

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Kajian Pustaka**

Hasil penelitian Marfuah (2018) tentang kepatuhan pembatasan asupan cairan di RS PKU Muhammadiyah Unit II Yogyakarta menunjukkan hasil bahwa sebanyak 19 responden (19,3%) patuh, 21 responden (36,8%) kurang patuh dan 25 responden (43,9%) responden tidak patuh dalam pembatasan cairan. Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa 56% dari pasien menunjukkan ketidakpatuhan terhadap pembatasan cairan (Rambod, Peyravi, Shokpour & Sareban, 2010). Berdasarkan sistematik review faktor-faktor yang dapat mempengaruhi ketidakpatuhan pasien penyakit ginjal kronik adalah usia, tingkat pendidikan, pengetahuan dan literasi kesehatan (Chironda, G & Bhengu, B., 2016).

Hasil penelitian Rizka, dkk (2017) tentang efikasi diri pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RST DR Asmira Salatiga menunjukkan hasil bahwa dari 58 responden, 22 responden (37,9%) memiliki efikasi diri baik, 25 responden (43,1%) memiliki efikasi diri cukup dan 11 responden (19,0%) memiliki efikasi diri yang rendah. Sedangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wakhid (2018) terhadap 76 responden di dapatkan hasil sebanyak 9 responden (11,8%) memiliki efikasi diri rendah, 41 responden (53,9%) memiliki efikasi diri sedang dan 26 responden (34,2%) memiliki efikasi diri tinggi.

## 2.2 Penyakit Ginjal Kronik

### 2.2.1 Defenisi Penyakit Gagal Ginjal

Penyakit ginjal kronik (PGK) adalah kerusakan fungsi ginjal progresif dan irversibel; dilihat dari penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG)  $< 60$  ml / menit yang berlangsung dalam jangka waktu tiga bulan atau lebih yang mengakibatkan beberapa limbah nitrogen dan urea beredar dalam darah (Lewis & Sharon, 2009). Gagal ginjal kronik adalah suatu kerusakan ginjal yang ekskresi albumin tidak normal atau terganggunya fungsi ginjal yang ditandai oleh pemeriksaan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) yang terjadi sekitar lebih dari 3 bulan (Thomas et al, 2008).

Penyakit ginjal kronik merupakan deformitas struktur atau fungsi ginjal yang berlangsung lewat dari 3 bulan, dengan tujuan untuk kesehatan. Dalam penyakit gagal ginjal kronik terdapat kriteria satu atau lebih penanda kerusakan ginjal diantaranya, albuminaria (Albumin Excretion Rate  $\geq 30$  mg/24 jam; Albumin/Creatinine Ratio  $\geq 3$ mg/g atau  $\geq 3$ mg/mmol), abnormalitas sedimen urin, elektrolit dan cacat lain akibat penyakit tubular, kelainan yang dideteksi oleh histologi, kelainan fungsional yang di dedeteksi dengan pencitraan, kelainan tranplantasi ginjal, dan penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG)  $> 3$  bulan (  $< 60$  ml / menit/1,73 m<sup>2</sup> ) (KDIGO, 2012).

Penyakit ginjal kronis di dunia saat ini menjadi masalah yang sangat serius dan terus mengalami peningkatan. Prevalensi penyakit ginjal kronik di seluruh dunia mendapat peningkatan dari 13,9% di tahun 2010 menjadi 15,4% pada tahun 2012 dan mencapai hingga 16,9% di akhir tahun 2014 (CDC, 2017).

### **2.2.2 Etiologi**

Penyakit ginjal kronik disebabkan oleh karena berbagai kondisi yang mengganggu nefron ginjal (Smeltzer, et al., 2008). Menurut Renal Association (2009) mengatakan penyakit ginjal kronik terjadi karena adanya penyakit sistemik seperti diabetes mellitus, glomerulonefritis kronik, pielonefritis, hipertensi yang tidak dapat dikontrol, gangguan trakstus urinarius, jaringan abnormal pada tubuh secara hereditas seperti penyakit ginjal polistikistik, kelainan vaskuler, infeksi medikasi, atau agen beracun seperti bahan kimia.

### **2.2.3 Patofisiologi**

Patofisiologi penyakit ginjal kronik tergantung oleh penyakit yang memicunya. Kurangnya massa ginjal menimbulkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih ada sebagai upaya untuk program proteksi. Hal tersebut mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, dan diikuti oleh bertambahnya tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus.

Proses kompensasi akan diikuti dengan proses maladaptasi yaitu sclerosis nefron. Adanya penambahan aktivitas aksis renin-angiotensin- aldosteron, dapat memberikan bantuan terhadap terjadinya hiperfiltrasi, multiple sclerosis (MS), dan progresifitas tersebut (Suwitra, 2014). Dengan mengabaikan penyebab awal, glomeruloklerosis dan peradangan interstisial dan fibrosa merupakan ciri utama penyakit ginjal kronik dan menyebabkan penurunan fungsi ginjal (Copstead & Banasik, 2010). Seluruh unit nefron akan hancur secara perlahan. Tahap awal ketika nefron hilang, hipertropi akan terjadi pada nefron fungsional yang masih ada. Peningkatan tekanan dan aliran kapiler glomerulus di dalam nefron ini

juga partikel zat terlarut yang lebih banyak disaring untuk mengkompensasi massa ginjal hilang.

Terjadinya peningkatan kebutuhan membuat nefron yang masih ada mengalami sklerosis (jaringan parut) glomerulus yang akhirnya menyebabkan cacat pada nefron. Protein dalam urin karena kerusakan glomerulus kemungkinan menjadi sebab kelainan tubulus. Proses yang membuat fungsi nefron yang kontiniu hilang akan bisa terus berlanjut walaupun sudah melewati proses penyakit awal (Fauci et al., 2008).

Perjalanan penyakit ginjal kronik bermacam, berkembang selama periode bulan bahkan tahunan. Di tahap awal seringkali disebut penurunan cadangan ginjal, nefron yang sudah hilang dikompensasi oleh nefron yang tidak terkena. GFR menurun sedikit dan pada klien asimtomatik seta BUN dan kadar kreatinin serum normal. Saat penyakit berkembang dan GFR secara berlanjut turun, tekanan darah tinggi juga beberapa manifestasi insufisiensi ginjal bisa muncul.

Masalah selanjutnya pada ginjal di bagian ini (seperti infeksi, kurang cairan, atau sumbatan saluran kemih) dapat mengganggu fungsi dan menimbulkan awitan gagal ginjal atau uremia yang semakin jelas. Kadar serum kreatinin dan BUN meningkat secara drastis, klien menjadi oliguria, dan manifestasi uremia muncul. Pada ESRD, tahap akhir CKD, GFR kurang dari 10% normal dan terapi penggantian ginjal diperlukan untuk memperpanjang usia.

