

**KEPATUHAN PEMBATASAN CAIRAN DAN DIET PADA PASIEN  
HEMODIALISIS: STUDI ANALISIS BERDASARKAN MODEL  
PROMOSI KESEHATAN PENDER DI RSPTN UNHAS DAN  
RS TADJUDDIN CHALID MAKASSAR**



**INAYAH SRI ANSHARI  
R012221001**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2024**

**KEPATUHAN PEMBATASAN CAIRAN DAN DIET PADA PASIEN  
HEMODIALISIS: STUDI ANALISIS BERDASARKAN MODEL  
PROMOSI KESEHATAN PENDER DI RSPTN UNHAS DAN  
RS TADJUDDIN CHALID MAKASSAR**

Tesis  
Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan  
Program Studi Magister Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

**(INAYAH SRI ANSHARI)**  
**R012221001**

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2024**

TESIS

**KEPATUHAN PEMBATAAN CAIRAN DAN DIET PADA PASIEN HEMODIALISIS:  
STUDI ANALISIS BERDASARKAN MODEL PROMOSI KESEHATAN PENDER  
DI RSPTN UNHAS DAN RS TADJUDDIN CHALID MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

**INAYAH SRI ANSHARI**  
Nomor Pokok: R012221001

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis  
Pada Tanggal 24 Juli 2024  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,



**Syahrul Said, S.Kep.,Ns.,M.Kes.,Ph.D**  
NIP. 19820419 200604 1 002

Ketua Program Studi  
Magister Ilmu Keperawatan,



**Saldy Yusuf, S.Kep.,Ns.,MHS.,Ph.D.,ETM**  
NIK. 19781026 201807 3 001



**Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp.,M.Kes.**  
NIP. 197400422 199903 2 002

Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin,



**Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si.**  
NIP. 19680421 200112 2 002

## PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Inayah Sri Anshari  
NIM : R012221001  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Judul : Kepatuhan pembatasan cairan dan diet pada pasien hemodialisis: Studi analisis berdasarkan Model Promosi Kesehatan Pender di RSPTN Unhas dan RS Tadjuddin Chalid Makassar

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Study Magister Ilmu Keperawatan Unhas dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, Juni 2024

Yang menyatakan,



Inayah Sri Anshari

## KATA PENGANTAR

*Alhamdulillah*, tiada kata yang pantas peneliti ucapkan selain puji dan syukur penulis ucapkan kehadirat AllahSubhanahu wa Ta'ala yang telah memberikan rahmat, bimbingan, ujian, serta pertolongan-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul **“Kepatuhan pembatasan cairan dan diet pada pasien Hemodialisis: Studi Analisis berdasarkan Model promosi kesehatan Pender di RSPTN Unhas dan RS Tajuddin Makassar”**. Sebagai Salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan pada Program Studi MagisterIlmu Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Tesis ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Dengan penuh rasa hormat dan kerendahan hati perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan tak terhingga kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc selaku Rektor Universitas Hasanuddin
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanudin.
3. Bapak Saldy Yusuf, S.Kep., Ns., MN., PhD selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanudin
4. Bapak Syahrul Said, S.Kep.Ns., M.Kes., Ph.D selaku pembimbing I dan Ibu Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes selaku pembimbing II, yang telah meluangkan waktunya kapanpun dengan tulus dan ikhlas, serta tak henti- hentinya memberikan support atau dukungan kepada penulis dalam penyelesaian tesis ini.
5. Para dewan penguji ibu Dr. Rosyaida Arafat, S.Kep.,Ns.,Sp.Kep.MB,ibu Dr.Yuliana Syam,S.Kep.,Ns.,M.Kes, Bapak Dr. Eddyman,S.Si.,M.Si
6. Para Dosen PSMIK Unhas dan staf terkhusus ibu Damaris Pakatung dan ibu Nurdjannah yang sangat membantu selama proses pendidikan penulis.

7. Para pakar Hapsah, S.Kep.,Ns.,M.Kep, Abd Majid, S.Kep.,Ns.,M.Kep., Sp.Kep.MB, Isnah Aryanti, S.Kep.,Ns.,M.Kep, Siti Yartin, S.Kep.,Ns.,M.Kep yang telah banyak memberikan masukan dalam penyusunan
8. Keluarga tercinta ibunda Andi Sunaini Mattanete, suami Sudirman, Adik Andi Eny Rita Sophiah beserta anak-anak Andi Nurfadhilah Anggieta Devi, Andi Ammar Dewangga Dzaluli, Andi Chayra Fayyola Nadhifa, Andi Qaireen Zafeera Alveena atas dukungan, pengorbanan dan doa yang tidak terputus sehingga penulis mampu melewati masa - masa sulit dan mampu menyelesaikan seluruh proses akademik.
9. Poros BTP Nirmala Bakri, S.Kep.,Ns.,M.Kep, Zulfahmi, S.Kep.,Ns.,M.Kep, Nur Ila S.Kep.,Ns.,M.Kep, Amri Rahman, S.Kep.,Ns.,M.Kep atas persaudaraan, motivasi dan dukungan selama proses perkuliahan.
10. Teman-teman seperjuangan PSMIK angkatan 2020 terutama Khusnul Jamilah, S.Kep.,Ns.,M.Kep, Zulfiah, S.Kep.,Ns, Nasrawati, S.Kep.,Ns, Nirmasari, S.Kep.,Ns, Sunarti, S.Kep.,Ns, Rahmat, S.Kep.,Ns dan teman-teman yang tidak bisa saya sebut satu patas kebersamaannya selama ini.
11. Seluruh pihak yang telah memberikan dukungan dan bantuan selama proses menempuh pendidikan di PSMIK Unhas, serta proses penelitian hingga penyelesaiannya tersis ini.

Semoga segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan mendapat berkat dari Allah SWT. Dalam penulisan tesis ini penulis menyadari adanya kekurangan dan keterbatasan namun dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan masukan dan saran yang membangun demi perbaikan tesis ini. Akhir kata, semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi kitasemua khususnya bagi pengembangan ilmu pengetahuan. Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Makassar,  
Juli 2024  
Penulis

Anshari Inayah Sri

## ABSTRAK

INAYAH SRI ANSHARI. *Kepatuhan Pembatasan Cairan dan Diet pada Pasien Hemodialisis: Studi Analisis Berdasarkan Model Promosi Kesehatan Pender di RSPTN Unhas dan RS Taajuddin Chalid Makassar* (dibimbing oleh Sahrul Said dan Elly Lilianty Sjattar).

Penyakit ginjal kronik meningkat tiap tahun dibuktikan dengan 10% dari populasi global. Prevalensi ginjal kronik median globalnya 9.5%. Gagal ginjal kronik tahap akhir membutuhkan terapi pengganti ginjal dan terbanyak adalah hemodialisis (HD). Manajemen keperawatan diri dibutuhkan, terutama kepatuhan, pembatasan cairan, dan diet. Penelitian ini bertujuan menganalisis kepatuhan pembatasan cairan dan diet pada pasien hemodialisis. Penelitian ini menggunakan metode potong lintang dengan jumlah sampel 100 pasien hemodialisis di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin dan Rumah Sakit Taajuddin Chalid Makassar. Penyampelan menggunakan teknik purposif. Kriteria inklusi pasien antara lain gagal ginjal yang menjalani HD tiga bulan, hemodinamik stabil, berusia  $\geq 18$  tahun, dapat berbahasa Indonesia, dan pasien dapat ditimbang berat badannya. Sementara kriteria eksklusi adalah pasien yang menjalani rawat inap dan pasien yang mengalami gangguan mental. Hasil analisis *Spearman Correlation* mengenai kepatuhan pembatasan cairan dan diet terdapat korelasi dengan usia ( $p < 0,00$ ). Hasil uji korelasi menunjukkan tiga berkorelasi positif, yaitu efikasi diri ( $p < 0,001$ ); pengaruh interpersonal ( $p = 0,00$ ); dan komitmen ( $p = 0,44$ ). Terdapat korelasi negatif, yaitu hambatan yang dirasakan ( $p < 0,00$ ). Analisis multivariat menunjukkan bahwa konstruk model promosi kesehatan dapat mengidentifikasi faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pembatasan cairan dan diet sebesar 53%. Disimpulkan bahwa konstruk model promosi kesehatan dapat memprediksi faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pembatasan cairan dan diet sehingga diharapkan dapat dilakukan intervensi keperawatan yang lebih terfokus berdasarkan model promosi kesehatan sehingga kepatuhan dapat meningkat.

Kata kunci: penyakit ginjal kronik, hemodialisis, kepatuhan, pembatasan cairan dan diet





## ABSTRACT

INAYAH SRI ANSHARI. *Adherence with Fluid and Dietary Restrictions in Hemodialysis Patients: An Analytical Study Based on Pender's Health Promotion Model at Hasanuddin University and Tadjuddin Chalid Hospitals Makassar* (supervised by Sahrul Said and Elly Lilianty Sjattar)

Chronic kidney disease (CKD) increases each year, affecting 10% of the global population. The global median prevalence of CKD is 9.5%. End-stage renal disease (ESRD) requires renal replacement therapy with hemodialysis (HD) being the most common method. Self-care management is crucial, especially adherence to fluid and dietary restrictions. The aim of this study is to analyze adherence to fluid and dietary restrictions in hemodialysis patients. This cross-sectional study included 100 hemodialysis patients from Hasanuddin University Hospital and Tadjuddin Chalid Hospital of Makassar. The sample was determined using purposive sampling technique following inclusion criteria, i.e. CKD patients undergoing HD for  $\geq 3$  months, hemodynamically stable, aged  $\geq 18$  years, able to speak Indonesian, and able to be weighed. Exclusion criteria included hospitalized patients and those with mental disorders. The results using Spearman correlation analysis indicate a correlation between adherence to fluid and dietary restrictions and age ( $p < 0.00$ ). Three factors were positively correlated, i.e. self-efficacy ( $p < 0.001$ ), interpersonal effect ( $p = 0.00$ ), and commitment ( $p = 0.44$ ). There is a negative correlation with perceived barriers ( $p < 0.00$ ). Multivariate analysis show that constructs of the Health Promotion Model can identify factors related to adherence to fluid and dietary restrictions by 53%. In conclusion, this study demonstrates that the constructs of the Health Promotion Model can predict factors related to adherence to fluid and dietary restrictions. Therefore, more focused nursing interventions based on the Health Promotion Model are recommended to improve adherence.

