabel laten yang dapat diuji selanjutnya. Pengukuran *outer* model dapat dilakukan dengan *menguji* validitas dan reliabilitas suatu variabel laten (Jogiyanto, Hartono, 2011). Model pengukuran dapat dievaluasi dengan menggunakan beberapa hal, antara lain:

1. *Convergent validity*

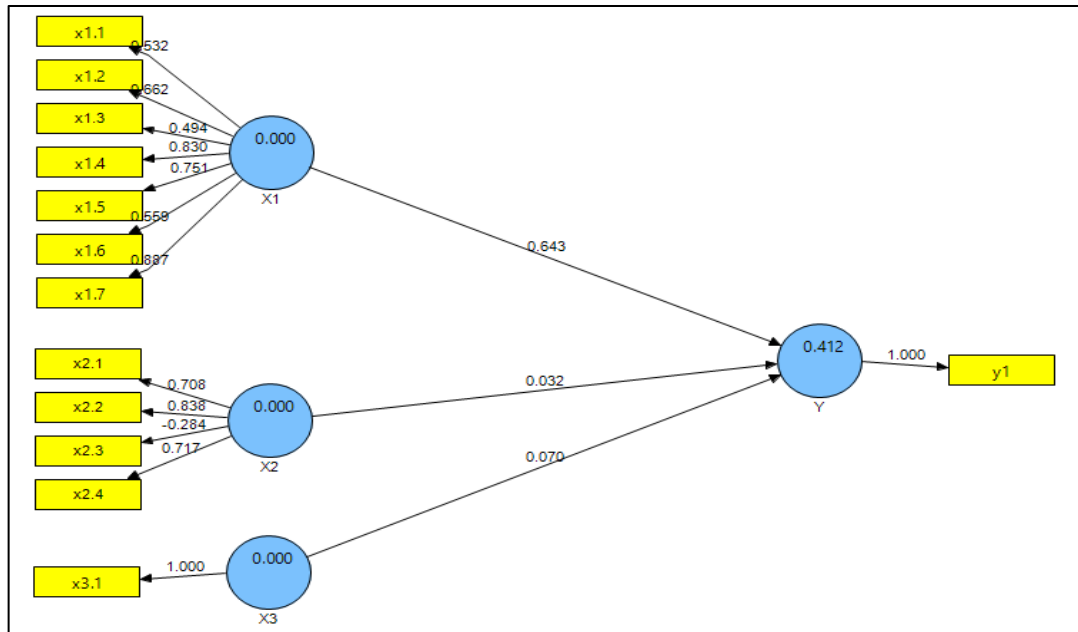
Convergent validity berhubungan dengan prinsip bahwa variabel manifest dari suatu variabel laten seharusnya berkorelasi tinggi. *Convergent validity* dapat diukur berdasarkan nilai *factor loading* dan *Average Variance Extracted* (AVE).

Tabel. 5.16 Parameter Validitas Konvergen

Parameter Validitas Konvergen	Syarat
<i>Factor loading</i>	>0,5
<i>Average Variance Extracted</i>	>0,5

Sumber tabel: (Chin, 1998)

Indikator validitas ditunjukkan melalui nilai *factor loading*. *Factor loading* merupakan korelasi antara indikator dengan konstraknya. Semakin tinggi korelasinya menunjukkan bahwa semakin baik tingkat validitasnya. Berdasarkan *output* yang diperoleh melalui *software* SmartPLS pada Lampiran 5 didapatkan hasil *factor loading* dan *path model* sebagai berikut.



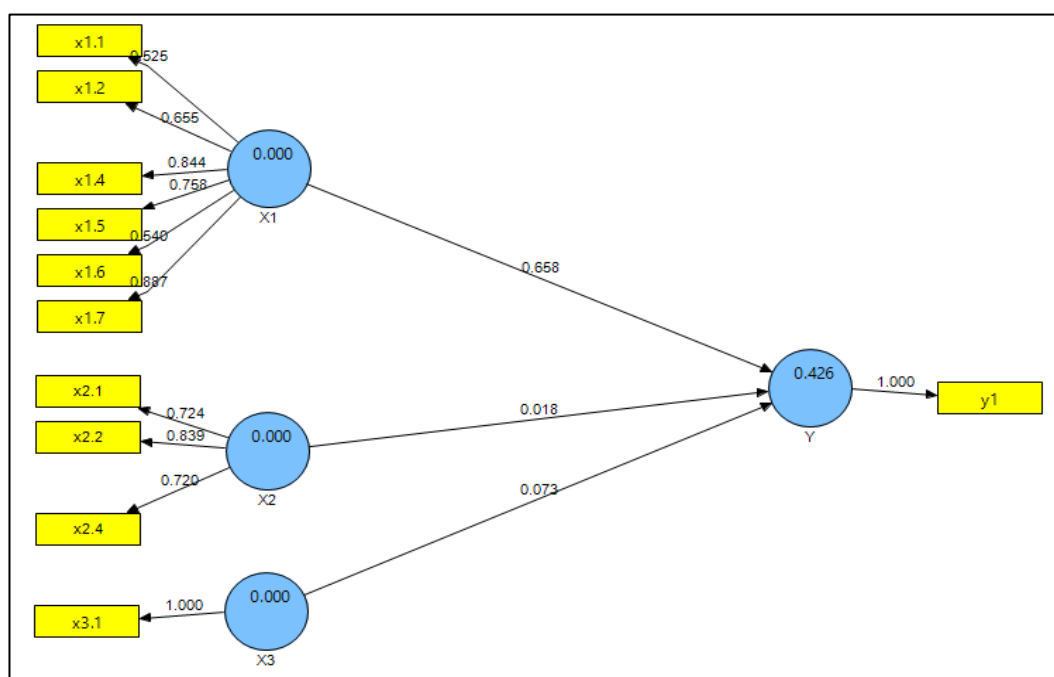
Gambar 5.1. Diagram Jalur Model struktural Kepatuhan pembatasan cairan Sebelum *Bootstrapping*

Tabel 5.17 Hasil Uji Validitas Variabel Indikator dari Laten Endogen dengan Menggunakan *Factor loading*

Indikator	Variabel	<i>Factor loading</i>	Keterangan
X1.1 Pengetahuan	Faktor keluarga (X1)	0.5321	Valid
X1.2 Pendapatan		0.6619	Valid
X1.3 Lingkungan		0.4942	Tidak Valid
X1.4 Struktur		0.8296	Valid
X1.5 Fungsi dan Tugas Kesehatan		0.7506	Valid
X1.6 Stres		0.5593	Valid
X1.7 Strategi Koping		0.887	Valid
X2.1 Respon Mental	Faktor klien (X2)	0.7078	Valid
X2.2 Status Fisik		0.8375	Valid
X2.3 Dukungan emosional dan sosial		-0.2839	Tidak Valid
X2.4 respon spiritual		0.7171	Valid
X3.1 peran perawat	Perawat (X3)	1	Valid
Y1 kepatuhan pembatasan cairan	Kepatuhan Pembatasan Cairan (Y)	1	Valid

Berdasarkan hasil analisis menggunakan SEM PLS pada Tabel 5.17 diatas, dapat diketahui bahwa semua indikator menghasilkan *factor loading* dengan nilai

lebih besar dari 0.5 kecuali indikator X1.3 dan X2.3 sehingga indikator-indikator tersebut tidak valid. Kemudian dilakukan reduksi dengan menghapus indikator yang tidak valid tersebut sehingga mendapatkan model baru. Berdasarkan output yang diperoleh melalui *software* SmartPLS didapatkan hasil *factor loading* dan *path model* yang baru setelah dilakukan reduksi sebagai berikut.



Gambar 5.2. Diagram Jalur Model struktural Kepatuhan pembatasan cairan Setelah Reduksi Indikator

Tabel 5.18 Hasil Uji Validitas Variabel Indikator dari Laten Endogen dengan Menggunakan *Factor loading*

Indikator	Variabel	<i>Factor loading</i>	Keterangan
X1.1 Pengetahuan	Faktor keluarga (X1)	0.5248	Valid
X1.2 Pendapatan		0.6551	Valid
X1.4 Struktur		0.8441	Valid
X1.5 Fungsi dan Tugas Kesehatan		0.7582	Valid
X1.6 Stres		0.5396	Valid
X1.7 Strategi Koping		0.8875	Valid
X2.1 Respon Mental		Faktor klien (X2)	0.7239
X2.2 Status Fisik	0.8386		Valid
X2.4 respon spiritual	0.7196		Valid
X3.1 peran perawat	Perawat (X3)	1	Valid

Indikator	Variabel	Factor loading	Keterangan
Y1 kepatuhan pembatasan cairan	Kepatuhan Pembatasan Cairan (Y)	1	Valid

Berdasarkan Tabel 5.18 di atas dapat diketahui bahwa semua indikator yang mengukur variabel faktor keluarga (X1), faktor klien (X2), perawat (X3) dan Kepatuhan pembatasan cairan (Y) bernilai lebih besar dari 0.5. Dengan demikian indikator tersebut dinyatakan valid untuk mengukur variabelnya.

Metode lain yang digunakan untuk memeriksa nilai validitas konvergen, adalah dengan melakukan evaluasi *Average Variance Extracted* (AVE) dari setiap variabel laten. Nilai AVE harus $\geq 0,5$ untuk dapat memastikan bahwa tiap variabel memiliki parameter validitas konvergen yang layak digunakan. Nilai AVE yang diperoleh melalui *software* SmartPLS dapat dilihat pada Lampiran 5 dan Tabel 5.18 berikut.

Tabel 5.19 Hasil Uji Validitas Variabel Laten Endogen dan Eksogen Menggunakan *Average Variance Extracted*

Variabel	AVE
Faktor keluarga (X1)	0.5118
Faktor klien (X2)	0.5817
Perawat (X3)	1
Kepatuhan Pembatasan Cairan (Y)	1

Berdasarkan hasil analisis yang ditunjukkan oleh Tabel 5.19, diperoleh hasil bahwa keseluruhan variabel yang digunakan pada penelitian ini memiliki validitas konvergen yang layak karena nilai AVE $\geq 0,5$. Berikut ini merupakan interpretasi hasil uji validitas dengan parameter AVE.

1. Nilai AVE dari variabel faktor keluarga sebesar 0.5118, artinya rata-rata *variance* dari indikator-indikator faktor keluarga yang dapat dijelaskan oleh variabel faktor keluarga adalah sebesar 51.18%
 2. Nilai AVE dari variabel faktor klien sebesar 0.5817, artinya rata-rata *variance* dari indikator-indikator faktor klien yang dapat dijelaskan oleh variabel faktor klien adalah sebesar 58.17%
 3. Nilai AVE dari variabel faktor perawat sebesar 1, artinya rata-rata *variance* dari indikator-indikator faktor perawat yang dapat dijelaskan oleh variabel faktor perawat adalah sebesar 100%
 4. Nilai AVE dari variabel Kepatuhan pembatasan cairan sebesar 1, artinya rata-rata *variance* dari indikator Kepatuhan pembatasan cairan yang dapat dijelaskan oleh variabel Kepatuhan pembatasan cairan adalah sebesar 100%
2. *Discriminant Validity*

Langkah selanjutnya dalam evaluasi model *pengukuran* adalah dengan melakukan evaluasi validitas diskriminan yaitu dengan melihat nilai *cross loading*.

Tabel 5.20 Parameter Validitas Diskriminan

Parameter Validitas Diskriminan	Syarat
<i>Cross Loading</i>	Lebih tinggi dengan konstraknya dibandingkan dengan konstrak lainnya

Cross loading menggambarkan variabel laten memiliki diskriminan yang layak. Dalam kriteria *cross loading* setiap indikator yang mengukur konstraknya harus berkorelasi lebih tinggi dengan konstraknya dibandingkan dengan konstrak lainnya (Yamin & Kurniawan, 2011). Nilai indikator yang konstraknya lebih tinggi daripada konstrak lainnya menunjukkan validitas diskriminan yang tinggi. Nilai

cross loading yang diperoleh melalui *software* SmartPLS dapat dilihat pada Lampiran 5 dan Tabel 5.21 berikut.

