

**HUBUNGAN EFIKASI DIRI DENGAN TINGKAT  
*OVERHIDRASI* PADA PASIEN HEMODIALISIS  
DI RSKG NY. R.A. HABIBIE BANDUNG**

**SKRIPSI**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai  
Gelar Sarjana Keperawatan

**ROSE ROSMAWATI  
NIK. AK 217 028**



**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA  
BANDUNG  
2019**



## LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL** : **HUBUNGAN EFIKASI DIRI DENGAN TINGKAT  
OVERHIDRASI PADA PASIEN HEMODIALISA DI  
RUMAH SAKIT KHUSUS GINJAL NY. RA. HABIBIE  
BANDUNG**

**Nama** : **ROSE ROSMAWATI**

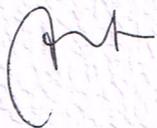
**NPM** : **AK.217.028**

Telah Disetujui Untuk Diajukan Dalam Sidang Skripsi  
Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung

Bandung, Agustus 2019

Menyetujui :

Pembimbing I



Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep

Pembimbing II



R. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep

Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana

Program Studi Sarjana Keperawatan

Ketua,



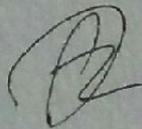
Lia Nurlianawati, S.Kep., Ners., M.Kep

## LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah di pertahankan dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan  
Dewan penguji Skripsi Program Studi Sarjana Fakultas Keperawatan  
Universitas Bhakti Kencana Bandung  
Pada Agustus 2019

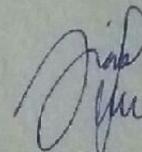
Mengesahkan  
Program Studi Sarjana Fakultas Keperawatan  
Universitas Bhakti Kencana Bandung

Penguji I



Nur Intan H. K.S., S.Kep., Ners., M.Kep

Penguji II



a.n.

Sri Wulan M., S.Kep., Ners., M.Kep

Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana  
Program Studi Sarjana Keperawatan

Dekan,



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

## PERNYATAAN PENULIS

Dengan ini saya

Nama : ROSE ROSMAWATI

NIM : AK.217 028

Program Studi : NERS

Judul Studi : HUBUNGAN EFIKASI DIRI DENGAN TINGKAT  
*OVERHIDRASI* PADA PASIEN HEMODIALISA DI RSKG NY R.A.  
HABIBIE BANDUNG

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan di program Studi NERS Universitas Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat atau jiplakan, secara asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing serta tidak terdapat karya atau pendapat yang ditulis atau dipublikasikan orang lain

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademi berupa pancabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, Agustus 2019



ROSE ROSMAWATI

## ABSTRAK

Hemodialisa (HD) merupakan penatalaksanaan terapi ginjal pengganti bagi pasien Gagal Ginjal Kronik, dilakukan dua sampai tiga kali seminggu selama empat sampai lima jam tiap kali HD. Masalah yang sering dihadapi adalah *overhidrasi* yang ditandai dengan edema dan penambahan berat badan berlebih diantara dua waktu dialisis yang dapat mempengaruhi Interdialytic Weight Gain (IDWG). Peningkatan IDWG dapat disebabkan oleh berbagai macam faktor baik faktor internal yang meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, rasa haus, stres, *self efficacy*. *Self efficacy* yang tinggi memegang peran penting terhadap keyakinan dan kemampuan melakukan perawatan diri terhadap penyakitnya. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan efikasi diri dengan tingkat *overhidrasi* pada pasien yang menjalani hemodialisis

Jenis penelitian ini merupakan deskriptif korelasi. Teknik pengambilan sampel *purposive sampling* dengan 72 sampel pasien yang menjalani hemodialisis rutin. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner efikasi diri pengembangan teori bandura dengan uji validitas dan reliabilitas dan lembar observasi IDGW. Analisis data univariat dan bivariat menggunakan spearman rank (*rho*).

Hasil penelitian univariat setengah responden memiliki efikasi rendah (50.0%), sebagian besar responden memiliki tingkat *overhidrasi* berat (77.8%) dan hasil bivariat untuk uji korelasi menggunakan spearman rank (*rho*) terdapat hubungan sangat rendah efikasi diri dengan tingkat *overhidrasi* pada pasien yang menjalani hemodialisis dengan nilai *p-value*  $0.037 < \alpha 0,05$  dengan koefisiensi korelasi 0.031. Diharapkan perlu memotivasi diri untuk meningkatkan efikasi diri sehingga bisa mengendalikan diri dalam membatasi asupan cairan. Peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian lain yang dapat mempengaruhi efikasi diri seperti dukungan keluarga dan faktor yang mempengaruhi kejadian *overhidrasi*.

Kata Kunci : Efikasi Diri, Hemodialisa, *Overhidrasi*

Daftar Pustaka : 42 Buku, 27 Jurnal, 3 Website (2005-2019)

## **ABSTRACT**

*Hemodialysis is a management of substitute kidney therapy for patients who must perform it two until three times a week for four to five hours each time. The problem that often faced is overhydration which is characterized by edema and excessive weight gain between two dialysis times which can influence Interdialytic Weight Gain (IDWG). The increase in IDWG can be caused by a variety factors including age, sex, education level, thirsty, stress, self efficacy. High self efficacy plays an important role on the belief and ability to perform self-care towards the disease. The purpose of this study was to determine the relationship between self-efficacy with the level of overhydration towards the patients who perform hemodialysis.*

*The type of the research was a descriptive correlation. The sampling technique was Purposive sampling with 72 patients who perform hemodialysis. The instrument used was a questionnaire of self-efficacy for developing of bandura theory with validity and reliability tests and IDGW observation sheets. The analysis of univariate and bivariate used was Spearman rank ( $\rho$ ).*

*The results of univariate showed that most respondents had low efficacy as many as (50.0%) and most respondents had severe overhydration rates as many as (77.8%). The result of bivariate for correlation that used spearman rank ( $\rho$ ) obtained that there was a very low correlation of self-efficacy with over hydration rates towards patients who perform hemodialysis with  $p$ -values as many as  $0.037 < \alpha < 0.05$  with a correlation coefficient as many as 0.031. It is expected to motivate yourself to improve self-efficacy so that they can control themselves in limiting the intake of liquid so that severe overhydration didn't occur. For further researchers, it is expected to develop on other factors that can influence self efficacy such as family support and factors that influence the occurrence of over hydration.*

*Keywords : Self-Efficacy, Hemodialysis, Overhydration*

*Bibliography : 42 Books, 27 Journals, 3 Websites (2005-2019)*

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT yang maha pengasih lagi maha penyayang karena atas rahmat dan karunia-Nya saya dapat menyelesaikan penyusunan Skripsi ini dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Keperawatan. Maka dalam kesempatan ini saya ingin mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu, memotivasi serta mendo'akan , maka izinkanlah saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. H. Mulyana, SH., M.Pd, M.H.Kes selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, M.H.Kes., Apt sebagai Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung sekaligus pembimbing dalam penyusunan Skripsi ini.
4. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep., selaku Wakil Ketua Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung sekaligus pembimbing dalam penyusunan Skripsi ini.
5. Qania Mufliani, dr, MM selaku Direktur RSKG Ny. R.A. Habibie Bandung, yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melakukan penelitian.
6. Lia Nurlianawati, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.

7. Neneng Suprihatin, SKM., MN selaku Ka. Sie Diklat RSKG Ny. R.A. Habibie Bandung beserta jajarannya yang telah memberikan bimbingan dan arahan.
  8. Seluruh staf dosen dan karyawan Universitas Bhakti Kencana Bandung yang telah membantu selama penulis mengikuti pendidikan di Universitas Bhakti Kencana Bandung.
  9. Seluruh staf karyawan hemodialisis RSKG Ny. R.A. Habibie Bandung yang telah memberi dukungan, bantuan selama bekerja maupun selama mengikuti pendidikan.
  10. Kedua orang tua, keluarga serta anak-anak tercinta Tazkia Diva Sastradireja, Dhafin Al Rasyid Sastradireja, dan Dima Muzahir Sastradireja yang selalu memberikan do'a dukungan dan kasih sayangnya yang begitu tulus semoga Allah SWT selalu membimbingnya.
  11. Rekan-rekan seperjuangan program studi SI Keperawatan angkatan 2019 atas bantuan dan dukungannya.
  12. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan Skripsi ini.
- Semoga amal baik yang telah diberikan kepada penulis mendapat balasan yang setimpal dari Allah SWT.