#### 2.2.4 Klasifikasi

Penyakit ginjal kronik diklasifikasikan sesuai penyebab, kategori LFG (laju filtrasi glomerulus), dan kategori albuminaria.

##### a. Klasifikasi PGK berdasarkan penyebab

Menurut penyebabnya, PGK didasarkan pada ada tidaknya penyakit sistemik dan temuan patologi anatomi pada bagian ginjal yang diduga mengalami kerusakan dari hasil biopsy maupun imaging.

##### b. Klasifikasi PGK menurut kategori LFG

Tabel 2.1 Klasifikasi PGK menurut Kategori LFG

Kategori	LFG (ml/menit/1,73 m <sup>2</sup> )	Deskripsi
<b>G1</b>	≥90	LFG normal atau tinggi
<b>G2</b>	60-89	Penurunan LFG ringan (dewasa muda)
<b>G3a</b>	45-59	Penurunan LFG ringan sampai berat
<b>G3b</b>	30-44	Penurunan LFG sedang sampai berat
<b>G4</b>	15-29	Penurunan LFG berat
<b>G5</b>	<15	Gagal ginjal

### c. Klasifikasi PGK berdasarkan kategori

Berdasarkan kategori albumin, PGK diklasifikasikan seperti ini:

Tabel 2.2 Klasifikasi PGK Menurut Kategori Albumin

Kategori	AER	ACR	ACR	Deskripsi
	mg/24 jam)	(mg/g)	(mg/g)	
<b>A1</b>	<30	<3	<30	Peningkatan normal sampai sedang
<b>A2</b>	30-300	30-  300	30-  300	Peningkatan sedang (dewasa muda)
<b>A3</b>	>300	>30	>300	Peningkatan berat (sindrom nefrotik)

### 2.2.5 Manifestasi Klinis

Sudoyo (2014) menyebutkan manifestasi klinis pada gagal ginjal kronik terbagi menjadi 3 yaitu, (1) Sejalan sama penyakit yang mendasari seperti DM, traktus urinarius, batu traktus urinarius, tekanan darah tinggi, hiperruremia, lupus erimatosus sistemik, dan lainnya. (2) Sindrom uremia terdiri dari lemah badan, gangguan makan, mual muntah, masalah berkemih, tingginya volume cairan, neuropati perifer, pruritus, uremik frost, pericarditis, kejang-kejang sampai koma. (3) Ciri yang membahayakan yaitu antara lain tekanan darah tinggi, kurang darah,

osteodistrofi renal, payah jantung, asidosis metabolik, gangguan keseimbangan elektrolit (sodium, kalium, dan klorida).

### **2.2.6 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan pada klien yang menderita penyakit ginjal kronik sangat dibutuhkan secara khusus sesuai dengan derajat penyakitnya. Derajat satu dilakukan terapi penyakit awal, penyakit penyerta, penilaian pemburukan (progresional) fungsi ginjal, menurunkan risiko kardiovaskuler; derajat dua menghalangi pemburukan (progression) fungsi ginjal; derajat tiga evaluasi dan dilakukan terapi komplikasi; derajat empat persiapan untuk terapi pengganti ginjal; derajat lima terapi pengganti ginjal (Suwitra, 2014).

## **2.3 Hemodialisis**

### **2.3.1 Defenisi Hemodialisis**

Hemodialisis adalah sebuah proses yang dipakai oleh pasien dalam keadaan sakit akut dan membutuhkan terapi dialisis jangka pendek (mulai per hari sampai beberapa minggu) atau klien dengan penyakit ginjal dalam stadium akhir (ESRD) yang memerlukan terapi jangka panjang atau permanen (Suharyanto, 2009). Hemodialisis juga dapat didefinisikan menjadi suatu proses mengganti komposisi solute darah dengan larutan lain (cairan dialisis) lewat membran semi permeable (dialisis membran). Namun, pada hakikatnya hemodialisis merupakan proses pemisahan atau absorpsi atau pembersihan darah melalui membran semipermeabel yang diberikan kepada pasien yang memiliki gangguan fungsi ginjal akut atau kronik (Suhardjono, 2014).

Hemodialisis yaitu salah satu cara yang dibuat untuk terapi pengganti pada klien yang fungsi ginjalnya terganggu, baik yang bersifat akut maupun kronik (National Kidney Foundation (NKF), 2016). orang yang mengalami gagal ginjal bisa dibantu melalui bantuan hemodialisis untuk mengambil alih fungsi ginjal. Klien gagal ginjal yang mengikuti terapi hemodialisis memerlukan waktu 12-15 jam untuk dialisis setiap minggunya atau minimal 3-4 jam per tiap terapi. Tindakan ini akan berlanjut secara terus-menerus seumur hidupnya (Bare & Smeltzer, 2002, dalam Nurani & Mariyanti, 2013).

### **2.3.2 Tujuan Hemodialisis**

Hemodialisis bukan mengatasi kelainan kardiovaskular dan endokrin bagi orang yang mengalami Penyakit Ginjal Kronik (PGK). Tindakan ini mempunyai tujuan dalam membuang nitrogen sebagai sampah hasil metabolisme, kelebihan cairan, memeriksa elektrolit dan membereskan kerusakan keseimbangan basa pada penderita gagal ginjal kronik ( Levy, Morgan & Brown, 2004). Hal terpenting lewat tindakan hemodialisis yaitu memperbaiki keseimbangan cairan intrasululer dan ekstrasululer yang terdapat kelainan akibat dari fungsi ginjal yang rusak (Himmelfarb & Ikizler, 2010).

### **2.3.3 Prinsip Hemodialisis**

Filtrasi, difusi, osmosis, dan ultrafiltrasi merupakan prinsip kerja fisiologis dari hemodialisis. Proses lewatnya suatu zat melalui penyaringan dan selanjutnya melakukan pemisahan sebagian zat dari zat yang lain dinamakan filtrasi. Difusi adalah mekanisme berpindahnya suatu molekul lewat larutan konsentrasi tinggi ke tempat dengan larutan konsentrasi rendah hingga mencapai keadaan seimbang



melalui membrane semipermeabel. Terjadinya proses difusi disebabkan oleh suhu, visikositas, dan bentuk molekul.