Tabel 5.21 Hasil Uji Validitas dengan *Cross Loading*

	Faktor Keluarga X1	Faktor Klien X2	Perawat X3	Kepatuhan Pembatasan Cairan Y
X1.1 Pengetahuan	0.5248	0.1245	-0.1584	0.2322
X1.2 Pendapatan	0.6551	0.2327	-0.1414	0.3296
X1.4 Struktur	0.8441	0.1476	-0.1845	0.6192
X1.5 Fungsi dan Tugas Kesehatan	0.7582	0.312	-0.1026	0.527
X1.6 Stres	0.5396	0.1107	-0.0904	0.1674
X1.7 Strategi Koping	0.8875	0.2265	-0.1796	0.6142
X2.1 Respon Mental	0.2366	0.7239	0.0021	0.1593
X2.2 Status Fisik	0.2612	0.8386	-0.0063	0.1774
X2.4 respon spiritual	0.0571	0.7196	-0.0607	0.0836
X3.1 peran perawat	-0.199	-0.0181	1	-0.0579
Y1 kepatuhan pembatasan cairan	0.6484	0.1969	-0.0579	1

Berdasarkan hasil analisis yang ditunjukkan oleh Tabel 5.21, nilai *cross loading* masing-masing indikator terhadap variabelnya masing-masing menunjukkan nilai yang lebih besar jika dibandingkan nilai *cross loading* indikator tersebut terhadap variabel lainnya yang ada dalam model. Terlihat bahwa nilai korelasi X1.1, X1.2, X1.4, X1.5, X1.6 dan X1.7 dengan variabel Faktor keluarga (X1) adalah 0.5248, 0.6551, 0.8441, 0.7582, 0.5396 dan 0.8875. Nilai korelasi X2.1, X2.2 dan X.4 dengan variabel laten Faktor klien (X2) sebesar 0.7239, 0.8386, dan 0.7196.

Hal ini menunjukkan bahwa setiap indikator berkorelasi lebih tinggi dengan variabel latennya masing-masing dibandingkan dengan variabel laten lainnya sehingga dapat dikatakan memiliki validitas diskriminan yang baik.

3. *Reliability*

Langkah selanjutnya dalam evaluasi model pengukuran adalah dengan melakukan uji reliabilitas. Reliabilitas menunjukkan akurasi, konsistensi dan ketepatan suatu alat ukur dalam melakukan pengukuran. Uji reliabilitas bertujuan untuk mengetahui konsistensi internal alat ukur (Jogiyanto, 2011). Uji reliabilitas dalam PLS dapat menggunakan metode *composite reliability* dan *cronbach's alpha* (Hartono dan Abdillah, 2014).

Tabel 5.22 Parameter Reliabilitas

Parameter Reliabilitas	Syarat
<i>Composite reliability</i>	>0,7
<i>Cronbach's alpha</i>	>0,6

Composite reliability mengukur nilai sesungguhnya reliabilitas suatu variabel laten dan lebih baik dalam mengestimasi konsistensi internal suatu variabel laten (Chin, 1998). Sedangkan nilai *cronbach's alpha* mencerminkan reliabilitas semua indikator dalam model. Tabel 5.23 adalah *output* dari *software* SmartPLS yang meliputi *composite reliability* dan *cronbach's alpha* dari variabel laten.

Tabel 5.23 Hasil Uji Validitas Composite Reliability dan Cronbach's Alpha

	<i>Composite reliability</i>	<i>Cronbach's alpha</i>	Keterangan
Faktor keluarga (X1)	0.8581	0.823	Reliabel
Faktor klien (X2)	0.8058	0.6546	Reliabel
Perawat (X3)	1	1	Reliabel
Kepatuhan Pembatasan cairan (Y)	1	1	Reliabel

Berdasarkan hasil analisis yang ditunjukkan oleh Tabel 5.23 menunjukkan bahwa nilai *cronbach's alpha* dan *composite reliability* dari masing-masing variabel laten Faktor keluarga (X1), Faktor klien (X2), Perawat (X3), dan Kepatuhan pembatasan cairan (Y) *memiliki* nilai lebih dari 0.6. Hal ini

menunjukkan bahwa tiap – tiap indikator dapat dikatakan reliabel dan memiliki akurasi, konsistensi, serta ketepatan dalam mengukur variabel latennya.

5.8.2 Evaluasi Model Struktural (*Inner Model*)

Evaluasi berikutnya adalah evaluasi model struktural yang dilakukan untuk melihat hubungan antar variabel laten. Analisis model *struktural* dapat dilakukan dengan menggunakan koefisien determinasi dan *prediction relevance*.

1. Koefisien Determinasi (R^2)

Koefisien determinasi berfungsi untuk mengukur seberapa jauh kemampuan model dalam menerangkan variasi variabel dependen yang tersebar (Ghozali, 2015). *Coefficient of determination* (R^2) hanya dimiliki oleh variabel endogen, sehingga tidak ada nilai R^2 untuk keempat variabel eksogen yang merupakan variabel bebas dalam model penelitian ini. Berdasarkan *output* pada Lampiran 5 didapatkan nilai *R-Square* untuk variabel endogen sebagai berikut:

Tabel 5.24 Hasil *output R-Square*

Variabel Endogen	<i>R-Square</i>
Kepatuhan pembatasan cairan (Y)	0.4259

Berdasarkan Tabel 5.24 dapat dilihat bahwa variabel eksogen yang terdapat dalam model penelitian ini memiliki akurasi prediksi model yang moderate terhadap variabel Kepatuhan pembatasan cairan (Y) karena nilai $R^2(0.4259) > 0.33$ (Chin, 1998). Nilai R^2 sebesar 42.59% artinya keragaman nilai variabel Kepatuhan pembatasan cairan (Y) yang dapat dijelaskan oleh variabel Faktor keluarga (X1), Faktor klien (X2) dan Perawat (X3) adalah sebesar 42.59% sedangkan sisanya dapat dijelaskan oleh variabel lain yang tidak terdapat dalam model.

2. *Prediction Relevance*(Q^2)

Uji ini dilakukan untuk memvalidasi kemampuan prediksi model. Interpretasi hasil dari Q^2 adalah bahwa jika nilai ini lebih besar dari 0 menunjukkan variabel laten eksogen baik (sesuai) sebagai variabel penjelas yang mampu memprediksi variabel endogennya, jika nilai ini sama dengan 0 menunjukkan variabel laten eksogen kurang mampu memprediksi variabel endogennya (Hair *et al.*, 2014). Uji ini hanya dapat dilakukan untuk variabel laten endogen dengan indikator reflektif.

$$Q^2 = 1 - (1 - R_1^2)$$

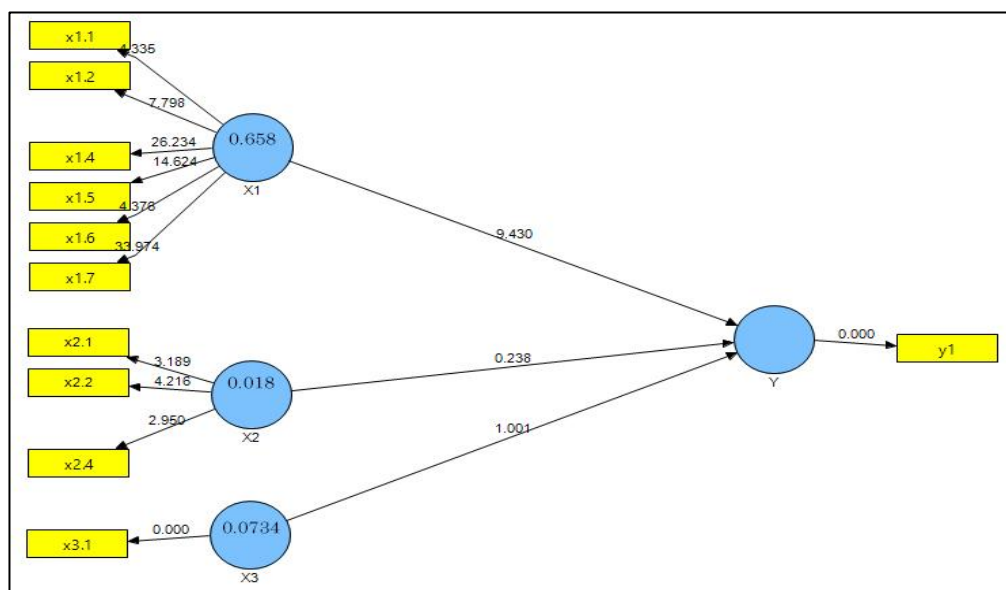
$$Q^2 = 1 - (1 - 0.4259)$$

$$Q^2 = 0.4259$$

Nilai Q^2 yang didapatkan adalah 0.4259 (besar karena > 0), nilai tersebut menunjukkan variabel laten eksogen memiliki kemampuan prediksi model yang baik, dengan kata lain variabel laten eksogen baik (sesuai) sebagai variabel laten yang mampu menerangkan variabel endogen dalam model.

5.8.3 Pengujian Hipotesis Statistik pada Model Struktural

Setelah dilakukan tahapan evaluasi model dan didapatkan hasil uji hipotesis statistik pada model struktural (uji parsial), dapat dihasilkan diagram jalur model sebelum bootstrapping yang digambarkan pada Gambar 5.2 diatas. Setelah dilakukan bootstrapping sebanyak 400, dapat dihasilkan diagram jalur model baru yang digambarkan pada Gambar 5.3 berikut.



Gambar 5.3 Diagram Jalur Model Kepatuhan pembatasan cairan Setelah *Bootstrapping*

Koefisien jalur dan nilai *t-statistic* yang digunakan untuk uji hipotesis statistik pada model struktural didapatkan melalui proses *bootstrapping*. Hasil pengolahan untuk estimasi parameter *inner model* dapat dilihat pada Lampiran 5 dan dirangkum pada Tabel 5.25 sebagai berikut:

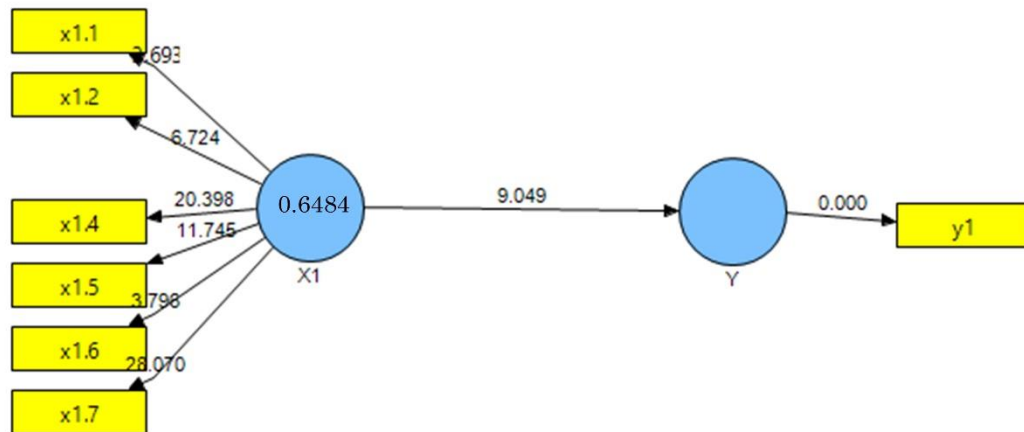
Tabel 5.25 Hasil Output Path Coefficient

	<i>Original Sample (O)</i>	<i>Sample Mean (M)</i>	<i>Standard Deviation (STDEV)</i>	<i>Standard Error (STERR)</i>	<i>T Statistics (O/STERR)</i>
X1 -> Y	0.658	0.6632	0.0698	0.0698	9.4301
X2 -> Y	0.018	0.0397	0.0755	0.0755	0.2384
X3 -> Y	0.0734	0.0745	0.0733	0.0733	1.0007

Pengujian hipotesis statistik dilakukan dengan menggunakan tingkat signifikansi $\alpha = 5\%$ dan diperoleh nilai *t - tabel* = 1.9826. Berdasarkan hasil analisis yang ditunjukkan oleh Tabel 5.25, diperoleh interpretasi hasil uji hipotesis *inner model* sebagai berikut:

1. $H_0 : \gamma_{11} = 0$ (Variabel X1 tidak berpengaruh secara signifikan terhadap Y)
 $H_1 : \gamma_{11} \neq 0$ (Variabel X1 berpengaruh secara signifikan terhadap Y)
 Diperoleh nilai koefisien jalur yang bertanda positif sebesar 0.658 dan nilai *t-statistic* sebesar 9.4301. Karena nilai $t_{statistic} 9.4301 > t_{tabel} 1.9826$ sehingga keputusan Tolak H_0 , artinya variabel Faktor keluarga (X1) berpengaruh secara signifikan terhadap Kepatuhan pembatasan cairan (Y).
2. $H_0 : \gamma_{12} = 0$ (Variabel X2 tidak berpengaruh secara signifikan terhadap Y)
 $H_1 : \gamma_{12} \neq 0$ (Variabel X2 berpengaruh secara signifikan terhadap Y)
 Diperoleh nilai koefisien jalur yang bertanda positif sebesar 0.018 dan nilai *t-statistic* sebesar 0.2384. Karena nilai $t_{statistic} 0.2384 < t_{tabel} 1.9826$ sehingga keputusan Terima H_0 , artinya Faktor klien (X2) tidak berpengaruh secara signifikan terhadap Kepatuhan pembatasan cairan (Y).
3. $H_0 : \gamma_{13} = 0$ (Variabel X3 tidak berpengaruh secara signifikan terhadap Y)
 $H_1 : \gamma_{13} \neq 0$ (Variabel X3 berpengaruh secara signifikan terhadap Y)
 Diperoleh nilai koefisien jalur yang bertanda negatif sebesar 0.0734 dan nilai *t-statistic* sebesar 1.0007. Karena nilai $t_{statistic} 1.0007 < t_{tabel} 1.9826$ sehingga keputusan Terima H_0 , artinya Perawat (X3) tidak berpengaruh secara signifikan terhadap Kepatuhan pembatasan cairan (Y).