Bandung, Agustus 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	iii
DAFTAR ISI .....	v
DAFTAR TABEL .....	vii
DAFTAR BAGAN .....	viii
DAFTAR LAMPIRAN .....	ix
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	11
1.3 Tujuan Penelitian .....	11
1.4 Manfaat Penelitian .....	12
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Penyakit Ginjal Kronis .....	14
2.2 Hemodialisa .....	23
2.3 <i>Interdialitic Weight Gain</i> .....	25
2.4 Teori Efikasi Bandura.....	38
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Rancangan Penelitian .....	41
3.2 Paradigma Penelitian .....	41
3.3 Hipotesa Penelitian .....	43
3.4 Variabel Penelitian .....	44

3.5 Definisi Konseptual dan Definisi Operasional .....	44
3.6 Populasi dan Sampel .....	47
3.7 Pengumpulan Data .....	50
3.7.1 Instrumen Penelitian .....	50
3.7.2 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen .....	51
3.7.3 Tehnik Pengumpulan Data .....	53
3.8 Langkah-Langkah Penelitian .....	55
3.9 Pengolahan Data dan Analisa Data.....	56
3.10 Etika Penelitian .....	65
3.11 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	67

#### **BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

4.1 Hasil Penelitian .....	68
4.2 Pembahasan .....	73

#### **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Simpulan .....	88
5.2 Saran .....	89

#### **DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Klasifikasi Penyebab Kerusakan Ginjal.....	16
Tabel 2.2 Klasifikasi Kenaikan Berat Badan.....	27
Tabel 3.1 Tabel Definisi Operasional .....	46
<i>Tabel 3. 2</i> Jumlah Pasien Rutin Yang Menjalani Hemodialisa .....	49
Tabel 4.1 Karakteristik responden berdasarkan Usia, Jenis kelamin, Pendidikan, Lamanya Hemodialisis di RSKG NY R.A. Habibie Bandung .....	69
Tabel 4.2 Gambaran Efikasi Diri Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisis di RSKG Ny R.A. Habibie Bandung.....	70
Tabel 4.4 Gambaran tingkat <i>Overhidrasi</i> Pada Pasien Yang Menjalanni Hemodialisis di RSKG NY R.A. Habibie Bandung .....	71
Tabel 4.5 Hubungan Efikasi Diri dengan Kejadian <i>Overhidrasi</i> Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisa di RSKG NY R.A. Habibie Bandung.....	72

## DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.5 Kerangka Teori .....	40
Bagan 3.1 Kerangka Penelitian .....	43

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1    Tabel Hasil Uji Validitas
- Tabel Hasil Uji Reliabilitas
- Tabel 4.3 Gambaran Efikasi Diri Berdasarkan Dimensi Pada Pasien  
                  Yang Menjalani Hemodialisa di RSKG NY R.A. Habibie Bandung
- Lampiran 2    Lembar Permohonan Sebagai Responden
- Lembar Persetujuan Sebagai Responden
- Lembar Observasi IDWG Responden
- Kuesioner Penelitian
- Lampiran 2    Permohonan Studi Pendahuluan
- Jawaban Studi Pendahuluan
- Permohonan Ijin Penelitian
- Jawaban Ijin Penelitian
- Permohonan Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas
- Jawaban Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas
- Hasil Terjemahan
- Lembar Catatan Bimbingan
- Lembar Kehadiran Mengikuti Sidang Proposal
- Riwayat Hidup

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Gagal ginjal merupakan suatu keadaan dimana terjadinya penurunan fungsi ginjal secara optimal untuk membuang zat-zat sisa dan cairan yang berlebihan dari dalam tubuh (Markum, 2015). Penurunan fungsi ginjal dapat terjadi akibat suatu penyakit, kelainan anatomi ginjal, dan penyakit yang menyerang ginjal itu sendiri, dimana ginjal sama sekali tidak lagi mampu bekerja sebagaimana fungsinya. Gagal ginjal diklasifikasikan menjadi dua macam jenis, yaitu gagal ginjal akut dan gagal ginjal kronis (Warianto, 2010).

Gagal ginjal kronik (GGK) merupakan penyakit dengan penyebab yang sangat beragam yang mengakibatkan penurunan fungsi ginjal secara bertahap dan dalam waktu yang lama. Pasien bisa dikatakan gagal ginjal kronik jika mengalami penurunan laju filtrasi glomerulus selama lebih dari 3 bulan. Gagal ginjal kronik juga merupakan komplikasi dari beberapa penyakit baik dari ginjal itu sendiri maupun dari penyakit diluar ginjal (Papadakis & J. Mcphee, 2016). Salah satu tahap penyakit gagal ginjal kronik yaitu derajat 5 atau disebut stadium *End Stage Renal Disease* (ESRD) yaitu ginjal mengalami kerusakan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, dimana tubuh tidak mampu memelihara

metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang berakibat peningkatan ureum (Astuti,2017).

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) merupakan masalah kesehatan besar masyarakat di seluruh dunia. Selain sulit disembuhkan, biaya perawatan dan pengobatannya pun sangat mahal, secara global lebih dari 500 juta orang mengalami gagal ginjal kronik (Supriyadi, dkk., 2011). Jumlah pasien gagal ginjal kronis terus meningkat setiap tahunnya. Pada tahun 2012 berdasarkan *United State Renal Data System annual data report 2014* di Amerika Serikat terdapat 636.905 jiwa yang mempunyai penyakit gagal ginjal kronis jumlah tersebut meningkat 3,7% dari tahun 2011. Di Indonesia jumlah pasien baru gagal ginjal kronis pada tahun 2017 berdasarkan data *report of indonesin renal registry* yaitu sebanyak 30.831 jiwa dan pasien aktif menjalani terapi sebanyak 77.892 jiwa. Jumlah tersebut terus meningkat dari tahun ke tahun yang mana pada tahun 2007 pasien dengan penyakit gagal ginjal kronis hanya 6.862 jiwa.

Provinsi Jawa Barat merupakan provinsi di Indonesia yang berkontribusi cukup besar dalam penyakit gagal ginjal kronik dan terus mengalami peningkatan, pada tahun 2009 tercatat ada 2.003 penderita gagal ginjal konik, pada tahun 2010 meningkat menjadi 2.412 penderita, pada tahun 2011 tercatat sebanyak 3.038 penderita, jumlah hanya berasal dari rumah sakit yang mempunyai unit hemodialisa, sehingga insidensi dan prevalensi pasien yang menderita gagal ginjal kronik jauh lebih banyak dari jumlah tersebut. Kota Bandung prevalensi gagal ginjal kronik

sebanyak 0,6 % dan menduduki urutan ke 4 jumlah penyakit gagal ginjal kronik setelah Sumedang, Banjar dan Cianjur (*Indonesia Renal Registry*, 2012).

Penatalaksanaan pada pasien gagal ginjal kronik adalah dilakukannya penggantian fungsi ginjal yaitu suatu penanganan untuk menggantikan kerja ginjal yang disebut terapi ginjal pengganti. Terapi ginjal pengganti adalah suatu usaha untuk mengambil alih fungsi ginjal yang telah menurun dengan menggunakan ginjal buatan (dialiser) dengan tehnik dialisis atau hemofiltrasi. Tehnik ini hanya mengganti fungsi ekskresi, yaitu fungsi pengaturan cairan dan elektrolit, serta ekskresi sisa metabolisme protein. Sedangkan fungsi endokrin seperti pengaturan tekanan darah, pembentukan eritrosit, fungsi hormonal, maupun integritas tulang tidak dapat digantikan oleh terapi ini (Roesli, 2011).

Salah satu pilihan terapi untuk pasien gagal ginjal kronik adalah hemodialisa (HD). Hemodialisa dilakukan untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia, seperti kelebihan ureum, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membran semipermeabel. pasien gagal ginjal kronik menjalani proses hemodialisa sebanyak dua sampai tiga kali seminggu, dimana setiap kali hemodialisa rata-rata memerlukan waktu antara empat sampai lima jam (Rahman, Kaunang, & Elim, 2016). Hemodialisa dipercaya dapat meningkatkan *survival* atau bertahan hidup pasien PGK (Widianti, Hermayanti, & Kurniawan, 2017). Kemampuan bertahan hidup penderita gagal ginjal

kronik yang menjalani hemodialisis dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti tingkat keparahan penyakit yang dialami, kondisi berbagai sistem tubuh yang terganggu oleh racun akibat gagal ginjal kronik, pengaturan *intake* cairan dan makanan, sampai kepatuhan mengikuti jadwal hemodialisis (Wijayanti, Isroin, & Purwanti, 2017). Pasien hemodialisis ada yang tidak lama bertahan hidup, namun ada juga yang bertahan hingga bertahun-tahun hidup dengan menjalani hemodialisis (Wahyuni, Irwanti, & Indrayana, 2014). Sekitar 60% sampai 80% pasien hemodialisis meninggal karena kelebihan cairan (Istanti, 2014).