Osmosis timbul berdasarkan lewat adanya prinsip yang mengatakan bahwa zat pelarut akan bergerak melewati suatu membran untuk menapi konsentrasi yang sama di kedua sisi, dari suatu tempat yang konsentrasinya lebih rendah ke konsentrasi yang lebih tinggi. Zat-zat terlarut tidak ikut melewati membran yang disebut dengan proses pasif oleh karena tindakan tersebut.

ketika darah dipompa melalui dialiser maka membran akan menghasilkan tekanan positifnya, dan menyebabkan tekanan di ruangan yang berlawanan dengan membran jadi rendah. Hal tersebut membuat cairan dan larutan dengan ukuran kecil bergerak dari daerah yang bertekanan tinggi ke daerah yang bertekanan rendah (tekanan hidrostatik). Melalui tekanan hidrostatik cairan akan dapat bergerak menuju membrane semipermeabel yang disebut dengan ultrafiltrasi (O'callaghan, 2009).

#### **2.3.4 Komplikasi**

Hemodialisis ialah suatu tindakan dalam mengganti sebagian dari fungsi ginjal. Tindakan ini diterapkan pada orang dengan penyakit ginjal tahap akhir. Pasien yang mengalami masalah medis ketika melakukan hemodialisis walaupun di masa sekarang sudah mengalami perkembangan yang lumayan pesat. Berbagai penyakit yang sering timbul pada klien yang mengikuti hemodialisa adalah gangguan hemodinamik.

*Blood pressure* lazimnya menurun lewat dilakukannya ultrafiltrasi atau penarikan cairan saat hemodialisis. Tekanan darah rendah intradialitik dialami pada 5-40% klien yang menjalani hemodialisa regular, tetapi kira- kira 5-15% dari pasien hemodialisis mengalami hipertensi. Keadaan tersebut disebut hipertensi intradialitik (Agarwal & Light, 2010).

Komplikasi hemodialisis dibagi menjadi 2 yaitu komplikasi akut dan kronik. komplikasi yang terjadi selama hemodialisis berlangsung dinamakan komplikasi akut dan yang sering terjadi diantaranya adalah hipotensi, kram otot, mual dan muntah, sakit kepala, sakit dada, sakit punggung, gatal, demam, dan menggigil (Bieber & Himmelfarb, 2013). Komplikasi kronik adalah berbagai penyakit yang sering terjadi pada pasien hemodialisis yaitu penyakit jantung, kekurangan nutrisi, tekanan darah tinggi, kekurangan darah, renal osteodystrophy, neuropati, kerusakan reproduksi, gangguan perdarahan, infeksi, amyloidosis, dan *acquired cystic kidney disease*.

Ditemukannya kelainan di fungsi tubuh orang hemodialisis, menjadikan klien harus beradaptasi secara terus-menerus seumur hidupnya. Buat klien hemodialisis, penyesuaian ini meliputi ketidaksanggupan didalam memakai kemampuan di bagian fisik dan motorik, tentang perubahan fisik dan pola hidup, bergantung terhadap orang lain baik fisik maupun ekonomi serta ketergantungan secara fisik dan ekonomi pada orang lain, juga selama masih hidup membutuhkan mesin dialisa (Bieber dan Himmelfarb, 2013).

### **2.3.5 Peralatan Hemodialisis**

Peralatan Hemodialisis meliputi mesin hemodialisis, dialiser dan dialisat:

#### **a. Mesin Hemodialisis**

Mesin hemodialisis merupakan perpaduan dari komputer dan pompa, yang mempunyai fungsi untuk mengatur dan memonitor. Pompa dalam mesin hemodialisis berfungsi untuk mengalirkan darah dari tubuh ke dialiser dan mengembalikan kembali ke tubuh (homas, 2003). Mesin hemodialisis dilengkapi dengan monitor dan parameter kritis, diantaranya memonitor kecepatan dialisat dan darah, konduktivitas cairan dialisat, temperatur dan pH, aliran darah, tekanan darah, dan memberikan informasivital lainnya. Mesin Hemodialisis juga mengatur ultrafiltrasi, mengatur cairan dialisat, dan memonitor analisis dialisat terhadap kebocoran serta dilengkapi detektor udara ultrasonic untuk mendeteksi udara atau busa dalam vena (Thomas, 2003). Sistem monitoring sangat penting untuk efektifitas proses dialisis dan keselamatan pasien.

#### **b. Dialiser atau ginjal buatan**

Dialiser adalah tempat dimana proses hemodialisis berlangsung, tempat terjadinya pertukaran zat-zat dan cairan dalam darah dan dialisat. Dialiser merupakan kunci utama proses hemodialisis, karena yang dilakukan oleh dialiser sebagian besar dikerjakan oleh ginjal yang normal. Dialiser terdiri dari 2 kompartemen masing-masing untuk cairan dialisat dan darah. Kedua kompartemen dipisahkan membran semipermeabel yang mencegah cairan dialisat dan darah bercampur jadi satu (Lemone & Burke 2008).

### c. Dialisat

Dialisat adalah cairan yang terdiri atas air dan elektrolit utama dari serum normal yang dipompakan melewati dialiser ke darah pasien (Thomas & Smith, 2003). Komposisi cairan dialisat diatur sedemikian rupa sehingga mendekati komposisi ion darah normal dan sedikit dimodifikasi agar dapat memperbaiki gangguan cairan dan elektrolit pasien ESRD. Dialisat dibuat dengan mencampurkan konsentrat elektrolit dengan buffer (bikarbonat) dan air murni. Dialisis terdiri dari dialisat asetat dan dialisat bikarbonat. Dialisat asetat terdiri dari jumlah sodium, kalsium, magnesium, kalium, klorida dan sejumlah kecil asam asetat. Dialisat asetat dipakai untuk mengoreksi asidosis dan mengimbangi kehilangan bikarbonat secara difusi selama hemodialisis. Sementara itu dialisat bikarbonat terdiri dari larutan asam dan larutan bikarbonat. Dialisat bikarbonat bersifat lebih fisiologis walaupun relatif tidak stabil (Kallenberg, 2005). Merekomendasikan unit dialisis menggunakan dialisat bikarbonat untuk mengurangi komplikasi.

### 2.3.6 Proses Hemodialisis

Ginjal buatan (*Dialyzer*), mempunyai 2 kompartemen, yaitu kompartemen darah dan kompartemen dialisat. Kedua kompartemen tersebut, selain dibatasi oleh membran semi-permeabel, juga mempunyai perbedaan tekanan yang disebut sebagai *trans-membran pressure* (TMP) (Swartzendruber *et al*, 2008). Selanjutnya, darah dari dalam tubuh dialirkan ke dalam kompartemen darah, sedangkan cairan pembersih (*dialisat*), dialirkan ke dalam kompartemen dialisat. Pada proses hemodialisis, terjadi 2 mekanisme yaitu, mekanisme difusi dan mekanisme ultrafiltrasi.