Karena variabel X2 dan X3 tidak berpengaruh secara signifikan terhadap Y, maka X2 dan X3 dikeluarkan dari model tersebut.



Gambar 5.4 Diagram Jalur Faktor Pengkajian Keluarga terhadap Model Setelah *Bootstrapping* ke 2

Koefisien jalur dan nilai *t-statistic* yang digunakan untuk uji hipotesis statistik pada model struktural didapatkan melalui proses *bootstrapping*. Hasil pengolahan untuk estimasi parameter diatas dapat dilihat pada Lampiran 6 dan dirangkum pada Tabel 5.26 sebagai berikut:

Tabel 5.26 Hasil *Output Path Coefficient 2*

	<i>Original Sample</i>	<i>Sample Mean</i>	<i>Standard Deviation</i>	<i>Standard Error</i>	<i>T Statistics</i>
X1 -> Y	0.6484	0.6631	0.0717	0.0717	9.0485

Pengujian hipotesis statistik dilakukan dengan menggunakan tingkat signifikansi $\alpha = 5\%$ dan diperoleh nilai *t - tabel* = 1.9826. Berdasarkan hasil analisis yang ditunjukkan oleh Tabel 5.26, diperoleh interpretasi hasil uji hipotesis *inner model* sebagai berikut:

$H_0 : \gamma_{11} = 0$ (Variabel X_1 tidak berpengaruh secara signifikan terhadap Y)

$H_1 : \gamma_{11} \neq 0$ (Variabel X_1 berpengaruh secara signifikan terhadap Y)

Diperoleh nilai koefisien jalur yang bertanda positif sebesar 0.6375 dan nilai t - $statistic$ sebesar 9.0485. Karena nilai $t_{statistic}$ 9.0485 > t_{tabel} 1.9826 sehingga keputusan Tolak H_0 , artinya variabel Faktor keluarga (X1) berpengaruh secara signifikan terhadap Kepatuhan pembatasan asupan cairan (Y).

5.8.4 Analisis dan Interpretasi Model Struktural

Berikut ini merupakan interpretasi persamaan struktural mengenai Kepatuhan pembatasan asupan cairan (Y). Persamaan struktural untuk variabel X1, X2, X3 terhadap Kepatuhan pembatasan asupan cairan (Y)

$$Y = 0.658X1 + 0.018X2 + 0.0734X3$$

Variabel Kepatuhan pembatasan asupan cairan (Y) dapat diterangkan oleh variabel Faktor keluarga (X1) sebesar 0.658. Nilai positif pada koefisien variabel X1 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang berbanding lurus antara X1 terhadap Y. Semakin tinggi Faktor keluarga (X1) akan meningkatkan Kepatuhan pembatasan asupan cairan (dengan menganggap variabel laten yang lain konstan).

1. Persamaan struktural untuk variabel X1 terhadap Kepatuhan pembatasan asupan cairan (Y)

$$Y = 0.6484X1$$

Variabel Kepatuhan pembatasan asupan cairan (Y) dapat diterangkan oleh variabel Faktor keluarga (X1) sebesar 0.6484. Nilai positif pada koefisien variabel X1 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang berbanding lurus antara X1 terhadap Y. Semakin tinggi Faktor pengkajian keluarga (X1) akan

meningkatkan kepatuhan pembatasan asupan cairan (dengan menganggap variabel laten yang lain konstan).

5.8.5 Evaluasi Model Secara Keseluruhan (*Goodness of Fit Index*)

Untuk memvalidasi model secara keseluruhan, dapat dilihat nilai *Goodness of Fit* (GoF) *absolute* yang didapat melalui rata-rata nilai *communalities* (AVE) dan rata-rata nilai R^2 . *Goodness of Fit Index* digunakan dalam mengevaluasi model struktural dan pengukuran secara keseluruhan yang dapat dihitung dengan rumus sebagai berikut:

$$GoF = \sqrt{\overline{com} \times \overline{R^2}}$$

$$GoF = \sqrt{\left(\frac{0.5118+0.5817+1+1}{4}\right) \times (0.4259)}$$

$$GoF = \sqrt{0.773375 \times 0.4259}$$

$$GoF = \sqrt{0.32938}$$

$$GoF = 0.57391$$

Nilai *com* dan R^2 dapat diperoleh melalui hasil *output software* SmartPLS pada Lampiran 4 sehingga nilai GoF yang didapatkan sebesar 0.57391 (*large*), artinya model memiliki kemampuan yang tinggi dalam menjelaskan data empiris sehingga secara keseluruhan dapat dikatakan model yang terbentuk adalah valid.

Goodness of Fit Index untuk model kedua yaitu antara X1 terhadap Y adalah sebagai berikut:

$$GoF = \sqrt{com \times R^2}$$

$$GoF = \sqrt{\left(\frac{0.5118+1}{2}\right) \times (0.4204)}$$

$$GoF = 0.5637$$

Nilai *com* dan R^2 dapat diperoleh melalui hasil *output software* SmartPLS pada Lampiran 8 sehingga nilai GoF yang didapatkan sebesar 0.5637 (*large*), artinya model memiliki kemampuan yang tinggi dalam menjelaskan data empiris sehingga secara keseluruhan dapat dikatakan model yang terbentuk adalah valid.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Pengaruh Faktor keluarga (pengetahuan, pendapatan, lingkungan, struktur, fungsi dan tugas kesehatan, stres dan strategi koping keluarga) dengan kepatuhan pembatasan asupan cairan

6.1.1 Pengetahuan dan Pendapatan keluarga

Pengetahuan keluarga dalam hal ini tentang penyakit gagal ginjal dan hemodialisis memberikan pengaruh berbanding lurus dengan kepatuhan pembatasan asupan cairan klien. Hasil penelitian menunjukkan klien yang kurang patuh terhadap pembatasan asupan cairan sebagian besar memiliki kategori pengetahuan keluarga cukup.

Tingkat pengetahuan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: pendidikan, pengalaman, intelegensia, pemberian informasi dan sosial budaya (Monks et al., 2002). Tingkat pendidikan keluarga dapat mempengaruhi motivasi belajar dan rasa ingin tahu seseorang terhadap sesuatu, dalam penelitian ini sebagian besar responden memiliki latar belakang tingkat pendidikan keluarga menengah kebawah/ SD sampai dengan SMP (50,9%). Hal ini sejalan dengan hasil survei yang dilakukan oleh (Easthall & Barnett, 2017) yang menyebutkan bahwa klien yang menjalani hemodialisis beserta *cargivernya* memiliki pengetahuan yang tak cukup memadai tentang pembatasan cairan. Hal ini menunjukkan bahwa masih diperlukan upaya untuk meningkatkan pengetahuan baik klien maupun keluarganya sebagai *caregiver* tentang penyakit ginjal dan regimen terapinya terutama terkait dengan pembatasan asupan cairan melalui peningkatan edukasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa klien yang kurang patuh terhadap pembatasan cairan sebagian besar memiliki pendapatan keluarga kategori >UMR, artinya keluarga dengan pendapatan >UMR masih kurang patuh terhadap pembatasan asupan cairan. Hal ini bertentangan dengan teori kepatuhan yang disampaikan oleh Green (1980, dalam (Notoatmodjo, 2012), yang menyebutkan bahwa kondisi sosial ekonomi menjadi salah satu faktor predisposisi dalam mendukung kepatuhan, dimana seharusnya semakin keluarga dapat memenuhi kebutuhan dalam proses penyelenggaraan keluarga, akan makin kooperatif keluarga tersebut dalam penatalaksanaan hidup sehat (patuh). Hal tersebut dapat dijelaskan karena baik klien yang menjalani hemodialisis maupun keluarganya telah menyadari bahwa ada keharusan untuk menjalankan kepatuhan tentang pembatasan cairan akan tetapi mereka cenderung gagal patuh karena kurang bisa menjaga diet dan pembatasan asupan cairan. Diet dan pembatasan cairan yang diharuskan untuk klien HD adalah hal yang tidak memerlukan biaya yang tinggi, hal ini dimungkinkan menjadi faktor dimana pendapatan keluarga yang cukup tidak mempengaruhi tingkat kepatuhan klien terhadap pembatasan cairan.

6.1.2 Lingkungan (Aksesibilitas ke Fasilitas layanan kesehatan) dan Struktur keluarga

Lingkungan dalam hal ini yang dinilai adalah kemudahan aksesibilitas ke fasilitas layanan kesehatan tidak signifikan berpengaruh terhadap pembatasan asupan cairan klien. Klien yang dinilai kurang patuh terhadap pembatasan cairan adalah yang memiliki aksesibilitas ke fasilitas pelayanan kesehatan kategori mudah dijangkau dengan persentase lebih dari sebagian (60.8%). Teori kepatuhan

yang disampaikan oleh Green (1980, dalam Notoatmojo, 2010) menyebutkan bahwa faktor-faktor pemungkin seseorang patuh mengikuti pelayanan kesehatan termasuk didalamnya biaya, jarak, ketersediaan transportasi, waktu pelayanan dan keterampilan petugas.

Menurut peneliti, aksesibilitas atau kemudahan dalam menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan akan mempengaruhi seseorang (baik itu klien maupun keluarga) untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan maupun tingkat kepedulian dengan perencanaan hidup sehat (termasuk didalamnya kepatuhan pembatasan asupan cairan klien yang menjalani hemodialisis dan keluarganya). Hal ini sejalan dengan (Friedman *et al.*, 2010) yang menjelaskan bahwa lingkungan dapat dinilai dari sejauhmana ia berpengaruh memudahkan akses-akses yang berhubungan dengan terjaminnya pemenuhan kebutuhan dan kelangsungan hidup keluarga.

Struktur keluarga dalam penelitian ini adalah tipe keluarga, yaitu komposisi keluarga yang tinggal dalam satu rumah dengan klien dan ikut serta dalam merawat klien. Menurut (Potter & Perry, 2006) bahwa kepatuhan klien berarti bahwa klien dan keluarga harus meluangkan waktu dalam menjalani pengobatan yang dibutuhkan. Berdasarkan hasil penelitian, klien yang kurang patuh terhadap pembatasan cairan sebagian besar memiliki struktur keluarga inti. Kondisi keluarga termasuk didalamnya komposisi anggota keluarga akan mempengaruhi keputusan-keputusan yang akan dibuat oleh keluarga, termasuk juga hubungannya dengan kepatuhan pembatasan asupan cairan bagi klien yang menjalani hemodialisis sebagai salah satu anggota keluarga. Hasil penelitian yang ditemukan, keluarga inti

ini adalah keluarga yang terdiri dari orang tua dan anak, dimana orang tua ini adalah klien yang walaupun dalam keadaan sakit tetap memegang peran sebagai pemegang keputusan. Sedangkan keluarga dengan tipe keluarga besar memiliki kepatuhan yang lebih baik dikarenakan adanya orang yang lebih tua/ senior dalam keluarga menjadikan klien lebih hormat dan menjaga pola hidupnya termasuk kaitannya dengan pembatasan asupan cairan. Semakin kuat dan banyak sumber *support system* dalam sebuah keluarga diharapkan semakin kuat pula upaya-upaya peningkatan kesejahteraan dalam keluarga tersebut termasuk didalamnya upaya untuk memenuhi kebutuhan kesehatan seluruh anggota keluarga.