Masalah kelebihan cairan atau *overhidrasi* pada pasien hemodialisis dapat menimbulkan komplikasi lanjut, seperti hipertensi, aritmia, kardiomiopati, *uremic pericarditis*, efusi perikardial, gagal jantung, serta edema pulmonal, nyeri pleura, efusi pleura, *uremic pleuritis*, *uremic lung*, dan sesak nafas (Prabowo & Pranata, 2014). Indikator keberhasilan pasien hemodialisis mengelola cairan adalah dengan mengontrol kenaikan berat badan. Peningkatan berat badan dalam waktu singkat dapat berarti peningkatan jumlah cairan dalam tubuh (Prabowo & Pranata, 2014). Penambahan berat badan di antara dua dialisis merupakan indikator masukan cairan selama periode hemodialisa yang dapat ditandai dengan perubahan klinis pasien seperti peningkatan tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, peningkatan vena sentral, *dispnea*, rales basah, batuk, edema, serta peningkatan berat badan sejak terakhir dialisis (Tovazzi & Mazzoni, 2012).

Pasien yang mendapatkan terapi hemodialisa perlu dilatih untuk melakukan pembatasan konsumsi cairan sesuai dengan kebutuhan berdasarkan penghitungan keseimbangan cairan dalam 24 jam. Tujuan pembatasan cairan adalah untuk mencegah terjadinya kelebihan volume cairan atau *overhidrasi* yang dapat berakibat terhadap gangguan fungsi dari organ lain, seperti paru-paru dan jantung (Tovazzi & Mazzoni, 2012). Pengaturan cairan pada pasien hemodialisis selain perlu dilatih pasien juga harus memiliki kesadaran akan kondisi yang dideritanya sehingga masalah kelebihan cairan yang diperketat akan menurunkan efek adanya gangguan pada fungsi organ lainnya (Tovazzi & Mazzoni, 2012).

Pasien hemodialisis memiliki berat badan kering atau *Interdialytic Weight Gain* (IDWG), yang dimana berat badan ini merupakan berat badan yang tidak adanya penumpukan cairan dalam tubuh (edema) dan menjadi tolak ukur terhadap kenaikan berat badan setiap dilakukan hemodialisis. Kenaikan berat badan pasien hemodialisis dari berat badan kering dianjurkan tidak lebih dari 5%. Persentase kenaikan badan kering / IDWG terbagi dalam tiga klasifikasi yaitu ringan (sebanyak 2-4%) , sedang (sebanyak 5-6%) dan berat (sebanyak 6-8%). Berat badan kering / IDWG dijadikan tolak ukur untuk menentukan ultrafiltrasi pada setelan program hemodialisa agar terapi menjadi adekuat. Apabila berat badan pasien hemodialisis setiap terapi melebihi dari anjuran (*overhidrasi*) dapat mengakibatkan keluhan seperti mudah lelah, sesak, edema pada paru,

*ascites*, edema pada ekstremitas, hingga kematian (Kresnawan Triyani, 2010).

Cairan yang diminum klien gagal ginjal tahap lanjut harus diawasi dengan seksama (Ignatavicius & Workman, 2010). Beberapa klien mengalami kesulitan dalam membatasi cairan yang masuk, namun mereka tidak mendapat pemahaman tentang strategi yang tepat yang dapat membantu mereka dalam pembatasan cairan, sehingga kenaikan *Interdialytic Weight Gain* (IDWG) yang melebihi batas normal dapat terjadi (Tjokoprawiro *et al.*, 2015). Laporan prevalensi kenaikan *Interdialytic Weight Gain* (IDWG) di beberapa negara mengalami kenaikan, sekitar 9,7% - 49,5% di Amerika Serikat dan 9,8% - 70% di Eropa (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI., 2017).

Peningkatan IDWG dapat disebabkan oleh berbagai macam faktor baik faktor internal yang meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, rasa haus, stres, *self efficacy*, maupun faktor eksternal yaitu dukungan keluarga dan sosial serta jumlah *intake* cairan (Mustikasari, 2017). Teori kognitif sosial Bandura menyebutkan bahwa keyakinan *self-efficacy* mempengaruhi pilihan seseorang dalam membuat atau menjalankan tindakan yang ingin mereka capai. Keyakinan ini juga dapat membantu menentukan sejauh mana usaha yang akan dikerahkan seseorang (Shunk, 1981 dalam Mukhid, 2009). Efikasi diri pertama kali dikembangkan oleh Bandura (Ghufron & Rini, 2010). Efikasi diri adalah keyakinan individu mengenai kemampuan dirinya dalam melakukan tugas atau tindakan yang

diperlukan untuk mencapai hasil tertentu. Efikasi diri memang tidak selalu berhubungan dengan kemampuan seseorang yang sebenarnya untuk melakukan suatu tugas tertentu, melainkan lebih menekankan pada sejauh mana orang tersebut merasa dan berpikir bahwa dirinya mampu berhasil dalam melakukan tugas itu (Bandura, 1982; Cantor & Kihlstrom, 1987; Matlin, 1995 dalam Suahya, 2017).

Efikasi diri tidak secara kebetulan muncul dalam diri seorang individu. Ini berkembang dalam diri individu melalui pengamatan-pengamatan terhadap akibat-akibat tindakan yang dilakukannya. *Reward* dan *punishment* (hukuman) yang diterima individu dari lingkungannya atas tindakan yang dilakukan dapat membentuk persepsi diri individu terhadap kemampuan diri. Seseorang yang lebih sering mendapatkan *reward* dalam hidupnya akan mempersepsikan diri secara positif sehingga terbentuklah keyakinan akan kemampuan diri. Sebaliknya, seseorang yang sering mendapatkan *punishment* (hukuman), akan mempersepsikan dirinya secara negatif cenderung merasa bahwa dirinya tidak dapat melakukan apa-apa sehingga ketika dihadapkan dengan suatu masalah akan mudah menyerah (Prestiana, 2012).

Ghufroon & Rini (2010) mengatakan bahwa efikasi diri merupakan salah satu aspek pengetahuan tentang diri atau *self knowledge* yang paling berpengaruh dalam kehidupan manusia sehari-hari karena efikasi diri yang dimiliki ikut mempengaruhi individu dalam menentukan tindakan yang akan dilakukan untuk mencapai suatu tujuan, termasuk didalamnya perkiraan

terhadap tantangan yang akan dihadapi. Ketika menghadapi situasi yang sulit, perasaan *efficacy* yang tinggi, mendorong seseorang untuk tetap tenang dan mencari solusi dari pada merenungkan ketidakmampuannya. Kara, et al. (2006) menyebutkan bahwa efikasi diri menentukan perilaku seseorang untuk memulai mengerahkan usaha dan bertahan terhadap situasi apapun untuk memperoleh hasil seperti yang diinginkan.