Keywords: chronic kidney disease, hemodialysis, adherence, fluid and dietary restrictions



## DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR LAMPIRAN .....	xi
DAFTAR SINGKATAN DAN LAMBANG.....	xii
BAB PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	8
C. Tujuan Penelitian .....	10
1. Tujuan umum .....	10
2. Tujuan khusus .....	10
D. Pernyataan Originalitas Penelitian .....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	12
A. Tinjauan Penyakit Ginjal Kronis .....	12
B. Tinjauan tentang Hemodialisis.....	14
C. Tinjauan tentang Kepatuhan pembatasan cairan dan diet pasien hemodialisis.....	17
D. Tinjauan tentang IDWG.....	23
E. Tinjauan tentang Model Promosi Kesehatan (MPK) Pender .....	24
BAB III KERANGKA KONSEP & HIPOTESIS PENELITIAN .....	39
A. Kerangka Konsep Penelitian .....	39
B. Variabel Penelitian .....	40
D. Hipotesa Penelitian .....	41
BAB IV METODE PENELITIAN .....	44
A. Studi Pendahuluan.....	44
B. Studi Utama.....	48
BAB V HASIL PENELITIAN.....	59
A. Studi Pendahuluan.....	59
B. Studi Utama.....	77
BAB VI DISKUSI.....	88
A. Diskusi .....	88

B. Implikasi dalam praktek keperawatan .....	77
C. Keterbatasan penelitian.....	97
BAB V PENUTUP.....	98
A. Kesimpulan.....	98
B. Saran .....	98
DAFTAR PUSTAKA	

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.2 Definisi Operasional .....	40
Tabel 5.1 Hasil Studi Literatur .....	60
Tabel 5.2 Hasil Delphi Putaran Pertama .....	63
Tabel 5.3 Hasil Uji Delphi Putaran Kedua.....	65
Tabel 5.4 Hasil Uji Delphi Putaran Ketiga(konsesus) .....	67
Tabel 5.5 Hasil Uji Hasil Uji Construct Validity Kuesioner.....	71
Tabel 5.6 Hasil Uji Raliabilitas .....	74
Tabel 5.7 Distribusi Karakteristik Demografi Responden di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin dan Rumah Sakit Tadjuddin Chalid Makassar n=(100).....	78
Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Kepatuhan pembatasan cairan dan diet dan Komponen Model Promosi Kesehatan Dirumah Sakit Universitas Hasanuddin Dan Rumah Sakit Tadjuddin Chalid Makassar(n=100).....	80
Tabel 5.9 Hubungan Kepatuhan pembatasan cairan dan diet berdasarkan Karakteristik pasien (n =100).....	82
Tabel 5.10 Hubungan Model Promosi Kesehatan dengan kepatuhan.....	84
Tabel 5.11 Hubungan Konstruktur Model Promosi Kesehatan .....	85
Tabel 5.12 Pemodelan Multivariat Model Promosi Kesehatan terhadap kepatuhan pembatasan cairan dan diet (n=100) .....	86

## DAFTAR BAGAN DAN GAMBAR

Gambar 2.1 Prognosis of CKD by GFR and albuminuria category.....	14
Bagan 2.2 Kerangka teori model promosi kesehatan Pender .....	26
Bagan 2.3 Kerangka teori .....	38
Bagan 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....	39
Bagan 3.2 Alur penelitian .....	58
Bagan 5.1 Diagram jalur hubungan MPK dan Kepatuhan cairan dan diet pada pasien HD.....	88
Bagan 3.2 Alur penelitian .....	58

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 Persetujuan Sebagai Informan
- Lampiran 3 Persetujuan Informan
- Lampiran 4 Persetujuan Etik
- Lampiran 5 Surat Izin Penelitian
- Lampiran 6 Item Kuesioner Hasil Studi Literatur
- Lampiran 7 Hasil Translasi Kuesioner
- Lampiran 8 Hasil Back Translasi Kuesioner
- Lampiran 9 Masukan dan Saran Pakar
- Lampiran 10 Hasil Delphi putaran kedua
- Lampiran 11 Hasil Delphi putaran ketiga
- Lampiran 12 Pra testing( pilot Study)
- Lampiran 13 Hasil uji Validitas dan reliabilitas
- Lampiran 14 Kuesioner
- Lampiran 15 Hasil uji Statistic

## DAFTAR SINGKATAN

PGK	:Penyakit ginjal kronik
<i>Kidney Disease Improving Global Ooutcomes</i>	:KDIGO
<i>Glomerular Filtration Rate</i>	:GFR
<i>International Society of Nephrology</i>	:ISN
TPG	:Terapi pengganti ginjal
Hemodialisis	:HD
Indonesian Renal Registry	:IRR
<i>Interdialytic Weight Gain</i>	:IDWG
Indeks Massa Tubuh	:IMT
Model Promosi Kesehatan	:MPK
<i>Human Immunodeficiency Virus</i>	:HIV
Orang Dengan HIV/AIDS	:ODHA

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) menurut *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO) merupakan penyakit kronis yang ditandai dengan kelainan fungsional atau struktur ginjal yang berlangsung selama tiga bulan dan dikategorikan berdasarkan penyebab, kategori *Glomerular Filtration Rate* (GFR) dan albuminuria (KDIGO, 2012). Kondisi gagal ginjal perlahan-lahan bersifat progresif dan menyebabkan hilangnya nefron yang ireversibel yang berakibat pada stadium akhir, dan atau kematian dini (Ruiz-Ortega et al., 2020). *International Society of Nephrology* (ISN) melaporkan prevalensi PGK meningkat setiap tahunnya dibuktikan 10% dari populasi global memiliki penyakit ginjal kronis (ISN, 2017). Penelitian yang dilakukan Xie et al. (2018) menunjukkan pada tahun 2016 terdapat insiden lebih dari 21 juta kasus PGK pertahun dan prevalensi 276 juta kasus. Di Indonesia data penderita PGK  $\geq 15$  tahun adalah 713.783, sementara Sulawesi Selatan 23.069 (Kementerian Kesehatan RI, 2018). PGK dapat berkembang menjadi gagal ginjal tahap akhir yang memerlukan Terapi Pengganti Ginjal (TPG) (Alhawery et al., 2019)

TPG adalah dialisis peritoneal, hemodialisis dan transplantasi ginjal dan TPG yang paling sering dilakukan di seluruh dunia adalah Hemodialisis (HD) (Sav et al., 2014). Hal itu dilakukan dengan cara menghilangkan racun uremik dan cairan dengan mengalirkan darah dari akses vaskular melalui ginjal buatan rata-rata selama 4 jam 3 kali seminggu (Abrahams & van Jaarsveld, 2020). Berdasarkan data dari Indonesian Renal Registry (IRR) tahun 2018 bahwa jumlah pasien yang menjalani HD adalah 132.142 (IRR, 2018). Studi



pendahuluan yang dilakukan pada bulan Juni 2023 didapatkan pasien 82 yang melakukan HD di RSPTN Unhas dan RS Tajuddin di dapatkan 244 pasien yang menjalani HD enam bulan terakhir (Rekam medis RSPTN Unhas dan RS Tajuddin Chalid).

Komplikasi yang sering dialami oleh pasien PGK sering terjadi, studi di Kanada mengungkapkan bahwa PGK sebagian besar (70 %) memiliki satu komorbid, (25%) PGK memiliki tiga atau lebih komorbid, 7% memiliki lima atau lebih komorbid dan yang memiliki dimana komorbidnya adalah hipertensi dan diabetes millitus (DM), gagal jantung, penyakit paru, fibrilasi atrium, stroke, infark miokard, hipotiroidisme, depresi dan demencia (Tonelli et al., 2015). Sama yang ditemukan pada penelitian lain yang menemukan prevalensi hipertensi, diabetes militus dan obesitas ternyata cukup tinggi di kalangan pasien PGK (Fasipe et al., 2019). Selain itu komplikasi umum yang disebabkan oleh gagal ginjal adalah anemia, asidosis metabolik dan gangguan elektrolit (Lin et al., 2023). PGK mempengaruhi 8% sampai 16% populasi dunia dan merupakan penyebab utama kematian, penatalaksanaan PGK yang optimal meliputi pengurangan risiko kardiovaskular, pengobatan albuminuria, menghindari potensi nefrotoksin dan penyesuaian obat, pasien PGK juga memerlukan pemantauan untuk komplikasi seperti hiperkalemia, asidosis metabolik, anemia dan kelainan metabolik lainnya (T. K. Chen et al., 2020).

Perawatan ginjal sangat tergantung pada pengetahuan, kemampuan dan keterampilan petugas kesehatan, dimana petugas kesehatan harus membantu pasien dalam manajemen diri untuk meningkatkan kesejahteraan dan memperpanjang hidup. Salah satu manajemen diri adalah kepatuhan terhadap

pembatasan cairan dan diet sangat penting untuk mengurangi angka kejadian memburuknya kondisi pasien (Beerendrakumar et al., 2018). Kepatuhan yang meningkat terhadap pembatasan cairan dan diet HD dapat menurunkan insiden penyakit dan kematian tetapi hal itu tidak dapat tercapai tanpa kemampuan seseorang untuk memahami dan bersungguh sungguh dalam menjalani pengobatan (Miyata et al., 2018). Faktor penentu kepatuhan adalah pasangan , dukungan sosial yang tinggi, kualitas hidup dan yang dikonsumsi oleh pasien HD (Van Camp et al., 2014).

Ketidakpatuhan pembatasan cairan dan diet pada populasi HD yang didapatkan pada beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa ketidakpatuhan untuk pembatasan cairan berada pada rentang 39,1%-95% sedangkan untuk ketidakpatuhan diet 33%-98,3% (Ahrari et al., 2014; Antony et al., 2020; Anuja & Ashok, 2020; Efe & Kocaöz, 2015; S. T. Fernandes & Dsouza, 2022; Ozen et al., 2019). Studi yang dilakukan di India melaporkan tingginya ketidakpatuhan pembatasan cairan dan diet secara global, prevalensi yang dikumpulkan dari ketidakpatuhan terhadap pembatasan cairan (50-70,7%) dan ketidakpatuhan terhadap diet (47,3-72,5%)(VR & Kaur Kang, 2022). Beberapa studi yang dilakukan di Indonesia menunjukkan bahwa pasien yang menjalani HD memiliki tingkat ketidakpatuhan dalam pembatasan cairan sebesar 57%-62,4% (Herlina & Rosaline, 2021; Meida Kurniasari et al., 2021; Wulan & Ika Emaliyawat, 2018) dan ketidakpatuhan diet 32,44 -66,7% (Meida Kurniasari et al., 2021; Wulan & Ika Emaliyawat, 2018). Ketidakpatuhan akan menghasilkan pengeluaran perawatan kesehatan yang lebih tinggi, rawat inap yang lebih sering, morbiditas, dan mortalitas (Nowicka et al., 2021; VR & Kaur Kang, 2022) , tes tambahan dan perubahan dosis obat (Anuja & Ashok, 2020).

Beberapa indikator kepatuhan yang digunakan dalam penelitian adalah salah satunya kenaikan berat badan interdialitik atau *Interdialytic Weight Gain* (IDWG) (Deif et al., 2015; Sousa et al., 2022). IDWG adalah perbedaan berat badan pradialisis dan pasca dialisis sebelumnya, IDWG yang tinggi disebabkan oleh asupan cairan dan makanan yang berlebihan dimana bila IDWG  $\geq 5,7\%$  merupakan penyebab rawat inap dan kematian pada pasien HD jika dibandingkan dengan IDWG 2,5% hingga 3,99% sedangkan  $\geq 4\%$  dikaitkan dengan risiko rawat inap (B. Wong et al., 2017). Peningkatan IDWG menghasilkan ekspansi volume ekstraseluler dan tekanan darah tinggi, dimana hal ini IDWG adalah produk akumulasi air dalam tubuh dari metabolisme dan asupan makanan dan cairan (Clark-Cutaia et al., 2014; Lewicki et al., 2013). Sebuah studi kohort yang dilakukan di Brasil melaporkan bahwa IDWG  $\geq 4\%$  dari berat badan kering, merupakan variabel yang mempengaruhi semua penyebab kematian pada pasien yang menjalani HD (Dantas et al., 2019). Peningkatan IDWG diharuskan lebih rendah dari 4,0 % hingga 4,5% dari berat badan kering (KDOQI, 2006). IDWG  $< 2,5\%$  dan waktu ultrafiltrasi yang lama dapat membatasi ketegangan jantung selama HD, terutama pada pasien dengan risiko kardiovaskular (Goto et al., 2021).