6.1.3 Fungsi dan tugas kesehatan keluarga

Fungsi dan tugas kesehatan keluarga signifikan secara statistik dalam mempengaruhi kepatuhan pembatasan cairan. Klien kurang patuh terhadap pembatasan cairan sebagian besar memiliki fungsi dan tugas kesehatan keluarga kategori kurang. Salah satu fungsi dan tugas kesehatan yang diemban oleh keluarga adalah fungsi dan tugas perawatan kesehatan (Friedman et al., 2010). Kesanggupan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami sakit secara tepat akan menurunkan kemungkinan terjadinya stres bagi keluarga maupun keputusan klien dalam menghadapi sakit. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyebutkan dukungan sosial termasuk didalamnya fungsi dan tugas kesehatan keluarga memerankan suatu peranan yang sangat penting pada keluarga yang sedang menghadapi stresor (Halawati & Kusuma, 2017). Pelaksanaan fungsi dan tugas keluarga secara baik akan membantu keluarga dalam menentukan tindakan yang tepat dalam perawatan klien yang menjalani heodialisis, sehingga keterlibatan

keluarga dalam upaya pemantauan diet cairan yang dilakukan klien akan tercapai positif.

6.1.4 Stres keluarga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa stres keluarga mempengaruhi kepatuhan pembatasan cairan pada klien PGK yang menjalani hemodialisis. Klien kurang patuh terhadap pembatasan cairan sebagian besar memiliki kategori stres keluarga kategori cukup. Stres merupakan perasaan yang menekan yang dialami oleh individu/ keluarga dalam menghadapi permasalahan tertentu (Pujiani & Masruroh, 2017). Keluarga yang mengalami ketegangan dalam penyediaan pelayanan memiliki efek kesehatan fisik dan psikologi berupa respon stres (Agustina & Dewi, 2013). keluarga yang merawat anggota keluarganya yang menderita PGK yang menjalani hemodialisis juga terkena dampak yang cukup menyulitkan Dampak yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien PGK yang menjalani hemodialisis adalah pada emosi, sosial, fisik, dan keuangan. Stres yang berkepanjangan ini akan mengganggu individu dalam menyelesaikan tugas perkembangan (Priyoto, 2014). Stres yang dirasakan keluarga akan mempengaruhi energi dan respon adaptif keluarga dalam melaksanakan masing-masing peran dan fungsi dalam keluarga, sehingga keluarga kurang mampu dalam memberikan dukungan perawatan pada klien. Oleh karena itu upaya untuk edukasi dalam mengelola/ manajemen stres pada keluarga perlu ditingkatkan.

6.1.5 Strategi koping keluarga

Pada variabel strategi koping keluarga, klien kurang patuh terhadap pembatasan cairan adalah yang memiliki strategi koping keluarga kategori kurang

dengan persentase sebagian besar (78,5%). Koping merupakan cara yang dapat dilakukan individu/ keluarga, dalam menyelesaikan masalah yang terjadi, menyesuaikan diri dengan keinginan yang akan dicapai, dan respons terhadap situasi yang menjadi ancaman bagi diri individu (Agustina & Dewi, 2013). Keluarga dengan strategi koping yang efektif akan lebih tenang dan dapat memutuskan upaya-upaya penyelesaian masalah lebih rasional dibandingkan dengan yang memiliki strategi koping tidak efektif. Hal ini juga sejalan dengan pendapat yang dikemukakan (Connor et al., 2008) bahwa strategi koping yang berfokus pada manajemen stres/ emosi menentukan keberhasilan terhadap hasil yang ingin dicapai (kepatuhan terhadap pembatasan cairan). Peningkatan edukasi pada keluarga terutama tentang informasi kondisi terkait penyakit anggota keluarga diharapkan akan meningkatkan dukungan pada klien dan juga kekayaan pengetahuan keluarga sebagai bekal dalam menghadapi segala situasi berkenaan dengan merawat anggota keluarga yang menjalani hemodialisis.

6.2 Pengaruh Faktor klien: respon mental, status fisik, dukungan emosional dan sosial, dan respon spiritual) dengan kepatuhan pembatasan asupan cairan

6.2.1 Respon Mental klien

Respon mental klien dalam hal ini adalah kondisi stres dan kecemasan yang dialami klien berpengaruh terhadap kepatuhan pembatasan asupan cairan klien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa klien yang kurang patuh terhadap pembatasan cairan adalah klien yang memiliki respon mental kategori kurang dengan persentase lebih dari sebagian (51.0%).

Cairan merupakan salah satu stresor utama yang dialami oleh klien yang menjalani program hemodialisis. Stres dapat meningkatkan kadar aldosterone dan glukokortikoid, menyebabkan retensi natrium dan garam. Respon stres dapat meningkatkan volume cairan, akibatnya curah jantung, tekanan darah dan perfusi jaringan menurun (Potter & Perry, 2006).

Menurut peneliti, Stres dapat mempengaruhi keseimbangan cairan dan elektrolit didalam tubuh. Klien dalam keadaan stres/ cemas akan terasa sulit untuk menyesuaikan diri terhadap anjuran pembatasan cairan, kemungkinan klien akan merasa putus asa dan akibatnya akan melanggar regimen pembatasan cairan yang dianjurkan oleh perawat. Stres dan kecemasan pada klien yang menjalani hemodialisis perlu mendapat perhatian perawat karena jika semakin berat dapat mengganggu kejiwaan klien, selain itu klien yang mengalami stres dan kecemasan juga akan menjadi tidak patuh terhadap regimen terapeutik.

6.2.2 Status fisik klien

Status Fisik klien berpengaruh terhadap kepatuhan pembatasan asupan cairan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa klien yang kurang patuh terhadap pembatasan cairan adalah klien yang memiliki status fisik kategori rata-rata dengan persentase lebih dari sebagian (52.2%). Status fisik klien dalam penelitian ini adalah penambahan berat badan diantara dua waktu hemodialisis (IDWG).

Penambahan IDWG sangat erat hubungannya dengan terapi pembatasan asupan cairan bagi klien. Penelitian terdahulu menyebutkan bahwa adanya pembatasan cairan pada klien yang menjalani program hemodialisis sering menghilangkan semangat hidup klien dan keluarganya sehingga mempengaruhi

kehidupan fisik dan psikologis (Smeltzer et al., 2008). Peningkatan IDWG akan memberikan konsekuensi klinis merugikan dan menurunkan kualitas hidup klien sehingga menyebabkan perubahan pada kemampuannya untuk melaksanakan fungsi kehidupannya sehari-hari (Clark et al., 2014).

Menurut peneliti, status fisik yang baik dalam hal ini IDWG tidak lebih dari 2% akan menciptakan kondisi yang nyaman secara fisik maupun psikologis untuk klien, dengan kondisi fisik yang nyaman tersebut klien lebih memungkinkan untuk tertib dengan manajemen control cairan yang dijalani, sehingga kepatuhan terhadap pembatasan cairan akan lebih mudah dilaksanakan.

6.2.3 Dukungan emosional dan sosial yang dirasakan klien

Dukungan emosional dan sosial yang dirasakan klien berpengaruh terhadap kepatuhan pembatasan cairan klien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa klien yang kurang patuh terhadap pembatasan cairan adalah yang memiliki dukungan emosional dan sosial kategori cukup dengan persentase lebih dari sebagian (57.1%).

Menurut Friedman (2010) keluarga adalah sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dalam dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Nurmadina (2008) menyebutkan bahwa bantuan yang diberikan oleh keluarga dan perawat mampu membuat individu merasa nyaman baik secara fisik maupun psikis sebagai bukti bahwa mereka masih diperhatikan dan dicintai. Dukungan ini meliputi dukungan penghargaan yaitu ungkapan hormat positif, dorongan dan persetujuan atas gagasan individu. Pemberian dukungan ini

membantu individu melihat segi positif dalam dirinya yang berfungsi untuk menambah penghargaan dan kepercayaan diri saat mengalami tekanan.

Menurut peneliti dukungan emosional dan sosial terutama dari keluarga akan meningkatkan motivasi/ semangat klien dalam menjalani pengobatan, klien akan merasa dicintai, dihargai dan merasa berarti. Hal ini sejalan dari pendapat yang disampaikan oleh Mashudi (2013) yang menyatakan bahwa klien gagal ginjal kronik yang menjalani program hemodialisis perlu mendapat dukungan dari orang lain, terutama dukungan dari orang dekat (keluarga). Dengan demikian semakin baik dukungan emosional maupun sosial dari keluarga dan petugas akan membuat klien lebih patuh pada pembatasan asupan cairan sebagai hal yang utama untuk menjaga kestabilan keadaan fisik klien yang menjalani program hemodialisis.

6.2.4 Respon spiritual klien

Respon spiritual klien berpengaruh terhadap kepatuhan pembatasan cairan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa klien yang kurang patuh terhadap pembatasan cairan adalah yang memiliki respon spiritual kategori cukup dengan persentase lebih dari sebagian (57.1%).

Menurut Kallenbach (2010), kematangan baik secara teknis, psikologis, maupun spiritual, akan semakin meningkatkan kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, berfikir rasional, mengendalikan emosi, toleran dan semakin terbuka terhadap pandangan orang lain termasuk pula keputusannya untuk mengikuti program-program terapi yang berdampak pada kesehatannya. Oleh karena itu upaya peningkatan respon spiritual klien yang menjalani program hemodialisis harus ditingkatkan sebagai upaya untuk meningkatkan kepatuhan

klien dalam pembatasan cairan. Hal ini sejalan dengan yang tertulis dalam (Potter & Perry, 2009), dimana perawat dan tim kesehatan diwajibkan untuk menilai kebutuhan pembelajaran pasien dan menyediakan edukasi tentang berbagai topik. Usaha edukasi sebaiknya disertai dengan nilai spiritual, psikososial, dan budaya yang dimiliki pasien.

Respon spiritual klien akan berdampak pada keadaan damai berupa penerimaan-penerimaan segala sesuatu atau kejadian dalam kehidupan seseorang. Kondisi tersebut akan memungkinkan klien menjadi lebih rileks dan lebih bisa bersikap terbuka dan menerima aturan-aturan dalam pengobatan atau terapi suatu penyakit.

6.3 Pengaruh faktor perawat (peran perawat sebagai edukator) dengan kepatuhan pembatasan asupan cairan

Peran perawat sebagai pemberi edukasi/ edukator diharapkan akan merubah pola pikir klien menjadi benar dan sinergi dengan tujuan pengobatan, yang dalam hal ini adalah kepatuhan pembatasan asupan cairan. Hasil penelitian menunjukkan klien yang kurang patuh terhadap pembatasan cairan adalah klien yang menilai peran perawat sebagai pemberi edukasi dengan kategori baik memiliki persentase lebih dari sebagian (62.5%). Hal ini menunjukkan berdasarkan penelitian peran perawat menunjukkan hubungan yang tidak signifikan dengan kepatuhan pembatasan asupan cairan.

Peran merupakan seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang, yang sesuai kedudukannya di dalam suatu sistem dan dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar profesi

keperawatan dan bersifat konstan. Perawat berperan dalam meningkatkan kesehatan dan pencegahan penyakit serta memandang klien secara komprehensif (Brunner & Suddarth, 2002).

Menurut peneliti, peran perawat dalam memberikan edukasi terkait penyakit yang diderita klien adalah hal yang selalu dilakukan perawat sebagai tatalaksana wajib. Tujuan edukasi kesehatan adalah membantu individu mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Memberikan edukasi adalah salah satu fungsi penting perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien terhadap informasi. Tanggung jawab perawat adalah memberikan edukasi kepada pasien dan memberikan informasi terkait dengan kesehatan pasien, agar tercapai kesehatan yang optimal (DeLaune & Ladner, 2010)

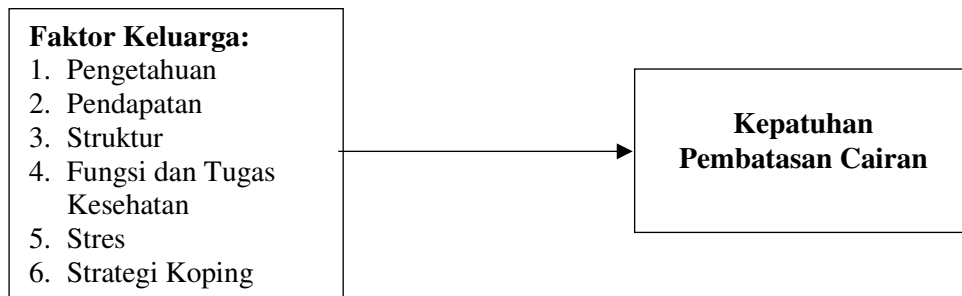
Perawat sebagai pendidik (educator) yaitu sebagai pendidik klien dan keluarga. Perawat sebagai educator harus mempunyai pengalaman klinis dan pengetahuan teoritis. Pengetahuan terkait penyakit gagal ginjal kronik dan terapi hemodialisa merupakan hal yang penting. Banyak pasien yang belum mendapatkan informasi tentang perawatan akses vaskuler, diet tentang nutrisi dan cairan. Perawat dapat memberikan penyuluhan kesehatan terkait dengan pembatasan asupan cairan pada pasien yang menjalani hemodialisis (Kallenbach, Gutch, Martha, & Corca, 2005).