Pasien Penyakit Ginjal Kronik (PGK) yang menjalani hemodialisis diharapkan dapat meningkatkan keyakinan dalam menjalankan perawatan mandiri karena mereka didorong untuk dapat manajemen penyakitnya secara efektif baik dari aspek fisik seperti hemodialisis, diet, pengaturan *intake* cairan, perawatan akses vaskuler, istirahat dan tidur serta olah raga, aspek psikologis seperti stress koping dan spiritual serta aspek sosial seperti peran dalam keluarga dan hubungan interpersonal untuk dapat manajemen penyakitnya. Pasien yang memiliki keyakinan terhadap kemampuan mereka dalam melakukan perawatan diri akan lebih mungkin untuk melakukan tugas-tugas tersebut. Oleh karena itu individu dengan efikasi diri yang tinggi akan lebih mampu untuk mengelola penyakitnya (Sulistyaningsih & Dwi R, 2012). Oleh karena itu individu dengan efikasi diri yang tinggi akan lebih mampu untuk mengelola penyakitnya dari pada orang yang memiliki efikasi diri yang rendah (Sulistyaningsih & Dwi R, 2012). Penelitian yang dilakukan Shioh Luan Tsay dan Marilyn Healstead (2016) tentang *Self care self efficacy* pada pasien hemodialisis menyatakan bahwa pasien hemodialisis dengan tingkat efikasi diri tinggi dapat

melakukan aktifitas fisik dan fungsi psikososial yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang mempunyai efikasi diri lebih rendah. Pada penelitian lainnya yang dilakukan oleh Charron dan Skelly dalam Tsay menyatakan hal yang senada bahwa efikasi diri dapat memberikan prediksi terhadap kepatuhan seseorang dalam melakukan perawatan dirinya sendiri (Tsay, Shioh-Luan & Healstead, Marilyn, 2002 dalam Sucahya, 2017). Penelitian yang dilakukan Sulyatiningsih pada tahun (2012) dalam penelitiannya yang berjudul efektivitas latihan efikasi diri pada pasien penyakit gagal ginjal kronik dalam meningkatkan kepatuhan terhadap *intake* cairan menyebutkan bahwa terdapat pengaruh latihan efikasi diri untuk meningkatkan kepatuhan terhadap *intake* cairan pada pasien penyakit ginjal kronik.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Rumah Sakit Khusus Ginjal Ny. R.A Habibie (RSKG) pada tanggal 20 Maret 2019 didapatkan data tiga bulan terakhir pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis sebanyak 470 pasien dan terhitung jumlah pasien yang rutin menjalani hemodialisa sebanyak 198 pasien, dibandingkan rumah sakit lain yang terdapat pelayanan hemodialisa di Kota Bandung seperti RSU Pindad yang dimana rumah sakit ini setara yaitu terakreditasi C dan memiliki pelayanan hemodialisa jumlah pasien rutinnnya hanya 71 pasien untuk itu RSKG Ny. R.A. Habibie memiliki jumlah pasien lebih banyak dibandingkan rumah sakit lainnya.

Data yang didapatkan dari 5 ruangan di RSKG Ny. R.A. Habibie yang diantaranya Ruang Melati, Ruang Anyelir, Ruang Bugenville, Ruang Flamboyan dan Ruang Teratai dari setiap harinya pasien yang menjalani hemodialisis datang dengan *overhidrasi* sedang hingga berat. Hasil wawancara dengan seorang perawat hemodialisa mengatakan bahwa hampir semua pasien datang dengan *overhidrasi* sedang dan berat, akan tetapi hampir 70% dari masing-masing ruangan perawat mengatakan pasien rutin datang dengan *overhidrasi* berat dengan keluhan sesak nafas, edema, hipotensi atau hipertensi, semua pasien yang menjalani hemodialisis diberikan pendidikan kesehatan tentang diet dan cara membatasi cairan akan tetapi masih banyak yang mengalami kelebihan cairan (*overhidrasi*).

Hasil wawancara dengan 10 orang pasien yang menjalani hemodialisis mengatakan bahwa dirinya mengetahui tentang diet cara membatasi cairan, tetapi mereka mengatakan itu sangat sulit untuk dilakukan karena merasa sering haus dan mengatakan makanan ataupun minuman yang diminumnya awalnya bisa membatasi tetapi masih saja cairan dalam tubuhnya meningkat. Melihat kejadian tersebut dapat diartikan pasien HD kesulitan dalam meyakini mengerjakan tugas dan merasa tidak mampu mengatasinya serta kebanyakan pasien hanya akan melakukan pembatasan cairan jika dirinya sedang melakukan hemodialisis di rumah sakit dikarenakan ada perawat dan dokter yang mengawasi. Beda halnya jika mereka di rumah pembatasan cairan sering diabaikan dan jika sedang dalam kondisi baik pasien sering mengabaikan pembatasan cairan sehingga merasa lepas

kontrol dan merasa dirinya dalam kondisi terbaik serta pada kondisi ini pasien biasanya jika terdapat suatu permasalahan yang menimpa dirinya pelampiasannya yaitu dengan tidak patuhnya dalam pembatasan cairan dan diet penyakit ginjal kronik .

Berdasarkan latar belakang tersebut, Peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “ Hubungan Efikasi Diri dengan Tingkat *Overhidrasi* pada Pasien Hemodialisis di RSKG NY. R.A. Habibie Bandung Tahun 2019”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang, Penulis menarik masalah yang timbul dalam penelitian ini yaitu “Apakah Terdapat Hubungan Efikasi Diri dengan Tingkat *Overhidrasi* pada Pasien Hemodialisis di RSKG NY. R.A. Habibie Bandung Tahun 2019”?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan pada penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan efikasi diri dengan tingkat *overhidrasi* pada pasien hemodialisis di RSKG NY. R.A. Habibie Bandung Tahun 2019.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini yaitu:

- a. Mengidentifikasi karakteristik jenis kelamin, usia, pendidikan serta lamanya HD pada pasien hemodialisis di RSKG NY R.A. Habibie.
- b. Mengidentifikasi tingkat efikasi diri pada pasien hemodialisis di RSKG NY R.A. Habibie.
- c. Mengidentifikasi tingkat *overhidrasi* pada pasien hemodialisis di RSKG NY R.A. Habibie.
- d. Mengetahui keeratan hubungan antara efikasi diri dengan tingkat *overhidrasi* pada pasien hemodialisis di RSKG NY R.A. Habibie.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

- a. Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar mengembangkan ilmu keperawatan tentang perawatan pasien hemodialisis.

- b. Bagi Universitas Bhakti Kencana

Hasil penelitian dapat memberikan informasi ilmiah bagi kalangan akademisi baik pengajar maupun mahasiswa

keperawatan dalam memahami tentang efikasi diri pada pasien hemodialisis.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai data dasar bagi peneliti selanjutnya yang memiliki minat dan perhatian yang sama serta fokus pada penelitian tentang efikasi diri pada pasien yang menjalani hemodialisis, serta mengurangi kejadian *overhidrasi* pada pasien hemodialisis.

#### **1.4.2 Manfaat Praktis**

a. Bagi Perawat

Penelitian ini berguna sebagai penambah informasi tentang efikasi diri pada pasien hemodialisis, sehingga dapat memberikan pendidikan kesehatan sesuai hasil penelitian.

b. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini mampu memberikan asuhan keperawatan dalam rangka mencapai derajat kesehatan yang optimal tentang efikasi diri untuk mencegah kejadian *overhidrasi*.

c. Bagi peneliti

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan masukan bagi perkembangan ilmu keperawatan tentang efikasi diri pada pasien hemodialisis.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Penyakit Ginjal Kronis (PGK)**

##### **2.1.1 Definisi Penyakit Ginjal Kronis (PGK)**

Ginjal merupakan salah satu organ penting dalam tubuh manusia. Ginjal melakukan berbagai fungsi yang ditujukan untuk mempertahankan homeostasis. Ginjal merupakan jalan penting untuk mengeluarkan berbagai macam zat-zat sisa metabolisme tubuh selain juga berperan penting dalam mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit (Sherwood, 2014).

Penyakit ginjal kronis (PGK) atau *End Stage Renal Disease* (ESRD) didefinisikan sebagai kondisi dimana ginjal mengalami penurunan fungsi secara lambat, progresif, *irreversibel*, dan samar (insidius) dimana kemampuan tubuh gagal dalam mempertahankan metabolisme, cairan, dan keseimbangan elektrolit, sehingga terjadi uremia atau azotemia (Smeltzer, 2009). Batas penurunan fungsi ginjal sehingga menimbulkan gejala adalah sebesar 75-85% dan ketika fungsi ginjal sudah di bawah 25% maka gejala akan muncul dan terlihat jelas (Fransiska, 2011). *End Stage Renal Disease* (ESRD) atau gagal ginjal tahap akhir terjadi ketika nilai GFR (*Glomerulus Filtration Rate*) kurang dari 15 mL/min. Pada poin tersebut terapi penggantian ginjal (dialisis atau transplantasi) sangat dianjurkan

(Smeltzer, 2009). Gagal ginjal terminal terjadi apabila 90% fungsi ginjal telah hilang (Sherwood, 2001).

Penyakit Ginjal Kronis (PGK) adalah gangguan fungsi renal yang *irreversible* dan berlangsung lambat sehingga ginjal tidak mampu mempertahankan metabolisme tubuh, keseimbangan cairan dan elektrolit serta menyebabkan uremia yang memerlukan tindakan dialisis atau tranplantasi ginjal (Kemenkes RI, 2014).