Mekanisme difusi bertujuan untuk membuang zat-zat terlarut dalam darah (*blood purification*), sedangkan mekanisme ultrafiltrasi bertujuan untuk mengurangi kelebihan cairan dalam tubuh (*volume control*) (Roesli, 2006). Kedua mekanisme dapat digabungkan atau dipisah, sesuai dengan tujuan awal hemodialisisnya. Mekanisme difusi terjadi karena adanya perbedaan konsentrasi antara kompartemen darah dan kompartemen dialisat. Zat-zat terlarut dengan konsentrasi tinggi dalam darah, berpindah dari kompartemen darah ke kompartemen dialisat, sebaliknya zat-zat terlarut dalam cairan dialisat dengan konsentrasi rendah, berpindah dari kompartemen dialisat ke kompartemen dialisat.

Proses difusi ini akan terus berlangsung hingga konsentrasi pada kedua kompartemen telah sama. Kemudian, untuk menghasilkan mekanisme difusi yang baik, maka aliran darah dan aliran dialisat dibuat saling berlawanan (Rahardjo *et al*, 2006). Kemudian pada mekanisme ultrafiltrasi, terjadi pembuangan cairan karena adanya perbedaan tekanan antara kompartemen darah dan kompartemen dialisat. Tekanan hidrostatik akan mendorong cairan untuk keluar, sementara tekanan onkotik akan menahannya. Bila tekanan di antara kedua kompartemen sudah seimbang, maka mekanisme ultrafiltrasi akan berhenti (Suwitra, 2006).

### **2.3.7 Dosis hemodialisis dan kecukupan dosis Hemodialisis**

#### **a. Dosis Hemodialisis**

Dosis Hemodialisis yang diberikan pada umumnya sebanyak 2 kali seminggu dengan setiap Hemodialisis selama 5 jam atau 14 sebanyak 3 kali seminggu dengan setiap hemodialisis selama 4 jam (Suwitra, 2006). Lamanya hemodialisis berkaitan erat dengan efisiensi dan adekuasi hemodialisis, sehingga

lama hemodialisis juga dipengaruhi oleh tingkat uremia akibat progresivitas perburukan fungsi ginjalnya dan faktor-faktor komorbiditasnya, serta kecepatan aliran darah dan kecepatan aliran dialisat (Swartzendruber *et al*, 2008). Namun demikian, semakin lama proses hemodialisis, maka semakin lama darah berada diluar tubuh, sehingga makin banyak antikoagulan yang dibutuhkan, dengan konsekuensi sering timbulnya efek samping (Roesli, 2006).

#### b. Kecukupan Dosis Hemodialisis

Kecukupan dosis hemodialisa yang diberikan disebut dengan adekuasi hemodialisis. Adekuasi hemodialisis diukur dengan menghitung *urea reduction ratio* (URR) dan *urea kinetic modeling* (Kt/V). Nilai URR dihitung dengan mencari nilai rasio antara kadar ureum pradialisis yang dikurangi kadar ureum pasca dialisis dengan kadar ureum pasca dialisis. Kemudian, perhitungan nilai Kt/V juga memerlukan kadar ureum pradialisis dan pasca dialisis, berat badan pradialisis dan pascadialisis dalam satuan kilogram, dan lama proses hemodialisis dalam satuan jam. Pada hemodialisis dengan dosis 2 kali seminggu, dialisis dianggap cukup bila nilai URR 65-70% dan nilai Kt/V 1,2-1,4 (Swartzendruber *et al*, 2008).

## 2.4 Konsep Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan

### 2.4.1 Definisi Kepatuhan

Kepatuhan adalah sejauh mana perilaku seseorang menyetujui atas rekomendasi dari pelayanan kesehatan yang disepakati dalam minum obat, mengikuti diet yang direkomendasikan atau melakukan perubahan dalam

gaya hidup. (Ilknur et al., 2019). Kepatuhan adalah suatu bentuk perilaku yang timbul akibat adanya interaksi antara petugas kesehatan dan pasien sehingga pasien mengerti rencana dengan segala konsekuensinya dan menyetujui rencana tersebut dan melaksanakannya (Kemenkes RI, 2017). Kepatuhan adalah perilaku individu (minum obat, mematuhi diet seperti diet pembatasan cairan, dan merubah pola hidup) sesuai terapi dan kesehatan (Rahma, 2017). Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan perilaku terhadap kepatuhan adalah upaya dan perilaku individu menunjukkan kesesuaian dengan peraturan diet atau anjuran yang ditetapkan oleh professional kesehatan untuk menunjang kesembuhannya.

#### **2.4.2 Definisi Kepatuhan Pembatasan cairan**

Kepatuhan pembatasan cairan merupakan salah satu terapi yang dapat dilakukan pasien untuk mengontrol jumlah cairan yang masuk sesuai dengan jumlah cairan yang keluar (Fadlilah, 2020). Kepatuhan pembatasan cairan adalah masalah utama yang sering dialami oleh pasien yang menjalani hemodialisis bahkan menjadi salah satu stressor ketika haus dan xerostomia. (Waslamah & Saputra, 2021).

#### **2.4.3 Tujuan Pembatasan cairan**

Asupan cairan pada pasien dengan penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis sangat penting tujuannya karena konsumsi cairan berlebihan dapat mengakibatkan penambahan berat badan, edema, kelopak mata bengkak dan sesak nafas yang disebabkan oleh cairan yang berlebihan. Volume minum pada pasien yang menjalani hemodialisis harus dipantau dengan hati-hati saat

sedang mengalami kesulitan dalam membatasi asupan cairan (Masriati Panjaitan & Saragih, 2017).

#### **2.4.4 Komponen kepatuhan pembatasan cairan**

Pembatasan asupan cairan pada pasien gagal ginjal kronik, sangat perlu dilakukan. Hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya edema dan komplikasi kardiovaskular. Air yang masuk ke dalam tubuh dibuat seimbang dengan air yang keluar, baik melalui urin maupun IWL. Dalam melakukan pembatasan asupan cairan, bergantung dengan haluaran urin dalam 24 jam dan ditambahkan dengan IWL, ini merupakan jumlah yang diperbolehkan untuk pasien dengan gagal ginjal kronik yang mendapat dialisis. Misalnya : jika jumlah urin yang dikeluarkan dalam waktu 24 jam adalah 400 ml, maka asupan cairan total dalam sehari adalah  $400 + 500 \text{ ml} = 900 \text{ ml}$  (Smeltzer&Bare, 2018). Makanan-makanan cair dalam suhu ruang (agar-agar, soup dan es krim) dianggap cairan yang masuk.