Edukasi diberikan pada pasien dan keluarga, dengan tujuan pasien dan keluarga dapat mengambil keputusan yang tepat untuk memperbaiki kesehatannya (DeLaune & Ladner, 2010). Edukasi yang diberikan perawat untuk klien yang menjalani hemodialisis diantaranya adalah mengenai aturan yang dipakai untuk

menentukan jumlah urin yang dikeluarkan selama 24 jam terakhir + 500 ml (IWL). Apabila klien tidak patuh dalam menjalankan pembatasan asupan cairan, hal ini akan menimbulkan kelebihan cairan, dan terjadinya penambahan berat badan dengan cepat diantara waktu dialisis. Beberapa klien mengalami kesulitan dalam membatasi asupan cairan yang masuk walaupun telah di edukasi oleh perawat, klien sering kali belum paham tentang bagaimana strategi yang dapat membantu dalam pembatasan cairan. Meskipun pasien sudah mengerti bahwa kegagalan dalam pembatasan cairan dapat berakibat fatal, namun sekitar 50% pasien yang menjalani terapi hemodialisis tidak mematuhi pembatasan cairan yang direkomendasikan (Ahrari et al., 2014). Oleh karena itu edukasi yang dilakukan oleh perawat harus disertai dengan upaya pemantauan lebih lanjut agar klien lebih patuh dalam pembatasan asupan cairan.

6.4 Temuan Penelitian

Berdasarkan keseluruhan pengujian hipotesis maka faktor keluarga yaitu faktor pengetahuan, pendapatan, struktur, fungsi dan tugas kesehatan, stres dan strategi koping keluarga, berpengaruh terhadap kepatuhan pembatasan cairan. Variabel yang secara langsung mempengaruhi kepatuhan pembatasan cairan dan memiliki pengaruh paling besar adalah faktor keluarga dengan nilai *original sample estimate* tertinggi yaitu sebesar 0.658. Sedangkan pada sub variabel yang memiliki pengaruh paling besar adalah strategi koping keluarga dibanding sub variabel lain. Pengembangan model struktural kepatuhan pembatasan cairan pada klien PGK yang menjalani program hemodialisis tergambar di bawah ini.



Gambar 6.1 Hasil temuan pengembangan model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien penyakit ginjal kronik (PGK) yang menjalani program hemodialisis

6.5 Rekomendasi Penelitian

Temuan pada penelitian pengembangan model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien PGK yang menjalani program hemodialisis adalah mengacu pada analisis penelitian secara deskriptif dan analisis inferensial menggunakan PLS yaitu:

1. Kontribusi teoritis

Hasil temuan penelitian memberikan gambaran bahwa, pemahaman pada keluarga maupun klien tentang upaya patuh terhadap pembatasan cairan klien sangat diperlukan. Kondisi patuh ini diharapkan dapat mengurangi resiko morbiditas dan mortalitas serta akan meningkatkan kualitas hidup baik bagi klien maupun keluarga. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar acuan pembuatan program edukasi yang sesuai untuk klien yang menjalani program hemodialisis dan keluarga serta menjadi pengembangan ilmu keperawatan (*evidence based practice*).

2. Kontribusi praktis

Peningkatan kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien PGK yang menjalani program hemodialisis dapat direkomendasikan dengan menerapkan:

- 1) Meningkatkan pengetahuan bukan hanya pada klien, tetapi juga bagi keluarga yang merawat klien melalui pemberian edukasi yang terstruktur dan pemantauan pembatasan cairan oleh tenaga kesehatan.
- 2) Meningkatkan edukasi kepada keluarga tentang pelaksanaan fungsi dan tugas keluarga secara tepat.
- 3) Meningkatkan edukasi kepada keluarga tentang manajemen stres keluarga, pengaktifan strategi koping keluarga dalam menghadapi stress karena merawat anggota keluarga yang sakit
- 4) Meningkatkan edukasi terkait kepatuhan pembatasan cairan pada klien dan keluarganya dengan metode-metode yang lebih komprehensif

6.6 Keterbatasan Penelitian

Variabel faktor perawat dalam penelitian ini hanya mengukur satu indikator saja yaitu peran perawat sebagai edukator, sehingga kurang menggambarkan bentuk interaksi perawat dengan klien dan keluarga. Beberapa peran yang lain yang memiliki keterkaitan dengan kepatuhan peran seharusnya juga diukur dalam penelitian ini.

BAB 7

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

1. Ada pengaruh faktor keluarga (pengetahuan, pendapatan, struktur, fungsi dan tugas, stres dan strategi koping keluarga) terhadap kepatuhan pembatasan cairan klien PGK yang menjalani program hemodialisis.
2. Tidak ada pengaruh faktor klien (respon mental, status fisik, serta respon spiritual) terhadap kepatuhan pembatasan cairan klien PGK yang menjalani program hemodialisis.
3. Tidak ada pengaruh faktor peran perawat (sebagai edukator) terhadap kepatuhan pembatasan asupan cairan klien PGK yang menjalani program hemodialisis.
4. Model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan klien PGK yang menjalani program hemodialisis yang memiliki pengaruh paling kuat adalah dari faktor keluarga, meliputi: pengetahuan, pendapatan, struktur, fungsi dan tugas, stres dan strategi koping keluarga. Pada model ini didapatkan bahwa pengaruh terbesar adalah pada sub variabel strategi koping keluarga.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi pemegang kebijakan/ Rumah Sakit

Memberikan fasilitas yang memungkinkan adanya hubungan timbal balik antara petugas kesehatan (perawat, dokter) dan klien yang menjalani program hemodialisis maupun keluarga yang mendampingi, seperti

pemberian edukasi mengenai hemodialisis serta manajemen diet cairan pada klien dan keluarganya.

7.2.2 Bagi tenaga kesehatan

1. Meningkatkan edukasi kepada klien hemodialisis dengan melibatkan keluarga, menggunakan metode-metode terbaru berdasarkan hasil penelitian yang efektif, komprehensif dan sesuai untuk klien.
2. Mengaktifkan kembali pemantauan pembatasan cairan dengan metode observasi dengan melibatkan keaktifan interaksi perawat, klien dan juga keluarganya.
3. Memberikan edukasi secara khusus pada keluarga tentang peningkatan dan penguatan strategi koping keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menjalani program hemodialisis.

7.2.3 Bagi responden

1. Klien: klien hendaknya meningkatkan perilaku patuh terhadap regimen terapi hemodialisis melalui keikutsertaan secara aktif dalam upaya sosialisasi/ motivasi dalam kelompok sesama klien HD (promotif), pencegahan ketidakpatuhan diet dan pembatasan cairan (preventif), serta kontrol terhadap kemungkinan-kemungkinan yang menyebabkan kelebihan cairan.
2. Keluarga: keluarga hendaknya meningkatkan upaya-upaya yang terencana dalam mendukung dan merawat klien yang menjalani program hemodialisis terutama dalam pelaksanaan kontrol diet dan cairan klien.

7.2.4 Bagi peneliti selanjutnya

1. Bagi peneliti selanjutnya hendaknya mempertimbangkan metode pengambilan data dengan cara observasi sebagai pelengkap wawancara menggunakan kuesioner.
2. Mengukur indikator peran perawat yang lebih lengkap (tidak hanya peran edukator) dalam variabel faktor perawat.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, K., & Dewi, T. K. (2013). Strategi Coping pada Family Caregiver Pasien Gagal Ginjal Kronis Kronis yang menjalani Hemodialisa. *Jurnal Psikologi Klinis Dan Kesehatan Mental*, 02(03), 7–16.
- Ahrari, S., Moshki, M., & Bahrami, M. (2014). The Relationship Between Social Support and Adherence of Dietary and Fluids Restrictions among Hemodialysis Patients in Iran, 3(1), 11–19. <https://doi.org/10.5681/jcs.2014.002>
- Ali, A. R. B., Masi, G. N. M., & Kallo, V. (2017). Perbandingan kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Comorbid Faktor Diabetes Melitus dan Hipertensi Di Ruang Hemodialisa RSUP. Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *E-Jurnal Keperawatan (e-Kp)*, 5(2), 1–9.
- Alikari, V., Tsironi, M., Matziou, V., Tzavella, F., Stathoulis, J., & Babatsikou, F. (2018). The impact of education on knowledge, adherence, and quality of life among patients on hemodialysis. *Quality of Life Research*, 0(0), 0. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1989-y>
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists And Their Work* (8th ed.). Greenville, North Carolina: Elsevier Inc.
- Arikunto, S. (2010). *Research procedure a practical approach*. Jakarta: PT Rineka Reserved.
- Beerappa, H., & Chandrababu, R. (2018). Adherence to dietary and fluid restrictions among patients undergoing hemodialysis: An observational study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, xxx(xxxx), xxx–xxx. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2018.05.003>
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2005). *Clinical management for positive outcomes. Medical-Surgical Nursing*. (7th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders Company.
- Bouso, R. S., Poles, K., & Da Cruz, D. de A. L. M. (2014). Nursing concepts and theories. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 48(1), 141–145. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100018>
- Brunner, S., & Suddarth, D. (2002). *Buku ajar keperawatan medikal bedah*. EGC. Jakarta.
- Cahyaningsih, N. D. (2009). *Hemodialisis (cuci darah), Panduan Praktis Perawatan Gagal Ginjal* (Edisi II). Yogyakarta: Mitra Medika Press.
- Chan, J., & Bastable, R. F. (2002, June 25). Phase locked loop clock extraction. Google Patents.

- Charra, B. (2007). Fluid balance, dry weight, and blood pressure in dialysis. *International Society for Hemodialysis*, (11), 21–31.
- Chilcot, J., Wellsted, D., & Farrington, K. (2010). Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.010>
- Chin, W. W. (1998). The partial least squares approach to structural equation modeling. *Modern Methods for Business Research*, 295(2), 295–336.
- Christensen, M. (2009). Advancing practice in critical care : a model of knowledge integration. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care 2*, 14(2), 86–94.
- Clark, S., Farrington, K., & Chilcot, J. (2014). Nonadherence in dialysis patients: Prevalence, measurement, outcome, and psychological determinants. *Seminars in Dialysis*, 27(1), 42–49. <https://doi.org/10.1111/sdi.12159>
- Connor, S. M. O., Jardine, A. G., & Millar, K. (2008). The prediction of self-care behaviors in end-stage renal disease patients using Leventhal's s Self-Regulatory Model, 65, 191–200. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.02.008>
- Cronin, P. (2012). Theoretical Nursing. Development and Progress. *Nurse Education in Practice*, 12(6), e45.
- Cukor, D., Ver Halen, N., Asher, D. R., Coplan, J. D., Weedon, J., Wyka, K. E., ... Kimmel, P. L. (2014). Psychosocial Intervention Improves Depression, Quality of Life, and Fluid Adherence in Hemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology*, 25(1), 196–206. <https://doi.org/10.1681/ASN.2012111134>
- DeLaune, C. S., & Ladner, K. P. (2010). Fundamentals of Nursing: Standards & Practise (ed.). *New York: Delmar*.
- Düzalan, Ö. B., & Pakyüz, S. C. (2018). Educational interventions for improved diet and fluid management in hemodialysis patients : An interventional study. *JPMA*, 68, 532–537.
- Easthall, C., & Barnett, N. (2017). Using Theory to Explore the Determinants of Medication Adherence; Moving Away from a One-Size-Fits-All Approach. *Pharmacy*, 5(3), 50. <https://doi.org/10.3390/pharmacy5030050>
- Efe, D., & Kocaöz, S. (2015). Adherence to diet and fluid restriction of individuals on hemodialysis treatment and affecting factors in Turkey, 113–123. <https://doi.org/10.1111/jjns.12055>
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2005). The structure of contemporary nursing knowledge. *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Davis, Philadelphia, 3–30.