Beberapa penelitian sebelumnya telah dilakukan untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi kepatuhan pada pasien hemodialisis. Faktor ini termasuk faktor personal seperti usia, usia yang lebih tua kepatuhannya lebih tinggi karena lebih konservatif dibanding dengan usia muda dan ditandai

dengan peningkatan IDWG (Ahrari et al., 2014; Gultom et al., 2020; Mellon et al., 2013). Penelitian Halle et al.(2020) menunjukkan usia muda dan status belum menikah merupakan prediktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan pembatasan cairan. Risiko ketidakpatuhan pembatasan cairan dan diet ditemukan lebih tinggi pada lulusan SMA (Ozen et al., 2019). Tingkat kepatuhan laki laki lebih tinggi (Naalweh et al., 2017). Berbeda dengan penelitian lain yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan jenis kelamin dengan tingkat kepatuhan (Beerendrakumar et al., 2018b; Siagian et al., 2021) Peneliti sebelumnya menemukan terdapat hubungan yang signifikan terhadap kepatuhan pembatasan cairan adalah Indeks Massa Tubuh (IMT) (Herlina & Rosaline, 2021) . Faktor tersebut adalah faktor yang tidak dapat dimodifikasi.

Faktor yang dapat dimodifikasi adalah faktor manfaat dan hambatan yang dirasakan ketika melakukan pembatasan cairan dan diet pada pasien PGK. Pasien yang menjalani HD yang tidak terkontrol sering menunjukkan status gizi yang memburuk ditandai dengan penipisan protein tubuh dan cadangan energi, kemudian cenderung mengalami penurunan parameter nutrisi yang progresif (Graterol Torres et al., 2022). Studi yang dilakukan oleh Oquindo et al.(2016) menemukan bahwa hambatan kepatuhan diet yaitu usia, penghasilan, konsumsi natrium, keyakinan diri, depresi, motivasi, manfaat yang dirasakan, faktor fisik, sensasi haus, kurangnya pengetahuan, faktor budaya, lingkungan dan dukungan keluarga. Peneliti lain menemukan bahwa hambatan pada pasien HD adalah komunikasi, pendidikan kesehatan dan sosial ekonomi (Hunter et al., 2023)

Efikasi diri dapat ditingkatkan supaya kepatuhan terhadap pembatasan cairan lebih meningkat (Perdana & Yen, 2021c). Peningkatan efikasi diri dilakukan dengan intervensi psikologis dan psikososial dengan mempromosikan perubahan perilaku (Zambrano et al., 2022). Rendahnya efikasi diri yang dirasakan pasien HD berkaitan dengan usia yang lebih muda dan penghasilan (Hu et al., 2019). Efikasi diri dan akuntabilitas sosial adalah motivator untuk manajemen diri, meskipun kepatuhan dapat melelahkan secara mental dan fisik (Jamieson et al., 2016). Efikasi diri secara signifikan berhubungan dengan hasil perawatan diri termasuk penurunan asupan garam, kenaikan IDWG yang lebih rendah, peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan tekanan darah (Kauric-Klein et al., 2017). Efikasi diri yang tinggi dapat menimbulkan perasaan positif tentang perilaku dan mengurangi hambatan (Haghi et al., 2021).

Beberapa penelitian mengatakan bahwa dukungan sosial sangat berpengaruh terhadap pasien PGK. Semakin tinggi dukungan sosial, maka penerimaan diri pasien gagal ginjal semakin tinggi (Purnama, 2016). Studi melaporkan bahwa hubungan yang signifikan menunjukkan bahwa dukungan sosial, terutama dalam bentuk keluarga, orang terdekat, dan dukungan profesional kesehatan, dapat memiliki peran protektif untuk kepatuhan pengobatan pada pasien PGK yang menjalani dialisis (Sousa et al., 2019). Dimana dalam hal ini dukungan sosial berpengaruh langsung terhadap manajemen diri (Song et al., 2022). Kepatuhan terhadap pembatasan cairan dan diet akan lebih tinggi jika tingkat dukungan sosial juga tinggi (Ahrari et al., 2014). Telah banyak dilakukan intervensi untuk meningkatkan kepatuhan

seperti intervensi edukasi, intervensi psikologis, pendekatan sosial, intervensi E health, Terapi relaksasi, dan yang paling efektif adalah intervensi psikososial yang dapat meningkatkan kepatuhan pembatasan cairan pada pasien yang menjalani HD(Sari & Hidayah, 2022). Dibutuhkan suatu metode atau teori keperawatan yang dapat memprediksi apa yang melatar belakangi perubahan perilaku pasien HD.

Model Promosi Kesehatan (MPK) yang dikembangkan oleh Pender. MPK mengusulkan suatu kerangka kerja yang mengintegrasikan dari sudut pandang ilmu keperawatan dan untuk mengetahui faktor faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan dimana MPK memberikan panduan untuk menggali proses biopsikososial kompleks yang memotivasi individu untuk terlibat dalam perubahan perilaku yang sehat sehingga meningkatkan kesehatan (Pender et al., 2015). MPK digunakan secara luas di komunitas keperawatan dan diimplementasikan dalam praktik keperawatan, pendidikan, dan penelitian, selain itu konstruksi MPK digunakan untuk memprediksi perilaku kesehatan dan peningkatan kesehatan pada banyak penyakit kronis (Aqtam & Darawwad, 2018). MPK menetapkan bahwa tujuan keperawatan dapat berfokus pada memperkuat sumber daya, potensi dan kemampuan individu, keluarga dan masyarakat dalam membantu mereka memperoleh kualitas hidup yang lebih baik (Khoshnood et al., 2020).

Penelitian telah menggunakan MPK pender terutama pada penyakit kronis banyak dilakukan. Penelitian yang dilakukan di Iran pada pasien Human Immunodeficiency Virus (HIV) untuk menganalisis pandangan Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) tentang perilaku promosi kesehatan yang menggunakan enam kontruksi model promosi kesehatan (manfaat yang dirasakan

kan, hambatan yang dirasakan, *self-efficacy* yang dirasakan, pengaruh terkait aktifitas, pengaruh sosial dan pengaruh situasional )(Pashaeypoor et al., 2023). Studi yang dilakukan pada pasien Diabetes militus tipe 2 yang sebelumnya mengidentifikasi faktor faktor yang mempengaruhi kepatuhan berobat menggunakan semua konstruksi model promosi kesehatan pender dan melakukan intervensi sepuluh sesi (Shahabi et al., 2022). Sedangkan penelitian yang dilakukan pada pasien HD untuk mengetahui pengaruh MPK terhadap *self-efficacy* dan perilaku kepatuhan pengobatan pasien HD di Iran dengan melakukan intervensi keperawatan delapan sesi (Masoudi et al., 2020). Karena MPK bisa diterapkan pada pasien kronis dan bisa menganalisis faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan dan melakukan intervensi, oleh karena itu penelitian bertujuan mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pembatasan cairan dan diet pada pasien hemodialisis. Dimana hasil penelitian ini bisa dijadikan rujukan untuk memberikan intervensi kesehatan yang lebih terfokus pada pasien HD.

## **B. Rumusan masalah**

Tingginya jumlah individu yang terkena komplikasi dari penyakit ginjal kronis sehingga mendorong peningkatan upaya untuk pencegahan dan pengobatan yang lebih baik ((Kovesdy, 2022). Penyakit ginjal kronik tahap akhir mengarah pada salah satu terapi pengganti ginjal yaitu hemodialisis dan tentunya berdampak pada kualitas hidup terkait kesehatan pasien (B. Wong et al., 2017). Kegagalan untuk mengontrol kelebihan cairan dapat menyebabkan efek jelas termasuk hipertensi, sesak napas, dan edema paru (Flythe et al., 2015).

Peningkatan berat badan interdialitik atau *interdialytic weight gain* (IDWG) yang lebih besar dikaitkan dengan risiko kardiovaskuler semua penyebab kematian dan rawat inap (Cabrera et al., 2015; B. Wong et al., 2017). Dalam menjalani HD, pasien harus melaksanakan pembatasan cairan dan diet untuk kesejahteraan mereka dan meningkatkan kualitas hidup. Perilaku promosi kesehatan merupakan salah satu faktor penentu kesehatan dan hemodialisis menyebabkan perubahan signifikan dalam kehidupan pasien dan mempengaruhi perilaku promosi kesehatan mereka (Dashtidehkordi et al., 2019).

Salah satu promosi kesehatan yang dianggap tepat untuk menganalisis kepatuhan pembatasan cairan dan diet adalah model promosi kesehatan Pender, akan tetapi belum banyak penelitian yang menilai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pembatasan cairan dan diet berdasarkan MPK pender pada pasien hemodialisis. Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka pertanyaan dalam penelitian ini adalah:

1. Apakah terdapat hubungan antara variabel MPK pender (perilaku sebelumnya yang terkait, faktor personal, pengaruh yang ditimbulkan oleh suatu aktifitas, persepsi terhadap keyakinan diri, hambatan yang dipersepsikan terhadap suatu tindakan, pengaruh interpersonal, pengaruh situasional) dan komitmen dengan perilaku pembatasan cairan dan diet pada pasien hemodialisis ?
2. Faktor apa yang merupakan faktor utama perilaku pembatasan cairan dan diet pada pasien hemodialisis ?



### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan variabel Model Promosi Kesehatan Pender., dengan perilaku kepatuhan pembatasan cairan dan diet pada pasien hemodialisis.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui hubungan karakteristik demografi dengan kepatuhan pembatasan cairan dan diet pada pasien HD
- b. Mengetahui hubungan Model Promosi Kesehatan : manfaat yang dirasakan, hambatan yang dirasakan, efikasi diri, pengaruh yang ditimbulkan , pengaruh interpersonal, pengaruh situasional, komitmen yang berhubungan dengan kepatuhan pembatasan cairan dan diet pada pasien HD
- c. Menganalisis faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet berdasarkan MPK Pender

### **D. Pernyataan Orginalitas Penelitian**

Beberapa penelitian telah dilakukan dalam menganalisis faktor faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pembatasan cairan pada pasien HD, seperti penelitian yang dilakukan oleh Perdana & Yen (2021a) yang dilakukan di Yogyakarta bertujuan mengetahui faktor faktor yang terkait dengan asupan cairan pada pasien HD . Penelitian yang dilakukan oleh Siagian et al. (2021) di Batam yang bertujuan mengetahui faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pembatasan asupan cairan pada pasien HD. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Khalil et a.(2013) pada pasien Hemodialisis di Yordania bertujuan untuk mengetahui hubungan antara ketidakpatuhan diet dan cairan menggunakan konstruksi MPK. Meskipun penelitian sebelumnya

menggunakan pendekatan MPK pada pasien hemodialisis namun belum menerapkan seluruh domain yang ada pada konstruk MPK. Selain itu, instrumen pada penelitian ini menggunakan instrumen yang mencakup seluruh konstruk dari MPK. Oleh karena itu, original penelitian ini adalah menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pembatasan cairan dan diet pada pasien hemodialisis berdasarkan MPK Pender.

## BAB II

### TINJAUAN TEORI

#### A. Tinjauan Tentang Penyakit Ginjal Kronis

PGK merupakan kondisi yang merusak ginjal dan menurunkan kemampuannya untuk menyaring limbah dari darah. Jika penyakit ginjal memburuk, limbah dapat menumpuk dalam darah dan akan menyebabkan sakit (National Kidney Foundation, 2023). Seorang pasien yang diidentifikasi dengan PGK mempunyai periode yang sama dengan atau lebih dari tiga bulan, laju filtrasi glomerulus (GFR) lebih rendah dari 60 ml/menit/1,73 m<sup>2</sup>, atau GFR lebih besar dari 60 ml/menit/ 1,73 m<sup>2</sup>, tetapi dengan bukti cedera pada struktur ginjal (Ammirati, 2021).