Pasien PGK yang mendapatkan terapi hemodialisis harus mengatur asupan cairan, sehingga berat badan yang diperoleh dari 1,5 kilogram diantara waktu dialisis. Mengontrol asupan cairan merupakan salah satu masalah bagi pasien yang mendapatkan terapi dialisis, karena dalam kondisi normal manusia tidak dapat bertahan lebih lama tanpa asupan cairan dibandingkan dengan makanan. Namun bagi penderita penyakit gagal ginjal kronik harus melakukan pembatasan asupan cairan untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Ginjal sehat melakukan tugasnya menyaring dan membuang limbah dan racun ditubuh kita dalam bentuk urin 24 jam, apabila fungsi ginjal terganggu maka terapi HD



yang menggantikan tugas tersebut.

Mayoritas pasien yang mendapatkan terapi HD di Indonesia dilakukan dialisis dalam 2 kali perminggu, dan 4-5 jam perkali dialisis, itu artinya tubuh harus menanggung kelebihan cairan diantara dua waktu terapi. Apabila pasien tidak membatasi jumlah asupan cairan yang terdapat dalam minuman maupun makanan, maka cairan akan menumpuk di dalam tubuh dan akan menimbulkan edema di sekitar tubuh. Kondisi ini akan membuat tekanan darah meningkat dan memperberat kerja jantung. Penumpukan cairan juga akan masuk ke paru-paru sehingga membuat pasien mengalami sesak nafas, karena itu pasien perlu mengontrol dan membatasi jumlah asupan cairan yang masuk dalam tubuh. Pembatasan tersebut penting agar pasien tetap merasa nyaman pada saat sebelum, selama dan sesudah terapi hemodialisis (Smeltzer & Bare, 2017).

#### **2.4.5 Pembatasan asupan cairan**

Pasien PGK yang mekaakukan pembatasan cairan berpatokan pada cairan yang diperlukan oleh pasien, dimana intake cairan sama dengan output cairan, masukan hasil dari seseorang ketika minuman dan makanan dan keluaran berupa urin (*IWL*) yaitu tinja ,eringat maupun jumlah pernafasan yang dihitung menggunakan berat badan perorang (Sinambela, 2020)

#### **2.4.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pembatasan cairan**

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan meliputi faktor usia, faktor tingkat pendidikan, faktor ekonomi, faktor psikologis , faktor terkait terapi, Faktor terkait sistem perawatan kesehatan, dukungan keluarga, pengetahuan, petugas kesehatan, rasa haus dan *self efficacy*. (Chironda & Bhengu, 2016; Kartini dkk,

2020; Wahyuni dkk, 2019)

#### 1. Faktor usia

Usia telah ditemukan menjadi penentu dalam masalah kepatuhan. Pasien yang lebih muda dan mereka yang didiagnosis memiliki penyakit kronis kurang patuh. Perilaku kepatuhan yang lebih tinggi ditemukan pada pasien yang lebih tua.

#### 2. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan juga telah dikutip sebagai penentu dalam perilaku kepatuhan pada penyakit kronis seperti CKD. Pendidikan yang rendah telah ditemukan menyebabkan penurunan kepatuhan karena korelasi yang buruk dengan pengetahuan tentang penyakit dan pengobatan, pengetahuan tampaknya menjadi fasilitator utama kepatuhan positif terhadap pembatasan cairan, dengan penilaian diri yang akurat, faktor psikologis positif dan kontak sosial yang mendukung juga berperan.

#### 3. Faktor ekonomi

Status sosial ekonomi yang rendah telah dilaporkan di antara pasien PGK, kemiskinan meningkatkan resiko gangguan yang menjadi predisposisi PGK untuk berkembang dan memperburuk hasil pada mereka yang sudah memiliki PGK, kemakmuraan meningkatkan akses ke terapi pengganti ginjal atau hemodialisis

#### 4. Faktor psikologi

Tingkat gangguan kejiwaan pada populasi pasien PGK jauh lebih tinggi daripada populasi lain dengan penyakit kronis lainnya. Depresi adalah

masalah psikologis yang paling umum pada pasien PGK dan berhubungan dengan mortalitas dan morbiditas. Hubungan faktor psikologi dengan kepatuhan pembatasan cairan yaitu ketika seseorang mengalami kecemasan psikologisnya terganggu maka mereka tidak akan patuh terhadap kepatuhan pembatasan cairan.

#### 5. Faktor terkait terapi

Efek samping hemodialisis merupakan faktor terkait terapi yang mempengaruhi kepatuhan pasien PGK terhadap prosedur. Ini termasuk kram otot, hipotensi dan nyeri dada.

#### 6. Faktor terkait sistem perawatan kesehatan

Ketersediaan dan aksesibilitas pusat dialysis mempengaruhi kepatuhan terhadap rejimen pengobatan yang ditentukan antara pasien penyakit ginjal kronik.

#### 7. Dukungan keluarga

Keluarga merupakan bagian dari pasien yang paling dekat dan tidak dapat dipisahkan, penderita akan merasa aman dan tentram apabila mendapat perhatian dan dukungan dari keluarganya karena dengan dukungan tersebut akan menimbulkan kepercayaan dirinya untuk menghadapi dan mengelola penyakitnya dengan baik. Seseorang akan patuh terhadap kepatuhan pembatasan cairan apabila keluarga mengingatkan akan hal tersebut.

#### 8. Pengetahuan

Penderita dengan kepatuhan rendah mereka akan berpikir mereka tidak sakit, mereka berpikir mereka sembuh sehingga mereka merasa tidak perlu control

untuk kesehatannya. Adanya Pengetahuan dari seseorang akan mempengaruhi kepatuhan terhadap pembatasan cairan jika mereka sudah tau faktor resiko jika tidak patuh terhadap pembatasan cairan.

#### 9. Petugas kesehatan

Dukungan dari petugas kesehatan sangatlah besar bagi pasien karena petugas kesehatan orang yang paling dekat dengan pasien dan berinteraksi dengan pasien setiap saat, kondisi fisik dan kesehatan lebih baik sangatlah mempengaruhi rasa percaya diri pasien dan selalu menerima anjuran yang diberikan oleh petugas kesehatan.

#### 10. *Self-Efficacy*

*Self-efficacy* yaitu kekuatan yang dimiliki oleh seseorang terhadap keyakinan dirinya yang bisa mengeluarkan energi positif melalui kognitif, motivasional, afektif dan proses seleksi. *Self-efficacy* dapat mempengaruhi kepercayaan diri seseorang dalam menjalani terapi hemodialisis. Efikasi diri yang tinggi sangat dibutuhkan untuk mematuhi terapi dan pengendalian cairan dengan baik.