- Fincham, D., & Kagee, A. (2008). Dietary and fluid adherence among hemodialysis patients attending public sector hospitals in the Western Cape, *21*(2), 7–12.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. (2003). *Family nursing: Research, theory & practice* (Vol. 16). Prentice-Hall Upper Saddle River, NJ.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Geldine, C. ., Bhengu, B., & Manwere, A. (2017). Adherence of adult Chronic Kidney Disease patients with regard to their dialysis, medication, dietary and fluid restriction. *Research Journal of Health Sciences*, *5*(1), 3–17.
- George, J. B. (2011). *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*. *MyNursingKit Series - Nursing Theories*. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(07\)69211-4](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(07)69211-4)
- Gibbons, M. C., Bali, R., & Wickramasinghe, N. (2010). *Perspectives of knowledge management in urban health* (Vol. 1). Springer.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2017). *Health Behavior and Health Education : Theory, Research, and Practice* (4th ed.). San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.
- Griva, K., Nandakumar, M., Ng, J. H., Lam, K. F. Y., Mcbain, H., & Newman, S. P. (2018). Hemodialysis Self-management Intervention Randomized Trial (HED-SMART): A Practical Low- Intensity Intervention to Improve Adherence and Clinical Markers in Patients Receiving Hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 371–381. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.09.014>
- Halawati1, D. F. A., & Kusuma, H. (2017). Gambaran Resiliensi Keluarga Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialysis, *1*(1), 32–39.
- Hartono, J. (2011). Konsep dan aplikasi structural equation modeling berbasis varian dalam penelitian bisnis. *Yogyakarta: UPP STIM YKPN*.
- Hogan, A. N., Fox, W. R., Roppolo, L. P., & Suter, R. E. (2017). Emergent Dialysis and its Impact on Quality of Life in Undocumented Patients with End-Stage Renal Disease, *27*(1), 39–44. <https://doi.org/10.18865/ed.27.1.39>.
- Howren, M. B., Kellerman, Q. D., Hillis, S. L., Cvengros, J., Lawton, W., & Christensen, A. J. (2016). Effect of a Behavioral Self-Regulation Intervention on Patient Adherence to Fluid-Intake Restrictions in Hemodialysis: a Randomized Controlled Trial. *Ann. Behav. Med.*, 167–176. <https://doi.org/10.1007/s12160-015-9741-0>
- Indonesian Renal Registry. (2015). 8th Report Of Indonesian Renal Registry. *Program Indonesia Renal Registry*, 1–45. <https://doi.org/10.2215/CJN.02370316>
- Indonesian Renal Registry. (2018). 10 th Report Of Indonesian Renal Registry 2017

10th.

- Isroin, Istanti, & soejono. (2012). Manajemen Cairan pada Pasien Hemodialisis Untuk Meningkatkan Kualitas Hidup di RSUD Dr. Harjono Ponorogo. *Muhammadiyah Journal of Nursing*, 1(2), 146–156.
- Istanti, Y. P. (2011). Faktor-Faktor yang Berkontribusi terhadap Interdialytic Weight Gains pada Pasien Chronic Kidney Diseases yang Menjalani Hemodialisis. *Mutiara Medika*, 11(2), 118–130.
- Jaeger, J. Q., & Mehta, R. L. (1999). Assessment of Dry Weight in Hemodialysis : An Overview, 392–403.
- Kaakinen, J. R., Duff, V. G., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research* (4th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Kallenbach, J. Z., Gutch, C. F., Martha, S. H., & Corca, A. L. (2005). Review of hemodialysis for nurses and dialysis personal 7th edition. *St Louis: Elsevier Mosby*.
- Khalil, A. (2016). Predictors of dietary and fluid non-adherence in Jordanian patients with end-stage renal disease receiving hemodialysis : A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing* . <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04117.x>
- Khalil, A. A., & Darawad, M. W. (2014). Objectively measured and self-reported nonadherence among Jordanian patients receiving hemodialysis. *Hemodialysis International*, 18(1), 95–103. <https://doi.org/10.1111/hdi.12093>
- Kim, Y., & Kim, M. (2015). The Experience of Fluid Management in Hemodialysis Patients. *Korean Academy of Nursing Science*, 45(5), 773–782.
- Kozier, B., Berman, A., Erb, G., & Snyder, S. (2014). *Kozier & Erb's Fundamentals of nursing: concepts, process, and practice*. Pearson.
- Kuniawati, Desak Putu Widyawati, I. Y., & Mariyanti, H. (2015). Edukasi Dalam Meningkatkan Kepatuhan Intake Cairan Pasien Penyakit Ginjal Kronik (PGK) On Hemodialisis. *Critical, Medical and Surgical Nursing Journal*, 3(2), 1–7.
- Lee, S. W. (2014). Overview of Nursing Theory. *Nursing Science Research*, 12(September 2013), 58–67.
- Lindley, E., Aspinall, L., Gardiner, C., & Garthwaite, E. (n.d.). Management of Fluid Status in Haemodialysis Patients : The Roles of Technology and Dietary Advice.
- Malawat, K. Y. (2001). Pengaturan Cairan Secara Mandiri Pada Klien Yang Menjalani Hemodialisis. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 5(2), 39–43.
- Manangin, Y. R. (2017). Gambaran Tingkat Stres Dan Mekanisme Koping Pada Keluarga Pasien Dengan Gagal Ginjal Kronik Di RS. PKU Muhammadiyah

Gamping Yogyakarta.

- Masters, K. (2014). chapter 2: Framework for professional nursing practice. In *Nursing Theories: A Framework for Professional Practice*. <https://doi.org/10.1177/0894318412466734>
- Matteson, M. L., & Russell, C. (2010). Interventions to improve hemodialysis adherence: A systematic review of randomized-controlled trials. *Hemodialysis International*, 14(4), 370–382. <https://doi.org/10.1111/j.1542-4758.2010.00462.x>
- Mckenna, H. P., Pajnkihar, M., & Murphy, F. A. (2014). *Fundamentals of Nursing Models, Theories and Practice* (2nd ed.). UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Melegy, Z. & K. (2016). Effect of family centered empowerment model on hemodialysis patients and their caregivers, 6(11), 119–132. <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n11p119>
- Melianna, R., & Wiarsih, W. (2013). Hubungan Kepatuhan Pembatasan Cairan Terhadap Terjadinya Overload Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Post Hemodialisa Di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati. *FIK UI*, 1–12.
- Milya, H. (2017). Aplikasi Teori Model Imogene King tentang Motivasi Kesembuhan dengan Kepatuhan Minum Obat TB Paru Pada Tn. J Di Kelurahan Kandang RT. 06 Di Wilayah Kerja Puskesmas Kandang Kota Bengkulu. *Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 35–41.
- Mollaoglu, M., & Kayataş, M. (2015). Disability is associated with nonadherence to diet and fluid restrictions in end-stage renal disease patients undergoing maintenance hemodialysis. *International Urology and Nephrology*, 47(11), 1863–1870. <https://doi.org/10.1007/s11255-015-1102-1>
- Monks, F. J., Knoers, A. M. P., & Haditono, S. R. (2002). *Psikologi perkembangan Pengantar Dalam Berbagai Bagiannya*. Yogyakarta: UGM.
- Mota, N. F., da Cruz, D. A. L., & Fini, A. (2010). Fatigue in adults accompanying patients in outpatient treatment [Portuguese]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(3), 348–353.
- Murwani, A. (2009). Istichomah (2009). *Komunikasi Terapeutik Panduan Bagi Perawat*.
- Nasution, J. A. (2010). Stres Dan Koping Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Yang Sakit Di Wilayah Kerja Puskesmas Medan Johor. *Repository.Usu.Ac.Id*.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan* (Revisi, 20). Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu*

keperawatan: pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan.
Salemba Medika.

- Nursalam, S. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis.* Jakarta: Salemba Medika.
- Parker, M. E., & Smith, M. C. (2010). *Nursing Theories, Nursing Practice* (3rd ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Pe, M. (2008). Benefits of preserving residual renal function in peritoneal dialysis. <https://doi.org/10.1038/sj.ki.5002600>
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamental of nursing 6th Edition.* Mosby: Louis Missouri.
- Priyoto, W. T. (2014). *Kebutuhan Dasar Keselamatan Pasien.* Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Pujiani, & Masrurroh. (2017). Program Psikoedukasi Terhadap Peningkatan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik, *1*(1), 47–56.
- Robinson-cohen, C., Littman, A. J., Duncan, G. E., Roshanravan, B., Ikizler, T. A., & Himmelfarb, J. (2013). Assessment of Physical Activity in Chronic Kidney Disease. *Journal of Renal Nutrition*, *23*(2), 123–131. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2012.04.008>
- Rustiawati, E. (2012). *Dietary Intake Monitoring Application (DIMA) Untuk Evaluasi Asupan Cairan Dan Diet Bagi Pasien Hemodialisa.*
- Sabate, E. (2001). *WHO Adherence Meeting Report.* Geneva: World Health Organization.
- Sancho Cantus, D.Prieto Contreras, L. (2012). Theories and models in clinical nursing practice. An impossible relationship, 299–305. <https://doi.org/10.17487/rfc6361>
- Setyaningrum, D., & Indriasari, F. N. (2009). Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Kepatuhan Menjalani Terapi Hemodialisis pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di Unit Hemodialisis RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Universitas' Aisyiyah Yogyakarta.
- Sinnakirouchenan, R., & Holley, J. L. (2011). and Access Issues. *Advances in Chronic Kidney Disease*, *18*(6), 428–432. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2011.09.001>
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008). *Textbook of medical-surgical nursing* (Vol. 2). Wolters Kluwer Health.
- Stevenson, J., Tong, A., Gutman, T., Campbell, K. L., Craig, J. C., Brown, M. A., & Lee, V. W. (2018). Experiences and Perspectives of Dietary Management Among Patients on Hemodialysis: An Interview Study. *Journal of Renal Nutrition*, 1–11. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2018.02.005>

- Sugiyono, M. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan Kombinasi*. Bandung: Alfabeta.
- Suharyanto, T., & Madjid, A. (2009). Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem perkemihan. *Trans Info Media, Jakarta*.
- Suwitra, K. (2014). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II Edisi VI. Dalam Penyakit Ginjal Kronik*. Jakarta: Interna Publishing.
- Victoria, A., Evangelos, F., & Sofia, Z. (2015). Family support, social and demographic correlations of non-adherence among hemodialysis patients, (August 2017). <https://doi.org/10.11648/j.ajns.s.2015040201.21>
- Welch, J. L., Thomas-hawkins, C., Bakas, T., & Mclennon, S. M. (2013). Needs, Concerns, Strategies, and Advice of Daily Home Hemodialysis Caregivers, (July). <https://doi.org/10.1177/1054773813495407>
- WHO. (2015). *Global Tuberculosis Report* (20th ed.). France: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Wong, M. M. Y., McCullough, K. P., Bieber, B. A., Bommer, J., Hecking, M., Levin, N. W., ... Robinson, B. M. (2017). Interdialytic Weight Gain: Trends, Predictors, and Associated Outcomes in the International Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *American Journal of Kidney Diseases*, 69(3), 367–379. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.08.030>
- Yamin, S., & Kurniawan, H. (2011). Generasi baru mengolah data penelitian dengan partial least square path modeling. *Jakarta: Salemba Infotek*.
- Zahrofi, D. N., Maliya, A., & Listyorini, D. (2014). *Pengaruh pemberian terapi murottal Al Quran terhadap tingkat kecemasan pada pasien hemodialisa di RS PKU Muhammadiyah Surakarta*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Ziegert, K., Fridlund, B., & Lidell, E. (2018). “Time for dialysis as time to live”: Experiences of time in everyday life of the Swedish next of kin of hemodialysis patients, (2009), 45–50. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00429.x>

LAMPIRAN**Lampiran 1 *Informed Consent*/ Lembar Penjelasan Penelitian****INFORMED CONSENT/ LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN
Pengembangan Model Struktural Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan
pada Klien GGK yang menjalani Program Hemodialisis**

Saya, sebagai peneliti :

Nama : Nurul Hidayah
NIM : 131714153028
Prodi : Magister Keperawatan
Fakultas : Fakultas Keperawatan
Universitas : Universitas Airlangga Surabaya
Judul Penelitian : Pengembangan Model Struktural Kepatuhan Pembatasan
Asupan Cairan pada klien PGK yang menjalani Program
Hemodialisis

Bermaksud melaksanakan penelitian dalam rangka penyusunan tugas akhir.