### **2.1.2 Etiologi Penyakit Ginjal Kronis (PGK)**

Penyebab CKD (*Chronic Renal Disease*) diberbagai negara hampir sama, akan tetapi berbeda dalam perbandingan presentasinya. CKD dapat disebabkan oleh Glomerulonefritis, Diabetes melitus, Hipertensi, Penyakit Ginjal Polistik, Batu Saluran Kemih serta Infeksi Saluran Kemih dan lain-lain (Tjokoprawiro et al., 2015).

### **2.1.3 Klasifikasi**

Klasifikasi dari jenis penyakit ginjal didasarkan pada patologi dan etiologinya. Penyakit ginjal diabetik sebenarnya merupakan penyakit glomeruler, tetapi berdasarkan NKF K/DOQI diklasifikasikan secara tersendiri oleh karena Diabetes Melitus (DM) merupakan penyebab terbanyak di Amerika Serikat. Sejumlah penyakit, termasuk penyakit glomeruler lainnya, vaskuler, tubulointerstisiel serta penyakit kistik dikelompokkan dalam penyakit ginjal non diabetik. Kelompok lainnya adalah penyakit ginjal pada cangkok ginjal, di mana progresi penyakit

dipengaruhi oleh faktor imunologi maupun non imunologi (Tjokoprawiro et al., 2015). Berdasarkan penyebabnya, NKF K/DOQI membagi CKD menjadi 3 kelompok besar sebagaimana tabel berikut

Tabel 2.1 Klasifikasi penyebab terjadinya kerusakan ginjal (et al., 2015)

Derajat	Penjelasan	LFG (ml/mn/1.73m)
1	Kerusakan ginjal dengan LFG normal atau ↑	≥ 90
2	Kerusakan ginjal dengan LFG ↓ atau ringan	60-89
3	Kerusakan ginjal dengan LFG ↓ atau sedang	30-59
4	Kerusakan ginjal dengan LFG ↓ atau berat	15-29
5	Gagal ginjal	< 15 atau dialisis

Sumber: NKF-K/DOQI dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi-2 (2015)

#### 2.1.4 Patofisiologi

Patofisiologi awalnya tergantung dari penyakit yang mendasari dan pada perkembangan lebih lanjut proses yang terjadi hampir sama. Adanya pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan *growth factor* sehingga menyebabkan terjadinya hiperfiltrasi yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Keadaan ini diikuti oleh proses maladaptasi berupa sklerosis nefron yang masih tersisa dan pada akhirnya akan terjadi penurunan fungsi nefron secara progresif. Adanya peningkatan aktivitas aksis renin angiotensin-aldosteron intrarenal yang dipengaruhi oleh *growth factor Transforming Growth Factor β* (TGF-β) menyebabkan hiperfiltrasi,

sklerosis dan progresifitas. Selain itu progresifitas penyakit ginjal kronik juga dipengaruhi oleh albuminuria, hipertensi, hiperglikemia, dislipidemia (Price & Wilson, 2012).

Stadium awal penyakit ginjal kronik mengalami kehilangan daya cadangan ginjal (*renal reserve*) dimana basal laju filtrasi glomerulus (LFG) masih normal atau malah meningkat dan dengan perlahan akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif ditandai adanya peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Pada LFG sebesar 60%, masih belum ada keluhan atau asimtomatik tetapi sudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum pada pasien.

Pada LFG sebesar 30% mulai timbul keluhan seperti nokturia, lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan dan setelah terjadi penurunan LFG dibawah 30% terjadi gejala dan tanda uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual, muntah dan juga mudah terjadi infeksi pada saluran perkemihan, pencernaan dan pernafasan, terjadi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yaitu hipovolemia, hipervolemia, natrium dan kalium. Pada LFG kurang dari 15% merupakan stadium gagal ginjal yang sudah terjadi gejala dan komplikasi yang lebih berat dan memerlukan terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy*) antara lain dialisis atau transplantasi ginjal (Suwitra, 2010).

### 2.1.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi Klinis pada pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik menurut Arici (2014) diantaranya adalah :

1. Lemah
2. Nafsu makan berkurang
3. Nokturia, poliuria
4. Terdapat darah pada urin, atau urin berwarna lebih gelap
5. Urin berbuih
6. Sakit pinggang
7. Edema
8. Peningkatan tekanan darah
9. Kulit pucat

Adapun Gejala dan tanda PGK stadium lanjut menurut Arici (2014) diantaranya adalah :

1. Umum (lesu, lelah, peningkatan tekanan darah, tanda-tanda kelebihan volume, penurunan mental, cegukan)
2. Kulit ( penampilan pucat, *uremic frost*, *pruritic exexcoriations*)
3. Pulmonari (*dyspnea*, efusi pleura, edema pulmonari, *uremic lung*)
4. Gastrointestinal (anoreksia, mual, muntah, kehilangan berat badan, stomatitis, rasa tidak menyenangkan di mulut)
5. Neuromuskuler (otot berkedut, sensorik perifer dan motorik neuropati, kram otot, gangguan tidur, hiperrefleksia, kejang,

ensefalopati, koma)

6. Metabolik endokrin (penurunan libido, amenore, impotensi)

7. Hematologi (anemia, pendarahan abnormal)

### **2.1.6 Komplikasi**

Smeltzer (2009) menyebutkan bahwa komplikasi potensial GGK memerlukan pendekatan kolaboratif dalam perawatannya yang mencakup :

1. Hiperkalemia akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme, dan masukan diet yang berlebih.
2. Perikarditis, efusi perikardial, dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.
3. Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem renin- angiotensin-aldosteron.
4. Anemia akibat penurunan eritropoetin, penurunan rentang sel darah merah, pendarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin iritasi oleh toksin dan kehilangan darah selama hemodialisis.
5. Penyakit tulang serta kalsifikasi metastatik akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D abnormal, dan peningkatan kadar aluminium.

### 2.1.7 Penatalaksanaan

Tujuan utama penatalaksanaan pasien GGK adalah untuk mempertahankan fungsi ginjal yang tersisa dan homeostasis tubuh selama mungkin serta mencegah atau mengobati komplikasi (Smeltzer, 2009). Terapi konservatif tidak dapat mengobati GGK namun dapat memperlambat progres dari penyakit ini karena yang dibutuhkan adalah terapi penggantian ginjal baik dengan dialisis atau transplantasi ginjal.

Lima sasaran dalam manajemen medis GGK meliputi:

1. Memelihara fungsi renal dan menunda dialisis dengan cara mengontrol proses penyakit melalui kontrol tekanan darah (diet, kontrol berat badan dan obat-obatan) dan mengurangi *intake* protein (pembatasan protein, menjaga *intake* protein sehari-hari dengan nilai biologik tinggi  $< 50$  gr), dan katabolisme (menyediakan kalori non protein yang adekuat untuk mencegah atau mengurangi katabolisme)
2. Mengurangi manifestasi ekstra renal seperti pruritus, neurologik, perubahan hematologi, penyakit kardiovaskuler
3. Meningkatkan kimiawi tubuh melalui dialisis, obat-obatan dan diet
4. Mempromosikan kualitas hidup pasien dan anggota keluarga (Black & Hawks, 2005).

Terapi hemodialisa merupakan prosedur penyelamatan jiwa yang mahal dan tidak asing bagi pasien GJK karena paling sering dijalani. Terapi ini merupakan suatu teknologi tinggi dalam terapi penggantian ginjal untuk mengeluarkan zat-zat sisa metabolisme tubuh dan zat-zat toksin di dalam tubuh melalui membran semipermeabel sebagai pemisah darah dan cairan dialisis pada alat dialiser melalui proses difusi, osmosis atau ultrafiltrasi (Smeltzer, 2009). Terapi untuk gagal ginjal kronis secara lebih lanjut dapat dilihat pada patofisiologi gagal ginjal kronis.

Indikasi dilakukan dialisa ada dua yakni indikasi klinis dan indikasi biokimiawi. Yang termasuk di dalam indikasi klinis adalah :

1. sindrom uremik berat, misalnya muntah-muntah hebat, kesadaran menurun, kejang-kejang dan lain sebagainya
2. *overhidrasi* yang yang tidak bisa diatasi dengan pemberian diuretik
3. edema paru akut yang tidak bisa diatasi dengan cara lain.