#### **2.4.7 Instrumen Kepatuhan Pembatasan cairan**

Instrumen yang dibuat oleh Perdana (2014) I-FAI (kuisioner *Indonesian Fluid intake Appraisal Inventory*). Instrumen yang dilakukan pada penelitian sebelumnya dalam pengukuran kepatuhan pembatasan cairan pada pasien hemodialisis yaitu penelitian Muhammad andika (2021) Menggunakan kuisioner *Indonesian Fluid intake Appraisal Inventory* (I-FAI). Kuisioner ini terdiri dari 33 pertanyaan dengan skala range 0-10 terdiri dari 4 komponen

yakni *physiological factor*, *affective factor*, *social factor*. Dan *environmental factor*. Skor total berada pada rentang 0- 330 (Cronbach ).

Instrumen kepatuhan pembatasan cairan yang dibuat oleh Tatu Hirmawaty (2014) di lanjutkan oleh peneliti Sinambela (2020). Kuesioner pembatasan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Uji validitas pada kuesioner ini didapatkan jika semua item kuesioner pembatasan cairan memiliki nilai  $r > 0,3$  yang berarti semua item pertanyaan valid. Hasil uji formula *chronbach Alpha* dimana kuesioner dalam penelitian ini dengan hasil 0.872 yang berarti reliabel.

## 2.5 *Self-Efficacy*

### 2.5.1 Definisi *Self-Efficacy*

*Self-efficacy* merupakan keyakinan dalam diri seseorang terhadap kemampuan yang dimiliki bahwa ia mampu untuk melakukan sesuatu atau mengatasi suatu situasi bahwa ia akan berhasil dalam melakukannya. Sebagaimana Bandura mengemukakan bahwa *self-efficacy* merupakan keyakinan orang tentang kemampuan mereka untuk menghasilkan tingkat kinerja serta menguasai situasi yang mempengaruhi kehidupan mereka, kemudian *self-efficacy* juga akan menentukan bagaimana orang merasa, berpikir, memotivasi diri dan berperilaku (Gusriko Hardianto, 2014).

Sesuai dengan pendapat Jeanne Ellis Ormrod, *self-efficacy* adalah keyakinan seseorang tentang kemampuannya sendiri untuk menjalankan perilaku tertentu atau mencapai tujuan tertentu. Kemudian Bandura dalam Howard (2008) juga

menambahkan bahwa *self-efficacy* memiliki dampak yang penting, bahkan bersifat sebagai motivator utama terhadap keberhasilan seseorang. Orang lebih mungkin mengerjakan aktivitas yang yakin dapat mereka lakukan daripada melakukan pekerjaan yang mereka rasa tidak bisa (Gusriko Hardianto, 2014). Selain itu, Baron dan Byrne juga mengartikan *self-efficacy* sebagai keyakinan seseorang akan kemampuan atau kompetensinya atas kinerja tugas yang diberikan, mencapai tujuan, atau mengatasi sebuah hambatan. Sedangkan efikasi menurut Alwisol ialah penilaian diri, apakah dapat melakukan tindakan yang baik atau buruk, benar atau salah, bisa atau tidak bisa mengerjakan sesuai dengan yang dipersyaratkan (Rizky Nasution, 2018).

Dari berbagai pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa *self-efficacy* merupakan keyakinan dalam diri seseorang akan kemampuan yang dimiliki dalam melakukan suatu tindakan untuk mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan, serta dapat mempengaruhi situasi dengan baik, dan dapat mengatasi sebuah hambatan.

### **2.5.2 Dimensi *Self-Efficacy***

Bandura membedakan *self-efficacy* menjadi tiga dimensi, yaitu *level*, *generality*, dan *strength* (Khirzun Nufus, 2014)

#### **a. Dimensi *Level***

Dimensi ini mengacu pada derajat kesulitan tugas yang dihadapi. Penerimaan dan keyakinan seseorang terhadap suatu tugas berbeda-beda. Persepsi setiap individu akan berbeda dalam memandang tingkat kesulitan dari suatu tugas. Persepsi terhadap tugas yang sulit dipengaruhi oleh kompetensi yang dimiliki

individu. Ada yang menganggap suatu tugas itu sulit sedangkan orang lain mungkin merasa tidak demikian. Keyakinan ini didasari oleh pemahamannya terhadap tugas tersebut.

*b. Dimensi Generality*

Dimensi ini mengacu sejauh mana individu yakin akan kemampuannya dalam berbagai situasi tugas, mulai dari dalam melakukan suatu aktivitas yang biasa dilakukan atau situasi tertentu yang tidak pernah dilakukan hingga dalam serangkaian tugas atau situasi sulit dan bervariasi.

*c. Dimensi Strength*

Dimensi *strength* merupakan kuatnya keyakinan seseorang mengenai kemampuan yang dimiliki ketika menghadapi tuntutan tugas atau permasalahan. Hal ini berkaitan dengan ketahanan dan keuletan individu dalam pemenuhan tugasnya. *Self-efficacy* yang lemah dapat dengan mudah menyerah dengan pengalaman yang sulit ketika menghadapi sebuah tugas yang sulit. Sedangkan bila *self-efficacy* tinggi maka individu akan memiliki keyakinan dan kemantapan yang kuat terhadap kemampuannya untuk mengerjakan suatu tugas dan akan terus bertahan dalam usahannya meskipun banyak mengalami kesulitan dan tantangan.

### **2.5.3 Aspek-Aspek *Self-Efficacy***

Menurut Bandura ada tiga macam aspek-aspek dalam *self-efficacy* diantaranya :

*a. Magnitude*

Berkaitan dengan tingkat kesulitan tugas yang dilakukan individu. Jika

dihadapkan dengan tugas-tugas yang disusun menurut tingkat kesulitan, yaitu rendah, menengah, dan tinggi, maka individu akan melakukan tindakan-tindakan yang dirasa mampu untuk dilakukan dan untuk memenuhi tuntutan perilaku yang dibutuhkan bagi masing-masing tingkat.

b. *Generality*

Berkaitan dengan luas bidang tugas yang dihadapi individu. Sejauh mana individu yakin akan kemampuannya dalam berbagai situasi hingga dalam serangkaian tugas dalam situasi yang bervariasi.

c. *Strenght*

Berkaitan dengan kuatnya keyakinan seseorang mengenai kemampuan yang dimiliki. Individu yang memiliki kepercayaan yang kuat dalam kemampuan mereka akan tekun dalam usahanya meskipun banyak sekali kesulitan dan halangan.

