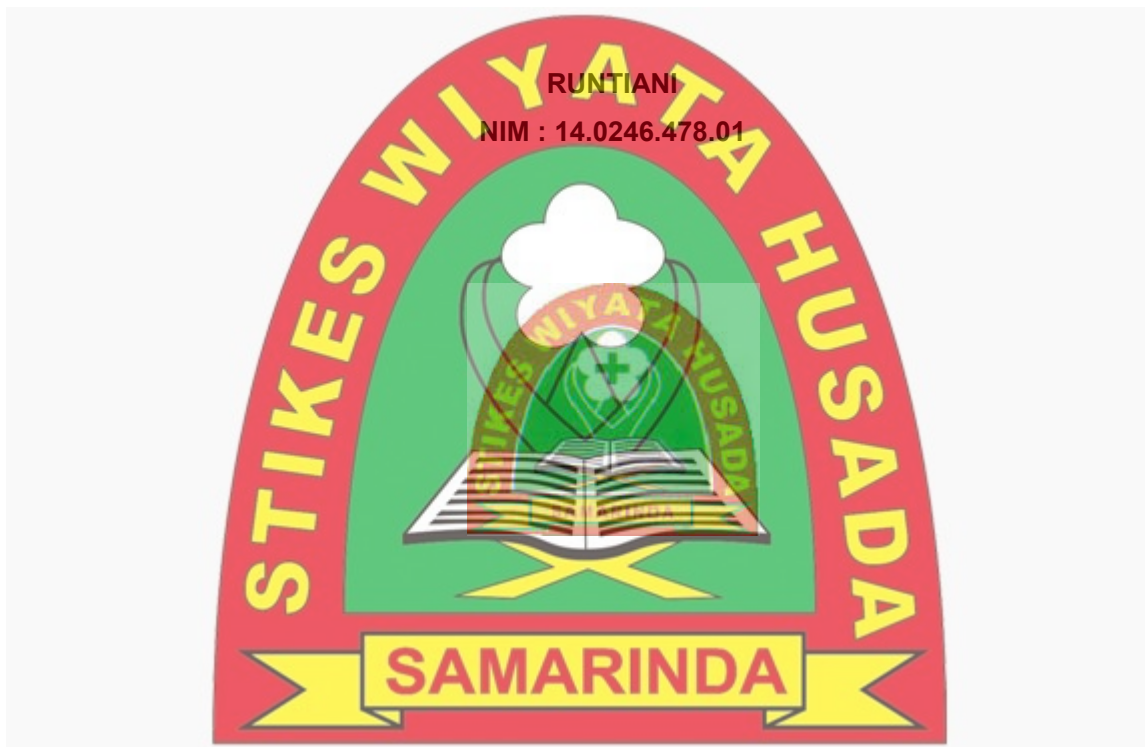


**HUBUNGAN SELF MANAGEMENT BEHAVIORS DENGAN BERAT BADAN
KERING PASIEN YANG MENJALANI HEMODIALISA
DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**

SKRIPSI

Oleh :



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA SAMARINDA
2016**

**HUBUNGAN SELF MANAGEMENT BEHAVIORS DENGAN BERAT BADAN
KERING PASIEN YANG MENJALANI HEMODIALISA
DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Sarjana Keperawatan
(S.Kep) Pada Program Studi S.1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Wiyata Husada Samarinda

Oleh :



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA SAMARINDA
2016**

HALAMAN PENGESAHAN

HUBUNGAN SELF MANAGEMENT BEHAVIORS DENGAN BERAT BADAN KERING
PASIEN HEMODIALISA DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANI SAMARINDA

SKRIPSI

Disusun Oleh:

RUNTIANI
14.0246.478.01

Telah dipertahankan didepan dewan penguji
Pada tanggal 27 Juli 2016

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep., M.Kep
NIK:113072.82.09.006

2. Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep
NIK:113072.83.11.023

3. Ns. Anisa Ain, S.Kep
NIK:113072.90.14.057

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ketua Program Studi
S1 Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK: 113072.74.13.045

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK:113072.86.14.071

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Runtiani (Ani), lahir di Samarinda 08 Mei 1981. Penulis menyelesaikan pendidikan dasar di Sekolah Dasar Negeri 052 Samarinda (1987-1993) dan Sekolah Menengah Pertama Negeri 2 Samarinda (1993-1996). Pendidikan menengah atas ditempuh di Sekolah Perawat Kesehatan Depkes Samarinda (1996-1999), kemudian melanjutkan kuliah Diploma di Poltekkes Samarinda (2004-2007) dan saat ini sedang melanjutkan kuliah Sarjana Keperawatan di STIEKES Wiyata Husada Samarinda.