Sedangkan indikasi biokimiawi meliputi :

- 1) Ureum plasma lebih atau sama dengan 150 mg%
- 2) Kreatinin plasma sama atau lebih dari 10 mg%;
- 3) Bikarbonat plasma kurang atau sama dengan 12 meq/L,

Masalah yang sering muncul saat pasien hemodialisis adalah instabilitas kardiovaskuler selama dialisis dan sulitnya mendapatkan akses vaskuler (Rubenstein dkk, 2007).

Terdapat lima cara akses ke sirkulasi darah pasien hemodialisis yakni ;

- 1) Fistula arteriovena
- 2) Graft arteriovena
- 3) Shunt (pirai arterovena) eksternal
- 4) Kateterisasi vena femoralis
- 5) Kateterisasi vena subklavia (Baradero dkk, 2009).

Komplikasi dari hemodialisa yang dapat terjadi pada pasien meliputi ;

- 1) Hipotensi merupakan hasil dari pengeluaran secara cepat dari volume darah (hipovolemia), penurunan *cardiac output* dan penurunan sistemik intravaskuler ;
- 2) Kram otot yang sedikit diketahui penyebabnya namun dapat dikaitkan dengan hipotensi, hipovolemia, ultrafiltrasi yang tinggi dan penggunaan larutan sodium rendah dialisis
- 3) Kehilangan darah merupakan hasil dari darah yang tidak keluar secara lengkap dari dializer, tidak sengaja terpisah dari tubing darah, ruptur membran dialisis, atau pendarahan setelah melepaskan jarum setelah hemodialisis selesai
- 4) Hepatitis, dimana saat ini angka kejadiannya telah menurun dan *The Centers for Disease Control* (CDC) mengupayakan untuk dilakukan vaksinasi untuk semua pasien dan petugas dalam layanan dialisis (Lewis, 2011).

Penatalaksanaan penyakit ginjal tahap akhir meliputi terapi spesifik terhadap penyakit dasarnya, pencegahan dan terhadap kondisi komorbid, memperlambat perburukan fungsi ginjal, pencegahan dan terapi terhadap penyakit kardiovaskuler, pencegahan dan terapi terhadap komplikasi, dan terapi pengganti ginjal berupa dialysis atau transplantasi ginjal (Baradero, Dayrit & Siswadi, 2005). Gorman & Sultan (2007) menjelaskan tentang manajemen pasien CKD yang efektif yaitu:

- 1) Pengaturan diet
- 2) Pengaturan cairan
- 3) Antibiotik
- 4) Suplemen potasium
- 5) *Anti-ulcer medication*. Corwin (2009) menyebutkan ketika laju filtrasi glomerulus dibawah 15 ml/menit, pasien harus mendapatkan terapi pengganti ginjal yaitu dialisis dan transplantasi ginjal.

## **2.2 Hemodialisa**

### **2.2.1 Pengertian hemodialisa**

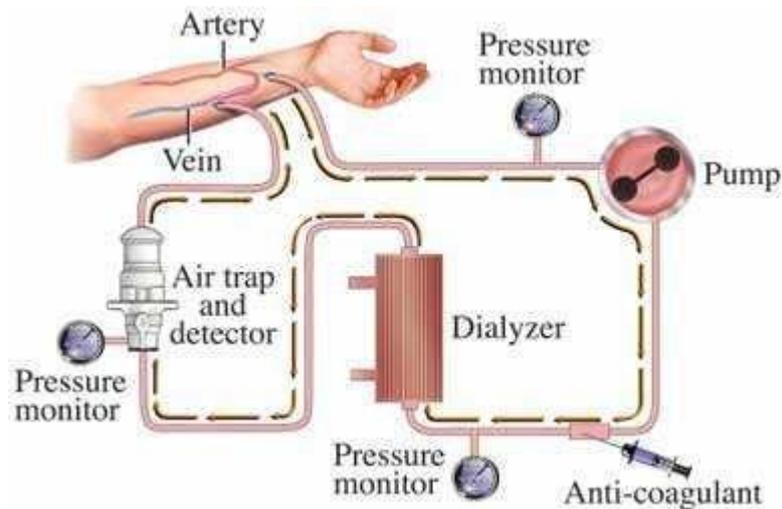
Hemodialisa (HD) merupakan metode yang digunakan untuk mengoptimalkan fungsi ginjal yang mengalami kegagalan secara permanen. Hemodialisa merupakan suatu proses membersihkan darah, membuang produk sisa dan kelebihan cairan melalui mesin yang

dihubungkan ke dalam tubuh pasien (Perkumpulan Nefrologi Indonesia, 2016). Pasien melakukan hemodialisa di unit hemodialisa 2-3 kali per minggu dengan periode waktu 3-5 jam setiap periode (Lewis et al., 2014).

### **2.2.2 Cara kerja hemodialisa**

Prinsip kerja hemodialisa berdasarkan prinsip-prinsip dialisa yaitu difusi, osmosis dan ultrafiltrasi melalui membran semipermeabel, dimana ketiga proses tersebut berfungsi untuk mengeluarkan racun dan zat sisa metabolisme (difusi), mengeluarkan air dari dalam darah (Osmosis) dan menggerakkan cairan dari tekanan tinggi ke tekanan rendah (Ultrafiltrasi) (Baughman & Hackley, 2000).

Darah mengalir ke dalam kompartemen dari dializer, tempat terjadinya pertukaran cairan dan zat sisa, kemudian cairan diubah (ultrafiltrasi) dengan menggunakan tekanan hidrostatis pada kompartemen dialisis, yang menyebabkan cairan bergerak melewati membran (Novitasari et al., 2015). Kemudian darah yang telah melewati dialisis kembali ke pasien melalui venosa (Hinkle & Cheever, 2013).



Gambar 2.1 Mekanisme Hemodialisis (Sumber : Bieber dan Himmelfarb, 2013).

## 2.3 *Interdialytic Weight Gain (IDWG)*

### 2.3.1 Pengertian *Interdialytic Weight Gain (IDWG)*

*Interdialytic Weight Gain (IDWG)* adalah penambahan berat badan klien di antara dua waktu dialisis (Perkumpulan Nefrologi Indonesia, 2016). Penambahan ini dihitung berdasarkan berat badan kering (*dry weight*) klien, yaitu berat badan post dialysis setelah sebagian besar cairan dibuang melalui proses UF (ultrafiltrasi), berat badan paling rendah yang dapat dicapai klien ini seharusnya tanpa disertai keluhan dan gejala hipotensi (Brunner, 2010). Muttaqin & Sari (2011) mengungkapkan bahwa pengelolaan cairan pada klien dialisis 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 (Hill, Hall and Glew, 2017).

Faktor kepatuhan klien dalam mentaati jumlah konsumsi cairan menentukan tercapainya berat badan kering yang optimal disamping faktor lain yang kemungkinan dapat meningkatkan IDWG diantaranya adekuasi pelaksanaan hemodialisis yaitu : lama tindakan hemodialisis, kecepatan aliran hemodialisis, ultrafiltrasi dan cairan dialisat yang digunakan (Istanti, 2009).

### **2.3.2 Pengukuran *Interdialytic Weight Gain* (IDWG)**

IDWG merupakan indikator kepatuhan pasien terhadap pengaturan cairan. IDWG diukur berdasarkan *dry weight* (berat badan kering) pasien dan juga dari pengukuran kondisi klinis pasien. Berat badan kering adalah berat badan tanpa kelebihan cairan yang terbentuk setelah tindakan hemodialisis atau berat terendah yang aman dicapai pasien setelah dilakukan dialisis (Kahraman et al., 2015).

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

### 2.3.3 Klasifikasi *Interdialytic Weight Gain* (IDWG)

Smeltzer & Bare (2002) mengelompokkan pertambahan berat badan diantara dua waktu dialisis menjadi 3 kelompok, yaitu: pertambahan <4 % adalah pertambahan ringan, pertambahan 4-6% pertambahan rata-rata, dan >6% merupakan pertambahan bahaya. Sedangkan (Tjokoprawiro et al., 2015) mengelompokkan penambahan berat badan menjadi: penambahan 2% adalah penambahan ringan, penambahan 5% adalah penambahan sedang dan penambahan 8% adalah penambahan berat.