Penyebab utama PGK adalah diabetes, hipertensi, glomerulonefritis kronis, pielonefritis kronis, penggunaan obat antiinflamasi kronis, penyakit autoimun, penyakit ginjal polikistik, penyakit Alport, malformasi kongenital, dan penyakit ginjal akut yang berkepanjangan (Ammirati, 2021).

##### 1. Diabetes

Diabetes terjadi ketika gula darah terlalu tinggi. Seiring waktu, gula darah yang tidak terkelola dapat menyebabkan kerusakan pada banyak organ tubuh, termasuk ginjal dan jantung serta pembuluh darah, saraf, dan mata.

##### 2. Hipertensi

Hipertensi terjadi ketika tekanan darah terhadap dinding pembuluh darah meningkat. Jika tidak terkontrol atau tidak terkontrol dengan baik, hipertensi dapat menjadi penyebab utama serangan jantung, stroke, dan penyakit ginjal kronis. Penyakit ginjal kronis juga dapat menyebabkan tekanan darah

tinggi. Glomerulonefritis adalah sekelompok penyakit yang menyebabkan peradangan dan merusak unit penyaring ginjal .

3. Penyakit keturunan

Penyakit ginjal polikistik merupakan penyakit keturunan yang bisa menyebabkan kista pada ginjal dan dapat merusak jaringan disekitarnya.

4. Kelainan ginjal dan saluran kemih sebelum lahir

Malformasi yang terjadi pada saat bayi berkembang dalam rahim, contohnya penyempitan yang mengakibatkan terganggunya aliran normal urin sehingga menyebabkan urin mengalir kembali ke ginjal. Hal ini berkembang menjadi infeksi dan merusak ginjal.

5. Penyakit autoimun

Sistem pertahanan tubuh atau sistem kekebalan berbalik melawan tubuh maka disebut autoimun. Salah satu penyakit autoimun adalah Nefritis lupus yang mengakibatkan peradangan atau pembengkakan atau jaringan parut pada pembuluh darah kecil yang menyaring limbah di ginjal

6. Penyebab lain

Obstruksi yang diakibatkan oleh batu ginjal atau tumor yang bisa menyebabkan kerusakan pada ginjal. Kelenjar prostat membesar pada pria atau infeksi saluran kemih yang berulang sehingga terjadi kerusakan ginjal.

Prognosis PGK

PGK dikategorikan menjadi enam tahap, menurut GFR, dan dalam tiga tahap menurut albuminuria, seperti yang ditunjukkan pada tabel di bawah ini

:

:

Gambar 2.1 Prognosis of CKD by GFR and albuminuria category

Prognosis of CKD by GFR and Albuminuria Categories: KDIGO 2012				Persistent albuminuria categories		
				Description and Range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
GFR categories (ml/min/1.73 m <sup>2</sup> ) Description and range	G1	Normal or high	≥ 90			
	G2	Mildly decreased	60-89			
	G3a	Mildly to moderately decreased	45-59			
	G3b	Moderately to severely decreased	30-44			
	G4	Severely decreased	15-29			
	G5	Kidney failure	<15			

Green: low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); Yellow: moderately increased risk; Orange: high risk; Red, very high risk(KDIGO, 2012)

7. Komplikasi PGK

Komplikasi adalah Anemia, gangguan mineral dan tulang, hiperkalemia ,asidosis metabolik dan penyakit kardiovaskular. Anemia salah satu komplikasi yang paling sering terjadi dimana kadar hemoglobin rendah (pada pria < 13 g/dl, sedangkan wanita < 12 gr/dl) (Chen et al., 2020).

**B. Tinjauan Tentang Hemodialisis**

Terapi Pengganti Ginjal (TPG) adalah terapi yang digunakan untuk pasien yang mengalami penurunan fungsi ginjal, bisa bersifat sementara maupun berkelanjutan. Klasifikasi TPG adalah transplantasi ginjal dan dialisis (hemodialisis dan dialisis peritoneal)(Kemenkes, 2017).

Hemodialisis (HD) merupakan salah satu terapi pengganti ginjal yang menggunakan peralatan khusus yang bertujuan mengatasi gejala dan tanda akibat laju filtrasi glomerulus yang rendah dengan harapan dapat memperpanjang usia dan meningkatkan kualitas hidup pasien(Depkes RI, 2008)

Dalam buku *Renal Nursing* (Fielding, 2019) dijelaskan bahwa HD merupakan bentuk dialisis yang melakukan fungsi dialisi langsung melalui aliran darah yang dinamakan terapi ekstrakorporeal yaitu prosedur dilakukan diluar tubuh dimana mengeluarkan darah dari dalam tubuh untuk melakukan dialisis dan kemudian mengembalikan dara ketubuh. HD tidak menggantikan semua fungsi ginjal, tetapi mencegah komplikasi gagal ginjal yang mengancam jiwa. Untuk melakukan HD yang paling penting adalah dialiser dan cairan dialisat. Dimana itu adalah elemen yang melakukan proses dialisis, menyediakan media dan membuang limbah dan kelebihan produk yang dibuang oleh ginjal. Dialiser menggunakan membran untuk memisahkan dua kompartemen diaman satu untuk darah, satu lagi untuk cairan dialisat. Dialiser ini adalah serat yang berongga dimana membran ini disusun menjadi tabung . Darah mengalir melalui bagiah tengah tabung dan cairan dialisat mengalir diruang sekitar tabung. Darah dan cairan dialiss mengalir dalam arah yang berlawanan. Cairan dialisat memiliki komponen yang tepat untuk menarik kelebihan elektrolit, produk limbah dan kelebihan cairan yang keluar dari darah,melintasi membran dan masuk ke cairan dialisat. Cairan dialisat mengandung prosuk yang dibuang, kemudian keluar dari dialiser dan dibuang melalui sistem limbah dan diganti dengan cairan dialisat yang baru.

HD bekerja berdasarkan prinsip yang terjadi dalam dialiser dimesin hal ini menentukan bagaimana zat terlarut dan cairan dihilangkan. Tiga prinsip utama HD adalah :

### 1. Difusi

Prinsip ini untuk membuang zat terlarut dalam HD, ini berkaitan dengan perbedaan konsentrasi antara dua larutan. Difusi menyatakan ketika memiliki dua larutan yang dipisahkan oleh semipermeabel, zat terlarut akan berpindah dari larutan dengan konsentrasi tinggi ke larutan dengan konsentrasi rendah. Difusi menyamakan konsentrasi kedua sisi untuk menciptakan keseimbangan. Difusi ini bekerja yang dikenal dengan gradien konsentrasi, dimana semakin besar gradien konsentrasi, maka semakin banyak zat terlarut bergerak melintasi membran atau bergerak dalam cairan dialisat.

### 2. Ultrafiltrasi (UF)

UF menghilangkan molekul dan menghilangkan air dimana hal ini UF didorong oleh perbedaan tekanan. Perbedaan tekanan atau gradien tekanan melintasi membran dialiser. Hal ini dicapai dengan tekanan negatif dalam cairan dialisat dengan menarik cairan yang didorong oleh pompa dialisat. Pompa ini menarik air melalui membran dan masuk ke dalam cairan dialisat. Mesi HD bersifat volumetrik yang berarti pemindahan cairan yang diperlukan dapat diatur ke dalam mesin dan mesin akan melakukan titrasi pompa cairan dialisat untuk mengeluarkan jumlah cairan yang tepat .

### 3. Osmosis

Osmosis adalah prinsip fisika yang berkaitan dengan perpindahan kalor. Dalam dialiser osmosis terjadi karena cairan bergerak melintasi membran HD. Osmosis bukan tentang bagaimana cairan bergerak tetapi apa yang terjadi jika cairan bergerak melintasi membran HD dan bagaimana zat

terlarut bergerak. Osmosis terjadi ketika fluida bergerak melintasi membran dan menarik zat terlarut.

Hemodialisis menghilangkan racun uremik melalui dua proses yang sangat berbeda yaitu difusi dan osmosis. Dimana difusi adalah pergerakan zat terlarut ketika konsentrasi berbeda antara kedua sisi membran. Tingkat tergantung pada perbedaan konsentrasi, koefisien difusi membran, serta aliran darah dan dialisat, dan proses ini sangat efisien untuk zat terlarut kecil, seperti urea. Sedangkan osmosis adalah pergerakan zat terlarut yang tidak dikecualikan oleh ukuran pori, bersama dengan pelarutnya saat melintasi membran (Ashby et al., 2019).

Tujuan dari HD adalah untuk menghilangkan zat terlarut uremik dan cairan yang terakumulasi pada gagal ginjal untuk menjaga Kesehatan, kualitas hidup dan tujuan yang lebih spesifik meliputi pengendalian gejala uremik, menjaga kadar elektrolit yang aman, mencegah penurunan nutrisi, dan jangka panjang yang optimal (Ashby et al., 2019).

### **C. Tinjauan tentang Kepatuhan Pembatasan Cairan dan diet Pasien Hemodialisis**

Kepatuhan adalah sebagai sejauh mana perilaku seseorang konsisten ,minum obat ,mengikuti diet, atau melakukan perubahan gaya hidup sesuai yang direkomendasikan atau disepakati dari penyedia layanan kesehatan (Beerappa & Chandrababu, 2019; Nowicka et al., 2021; WHO, 2003)

Meskipun kepatuhan terhadap pembatasan cairan dan diet merupakan faktor yang sangat penting dalam kesehatan yang berkelanjutan dan kesejahteraan pasien HD, namun hal itu belum optimal. Literatur menunjukkan



bahwa tingkat ketidakpatuhan terhadap pembatasan cairan pada individu menerima HD berkisar antara 25,4% hingga 79,5% (Jia et al., 2016). Ketidakpatuhan pasien gagal ginjal dapat menyebabkan kelebihan volume cairan dalam tubuh. Kelebihan volume cairan (*overload*) adalah kondisi yang biasa ditemukan di banyak pasien hemodialisa sementara di sisi lain, kelebihan cairan (*overload*) dapat meningkatkan morbiditas. Kelebihan volume cairan dapat menyebabkan edema di sekitar tubuh. Kondisi ini akan membuat tekanan darah meningkat dan memperberat kerja jantung. Kelebihan volume cairan juga dapat menyebabkan sesak nafas (Herlina & Rosaline, 2021).