Penulis mulai bekerja di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda (tahun 2001) setelah menyelesaikan pendidikan di SPK Depkes Samarinda, sebelumnya pernah bekerja pada praktik Dokter mandiri dan melakukan praktik *home care*. Penulis mendapatkan kesempatan belajar di jenjang diploma setelah bekerja selama 3 tahun dan membuat karya tulis ilmiah tentang “Asuhan Keperawatan dengan *Dengue Hemorrhagic Fever Grade I* Pada Anak A di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda” dalam rangka menyelesaikan tugas akhir jenjang diploma. Menikah saat menempuh jenjang diploma semester 2 dan sekarang telah mempunyai 2 orang putra/i. Awal bekerja di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ditempatkan di Ruang Teratai (2001-2007) lalu mutasi ke Ruang Seruni (2007-2012) kemudian dimutasi kembali pada awal tahun 2013 sampai dengan sekarang ke Ruang Hemodialisa. Penulis pernah mengikuti pelatihan TB DOTS di Makassar (2010) dan pelatihan Perawat Ginjal Intensif di RSUP Cipto Mangunkusumo (2013). Kesempatan untuk melanjutkan kuliah kembali setelah berselang 8 tahun di berikan oleh pihak manajemen RSUD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda di STIEKES Wiyata Husada Samarinda dan sedang menyelesaikan penelitian sebagai laporan tugas akhir jenjang sarjana keperawatan.

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kidney atau ginjal berfungsi untuk mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit, mengontrol tekanan darah, mengatur keseimbangan asam basa, mengatur sekresi hormon, mengeluarkan sisa metabolisme, racun dan kelebihan air. Disfungsi kerja ginjal diakibatkan oleh infeksi, trauma, gangguan sistem endokrin maupun faktor genetik. Suatu keadaan terjadinya gangguan mekanisme kerja ginjal yang bersifat *progresif* dan *irreversible*, dimana ginjal mengalami gangguan fungsi dan kemampuan kegagalan tubuh berkompensasi untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit yang mengakibatkan terjadinya uremia, ditandai dengan proteinuria, hipertensi dan penurunan *glomerulo filtrasi rate* hingga < 15 ml/menit disertai kondisi pasien yang memburuk dapat diartikan sebagai penyakit ginjal kronik (Smeltzer & Bare, 2008).

Penyakit ginjal kronik (PGK) semakin hari banyak menarik perhatian, hal ini disebabkan peningkatan jumlah penderita PGK menunjukkan peningkatan yang signifikan. Insiden PGK mempengaruhi sekitar 10 %- 16% orang dewasa di seluruh dunia khususnya di benua Asia, Eropa, Australia, dan Amerika. Jumlah penderita PGK di USA dalam dekade terakhir menunjukkan peningkatan sebesar 20-25 % dari proporsi penderita 3,1 % per populasi jumlah penduduk di tahun 1996 bertumbuh menjadi 9,8% pada tahun 2007 (US Renal System, 2009). Permasalahan yang sama terjadi juga di Taiwan, PGK berada dalam rangking 10 besar penyakit penyebab kematian di tahun 2009 (*Taiwan Departement of Health, 2010*).

Prevalensi jumlah penderita PGK di negara berkembang diperkirakan kurang lebih 40-60 kasus perjuta penduduk pertahun, Indonesia diperkirakan terdapat sekitar 20.000 kasus dalam setahun (Neliya, 2012). Pada tahun 2011 di Indonesia terdapat 15353 pasien yang baru menjalani hemodialisa (HD) dan pada tahun 2012 terjadi peningkatan pasien yang menjalani HD sebanyak 4268 orang sehingga secara keseluruhan terdapat 19621 pasien yang baru menjalani HD. Jumlah yang akan terus meningkat hingga 200 juta pada tahun 2025 (Febrian, 2009). Data *medical record* pasien yang menjalani hemodialisa di HD RSUD A Wahab Sjahranie Samarinda dari

tahun ke tahun mengalami peningkatan, tahun 2013 ada 132 pasien yang harus diberikan tindakan hemodialisa, pada tahun 2014 ada 162 pasien dan tahun 2015 ada 213 pasien dengan demikian terjadi peningkatan rata-rata 10% - 15 % tiap tahun.

Hemodialisa merupakan salah satu metode dialisa yang paling umum dan banyak digunakan dalam manajemen penanganan PGK (IRR,2011). Keberhasilan hemodialisa tergantung dari kemampuan pasien hemodialisa dalam mengatur asupan cairan dan diet. Salah satu cara yang dapat dilakukan dalam menangani kelebihan cairan, pasien HD dianjurkan untuk mengatur asupan cairan dengan mengukur jumlah urine selama 24 jam di tambah *insensible water losses* (IWL) yang diperkirakan sekitar 500 ml merupakan asupan kebutuhan cairan perhari (Smeltzer & Bare, 2008). Kelebihan cairan yang dialami pasien hemodialisa, saat proses HD akan dilakukan penarikan cairan. Proses *ultrafiltrasi* (UF) atau penarikan cairan dilakukan berpedoman pada berat badan kering (BBK) atau *dry weight*. Berat badan kering merupakan berat badan terendah pasien yang dapat ditoleransi tanpa gejala hipotensi.