Bersama ini saya akan menjelaskan beberapa hal, yaitu:

- 1) Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui model struktural kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien PGK yang menjalani program HD
- 2) Manfaat penelitian ini, setelah melaksanakan diskusi terarah diharapkan kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien PGK yang menjalani program HD dapat mengalami peningkatan.
- 3) Pada penelitian ini, responden merupakan klien dan *caregiver* keluarga di unit HD RSUD Jombang.

- 4) Penelitian ini secara khusus tidak mempunyai dampak karena hanya pengisian kuesioner bila responden tidak bersedia maka dianggap *droup out*.
- 5) Sebagai pengganti waktu yang digunakan untuk pengisian kuesioner, diberikan *souvenir* sebagai cinderamata
- 6) Keikutsertaan responden penelitian dalam penelitian ini, didasarkan pada prinsip sukarela tanpa tekanan atau paksaan dari peneliti maupun pihak manapun, sehingga reponden berhak mengajukan keberatan/ mengundurkan diri setiap saat jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan.
- 7) Peneliti merahasiakan identitas, data dan semua informasi yang berkaitan dengan keikutsertaan reponden terhadap orang yang tidak berhak.
- 8) Penelitian tidak bertujuan komersil, artinya peneliti atau pihak lain tidak menggunakan hasil penelitian ini untuk tujuan penjualan produk, baik berupa barang maupun jasa, untuk kepentingan bisnis.
- 9) Semua reponden diberikan perlindungan dan perlakuan yang sama, dan kesediaan menjadi subyek penelitian dengan menandatangani lembar persetujuan.

Demikian penjelasan dari Saya (sebagai peneliti), dengan penjelasan ini besar harapan saya agar Bapak/Ibu/Saudara/i bersedia berpartisipasi dalam penelitian yang saya laksanakan. Akhir kata, saya ucapkan banyak terima kasih atas kesediaan dan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara/i dalam penelitian ini.

Jombang, 2019

Peneliti,

Nurul Hidayah

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

No. Responden : (diisi oleh peneliti)

Nama :

Umur : Tahun

Alamat :

No telp/ Hp :

Setelah diberikan penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian dan adanya jaminan kerahasiaan, maka :

Saya Bersedia

Saya tidak bersedia

Terlibat sebagai responden dalam penelitian yang berjudul **““Pengembangan Model Struktural Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan pada klien PGK yang menjalani Program Hemodialisis”**.

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak membahayakan dan merugikan saya maupun keluarga saya. Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa ada paksaan dari siapapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jombang,

Peneliti

Responden

.....

Saksi

.....

.....

Lampiran 3 Kuesioner Penelitian Untuk Klien

KUESIONER PENELITIAN UNTUK KLIEN

Petunjuk pengisian:

1. Kuesioner ini terdiri dari 7 bagian yaitu data demografi klien, status mental, fisik, emosional, sosial, spiritual dan kepatuhan pembatasan cairan.
2. Mohon kesediaannya untuk mengisi kuesioner tersebut sesuai dengan kondisi yang sebenarnya, dengan cara memberikan tanda cek list (√) pada jawaban yang telah disediakan dengan isian singkat.
3. Silahkan mengisi jawaban pada tempat yang disediakan, khusus untuk pertanyaan pilihan harap diisi dengan cara memberi tanda pada jawaban yang telah disediakan.
4. Semua jawaban responden adalah BENAR.
5. Semua pertanyaan/ pernyataan sedapat mungkin diisi secara jujur dan lengkap.
6. Bila ada pertanyaan/ pernyataan yang kurang dipahami, mintalah petunjuk langsung kepada peneliti atau perawat yang ikut membantu dalam penelitian ini.
7. Atas partisipasi responden kami mengucapkan banyak terima kasih.

Kode Responden:
(diisi oleh peneliti)

A. KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. Inisial Responden : _____
2. Umur :(tahun)
3. Jenis Kelamin : P/ L
4. Pendidikan : _____
5. Agama : _____
6. Pekerjaan : _____
7. Status Perkawinan : Menikah/ belum menikah

B. KUESIONER STATUS FISIK

- Berat Badan setelah HD : _____ Kg
- Berat badan sekarang : _____ Kg
- IDWG : _____ % (diisi oleh peneliti)

C. KUESIONER RESPON MENTAL (KECEMASAN DAN STRES)

Berilah tanda \surd pada kolom jawaban yang paling sesuai

No	Respon	Tidak pernah (1)	Kadang (2)	Sering (3)	Selalu (4)
	Kecemasan/ Ketakutan				
1	Hal-hal yang membuat cemas tentang sakit terlintas dalam pikiran saya				
2	Di saat gugup atau khawair, perut saya terasa mulas				
3	Saya yakin bahwa semua yang terjadi adalah takdir				
4	Saya merasa takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi karena sakit saya				
5	Saya sabar dan santai menghadapi segala situasi				
6	Saya tiba-tiba merasa panik				
	Stres				
7	Saya dapat tertawa dan melihat sisi yang menyenangkan dari setiap hal				
8	Saya merasa gembira menjalani hidup				
9	Saya merasa seolah-olah saya tidak bersemangat				
10	Saya kehilangan minat terhadap penampilan saya				

No	Respon	Tidak pernah (1)	Kadang (2)	Sering (3)	Selalu (4)
11	Saya merasa waktu berlangsung sangat lama				
12	Saya masih dapat menikmati membaca buku, mendengarkan radio, atau menonton televisi				
13	Saya merasa terlalu lelah untuk mengerjakan suatu kegiatan				

D. KUESIONER DUKUNGAN EMOSIONAL DAN SOSIAL

No	Respon	Tidak pernah (1)	Kadang (2)	Sering (3)	Selalu (4)
	Emosi				
1	Keluarga mendampingi dalam melakukan cuci darah				
2	Keluarga mendengarkan keluhan saya selama saya menjalani cuci darah				
3	Keluarga bersikap “cuek”/ tidak peduli terhadap keadaan saya selama sakit ini				
4	Keluarga bersikap sama saja seperti sebelum saya sakit				
5	Keluarga memotivasi/ menyemangati saya untuk selalu bersemangat dalam melakukan pengobatan				
6	Keluarga memberi perhatian yang baik dan tetap menyayangi saya selama sakit ini				
	Sosial				
7	Keluarga membantu saya untuk mendapatkan informasi dari petugas kesehatan, majalah dan jaringan internet				
8	Keluarga melibatkan saya dalam pengambilan keputusan mengenai pengobatan dan perawatan sakit saya				
9	Keluarga melakukan musyawarah tentang sakit saya				
10	Saya mendapat dukungan dan motivasi dari teman-teman komunitas HD dalam menjaga kestabilan kondisi saya				

E. KUESIONER RESPON SPIRITUAL

No	Respon	Tidak pernah (1)	Kadang (2)	Sering (3)	Selalu (4)
1	Saya meyakini tanpa bantuan Tuhan saya tidak mungkin bisa sembuh				
2	Selama saya dirawat di rumah sakit, saya lebih banyak menggunakan waktu saya untuk mendekatkan diri pada Tuhan				
3	Dengan berdo'a saya mendapatkan semangat untuk tabah dalam menanggung sakit				
4	Kalau saya banyak berdo'a saya merasa tenang dan damai				
5	Saya marah dengan takdir yang diberikan Tuhan kepada saya				
6	Tuhan tidak dapat menyembuhkan sakit saya karena saya bersalah				
7	Saya percaya bahwa penderitaan ini pasti ada hikmahnya				

F. KUESIONER KEPATUHAN PEMBATAAN CAIRAN

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Saya menimbang berat badan setiap hari		
2	Saya minum sesuai dengan takaran yang dianjurkan perawat/ dokter		
3	Saya menghitung kuah atau makanan cair dalam jumlah cairan yang saya konsumsi setiap hari		
4	Saya minum lebih karena tidak kuat menahan haus		
5	Saya minum air es untuk mengatasi rasa haus		
6	Saya minum es batu untuk menghilangkan haus tetapi tidak melebihi jumlah takaran cairan perharinya		

G. PERAN PERAWAT SEBAGAI EDUKATOR

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Perawat menjelaskan kepada saya alasan dianjurkan melakukan pembatasan cairan		
2	Perawat menjelaskan agar menghindari konsumsi garam		
3	Perawat menjelaskan penyebab rasa haus berlebihan yang dirasakan klien gagal ginjal dengan cuci darah		
4	Perawat menjelaskan untuk menghindari penggunaan makanan olahan/ siap saji		
5	Perawat menjelaskan untuk tetap menjaga tambahan cairan seperti ekstra minum ketika bersosialisasi/ berkumpul dengan teman		
6	Perawat menjelaskan cara mengukur jumlah cairan yang boleh dikonsumsi dalam sehari		
7	Perawat mengajari cara menjaga kelembapan mulut (mencegah agar mulut tidak kering)		
8	Perawat menyuruh untuk rutin melakukan cek berat badan tiap hari		
9	Perawat memberikan lembar pengamatan/ observasi untuk memudahkan mengontrol asupan cairan		
10	Perawat memberikan panduan tentang informasi terkait cuci darah berupa buku, atau media lain		

Lampiran 4 Kuesioner Penelitian untuk *Caregiver* Keluarga**KUESIONER PENELITIAN UNTUK *CAREGIVER* KELUARGA**

Petunjuk pengisian:

1. Kuesioner ini terdiri dari 4 bagian yaitu data demografi *caregiver* keluarga, pengetahuan keluarga, fungsi keluarga serta stres dan strategi koping keluarga.
2. Mohon kesediaannya ibu untuk mengisi kuesioner tersebut sesuai dengan kondisi yang sebenarnya, dengan cara memberikan tanda cek list (√) pada jawaban yang telah disediakan dengan isian singkat.
3. Silahkan mengisi jawaban pada tempat yang disediakan, khusus untuk pertanyaan pilihan harap diisi dengan cara memberi tanda pada jawaban yang telah disediakan.
4. Semua jawaban responden adalah BENAR.
5. Semua pertanyaan/ pernyataan sedapat mungkin diisi secara jujur dan lengkap.
6. Bila ada pertanyaan/ pernyataan yang kurang dipahami, mintalah petunjuk langsung kepada peneliti atau perawat yang ikut membantu dalam penelitian ini.
7. Atas partisipasi responden kami mengucapkan banyak terima kasih.

Kode Responden:
 (diisi oleh peneliti)

A. KARAKTERISTIK DEMOGRAFI RESPONDEN CAREGIVER KELUARGA

1. Inisial Responden :
2. Umur :(tahun)
3. Jenis Kelamin : P/ L
4. Pendidikan :
5. Agama :
6. Pekerjaan :
8. Status Perkawinan :
9. Hubungan dengan klien : Pasangan/ Anak/ Saudara/ orang tua
10. Penghasilan keluarga :1. <UMR (< 2.450.000)
2. UMR (2.450.000)
3. >UMR (2.450.000)
11. Struktur Keluarga : 1. *Single parent*
2. Keluarga besar (orang tua, anak, kakek/ nenek, atau keluarga lain)
3. Keluarga Inti (orang tua dan anak-anak)
12. Jarak rumah tempat tinggal ke RS :1. Sulit dijangkau
2. Mudah dijangkau

B. KUESIONER PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG HEMODIALISIS DAN PEMBATASAN CAIRAN

Berilah tanda \surd pada kolom jawaban yang paling sesuai

No	Pertanyaan	Benar	Salah
1	Gagal ginjal kronik adalah kerusakan ginjal yang akan terjadi selamanya dan tidak bisa dikembalikan lagi fungsi ginjalnya.		
2	Orang dengan Gagal Ginjal Kronik harus menjalani program cuci darah/ HD		
3	Tujuan cuci darah/ HD adalah untuk membuang racun dan cairan yang berlebihan dalam tubuh		
4	Dengan menjalani program cuci darah/ HD semua masalah kelebihan cairan dan gangguan lainnya akan selesai		
5	Orang cuci darah/ HD harus melakukan pembatasan cairan		
6	Jumlah cairan yang boleh diminum harus sesuai dengan jumlah air kencing yang dikeluarkan		

No	Pertanyaan	Benar	Salah
7	Ketika mendekati jadwal program cuci darah/ HD pasien bebas minum apa saja sesukanya		
8	Yang menyebabkan pasien gagal ginjal kronik merasa haus berat adalah konsumsi garam yang berlebihan		
9	Salah satu cara untuk mengatasi haus yang berlebihan adalah mengkonsumsi es		
10	Suatu saat klien yang di cuci darah/ HD akan sembuh		