*Tabel 2.2* Klasifikasi kenaikan berat badan (Corwin, 2009)

Grafik	Prosentase kenaikan (%)	
Ringan	< 4 %	2%
Sedang	4-6 %	5%
Berat	>6%	8%

### 2.3.4 Komplikasi *Interdialytic Weight Gain* (IDWG)

Peningkatan berat badan selama periode interdialitik dapat mengakibatkan berbagai macam komplikasi. Komplikasi ini sangat membahayakan pasien karena pada saat periode interdialitik pasien berada di rumah tanpa pengawasan dari petugas kesehatan (Perkumpulan Nefrologi Indonesia, 2016). Sebanyak 60%-80% pasien meninggal akibat kelebihan masukan cairan dan makanan pada periode interdialitik (Hidayati & Sitorus, 2014). Sedangkan menurut Corwin (2009) IDWG melebihi 4.8% akan meningkatkan mortalitas

meskipun tidak digambarkan besarnya. Kondisi ini terjadi karena kelebihan cairan pada periode interdialitik dapat mengakibatkan edema atau kongesti paru, sehingga monitoring masukan cairan pada pasien merupakan tindakan utama yang harus diperhatikan oleh perawat (Smeltzer, 2009). Selain itu nilai IDWG yang melebihi 4.8% dari berat kering pasien dihubungkan dengan berbagai komorbiditas, yaitu: hipertensi, hipotensi intradialisis, gagal jantung kiri, asites, *pleural effusion* dan gagal jantung kongestif (Williams, 2017).

### **2.3.5 Komplikasi *Interdialytic Weight Gain* (IDWG)**

Brunner (2010) menyebutkan IDWG melebihi 4.8% akan meningkatkan mortalitas meskipun tidak dinyatakan besarnya, sedangkan Corwin (2009) menyatakan bahwa IDWG yang tinggi erat kaitannya dengan cairan berlebih dan merupakan prekursor tingginya tekanan darah pre-dialisis. Penambahan nilai IDWG yang terlalu tinggi akan dapat menimbulkan efek negatif terhadap keadaan klien, diantaranya hipotensi, kram otot, hipertensi, sesak nafas, mual dan muntah dan lainnya (Baughman and Hackley, 2000). Corwin (2009) juga mengungkapkan komplikasi *overload* cairan pada klien dengan penyakit ginjal kronis (CKD) adalah hipertensi, edema perifer dan ascites. Data dari *US Renal Data System* (USRDS) menunjukkan peningkatan kematian dengan berat badan diantara dua waktu hemodialisis yang lebih besar 4,8% dari berat badan (James, Baker and Swain, 2008). Penambahan berat badan karena cairan (*overfluid*)

menjadi salah satu prognosis gagal ginjal yang mempengaruhi waktu *survival*. Artinya, semakin besar penambahan berat badan maka semakin rendah tingkat keselamatan (Mustikasari, 2017). *Dry weight* (berat badan kering) merupakan berat badan yang ideal post dialisis setelah semua kelebihan cairan yang ada (Tanujiarso, 2014). Karakteristik klien yang telah mencapai berat badan kering adalah tidak dijumpainya tanda- tanda edema. Berat badan kering klien dapat ditetapkan berdasarkan percobaan trial dan error bahwa idealnya dievaluasi 2 minggu sekali. IDWG dianggap sebagai ukuran kepatuhan klien yang menjalani terapi hemodialisis (Kahraman et al., 2015).

Garam dan *intake* cairan selama periode interdialisis adalah penyebab paling utama untuk IDWG. Biasanya natrium asupan makanan adalah faktor yang merangsang rasa haus paling banyak (Tanujiarso, 2014). Namun demikian terlibat juga dalam mekanisme ini, seperti konsentrasi natrium dalam cairan dialisis, infus, larutan garam selama sesi hemodialisis, terutama pada menit akhir, fungsi ginjal yang tersisa, atau hiperglikemia pada klien diabetes (Lestari & Nurmala, 2015). IDWG biasanya cukup konstan untuk setiap klien dan dipengaruhi oleh faktor gizi, faktor lingkungan, dan tingkat perawatan diri. Namun demikian, peningkatan pada periode akhir interdialysis dan mengalami beberapa variasi antara periode yang berbeda terdapat data yang menunjukkan peningkatan IWDG (Savitri

& Parmitasari, 2014). Karakteristik antropometri klien dapat memodifikasi variabilitas IDWG. Hasil penelitian dengan jelas menunjukkan usia merupakan variabel yang berbanding terbalik dengan IDWG. klien yang lebih muda biasanya memiliki nafsu makan yang lebih besar yang disertai dengan natrium lebih besar dan asupan air (Wayunah, Saefulloh & Nuraeni, 2016). IDWG lebih besar pada pria dibandingkan pada wanita, hal ini disebabkan konsumsi cairan pada pria lebih besar akibat haus setelah melakukan banyak aktifitas dibandingkan wanita (Kurniawati, Widyawati & Mariyanti, 2015).

Tekanan darah tinggi merupakan komplikasi yang umum pada klien hemodialisis, dan manajemen adalah rumit (Hidayati & Sitorus, 2014). Ekspansi volume cairan ekstraselular adalah penyebabnya, dan ini tergantung banyaknya peningkatan IDWG. Penelitian (Kahraman et al., 2015) menunjukkan dari 5.369 klien, IDWG lebih besar terjadi pada klien yang tidak mentaati penatalaksanaan dialisis. Data lain juga menunjukkan bahwa tekanan darah tinggi dikaitkan dengan hipertrofi ventrikel kiri yang merupakan faktor risiko lain terkait tekanan darah tinggi.

Di sisi lain, IDWG memiliki hubungan yang signifikan dengan parameter gizi seperti albumin serum, prealbumin, urea, dan kreatinin, seperti dan juga indeks massa tubuh. Serum albumin merupakan penanda untuk peradangan dan gizi yang memainkan peran penting sebagai faktor risiko independen untuk kematian (Lewis et al., 2014).

### 2.3.6 Faktor-faktor *Interdialytic Weight Gain (IDWG)*

Berbagai faktor yang mempengaruhi IDWG antara lain faktor dari klien itu sendiri (internal) dan faktor eksternal seperti faktor fisik dan psikososial. Faktor-faktor yang berpengaruh pada kenaikan berat badan interdialitik antara lain (Istanti, 2009) :

#### 1. *Intake Cairan*

Prosentase air di dalam tubuh manusia 60% dimana ginjal yang sehat akan mengekskresi dan mereabsorpsi air untuk menyeimbangkan osmolaritas darah. Sedangkan pada klien dengan penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis mengalami kerusakan dalam pembentukan urin sehingga dapat menyebabkan kelebihan volume cairan dalam tubuh (Williams, 2017).

Cairan tubuh diatur oleh asupan cairan, regulasi hormonal, dan pengeluaran cairan. Keseimbangan fisiologis ini disebut homeostasis. Dalam kondisi sehat, tubuh mampu berespon terhadap gangguan dalam keseimbangan cairan dan elektrolit untuk mencegah atau memperbaiki kerusakan. Asupan cairan terutama diatur melalui mekanisme haus dan regulasi hormonal. Rata-rata asupan cairan orang dewasa adalah kira-kira 2200 hingga 2700 ml perhari, yang terdiri dari asupan oral kira-kira 1100 hingga 1400 ml, makanan pada kira-kira 800 hingga 1000

ml, dan metabolisme oksidatif 300 ml perhari (Smeltzer, 2009). *Intake* cairan dikatakan berlebih pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani Hemodialisis jika *intake* cairan lebih besar daripada total *output* cairan. *Intake* cairan yang tidak dibatasi akan mempersulit keseimbangan volume cairan tubuh pasien berlebih. Pasien dengan *intake* cairan yang seimbang dengan *output* cairan dapat dikatakan memiliki kecukupan cairan, pasien idealnya mampu mempertahankan kondisi *intake* cairan yang cukup.

## 2. Rasa Haus

Klien PGK meskipun dengan kondisi hipervolemia, sering mengalami rasa haus yang kuat, rasa haus tersebut menstimulasi klien untuk meningkatkan *intake* cairan (Black & Hawks, 2009). Cara merespon rasa haus normalnya adalah dengan minum, tetapi pasien 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 potasium, angiotensin II, peningkatan ureaplasma, hipovolemia post dialisis serta faktor psikologis (Istanti, 2009). Hipernatremia pada pasien PGK dikarenakan defisit cairan tubuh akibat ekskresi air yang melebihi ekskresi natrium. Keadaan hipernatremia akan membuat cairan intraseluler keluar ke ekstraseluler untuk menyeimbangkan osmolaritas cairan

ekstrasel (Hidayati & Sitorus, 2014).