#### **2.5.4 Proses-proses yang Mempengaruhi *Self-Efficacy***

Menurut Bandura tahun 1997, proses psikologis dalam *self-efficacy* yang turut berperan dalam diri manusia ada 4 yakni proses kognitif, motivasi, afeksi dan proses pemilihan/seleksi (Aprilia Putri, 2018)

a. Proses kognitif

Proses kognitif merupakan proses berfikir, didalamnya termasuk pemerolehan, pengorganisasian, dan penggunaan informasi. Kebanyakan tindakan manusia bermula dari sesuatu yang difikirkan terlebih dahulu. Individu yang memiliki efikasi diri yang tinggi lebih senang membayangkan tentang kesuksesan. Sebaliknya individu yang efikasi dirinya rendah lebih banyak membayangkan



kegagalan dan hal-hal yang dapat menghambat tercapainya kesuksesan. Bentuk tujuan personal juga dipengaruhi oleh penilaian akan kemampuandiri. Semakin seseorang mempersepsikan dirinya mampu maka individu akan semakin membentuk usaha-usaha dalam mencapai tujuannya dan semakin kuat komitmen individu terhadap tujuannya.

b. Proses Motivasi

Kebanyakan motivasi manusia dibangkitkan melalui kognitif. Individu memberi motivasi/dorongan bagi diri mereka sendiri dan mengarahkan tindakan melalui tahap pemikiran-pemikiran sebelumnya. Kepercayaan akan kemampuan diri dapat mempengaruhi motivasi dalam beberapa hal, yakni menentukan tujuan yang telah ditentukan individu, seberapa besar usaha yang dilakukan, seberapa tahan mereka dalam menghadapi kesulitan-kesulitan dan ketahanan mereka dalam menghadapi kegagalan.

c. Proses Afektif

Proses afeksi merupakan proses pengaturan kondisi emosi dan reaksi emosional. Menurut Bandura keyakinan individu akan *coping* mereka turut mempengaruhi level stres dan depresi seseorang saat mereka menghadapi situasi yang sulit. Persepsi *self-efficacy* tentang kemampuannya mengontrol sumber stres memiliki peranan penting dalam timbulnya kecemasan. Individu yang percaya akan kemampuannya untuk mengontrol situasi cenderung tidak memikirkan hal-hal yang negatif. Individu yang merasa tidak mampu mengontrol situasi cenderung mengalami level kecemasan yang tinggi, selalu memikirkan kekurangan mereka, memandang lingkungan sekitar penuh dengan ancaman,

membesar-besarkan masalah kecil, dan terlalu cemas pada hal-hal kecil yang sebenarnya jarang terjadi.

d. Proses Seleksi

Kemampuan individu untuk memilih aktivitas dan situasi tertentu turut mempengaruhi efek dari suatu kejadian. Individu cenderung menghindari aktivitas dan situasi yang diluar batas kemampuan mereka. Bila individu merasa yakin bahwa mereka mampu menangani suatu situasi, maka mereka cenderung tidak menghindari situasi tersebut. Dengan adanya pilihan yang dibuat, individu kemudian dapat meningkatkan kemampuan, minat, dan hubungan sosial mereka.

### 2.5.5 Klasifikasi *Self-Efficacy*

Secara garis besar, *self-efficacy* terdiri atas dua bentuk yaitu efikasi tinggi dan efikasi diri rendah.

a. Efikasi diri Tinggi

Dalam mengerjakan suatu tugas, individu yang memiliki efikasi diri yang tinggi akan cenderung memilih terlibat langsung. Individu yang memiliki efikasi diri yang tinggi cenderung mengerjakan tugas tertentu, sekalipun tugas tersebut adalah tugas yang sulit. Mereka tidak memandang tugas sebagai suatu ancaman yang harus mereka hindari. Selain itu, mereka mengembangkan minat intrinsik dan ketertarikan yang mendalam terhadap suatu aktivitas, mengembangkan tujuan, dan berkomitmen dalam mencapai tujuan tersebut. Mereka juga meningkatkan usahamereka dalam mencegah kegagalan yang mungkin timbul. Mereka yang gagal dalam melaksanakan sesuatu, biasanya cepat mendapatkan kembali efikasi diri mereka setelah mengalami kegagalan tersebut (Mellisayah

Arrianti, 2018)

Individu yang memiliki efikasi diri tinggi menganggap kegagalan sebagai akibat dari kurangnya usaha yang keras, pengetahuan, dan keterampilan. Di dalam melaksanakan berbagai tugas, orang yang mempunyai efikasi diri yang tinggi adalah sebagai orang yang berkinerja sangat baik. Mereka yang mempunyai efikasi diri tinggi dengan senang hati menyongsong tantangan. Individu yang memiliki efikasi diri yang tinggi memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- 1) Mampu menangani masalah yang mereka hadapi secara efektif
- 2) Yakin terhadap kesuksesan dalam menghadapi masalah atau tantangan
- 3) Masalah dipandang sebagai suatu tantangan yang harus dihadapi bukan untuk dihindari
- 4) Gigih dalam usahanya menyelesaikan masalah
- 5) Percaya pada kemampuan yang dimilikinya
- 6) Cepat bangkit dari kegagalan yang dihadapinya
- 7) Suka mencari situasi yang baru

b. Efikasi Diri Rendah

Individu yang ragu akan kemampuan mereka atau efikasi diri yang rendah akan menjauhi tugas-tugas yang sulit karena tugas tersebut dipandang sebagai ancaman bagi mereka. Individu yang seperti ini memiliki aspirasi yang rendah serta komitmen yang rendah dalam mencapai tujuan yang mereka pilih atau mereka tetapkan. Ketika menghadapi tugas-tugas yang sulit, mereka sibuk memikirkan kekurangan-kekurangan diri mereka, gangguan-gangguan yang mereka hadapi, dan semua hasil yang dapat merugikan mereka. Dalam

mengerjakan suatu tugas, individu yang memiliki efikasi diri rendah cenderung menghindari tugas tersebut (Mellisayah Arrianti, 2018)

Individu yang memiliki efikasi diri yang rendah tidak memikirkan tentang bagaimana cara yang baik dalam menghadapi tugas-tugas yang sulit. Bahkan ketika menghadapi tugas yang sulit, mereka juga lamban untuk mendapatkan kembali efikasi diri mereka ketika menghadapi kegagalan. Di dalam melaksanakan berbagai tugas, mereka yang memiliki efikasi diri rendah untuk mencoba pun tidak bisa, tidak peduli bahwa sesungguhnya mereka memiliki kemampuan yang baik. Rasa percaya dirinya untuk berprestasi menurun ketika keraguan datang.