C. KUESIONER TENTANG FUNGSI DAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
	Fungsi Keluarga		
1	Keluarga memberikan dukungan dan semangat pada pasien dalam menghadapi sakit		
2	Keluarga bermusyawarah dalam mengambil suatu keputusan tentang perawatan pasien		
3	Keluarga menganggap anak memiliki peran penting dalam keluarga		
4	Keluarga mampu mencukupi kebutuhan-kebutuhan dalam keluarga		
	Tugas Keluarga		
5	Keluarga mengetahui penyakit yang diderita pasien		
6	Keluarga mengetahui penyebab sakit yang diderita pasien		
7	Selain ke RS, keluarga membawa pasien ke pengobatan alternatif		
8	Pasien harus diobati di Rumah Sakit		
9	Keluarga memperhatikan dan membantu aktivitas pasien yang sekiranya memerlukan bantuan		
10	Keluarga merasa bahwa penyakit yang diderita pasien akan sembuh dengan sendirinya		
11	Keluarga menjaga agar pasien tidak minum secara berlebihan		
12	Keluarga tetap mengawasi makan dan minum pasien walaupun sudah diberi tahu		
13	Keluarga memanfaatkan fasilitas Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS) untuk memfasilitasi pengobatan cuci darah/ HD pasien		

D. KUESIONER TENTANG STRES KELUARGA

No	Pertanyaan	Tidak pernah (1)	Kadang (2)	Sering (3)	Selalu (4)
1	Saya khawatir terhadap kondisi keluarga saya yang di cuci darah/ HD.				
2	Saya cemas merawat anggota keluarga yang menjalani HD.				
3	Saya takut tidak bisa menyediakan biaya untuk pengobatan dan merawat keluarga yang cuci darah/ HD seumur hidupnya				
4	Saya takut keluarga yang sakit semakin lama semakin memburuk kondisinya.				
5	Saya dibantu banyak keluarga yang lain dalam merawat anggota keluarga yang sakit.				
6	Pikiran saya masih sangat rileks walau sedang merawat keluarga yang sakit gagal ginjal dan menjalani cuci darah/ HD				
7	Saya letih sewaktu bangun pagi karena capek memikirkan keluarga yang sakit gagal ginjal dan menjalani cuci darah/ HD				
8	Saya merasa tegang pada otot-otot, punggung dan tengkuk				
9	Saya susah BAB dan atau diare saat kondisi keluarga yang sakit dan dirawat inap di RS				
10	Saya masih suka melihat acara di TV, mendengar radio dan hal menyenangkan yang lain				

E. KUESIONER STRATEGI KOPING KELUARGA

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
	Koping Internal		
1	Keluarga menggunakan humor untuk meramaikan suasana dan menghibur anggota keluarga yang sakit		
2	Keluarga menganggap keluarga yang sakit tidak perlu perhatian khusus agar tidak membebani pikiran		
3	Keluarga akan menggantikan peran anggota keluarga yang sedang sakit.		

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
4	Keluarga saling memperhatikan satu dan yang lainnya dalam merawat anggota keluarga yang sakit		
	Koping Eksternal		
5	Keluarga mencari informasi untuk mengetahui dan merawat keluarga yang sakit.		
6	Keluarga mendapatkan bantuan orang lain untuk menghadapi masalah yang terjadi.		
7	Keluarga mengungkapkan kepada perawat/ teman/ tetangga/ orang lain yang dipercaya tentang masalah-masalah dalam merawat keluarganya yang sakit		
8	Keluarga merasa bahwa masalah akan semakin berat bila sering dibicarakan dengan orang lain.		
9	Keluarga bergaul dan bersosialisasi baik dengan tetangga dalam untuk cerita dalam merawat keluarga yang sakit		

Lampiran 5 Analisis Data Statistik

1. Factor loading Model 1

	X1	X2	X3	Y
x1.1	0.5321	0.0000	0.0000	0.0000
x1.2	0.6619	0.0000	0.0000	0.0000
x1.3	0.4942	0.0000	0.0000	0.0000
x1.4	0.8296	0.0000	0.0000	0.0000
x1.5	0.7506	0.0000	0.0000	0.0000
x1.6	0.5593	0.0000	0.0000	0.0000
x1.7	0.8870	0.0000	0.0000	0.0000
x2.1	0.0000	0.7078	0.0000	0.0000
x2.2	0.0000	0.8375	0.0000	0.0000
x2.3	0.0000	-0.2839	0.0000	0.0000
x2.4	0.0000	0.7171	0.0000	0.0000
x3.1	0.0000	0.0000	1.0000	0.0000
y1	0.0000	0.0000	0.0000	1.0000

2. Factor loading Model 2

	X1	X2	X3	Y
x1.1	0.5248	0.0000	0.0000	0.0000
x1.2	0.6551	0.0000	0.0000	0.0000
x1.4	0.8441	0.0000	0.0000	0.0000
x1.5	0.7582	0.0000	0.0000	0.0000
x1.6	0.5396	0.0000	0.0000	0.0000
x1.7	0.8875	0.0000	0.0000	0.0000
x2.1	0.0000	0.7239	0.0000	0.0000
x2.2	0.0000	0.8386	0.0000	0.0000
x2.4	0.0000	0.7196	0.0000	0.0000
x3.1	0.0000	0.0000	1.0000	0.0000
y1	0.0000	0.0000	0.0000	1.0000

3. Outer Weights (Mean, STDEV, T-Values)

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	Standard Error (STERR)	T Statistics (O/STERR)
x1.1 <- X1	0.1225	0.1161	0.0435	0.0435	2.8168
x1.2 <- X1	0.1739	0.1707	0.0355	0.0355	4.9049
x1.4 <- X1	0.3267	0.3296	0.0385	0.0385	8.4945
x1.5 <- X1	0.2780	0.2790	0.0370	0.0370	7.5212
x1.6 <- X1	0.0883	0.0787	0.0438	0.0438	2.0159
x1.7 <- X1	0.3240	0.3250	0.0371	0.0371	8.7244
x2.1 <- X2	0.4913	0.4621	0.2732	0.2732	1.7984
x2.2 <- X2	0.5471	0.5092	0.2348	0.2348	2.3304
x2.4 <- X2	0.2579	0.2163	0.2905	0.2905	0.8875
x3.1 <- X3	1.0000	1.0000	0.0000	0.0000	0.0000
y1 <- Y	1.0000	1.0000	0.0000	0.0000	0.0000

4. Overview

	AVE	Composite Reliability	R Square	Cronbachs Alpha	Communality	Redundancy
X1	0.5118	0.8581	0.0000	0.8230	0.5118	0.0000
X2	0.5817	0.8058	0.0000	0.6546	0.5817	0.0000
X3	1.0000	1.0000	0.0000	1.0000	1.0000	0.0000
Y	1.0000	1.0000	0.4259	1.0000	1.0000	0.4203

5. Cross Loading

	X1	X2	X3	Y
x1.1	0.5248	0.1245	-0.1584	0.2322
x1.2	0.6551	0.2327	-0.1414	0.3296
x1.4	0.8441	0.1476	-0.1845	0.6192
x1.5	0.7582	0.3120	-0.1026	0.5270
x1.6	0.5396	0.1107	-0.0904	0.1674
x1.7	0.8875	0.2265	-0.1796	0.6142
x2.1	0.2366	0.7239	0.0021	0.1593
x2.2	0.2612	0.8386	-0.0063	0.1774
x2.4	0.0571	0.7196	-0.0607	0.0836
x3.1	-0.1990	-0.0181	1.0000	-0.0579
y1	0.6484	0.1969	-0.0579	1.0000

6. Path Coefficients (Mean, STDEV, T-Values)

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	Standard Error (STERR)	T Statistics (O/STERR)
X1 → Y	0.6580	0.6632	0.0698	0.0698	9.4301
X2 → Y	0.0180	0.0397	0.0755	0.0755	0.2384
X3 → Y	0.0734	0.0745	0.0733	0.0733	1.0007

7. Path Coefficients (Mean, STDEV, T-Values) Model 1

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	Standard Error (STERR)	T Statistics (O/STERR)
X1 → Y	0.6580	0.6632	0.0698	0.0698	9.4301
X2 → Y	0.0180	0.0397	0.0755	0.0755	0.2384
X3 → Y	0.0734	0.0745	0.0733	0.0733	1.0007


8. Path Coefficients (Mean, STDEV, T-Values) Model 2

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	Standard Error (STERR)	T Statistics (O/STERR)
X1 → Y	0.6375	0.6577	0.0657	0.0657	9.7082

9. Overview Model 2

	AVE	Composite Reliability	R Square	Cronbachs Alpha	Communality	Redundancy
X1	0.4738	0.8578	0.0000	0.8294	0.4738	0.0000
Y	1.0000	1.0000	0.4064	1.0000	1.0000	0.4064

Lampiran 6 Sertifikat Layak Etik



KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN JOMBANG
JOMBANG PUBLIC HOSPITAL

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
No : 42/KEPK/V/2019

Komite Etik Penelitian Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Regional Public Hospital of Jombang, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

**“PENGEMBANGAN MODEL KEPATUHAN PEMBATAHAN ASUPAN CAIRAN
PADA KLIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK (PGK) YANG MENJALANI
PROGRAM HEMODIALISIS”**


Peneliti Utama : NURUL HIDAYAH, S.Kep., Ns
Principal Investigator

Nama Institusi : UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
Name of Institution

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : RSUD JOMBANG, KABUPATEN JOMBANG
Setting of Research


Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited

Jombang, 31 Mei 2019
Ketua, (CHAIRMAN)



dr. Ahmad Mahfur, Sp.A
NIP. 19790118 200901 1 005

Lampiran 7 Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52 Jombang TELP. (0321) 865716 – 863502 FAX. (0321) 879316
 Website : www.rsudjombang.com; E-mail: rsudiombang@yahoo.co.id Kode Pos : 61411


25 Juni 2019

<p>Nomor : 423.4/3941/415.47/2019 Sifat : Segera Lampiran : 1 bendel Hal : <u>Permohonan Penelitian</u></p>	<p>Kepada Yth. Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan, Univ. Airlangga di Surabaya</p>
--	--

Mencukupi Surat Saudara tanggal 02 Mei 2019, Nomer : 262/UN3.1.13/PPd/2019 tentang pokok surat diatas, Bersama ini kami sampaikan berdasarkan ketersediaan lahan Penelitian, kami tidak keberatan menerima mahasiswa dalam rangka melaksanakan Penelitian.


Nama : Nurul Hidayah, S.Kep.,Ns
 NIM : 1317 1415 3028
 Judul Penelitian : Pengembangan Model Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan pada Klien PGK yang Menjalani Program Hemodialisis untuk melaksanakan Penelitian di RSUD Kabupaten Jombang
 Atas perhatiannya kami sampaikan terimakasih.

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 KABUPATEN JOMBANG



NURUL HUBERAN, M.KP
 Pembina TK I
 NIP. 19680410 200212 1 006

Lampiran 8 Surat Keterangan Selesai Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52 Jombang TELP. (0321) 865716 – 863502 FAX. (0321) 879316
 Website : www.rsudjombang.com ; E-mail: rsudjombang@yahoo.co.id Kode Pos : 61411

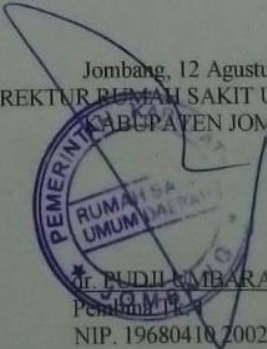
SURAT KETERANGAN
 Nomor : 072 / 5284 / 415.47 / 2019

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang, menerangkan bahwa :

Nama	: NURUL HIDAYAH
NIM	: 131714153028
Program Study	: MAGISTER KEPERAWATAN
Institusi	: UNIVERSITAS AIRLANGGA

Telah melaksanakan Pengambilan data, dan Asuhan Keperawatan di **UNIT HEMODIALISA** Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang guna melengkapi penyusunan Tesis sebagai syarat memperoleh gelar Magister Keperawatan dengan judul Tesis ***“Pengembangan Model Struktural Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan Pada Klien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Program HEMODIALISIS.”*** pada tanggal 04 Juli 2019 s/d 31 Juli 2019

Jombang, 12 Agustus 2019
 DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 KABUPATEN JOMBANG



Dr. FUDIL KEMBARAN, MKP
 Kepala RS
 NIP. 19680410 200212 1 006