### 3. *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, 2006). Bandura (2006) mendefinisikan *self efficacy* sebagai suatu keyakinan seseorang tentang kemampuannya dalam melakukan aktivitas tertentu yang akan berpengaruh terhadap kehidupannya. *Self efficacy* akan menentukan bagaimana seseorang merasa, berpikir, dan memotivasi dirinya sendiri untuk bertindak atau berperilaku. Bandura membagi dimensi *self efficacy* menjadi tiga dimensi yaitu *level, generality, dan strength*.

#### 1. Dimensi *level* atau *magnitude*

Mengacu pada taraf kesulitan tugas yang diyakini individu akan mampu mengatasinya. Tingkat *Self efficacy* seseorang berbeda satu sama lain. Tingkatan kesulitan dari sebuah tugas, apakah sulit atau mudah akan menentukan *Self efficacy*. Pada

suatu tugas atau aktivitas, jika tidak terdapat suatu halangan yang berarti untuk diatasi, maka tugas tersebut akan sangat mudah dilakukan dan semua orang pasti mempunyai *Self efficacy* yang tinggi pada permasalahan ini. Sebagai contoh, keyakinan akan kemampuan meloncat pada seorang atlet. Seorang atlet menilai kekuatan dari keyakinannya bahwa dia mampu melampaui kayu penghalang pada ketinggian yang berbeda. Seseorang dapat memperbaiki atau meningkatkan *Self efficacy belief* dengan mencari kondisi yang mana dapat menambahkan tantangan dan kesulitan yang lebih tinggi levelnya.

## 2. Dimensi *Generality*

Mengacu pada variasi situasi di mana penilaian tentang *Self efficacy* dapat diterapkan. Seseorang dapat menilai dirinya memiliki efikasi pada banyak aktifitas atau pada aktivitas tertentu saja. Semakin banyak *self efficacy* yang dapat diterapkan pada berbagai kondisi, maka semakin tinggi *self efficacy* seseorang. Individu mungkin akan menilai diri merasa yakin melalui bermacam-macam aktivitas atau hanya dalam daerah fungsi tertentu. Keadaan umum bervariasi dalam jumlah dari dimensi yang berbeda-beda, diantaranya tingkat kesamaan aktivitas, perasaan dimana kemampuan ditunjukkan (tingkah laku, kognitif, afektif), ciri kualitatif situasi, dan

karakteristik individu menuju kepada siapa perilaku itu ditunjukkan.

### 3. Dimensi *strenght*

Terkait dengan kekuatan dari *self efficacy* seseorang ketika berhadapan dengan tuntutan tugas atau suatu permasalahan. *Self efficacy* yang lemah dapat dengan mudah ditiadakan melalui pengalaman yang menggelisahkan ketika menghadapi sebuah tugas. Sebaliknya orang yang memiliki keyakinan yang kuat akan bertekun pada usahanya meskipun pada tantangan dan rintangan yang tak terhingga. Dia tidak mudah dilanda kemalangan. Dimensi ini mencakup pada derajat kemantapan individu terhadap keyakinannya. Kemantapan inilah yang menentukan ketahanan dan keuletan individu.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa dimensi *self efficacy* itu meliputi: Taraf kesulitan tugas yang dihadapi individu dan individu yakin mampu mengatasinya, variasi aktivitas sehingga penilaian tentang *self efficacy* dapat diterapkan, dan kekuatan dari *self efficacy* individu ketika menghadapi suatu permasalahan.

#### 4. Stress

Stress dapat mempengaruhi keseimbangan cairan dan elektrolit didalam tubuh (Saiti, 2014). Stress meningkatkan kadar aldosteron dan glukokortikoid, menyebabkan retensi natrium dan garam. Respon stress dapat meningkatkan volume cairan akibatnya curah jantung, tekanan darah dan perfusi jaringan menurun (Shoumah, 2013). Cairan merupakan salah satu stressor utama yang dialami oleh klien yang menjalani hemodialisis (Novitasari, 2015).

Penyesuaian diri terhadap kondisi sakit juga menimbulkan stress pada klien, sehingga mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan klien (Pratiwi, 2015). Dampak psikologis klien PGK yang menjalani HD dapat dimanifestasikan dalam serangkaian perubahan perilaku antara lain menjadi pasif, ketergantungan, merasa tidak aman, bingung dan menderita (Sulistyaningsih, 2017). Klien merasa mengalami kehilangan kebebasan, harapan umur panjang dan fungsi seksual sehingga dapat menimbulkan kemarahan yang akhirnya timbul suatu keadaan depresi (Rahmawati, 2008).

Hasil penelitian Angraini & Putri (2016) menunjukkan bahwa stress 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.

#### 5. Usia

Fungsi renal akan berubah bersamaan dengan bertambahnya usia. Susudah usia 40 tahun akan terjadi penurunan laju filtrasi glomelurus secara progresif hingga usia 70 tahun, kurang lebih 50% dari normal. Dengan perubahan tersebut fungsi ginjal akan berkurang kemampuannya dalam merespon perubahan cairan dan elektrolit yang akut (Smeltzer, 2009).

#### 6. Jenis Kelamin

Secara umum semua jenis penyakit dapat menyerang pada laki-laki dan perempuan, tetapi pada beberapa penyakit seperti gagal ginjal kronik terdapat perbedaan frekuensi antara laki-laki dan perempuan. Hal ini disebabkan perbedaan pekerjaan, kebiasaan hidup, genetika atau kondisi fisiologis yang dapat menyebabkan overhidrasi. (Anggraeni, 2016)

#### 7. Lamanya Menjalani Hemodialisa

Semakin lama orang menjalani HD, memberi peluang bagi pasien untuk lebih adaptatif dengan program terapi. Di sisi lain, semakin lama menjalani HD juga semakin tinggi potensi munculnya komplikasi yang justru dapat menghambat kepatuhan terhadap program terapi. (Sulistini, Sari, dan Hamid, 2013).

## 2.4 Teori Efikasi Bandura

Penelitian terhadap pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang positif antara *self-care agency* dengan *self efficacy* dimana peningkatan dari *self care agency* dibarengi dengan peningkatan *self efficacy* begitu pula sebaliknya (Bağ & Mollaoğlu, 2010). Bandura mendefinisikan *self efficacy* sebagai penilaian diri seseorang atas kemampuannya untuk merencanakan dan melaksanakan tindakan yang mengarah pada pencapaian tujuan tertentu. Bandura menggunakan istilah *self efficacy* ini sebagai keyakinan (*beliefs*) seseorang tentang kemampuannya untuk mengorganisasikan dan melaksanakan tindakan untuk pencapaian hasil (Bandura, 1997 dalam Mukhid, 2009).

Efek keyakinan terhadap *self efficacy* pada proses kognitif bentuknya bervariasi. Kebanyakan perilaku diatur oleh pemikiran sebelumnya terhadap tujuan personal yang ingin diwujudkan. Pengaturan tujuan personal ini dipengaruhi oleh penilaian diri akan kemampuannya. Keyakinan *self-efficacy* yang kuat membuat seseorang mengatur tujuan yang terbaik dalam diri mereka. Keteguhan mereka terhadap hal tersebut merupakan komitmen untuk mereka. Keyakinan diri terhadap *efficacy* juga memegang peranan kunci dalam pengaturan motivasi diri seseorang (Bandura, 1991 dalam Bandura 1993).

Persepsi seseorang yang tinggi terhadap *efficacy* dapat berdampak pada kesiapan dan pelaksanaan usaha yang berbeda (Bandura, 1982). Perasaan *efficacy* yang kuat meningkatkan kecakapan seseorang dan kesejahteraannya

karena seseorang yang memiliki *self efficacy* yang tinggi membuat perasaannya tenang dan memandang tugas-tugas yang sulit sebagai tantangan untuk ditangani dan bukan ancaman untuk dihindari (Mukhid, 2009). Dalam beberapa survey dari *self efficacy* dalam bidang kesehatan menunjukkan hubungan yang kuat antara *self efficacy* dan progres dari perubahan perilaku dan upaya pemeliharaan kesehatan. Pendekatan untuk mengukur *self efficacy* menurut Bandura yakni dengan menanyakan tentang persepsi atau keyakinan terhadap perilaku tertentu dapat dilaksanakan dan menanyakan seberapa kuat keyakinannya tersebut (Strecher dkk, 1986).