Rekomendasi diet pasien PGK yang di hemodialisis (Ikizler et al., 2020; Pernefri, 2011) Asupan energi pasien. Asupan protein yang dianjurkan adalah 30-35 kkal/kgBB/hari. Pasien PGK yang menderita malnutrisi memerlukan energi yang lebih tinggi. Permen, gula, madu, selai dan jeli menyediakan energi dan kalori tanpa lemak dan jika menderita diabetes, maka perlu berhati hati dalam mengkonsumsi makanan manis.

a) Asupan protein

Asupan protein yang dianjurkan adalah 1,2 gram/kgBB/hari. Protein yang diberikan minimal 50% dengan kandungan protein hewani. Apabila menderita malnutrisi maka memerlukan protein yang lebih tinggi. Pada Proses HD perlu diperhitungkan adanya kehilangan asam amino sebesar 1-2 gram/jam dialisis oleh karena itu asupan protein harus dinaikkan menjadi 1-1,2 gram/KgBB /hari. Pada ibu hamil yang melakukan HD

protein 1,2 gram /kg BB ideal pre gravida, ditambah 10 gram/hari. Penggunaan protein nabati kurang begitu memberikan manfaat karena biasanya mempunyai kadar kalium yang lebih tinggi, kecuali makanan yang berasal dari kedelai (tahu,tempe). Perhitungan kebutuhan protein pada dialisis dapat diketahui lebih akurat dengan cara memperhitungkan klirens dialisis dan kecepatan pembentukan protein tetapi klinis biasanya tidak menggunakannya karena tidak praktis. Protein berasal dari daging, ikan dan telur.

b) Asupan lemak

Asupan lemak yang dianjurkan 25-30% dari total kalori, pembatasan lemak jenuh < 10 % dan bila didapatkan dislipidemia dianjurkan kadar kolesterol dalam makanan < 300 mg/hari.

c) Kalori dari karbohidrat adalah sisa dari perhitungan untuk protein dan lemak. Pemberian kalori pada PGK harus memperhitungkan kebutuhan kalori dari penyakit komorbid. Total kalori yang harus diberikan adalah penjumlahan dari kebutuhan kalori pada keadaan basal dengan kebutuhan pada keadaan stres. Banyak pasien HD tidak memiliki nafsu makan yang baik sehingga tidak memiliki kalori yang cukup. Minyak nabati seperti minyak zaitun merupakan sumber kalori yang baik, mentega dan margarin juga kaya akan kalori tetapi sebagian besar merupakan lemak jenuh dimana lemak jenuh dan lemak trans dapat menyumbat arteri.

d) Asupan vitamin

Asupan vitamin larut air yang dianjurkan antara lain:

a. Thiamine(B1) 1,1-1,2 mg/hari.

Kehilangan thiamine meningkat pada pemberian diuretik atau diare dan yang mendapatkan diit dan pembatasan protein dan kalium berisiko mengalami defisiensi thiamin dan dapat menyebabkan gangguan berat seperti ensefalopati wernicke (trias oftamolplegia, ataksia dan gangguan kesadaran). Manifestasi klinis lain dari thiamine adalah gagal jantung *high-output* (beri-beri basah).

b. Riboflavin (B2) 1,1-1,3 mg/hari

Pasien yang diberikan diit rendah protein juga berisiko mengalami defisiensi riboflavin (B2) dan kebutuhan riboflavin meningkat dengan dialisis.

c. Niasin 14-16 mg /hari

d. Piridoksin (B6) 10 mg/hari.

Defisiensi piridoksin dapat terjadi pada pasien yang diberikan diuretik jangka panjang terutama pasien yang menerima terapi *erythropoietin stimulating agent* (ESA). Vitamin ini dipakai saat sintesis hemoglobin, sehingga ESA menyebabkan penurunan kadar eritrosit yang mengandung vitamin B6 .

e. Biotin (B8) 30 µg/hari.

f. Asam folat(B9) 1 mg/hari.

Pemberian asam folat 1-5 mg/hari dapat menurunkan kadar homosistein sebesar 25-30% dan efek ini terlihat dalam 4-6 minggu (asupan folat >10 mg/hari dilaporkan tidak menyebabkan penurunan kadar homosistein yang lebih rendah. Sebelum asam folat diberikan, sebaiknya diperiksa kadar vitamin B12 dan apabila ditemukan adanya defisiensi maka harus dikoreksi.

g. Kobalamin (B12) 2,4 µg/hari.

Kobalamin sebagian besar terikat protein sehingga kehilangan saat dialisis lebih sedikit dibandingkan dengan vitamin larut air lainnya.

h. Vitamin C 75-90 mg /hari

Asupan vitamin larut lemak

a) Vitamin A 700-900 µg/hari

Sebaiknya vitamin A tidak diberikan pada pasien PGK kecuali ditemukan adanya sindrom mal absorpsi kronik.

b) Vitamin D individual.

c) Vitamin E 400-800 iu/hari.

Pemberian vitamin E secara rutin tidak dianjurkan. Meskipun vitamin E dianggap aman, namun dapat meningkatkan risiko trombosis vena dalam, terutama pada pasien yang menerima antikoagulan oral.

d) Vitamin K 90 -120 µg/hari

Suplemen vitamin tidak diperlukan, kecuali pada pasien yang mendapatkan pengobatan antibiotik jangka panjang atau dengan gangguan pembekuan darah untuk sementara waktu dapat diberikan 10 mg vitamin K.

e) Asupan cairan

Asupan cairan yang dianjurkan 500 ml/hari + produksi urin. Asupan cairan pada pasien PGK disesuaikan dengan produksi urin dan status hidrasi.

f) Asupan mineral dan trace element.

Asupan yang dianjurkan

a. NaCl 5-6 g/hari

Sodium adalah bagian dari garam dimana banyak ditemukan pada makanan kaleng, kemasan, beku dan cepat saji. Sodium juga banyak ditemukan di bumbu bumbu dan daging. Akibat terlalu banyak sodium akan menyebabkan haus yang membuat mengkonsumsi banyak cairan dan jangan gunakan pengganti garam karena mengandung potasium. Kalium 8-17 mg/kg/hari untuk mengontrol kalium, perlu dibatasi buah seperti alpukat, pisang, kiwi dan buah kering.

b. Kalsium  $\leq$  2000 mg/hari dari diet dan obat.

c. Fosfor 800-1000 mg/hari.

Terlalu banyak fosfor dalam darah akan menarik kalsium dari tulang. Dengan kehilangan kalsium dapat membuat tulang lemah dan mudah patah. Kelebihan fosfor juga mengakibatkan kulit menjadi gatal. Membatasi fosfor juga akan menjadi penyulit karena makanan yang mengandung fosfor seperti daging dan susu, mengandung protein yang dibutuhkan oleh tubuh dan disarankan untuk lebih berhati hati sehingga mengkonsumsi protein tapi mendapatkan banyak fosfor. Makanan olahan dan kemasan mengandung fosfor yang tinggi tetapi fosfor dapat di dapat di unggas, ikan, kacang kacangan, selai kacang, cola, teh dan produk susu. Untuk mengontrol fosfat dalam darah terkadang dibutuhkan obat obatan pengikat fosfat seperti sevelamer, kalsium

asetat, lantanum karbonat atau kalsium karbonat yang gunanya untuk mengikat fosfor supaya tidak masuk ke pembuluh darah.

- d. Zinc(Zn ) jika perlu ( bisa diberikan Zinc elemental sampai 15 mg/hari.

Suplemen zinc 50 mg perhari selama 3-6 bulan harus dipertimbangkan dengan asupan energi/protein yang tidak memadai dan timbul gejala defisiensi zinc (gangguan fungsi npengecapan dan bau, kerapuhan kulit, impotensi, dan neuropati perifer.

- e. Besi (fe) individual.

Suplemen besi harus diberikan pada semua pasien HD yang mendapatkan terapi ESA untuk mempertahankan kadar transferin dan feritin serum yang memadai. Hal ini untuk mencapai sasaran hemoglobin (Hb) 10,0-12,0 g/dl, kecuali pada pasien yang mendapatkan besi intravena.

- f. Selenium 55 µg/hari.

Suplemen selenium rutin tidak dianjurkan. Suplemen selama 3-6 bulan harus dipertimbangkan pada pasien dengan gejala defisiensi selenium (kardiomiopati, miopati otot rangka, disfungsi tiroid, hemolisis dan dermatosis).

#### **D. Tinjauan tentang IDWG**

IDWG sebagai perbedaan berat badan predialisis dan pascadialisis sebelumnya. IDWG digunakan sebagai penanda kepatuhan diet pembatasan garam dan cairan, IDWG juga digunakan sebagai indeks nutrisi. IDWG yang tinggi disebabkan oleh asupan cairan atau makanan yang berlebihan (Bossola et al., 2022). Pembatasan garam pada makanan menghasilkan IDWG yang

berkurang, hal ini menunjukkan bahwa asupan garam sangat penting untuk diperhatikan selama menjalani HD (Colson et al., 2018). Peningkatan IDWG diharuskan lebih rendah dari 4,0 % hingga 4,5% dari berat badan kering (KDOQI, 2006). IDWG yang lebih besar ( $\geq 3,5$  %) dapat meningkatkan Risiko kejadian kardiovaskuler, rawai inap disebabkan karena jantung kelebihan volume dan dapat menyebabkan kematian (Cabrera et al., 2015). IDWG  $\geq 5,7$  % merupakan penyebab kematian pada pasien HD dan menunjukkan risiko kematian yang lebih tinggi secara signifikan, sedangkan IDWG  $\geq 4\%$  dikaitkan dengan dengan risiko rawat inap karena kelebihan cairan (Wong et al., 2017).

Rumus IDWG (Jalalzadeh et al., 2021)

BB pradialisis saat ini (kg)-BB pascadialisis sebelumnya(kg)

Rumus IDWG%

$$\frac{\text{BB pradialisis saat ini} - \text{BB dialisis dari sesi sebelumnya}}{\text{Berat badan dari Sesi sebelumnya}} \times 100\%$$

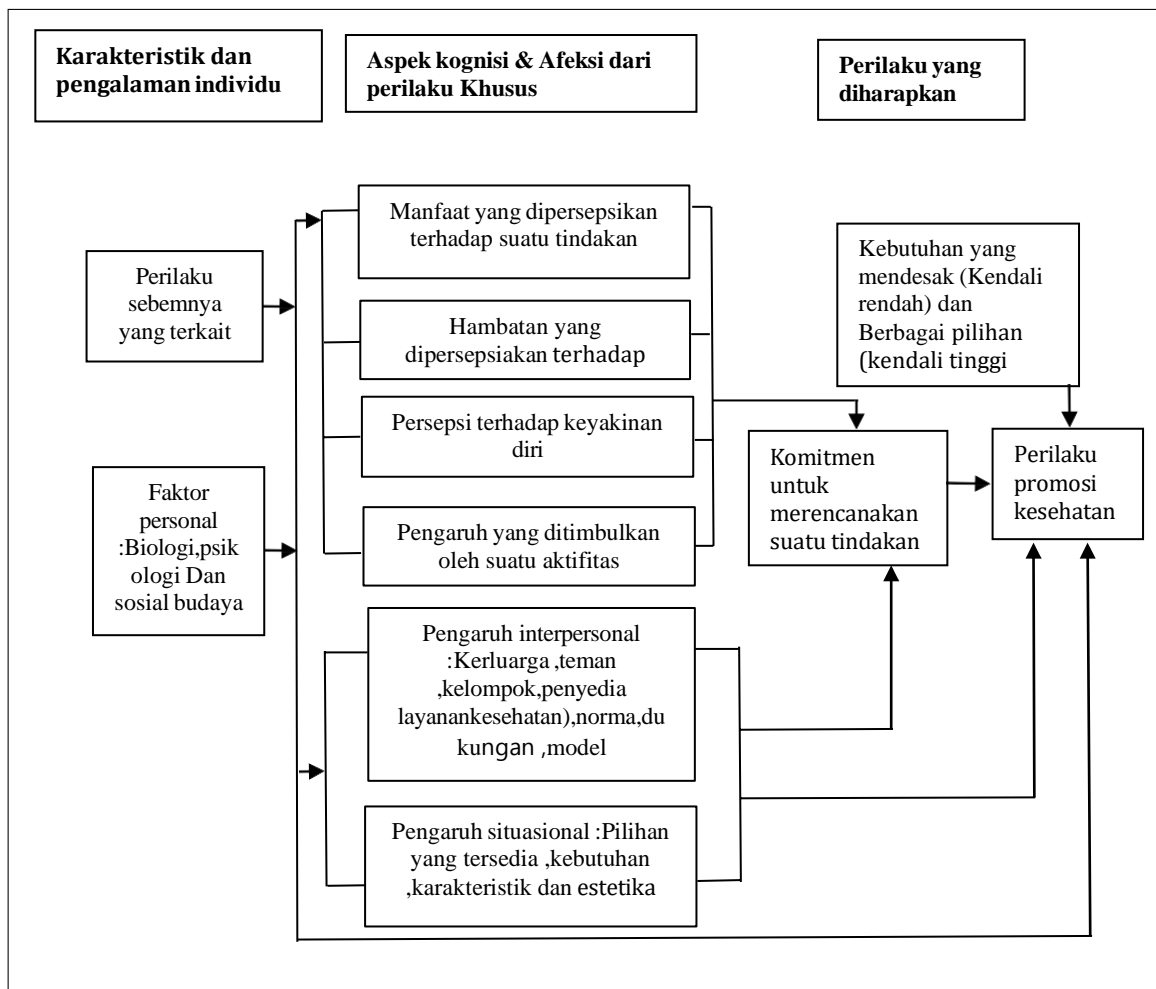
#### **E. Tinjauan tentang Model Promosi Kesehatan (MPK) Pender Terhadap pembatasan cairan dan diet pada pasien Hemodialisis**