Individu yang memiliki *Self-efficacy* yang rendah memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Lamban dalam membenahi atau mendapatkan kembali efikasi dirinya ketika menghadapi kegagalan
- 2) Tidak yakin bisa menghadapi masalahnya
- 3) Menghindari masalah yang sulit (ancaman dipandang sebagai sesuatu yang harus dihindari)
- 4) Mengurangi usaha dan cepat menyerah ketika menghadapi masalah
- 5) Ragu pada kemampuan diri yang dimilikinya
- 6) Tidak suka mencari situasi yang baru
- 7) Aspirasi dan komitmen pada tugas lemah

### 2.5.6 Dampak *Self-Efficacy* pada Perilaku

Keyakinan Efikasi diri seseorang dapat berdampak pada beberapa hal penting seperti yang dikemukakan Pajares antara lain :

- a. *Self-efficacy* mempengaruhi pilihan-pilihan yang dibuat dan tindakan yang dilakukan individu dalam melaksanakan tugas-tugas dimana individu tersebut berkompeten dan yakin. Keyakinan diri yang mempengaruhi pilihan-pilihan tersebut akan menentukan pengalaman dan mengedepankan kesempatan bagi individu untuk mengendalikan kehidupan.
- b. *Self-efficacy* menentukan seberapa besar usaha yang dilakukan oleh individu, seberapa lama individu akan bertahan ketika menghadapi rintangan dan seberapa tabah dalam menghadapi situasi yang tidak menguntungkan.

### 2.5.7 Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Self-Efficacy*

Menurut Bandura terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi *self-efficacy* pada diri individu antara lain sebagai berikut :

- a. Budaya

Budaya mempengaruhi *self-efficacy* melalui nilai (*values*), kepercayaan (*beliefs*), dalam proses pengaturan diri (*self regulatory process*) yang berfungsi sebagai sumber penilaian *self-efficacy* dan juga sebagai konsekuensi dari keyakinan akan *self-efficacy*.

Melalui faktor budaya, seseorang yang pada dasarnya baik akan menjadi buruk dan jahat karena pengaruh kebudayaan. Maka dari itu kita harus menjadi pribadi diri sendiri dan menjauhkan diri dari pengaruh budaya.

b. *Gender*

Perbedaan *gender* juga berpengaruh terhadap *self-efficacy*. Hal ini dapat dilihat dari penelitian Bandura tahun 1997 yang menyatakan bahwa wanita lebih efikasinya yang tinggi dalam mengelola perannya. Wanita yang memiliki peran selain sebagai ibu rumah tangga, juga sebagai wanita karir akan memiliki efikasi diri yang tinggi dibandingkan dengan pria yang bekerja.

c. Sifat dari Tugas yang Dihadapi

Derajat dari kompleksitas kesulitan tugas yang dihadapi oleh individu akan mempengaruhi penilaian individu tersebut terhadap kemampuan dirinya sendiri. Semakin kompleks tugas yang dihadapi oleh individu maka akan semakin rendah individu tersebut menilai kemampuannya. Sebaliknya, jika individu dihadapkan pada tugas yang mudah dan sederhana maka akan semakin tinggi individu tersebut menilai kemampuannya.

d. Intensif Eksternal

Faktor lain yang dapat mempengaruhi *self-efficacy* individu adalah intensif yang diperolehnya. Bandura menyatakan bahwa salah satu faktor yang dapat meningkatkan *self-efficacy* adalah *competent contingences incentive*, yaitu intensif yang diberikan orang lain yang merefleksikan keberhasilan seseorang.

e. Status atau Peran Individu dalam Lingkungan

Individu yang memiliki status yang lebih tinggi akan memperoleh derajat kontrol yang lebih besar sehingga diri yang dimilikinya juga tinggi. Sedangkan individu yang memiliki status yang lebih rendah akan memiliki kontrol yang lebih kecil sehingga efikasi diri yang dimilikinya juga rendah.

f. Informasi Tentang Kemampuan Diri

Individu yang memiliki efikasi diri tinggi, jika ia memperoleh informasi positif mengenai dirinya, sementara individu akan memiliki efikasi diri yang rendah, jika ia memperoleh informasi negatif mengenai dirinya.

Berdasarkan beberapa penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi *self-efficacy* ialah antara lain budaya, *gender*, sifat dari tugas yang dihadapi, intensif eksternal, status atau peran individu dalam lingkungan, dan informasi tentang kemampuan diri.

### 2.5.8 Instrumen Pengukuran *Self efficacy*

Faktor *self-efficacy* (Strategi yang Digunakan oleh Orang untuk Mempromosikan Kesehatan, untuk mengukur *self-efficacy* mengenai perawatan diri.

Instrumen yang dilakukan pada penelitian sebelumnya dalam pengukuran *self efficacy* pada pasien hemodialisis yaitu penelitian Tahereh Ramezani,dkk (2019). Faktor *self-efficacy* (Strategi yang Digunakan oleh Orang untuk Mempromosikan Kesehatan, untuk mengukur *self-efficacy* mengenai perawatan diri. Pertanyaan mengevaluasi tingkat kepercayaan individu Kuesioner ini mencakup 29 pertanyaan dengan 1-5 poin tanggapan mulai dari sedikit kepercayaan, pasien, 22 orang mengisi kuesioner dua kali selama 14 hari. Koefisien korelasi intaclass dihitung sebagai 0,86. Hasil validitas dan reliabilitas kuesioner demografi dan medis adalah 0,91 (Cronbach ).

1) *The cronik kidney disease self-efficacy*

Instrument *depelopment and psychometric evaluation* yang dikembangkan oleh Lin et al (2012) . Sudah teruji validasi dan rehabilitasi terdapat 68 pertanyaan dalam instrument ini.

2) Kuisoner *Cronic Kidney Disease Self-Efficacy* (CKD-SE). Kuisoner *self-efficacy* berdasarkan pengembangan teori Bandura (2016) denganparameter :

-dimensi *magnitude*

-dimensi *generality*

-dimensi *strenght*

Uji instrument dilakukan pada 30 pasien yang menjalani hemodialisis. Hasil uji kuisoner CKD-SE didapatkan nilai validitas 0,59 – 0,91 dan nilai rehabilitas 0,845.



## 2.6 Kerangka Konseptual

**Bagan 2.1**

**Hubungan Efikasi Diri Dengan Kepatuhan Pembatasan Cairan Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisa**