MPK adalah model yang menyatakan bahwa pengalaman dan karakteristik memengaruhi kognisi dan pengaruh khusus perilaku termasuk manfaat yang dirasakan, hambatan yang dirasakan, *self efficacy* yang dirasakan, pengaruh dari aktifitas, pengaruh interpersonal, dan pengaruh situasional. Pakar perilaku dan kesehatan menggunakan berbagai teori dan model untuk mengidentifikasi hambatan dan fasilitator perilaku, di antaranya model promosi kesehatan Pender bersifat komprehensif. MPK menyatakan bahwa faktor

persepsi-kognitif (persepsi manfaat, hambatan, dan *self efficacy*), dan faktor pemodifikasi (variabel demografis, pengaruh interpersonal, dan faktor perilaku) dianggap berinteraksi satu sama lain untuk membentuk dan memengaruhi promosi kesehatan individu. MPK pender adalah kerangka teori model multidimensi yang menjelaskan bagaimana individu mencapai Kesehatan (McCarthy et al., 2022).

Dimensi MPK adalah sebagai berikut: *Self efficacy* diri yang dirasakan: Keyakinan individu pada kemampuan mereka untuk mengatur dan menerapkan aliran aktivitas atau kinerja tertentu. Hambatan yang dirasakan: Mereka merujuk pada persepsi individu yang terkait dengan kurangnya akses, kurangnya kesesuaian, biaya, kesulitan atau sifat memakan waktu dari perilaku tertentu. Manfaat yang dirasakan: Mereka merujuk pada tindakan yang mengantisipasi manfaat, visualisasi psikologis dari konsekuensi positif atau penguatan perilaku. Pengaruh interpersonal: pengetahuan tentang perilaku, keyakinan, atau sikap individulain. Pengaruh situasional: Persepsi dan kognisi individu tentang situasi atau konteks apa pun yang dapat memfasilitasi atau mencegah perilaku seseorang. Komitmen terhadap rencana tindakan (Haghi et al., 2021).





Bagan 2.2 Variabel dari Model promosi kesehatan

*Individual Characteristics And Experiences* (Karakteristik dan pengalaman individu).

Setiap manusia mempunyai karakteristik yang unik dan pengalaman yang dapat mempengaruhi tindakannya. Karakteristik individu atau aspek pengalaman dahulu lebih mencakup perilaku terkait sebelumnya dan faktor sebelumnya.

1) *Prior Related Behavior* (Hubungan dengan perilaku sebelumnya)

Perilaku terdahulu mempunyai efek langsung dan tidak langsung pada perilaku promosi kesehatan yang dipilih, membentuk suatu efek

langsung menjadi kebiasaan perilaku dahulu, sehingga predisposisi dari perilaku yang dipilih dengan sedikit memperhatikan pilihannya itu. Kebiasaan muncul pada setiap perilaku dan menjadi suatu pengulangan perilaku. Sesuai dengan teori sosial kognitif, perilaku dahulu mempunyai pengaruh tidak langsung pada perilaku promosi kesehatan melalui persepsi terhadap *self efficacy*, keuntungan, rintangan dan pengaruh aktivitas. Perilaku nyata berkaitan dengan feed back adalah sumber pemanfaatan yang terbesar atau skill. Keuntungan dari pengalaman dari perilaku yang diambil disebut sebagai hasil yang diharapkan. Jika hasilnya memuaskan maka akan menjadi pengulangan perilaku dan jika gagal menjadi pelajaran untuk masa depan. Setiap insiden perilaku juga disertai oleh emosi atau pengaruh siakp positif atau negative sebelum, selama dan sesudah perilaku dilakukan menjadi pedoman untuk selanjutnya. Perilaku sebelum ini menjadi kognitif dan menjadi spesifik. Perawat membantu klien dengan melihat riwayat perilaku positif dengan berfokus pada pemanfaatan perilaku, mengajar klien bagaimana bertindak dan menimbulkan potensi dan sikap yang positif melalui pengalaman yang sukses dan feed back positif. Untuk meningkatkan kepatuhan rekomendasi terapi dan gaya hidup pada pasien hemodialisis disarankan untuk meningkatkan semua dimensi kepatuhan yaitu pembatasan cairan, diet, dialisis dan pengobatan (Zhianfar et al., 2020).

2) *Personal Factors: Biological, Psychological, Socio-cultural* (Faktor personal)

a) Biologi - usia, indeks massa tubuh, status pubertas, status menopause, kapasitas aerobik, kekuatan, ketangkasan atau keseimbangan.

b) Psikologi – harga diri, motivasi diri dan status kesehatan.

c) Sosiokultur - suku, etnis, akulturasi, pendidikan dan status sosio e

Faktor usia sangat berpengaruh dimana usia yang lebih tua lebih tinggi tingkat kepatuhannya karena lebih konservatif dibanding usia yang lebih muda (Ahrari et al., 2014; Gultom et al., 2020; Mellon et al., 2013). Usia muda sangat berpengaruh terhadap ketidakpatuhan pembatasan cairan (Halle et al., 2020). Faktor lain adalah jenis kelamin dimana laki laki tingkat kepatuhannya lebih tinggi dibanding perempuan. Tetapi peneliti lain menunjukkan bahwa tidak ada hubungan jenis kelamin dengan kepatuhan (Beerendrakumar et al., 2018b; Siagian et al., 2021) Sementara IMT adalah faktor yang sangat berpengaruh terhadap pembatasan cairan (Herlina & Rosaline, 2021)

2. *Behavior Specific, Cognition, And Affect* (Perilaku spesifik, pengetahuan dan sikap)

Perilaku spesifik, pengetahuan dan sikap terdiri dianggap memiliki motivasi utama yang signifikan. Variabel ini merupakan inti karena dapat dimodifikasi melalui intervensi. Mengukur variabel ini sangat penting

untuk menilai apakah perubahan merupakan dari hasil intervensi. Ini terdiri dari beberapa dimensi yaitu:

1) *Perceived Benefits Of Action* (Manfaat tindakan yang dirasakan) Manfaat tindakan secara langsung memotivasi perilaku dan tidak langsung mendetermin rencana kegiatan untuk mencapai manfaat sebagai hasil. Manfaat tadi menjadi gambaran mental positif atau reinforcement positif bagi perilaku. Menurut teori nilai ekspektasi motivasi penting untuk mewujudkan hasil seseorang dari pengalaman dahulu melalui pelajaran observasi dari orang lain dalam perilaku. Individu cenderung untuk menghabiskan waktu dan hartanya dalam beraktivitas untuk mendapat hasil yang positif. Keuntungan dari penampilan perilaku bisa intrinsik atau ekstrinsik. Intrinsik-bertambah kesadaran, berkurang rasa kelelahan. Ekstrinsik-reward keuangan atau interaksi positif. Manfaat ekstrinsik perilaku kesehatan menjadi motivasi yang tinggi dimana manfaat intrinsik lebih memotivasi untuk berlangsungnya perilaku sehat. Manfaat penting yang paling diharapkan dan secara tempo berhubungan dengan potensi. Kepercayaan tentang manfaat atau hasil positif dari harapan. Pembatasan asupan diet natrium sangat bermanfaat bagi pasien HD dan dapat mempengaruhi perilaku (Sevick et al., 2016).

2) *Perceived Barriess To Action* (Hambatan tindakan yang dirasakan) Hambatan terdiri persepsi ketersediaan, ketidaknyamanan, biaya, kesulitan atau sifat yang memakan waktu dari tindakan tertentu utama. Hambatan sering dipandang sebagai hambatan mental, rintangan, atau

biaya yang diperlukan untuk melakukan perilaku tertentu. Hambatan membangkitkan rasa menghindar yang berhubungan dengan perilaku tertentu. Hambatan yang muncul berulang kali akan mempengaruhi niat untuk terlibat dalam perilaku tertentu. Hilangnya kepuasan dari perilaku tidak sehat seperti merokok, makan tinggi lemak juga disebut rintangan. Biasanya muncul motif-motif yang dihindari/dibatasi dalam hubungan dengan perilaku yang diambil. Kesiapan melakukan rendah dan rintangan tinggi, tindakan tidak terjadi. Rintangan adalah sikap yang langsung menghalangi kegiatan melalui pengurangan komitmen rencana kegiatan. Hambatan pada pasien HD adalah komunikasi, pendidikan kesehatan dan sosial ekonomi (Hunter et al., 2023). Peneliti lain menemukan bahwa hambatan dalam kepatuhan diet adalah Usia, penghasilan, konsumsi natrium, keyakinan diri, depresi, motivasi, manfaat yang dirasakan, faktor fisik, sensasi haus, kurangnya pengetahuan, faktor budaya, lingkungan dan dukungan keluarga (Oquindo et al., 2016).

### 3) *Perceived Self- Efficacy* (Efikasi diri)

Kemampuan seseorang untuk mengatur dan melaksanakan tindakan tertentu. Hal ini melibatkan penilaian tentang apa yang dapat dilakukan seseorang dengan keterampilan yang dimilikinya. Penilaian *self efficacy* dapat dibedakan dengan hasil yang diharapkan. *Self efficacy* yang dirasakan adalah kemampuan seseorang dalam mencapai sesuatu di tingkat kinerja. Sedangkan hasil yang diharapkan adalah penilaian dari konsekuensi yang mungkin terjadi (manfaat atau biaya) yang dihasilkan

dari perilaku tersebut. *Skill* dan kompetensi memotivasi individu untuk melakukan tindakan secara unggul. Perasaan manjur dan ahli dalam perbuatan seseorang mendorong seseorang untuk melaksanakan perilaku yang diinginkan lebih sering daripada rasa tidak layak atau tidak terampil. Model promosi kesehatan mengusulkan bahwa *self efficacy* yang dirasakan dipengaruhi oleh aktifitas, semakin positif nilainya semakin besar persepsinya. Persepsi yang dirasakan lebih besar tentang *self efficacy* pada akhirnya meningkatkan pengaruh positif. *Self efficacy* mempengaruhi hambatan yang dirasakan untuk bertindak dengan kata lain semakin tinggi *self efficacy* maka persepsi hambatan akan menurun. *Self effikasi* memotivasi perilaku promosi kesehatan secara langsung melalui harapan dan secara tidak langsung mempengaruhi hambatan yang dirasakan dan komitmen untuk melakukan rencana tindakan. Keyakinan diri yang rendah pada pasien hemodialisis dapat disebabkan oleh ketidakpercayaan akan kemampuan yang dimiliki, kurangnya kepercayaan diri dan masih ragunya dalam mengambil tindakan untuk mencapai tujuan serta dalam melakukan manajemen diri (Lenggogeni et al., 2021)

4) *Activity-Related Affect* (Aktivitas yang berhubungan dengan sikap)

- a) Emosi yang timbul pada kegiatan itu
- b) Tindakan diri
- c) Lingkungan di mana kegiatan itu berlangsung

Keadaan yang dihasilkan perasaan cenderung mempengaruhi apakah seseorang akan mengulangi perilaku tersebut atau malah

mempertahkannya dalam jangka panjang. Perasaan yang ditimbulkan dapat terjadi sebelum, selama atau setelah aktifitas yang berdasarkan dari rangsangan. Pengaruh yang ditimbulkan bisa bersifat ringan, sedang, atau kuat dan pemahaman dapat disimpan dimemori dan dapat dikaitkan dengan pemikiran perilaku selanjutnya. Pengaruh yang terkait dengan perilaku mencerminkan reaksi langsung terhadap perilaku tersebut. Pengaruh terhadap perilaku menunjukkan suatu reaksi emosional langsung dapat positif atau negatif, menyenangkan, menjijikan, tidak menyenangkan. Perilaku yang memberi pengaruh positif sering diulangi dan perilaku yang berpengaruh negatif dibatasi atau dikurangi.

Berdasarkan teori kognitif sosial ada hubungan antara *Self efficacy* dan pengaruh aktivitas. Respons emosional dan status fisiologi selama perilaku sebagai sumber dari informasi *efficacy*. Sikap pengaruh aktivitas diajukan sebagai mempengaruhi perilaku kesehatan secara langsung atau tidak langsung melalui *Self efficacy* dan komitmen pada rencana kegiatan.

##### 5) *Interpersonal Influences* (Pengaruh interpersonal)

Pengaruh interpersonal adalah kognisi tentang perilaku, kepercayaan atau sikap orang lain. Sumber utama interpersonal adalah keluarga (*family at sibling peer*) kelompok dan pemberi pengaruh pelayanan kesehatan. Pengaruh interpersonal terdiri atas norma (harapan orang lain), dukungan sosial (instrumental dan dorongan emosional) dan model belajar dari pengalaman orang lain. Norma sosial menjadi standar untuk performance individu. Model yang digambarkan menjadi

strategi penting untuk perubahan perilaku dalam teori kognitif sosial misalnya adanya tekanan sosial atau desakan untuk komitmen pada rencana kegiatan. Individu sensitifitas pada harapan contoh dan pujian orang lain. Motivasi yang cukup menjadi cara yang konsisten yang memengaruhi seperti orang yang dipuji dan dikuatkan secara sosial. Dukungan keluarga pada pasien HD dapat meningkatkan kesehatan dan sangat erat kaitannya dengan kualitas hidup seseorang (Titusman et al., 2021).

6) *Situational Influences* (Pengaruh situasional)

Pengaruh personal dan kognisi dari situasi dapat memfasilitasi atau menghalang perilaku misalnya pilihan yang tersedia, karakteristik permintaan dan ciri-ciri lingkungan estetika seperti situasi atau lingkungan yang cocok, aman, tenang daripada yang tidak aman dan terancam. Pengaruh situasional secara langsung dan tidak langsung mempengaruhi perilaku kesehatan. Situasi dapat mempengaruhi perilaku dengan mengubah lingkungan misalnya “no smoking”. Pengaruh situasional dapat menjadi kunci untuk pengembangan strategi efektif yang baru untuk memfasilitasi dan mempertahankan perilaku promosi kesehatan dalam populasi. Pembatasan natrium sangat penting untuk pasien hemodialisis karena hal itu bisa menimbulkan gangguan elektrolit dan cairan, hal tersebut juga akan berpengaruh terhadap tekanan darah (Wulan & Ika Emaliyawati, 2018).

3. *Behavioral Outcome* (Hasil perilaku)

1) *Commitment to a Plan of Action* (Komitmen rencana tindakan)



Komitmen terhadap rencana tindakan memulainya perilaku, komitmen mendorong perilaku untuk bertindak kecuali ada permintaan bersaing yang tidak dapat dihindari atau tidak dapat ditolak. Proses kognitif yang mendasari:

- a) Komitmen untuk melaksanakan tindakan spesifik sesuai waktu dan tempat dengan orang-orang tertentu atau sendiri dengan mengabaikan persaingan.
- b) Identifikasi strategi tertentu untuk mendapatkan, melaksanakan atau penguatan terhadap perilaku. Rencana kegiatan dikembangkan oleh perawat dan klien dengan pelaksanaan yang sukses. Misalnya strategi dengan kontrak yang disetujui bersama-sama dimana satu kelompok komitmen dengan pengertian bahwa kelompok lain memberi nyata reward atau penguatan jika komitmen itu didukung. Komitmen sendiri tanpa strategi yang berhubungan sering menghasilkan tujuan baik tetapi gagal dalam membentuk suatu nilai perilaku kesehatan.

Komitmen dalam melakukan pembatasan cairan dan diet dapat diperoleh melalui motivasi. Motivasi yang tinggi pada pasien di sebabkan karena kesadaran diri seseorang tentang kondisinya yang mengharuskan mereka untuk patuh dalam membatasi asupan cairan supaya mencegah komplikasi yang bisa menyebabkan sesak napas dan edema sehingga kualitas hidup bisa tetap terjaga (Nadi et al., 2015) .

## 2) *Immediate Competing Demands* (Kebutuhan yang Mendesak)

Kebutuhan mendesak (pilihan menjadi perilaku alternatif yang mendesak masuk ke dalam kesadaran sehingga tindakan yang mungkin dilakukan segera sebelum kejadian terjadi (suatu rencana perilaku promosi kesehatan). Perilaku alternatif ini menjadikan individu dalam kontrol rendah karena lingkungan tak terduga seperti kerja atau tanggung jawab merawat keluarga. Kegagalan merespons permintaan berakibat tidak menguntungkan bagi diri atau orang lain. Pilihan permintaan sebagai perilaku alternatif dengan penguatan dimana individu mempunyai level kontrol yang tinggi. Misalnya memilih makanan tinggi lemak daripada rendah lemak karena pilihan rasa, bau atau selera. Permintaan yang mendesak dibedakan dari hambatan dimana individu seharusnya melaksanakan suatu alternatif perilaku berdasarkan permintaan eksternal yang tidak disangka atau hasil yang tidak sesuai. Alasan kurang waktu, karena tuntutan itu mendorong berdasarkan hierarki sehingga keluar dari rencana tindakan kesehatan yang positif. Beberapa individu cenderung sesuai perkembangan secara biologis lebih mudah dipengaruhi selama tindakan daripada orang lain. Hambatan pilihan coping menghendaki latihan dari regulasi diri dan kemampuan kontrol. Komitmen yang kuat terhadap rencana tindakan sangat dibutuhkan.

## 3) Perilaku promosi kesehatan.

Perilaku promosi kesehatan adalah tindakan akhir atau hasil tindakan. Perilaku ini akhirnya secara langsung ditujukan pada pencapaian hasil kesehatan positif untuk klien. Perilaku promosi

kesehatan terutama sekali terintegrasi dalam gaya hidup sehat yang menyerap pada semua aspek kehidupan seharusnya mengakibatkan peningkatan kesehatan, peningkatan kemampuan fungsional dan kualitas hidup yang lebih baik pada semua tingkat perkembangan (Pender et al., 2015). Komponen paradigma menurut Nola J. Pender antara lain:

#### 1. Manusia

Merupakan makhluk hidup biopsikososial yang dibentuk oleh lingkungannya tetapi berusaha juga untuk menciptakan lingkungan dimana potensinya melekat atau bisa diperoleh dan dapat di ekspresikan. Jadi hubungan manusia dengan lingkungan bersifat timbal balik. Dimana karakteristik dan pengalaman individu membentuk perilaku kesehatan.

#### 2. Lingkungan

Lingkungan adalah konteks sosial, budaya dan fisik dimana lingkungan dapat dikontrol oleh individu untuk menciptakan situasi yang berhubungan dengan dengan suatu kejadian yang positif dan merupakan media yang dapat meningkatkan kesehatan.

#### 3. Keperawatan

Kolaborasi dengan individu, keluarga, dan komunitas untuk menciptakan kondisi yang menguntungkan untuk kesehatan yang lebih optimal dan kesejahteraan tingkat tinggi.

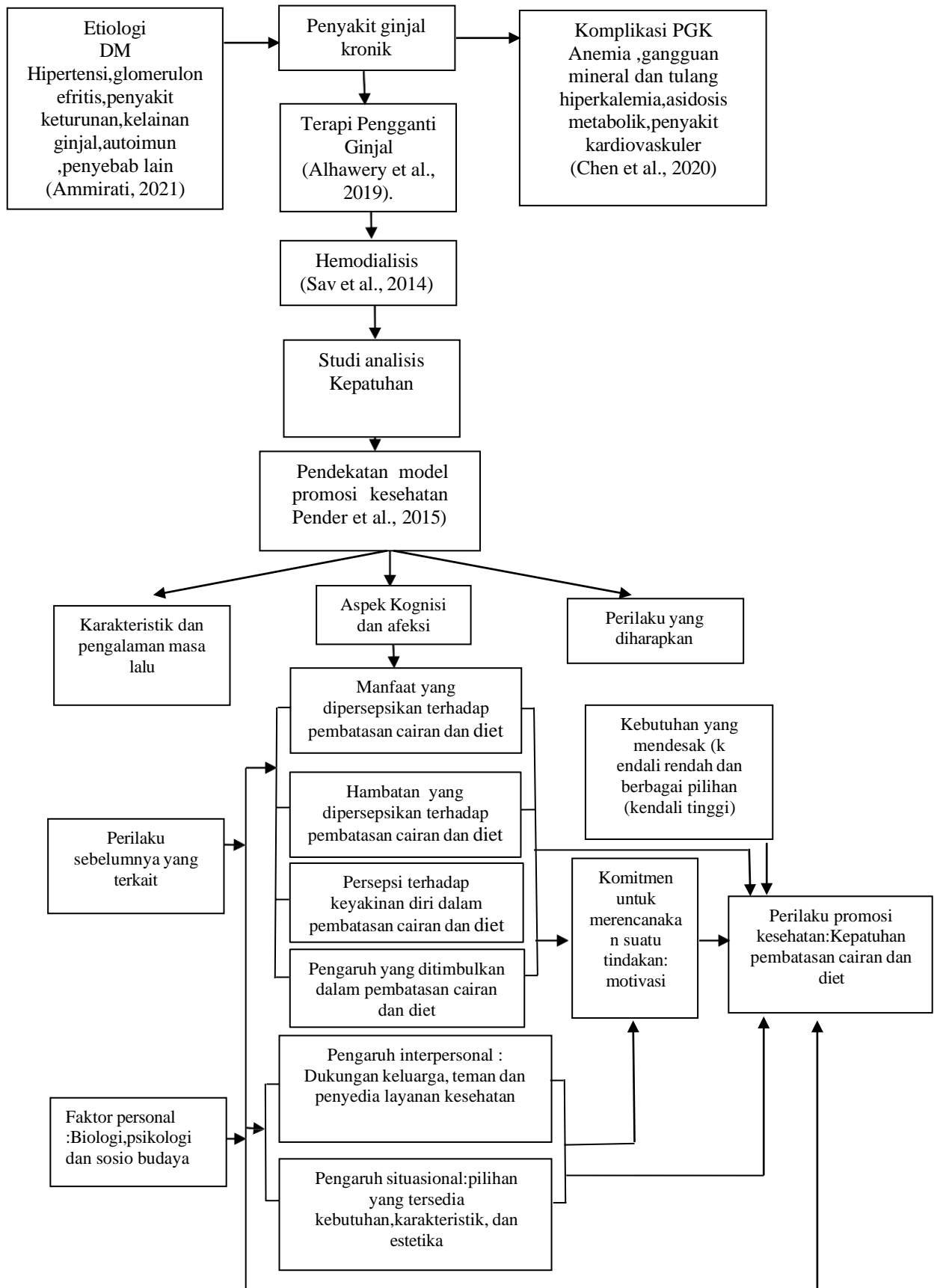
#### 4. Kesehatan

Hal ini mengaju kepada pada individu yang mengaktualisasikan potensi yang melekat dan diperoleh dari perilaku yang diarahkan pada tujuan, perawatan diri, dan hubungan yang memuaskan dengan orang lain, sementara penyesuaian dilakukan dilakukan sesuai dengan kebutuhan. Kesehatan adalah pengalaman hidup yang berkembang.

#### 5. Penyakit

Penyakit adalah peristiwa sepanjang rentang hidup baik durasi pendek (akut) atau pun panjang (kronis) yang dapat menghambat atau memfasilitasi pencarian seseorang untuk mencapai derajat kesehatan.

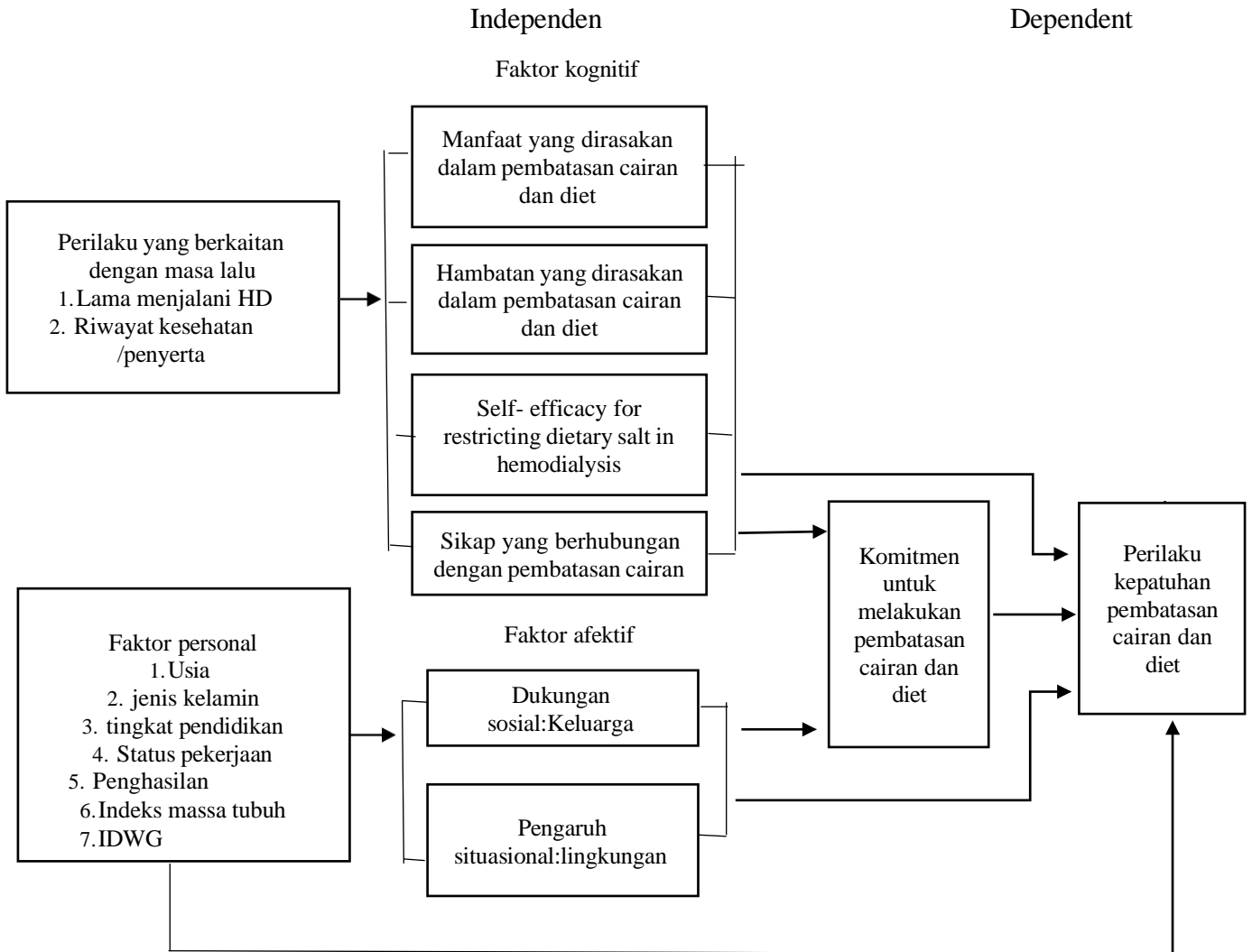
## Kerangka Teori



### BAB III

## KERANGKA KONSEP PENELITIAN

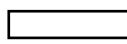


### A. Kerangka konsep penelitian



Bagan 3.1

### Kerangka konseptual penelitian

#### Keterangan

-  : Diteliti
-  : Berhubungan
-  : Mempengaruhi

## B. Variabel penelitian

### 1. Variabel Independent

Variabel independen dalam penelitian ini variabel MPK Pender: perilaku sebelumnya yang terkait, faktor personal, pengaruh yang ditimbulkan oleh suatu aktifitas, Efikasi diri, hambatan yang dipersepsikan terhadap suatu tindakan, manfaat yang dipersepsikan terhadap suatu tindakan, pengaruh interpersonal, pengaruh situasional dan komitmen.

### 2. Variabel dependent

Kepatuhan pembatasan cairan dan diet

## C. Hipotesis penelitian

Model promosi kesehatan Pender dapat menganalisis faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet pada pasien Hemodialisis

## D. Definisi Operasional

Tabel 3.2. Definisi operasional

Variabel	Defenisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Kriteria Objektif
Indipenden				
a. Perilaku yang berkaitan dengan masa lalu				
1. Lama menjalani Hemodialisis	Rentang waktu responden menjalani hemodialisis	Kuesioner karakteristik responden	Satuan waktu dalam bulan	
2. Penyakit penyerta	Suatu kondisi penyakit yang dialami selama menjalani hemodialisis	Kuesioner karakteristik responden tentang	Penyakit penyerta 1.Hipertensi 2.Diabetes militus	

		penyakit penyerta	3.Asam urat 4. Lainnya	
b. Faktor demografi				
1. Usia	Lama hidup responden dihitung dari tanggal lahir sampai dilakukan penelitian	Kuesioner karakteristik responden tentang usia	Satuan waktu dalam tahun	
2. Jenis kelamin	Perbedaan antara laki-laki dan perempuan sejak lahir	Kuesioner karakteristik responden tentang jenis kelamin	Jenis kelamin responden dinyatakan dengan 1:Laki-laki 2:Perempuan	
3. Suku	Suku yang dianut responden	Kuesioner karakteristik responden tentang suku responden	Suku yang dianut yaitu: 1.Bugis 2.Makassar 3.Mandar 4.Toraja 5.Lainnya	
4. Tingkat pendidikan	Pendidikan formal yang ditempuh oleh responden	Kuesioner karakteristik responden tentang tingkat pendidikan	Tingkat pendidikan yaitu: 1.Tidak sekolah 2.SD 3. SMP 3.SMA 4.Akademi/PT	
5. Status pekerjaan	Status pekerjaan responden saat ini	Kuesioner karakteristik responden tentang	Status pekerjaan 1.Tidak bekerja 2:Bekerja	
6. Penghasilan	Jumlah penghasilan responden saat ini	Kuesiner karakteristik responden tentang	Pendapatan : 1.Rendah 2.Sedang 3.Tinggi	Nilai penghasilan <1.862.958=Rendah ≥1.862.958=Sedang ≥3.070.756=Tinggi



			penghasilan perbulan	
7. IMT	Indeks massa tubuh	Kuesioner karakteristik responden tentang IMT	Satuan massa Tubuh	<18,5=BB kurang 18,5-22,9=Normal ≤23-24,9=BB lebih ≤25.0=Obesitas
8. IDWG	Pertambahan berat badan responden diantara pre dialisis dan post dialisis sebelumnya	Penimbangan berat badan	Skor IDWG dalam %	Skor ≤3%:Rendah, ≤4%- 4,5%:Sedang, >4,5%:Tinggi
c. Komponen Model promosi kesehatan				
1. Manfaat yaang dirasakan	Pendapat subjektif responden tentang manfaat yang dirasakan melakukan pembatasan cairan dan diet	Kuesioner Model promosi kesehatan	Mengguna kan skala likert SS:Sangat setuju S:Setuju TS:Tidak setuju STS:Sangat tidak setuju	Skor minimum 6 dan skor maksimum 24
2. Hambatan yang dirasakan	Pendapat subjektif responden tentang hambatan yang dirasakan melakukan pembatasan cairan dan diet	Kuesioner Model promosi kesehatan	Mengguna kan skala likert SS:Sangat setuju S:Setuju TS:Tidak setuju STS:Sangat tidak setuju	Skor minimum 4 dan skor maksimum 16
3. Efikasi diri	Keyakinan yang dimilikiresponden dalam melakukan pembatasan cairan dan diet	Kuesioner Model promosi kesehatan	Mengguna kan skala likert SS:Sangat setuju S:Setuju TS:Tidak setuju	Skor minimum 5 dan skor maksimum 25

				STS:Sangat tidak setuju
4. Pengaruh yang ditimbulkan	Perasaan emosional yang muncul dalam melakukan pembatasan cairan dan diet	Kuesioner Model promosi kesehatan	Menggunakan skala likert SS:Sangat setuju S:Setuju TS:Tidak setuju STS:Sangat	Skor minimum 5 dan skor maksimum 25
5. Pengaruh interpersonal	Dukungan yang diberikan kepada responden dalam melakukan pembatasan cairan dan diet	Kuesioner Model promosi kesehatan	Menggunakan skala likert 4:Selalu 3 :Sering 2:Kadang - kadang 1:Tidak pernah	Skor minimum 7 dan skor maksimum 28
6. Pengaruh situasional	Pengaruh situasional dari lingkungan dalam melakukan pembatasan cairan dan diet	Kuesioner Model promosi kesehatan	Menggunakan skala likert SS:Sangat setuju S:Setuju TS:Tidak setuju STS:Sangat	Skor minimum 5 dan skor maksimum 25
7. Komitmen	Niat responden untuk melakukan pembatasan cairan dan diet	Kuesioner Model promosi Kesehatan	Menggunakan skala likert SS:Sangat setuju S:Setuju TS:Tidak setuju STS:Sangat	Skor minimum 6 dan skor maksimum 24
Dependen				
Kepatuhan pembatasan cairan dan diet	Kemampuan responden dalam mengikuti pengaturan	Kuesioner RABQ	Menggunakan skala likert 4:Selalu	Hasil perhitungan skor kepatuhan yaitu dengan rentang skor 24-96 dengan kategori sebagai

---

pembatasan  
cairan dan diet  
dalam menjalani  
HD

3:Serang  
2:Kadang -  
kadang  
1:Tidak  
pernah

berikut:24-32:buruk, 33-  
64:sedang, 65-96:baik