Guidelline dari *Kidney disease outcomes quality initiative* (KDOQI) di tahun 2006 menyatakan bahwa kenaikan berat badan interdialitik sebaiknya tidak melebihi 4,8% berat badan kering. Kenaikan berat badan interdialitik yang melebihi standar mengakibatkan penarikan cairan dalam jumlah besar, yang berimbas pada gangguan hemodinamik dan kardiovaskuler (Nissenson & Fine, 2008). Penarikan cairan melebihi dari standar berat badan kering akan menimbulkan hipotensi, pusing dan kram otot serta perasaan *wash out* pada pasien post HD. Penelitian Agustriadi (2009) yang dilakukan di Denpasar menunjukkan angka 19,6% kejadian hipotensi interdialitik yang dialami pasien saat HD.

Pasien yang menjalani hemodialisa sering mengalami masalah dalam pengelolaan pengontrolan cairan (Reid, 2011). Dampak ketidakpatuhan penderita dalam melakukan pengontrolan cairan akan menimbulkan kelebihan volume cairan tubuh, tanda-tanda yang ditimbulkan seperti : edema, hipertensi, hipertrofi ventrikel kiri pada jantung, dan hal ini mengakibatkan progresifitas penurunan status kesehatan, penurunan *quality of life* dan berujung pada kematian dini. Dampak dari ketidakpatuhan penderita dapat ditangani melalui pendekatan perbaikan *self management*

(Griva *et al*, 2011). *Self management* merupakan kemampuan yang dimiliki individu dalam mengatur pola hidupnya saat mengalami kondisi sakit serta menjalani perubahan pola hidup terkait sakit kronik yang dialami (Barlow, Turner, Sheasby, Wright & Hainworth disitasi Nasution, 2013). Program pendidikan *self management* mempunyai efek perubahan perilaku dalam progresifitas PGK (Lin *et al* , 2013). Dukungan terhadap *self management* mempunyai peranan penting dalam mengurangi progresifitas PGK dan kematian pasien PGK tahap akhir (Chen dan Sue-Hsien *et al* , 2011). Membina *self management behaviors* pasien memberi hasil positif yang berguna dalam proses perawatan pasien hemodialisa dalam jangka panjang (Curtin *et al*, 2008).

Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada bulan Januari di ruang HD RSUD A.W Sjahranie melalui hasil observasi dan wawancara langsung menunjukkan hasil dari 25 responden menunjukkan 12 orang yang menjalani hemodialisa mengalami penambahan berat badan interdialitik lebih dari 5%, 3 orang yang mengalami penambahan berat badan sebanyak 4%, 7 orang mengalami penambahan berat badan sebanyak 2 % dan 3 orang tidak melakukan penimbangan berat badan dikarenakan kelemahan fisik, terlihat penderita tidak mampu menopang badan karena perut terlihat asites dan sesak napas. Hasil pengamatan peneliti serta wawancara dengan petugas hemodialisa, edukasi tentang pembatasan kebutuhan cairan serta diet telah diberikan namun masih banyak pasien tidak melakukan dengan benar informasi yang telah diberikan.

Fenomena kejadian peningkatan berat badan berlebih berpengaruh pada besarnya jumlah penarikan cairan saat hemodialisa yang secara langsung berdampak pada status kesehatan dan kualitas hidup pasien hemodialisa (Suryarilnilsih, 2010). Penelitian tentang *self management behaviors* pada pasien hemodialisa belum pernah dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, sehingga peneliti tertarik mengaitkannya dengan kontrol berat badan kering yang menjadi pedoman saat hemodialisa dengan melakukan penelitian tentang “hubungan *self management behaviors* dengan kontrol berat badan kering pada pasien hemodialisa agar dapat dijadikan landasan dalam pemberian layanan keperawatan serta meningkatkan kepatuhan pasien dalam melaksanakan manajemen terapi.

B. Rumusan Masalah

Manajemen terapi penyakit ginjal kronik yang banyak dilakukan yaitu hemodialisa, namun masih banyak ditemui kasus kelebihan cairan yang dialami pasien yang sudah menjalani hemodialisa. Pentingnya pembatasan asupan cairan dan nutrisi harus tetap dijalani oleh pasien hemodialisa yang bertujuan untuk mengendalikan penambahan berat badan interdialitik. Hal ini dilakukan agar proses hemodialisa berjalan dengan maksimal dalam proses penyaringan dan pembuangan zat sisa metabolisme tubuh yang bertujuan tercapainya adekuasi hemodialisa. Seiring tercapainya adekuasi hemodialisa kontrol berat badan kering (ideal) yang menjadi pedoman dalam proses *ultrafiltrasi* saat hemodialisa harus selalu terjaga.

Pelaksanaan hemodialisa dalam jangka panjang dan harus terus menjaga berat badan kering (berat ideal) selama menjalani hemodialisa membutuhkan strategi diri yang efektif. *Self management behaviors* bisa dikatakan sebagai suatu strategi untuk mencapai sesuatu sesuai keinginan personal. Ketidakmampuan melakukan *self management behaviors* dengan baik akan menjauhkan personal dari target yang diinginkan. Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik menganalisa “hubungan antara *self management behaviors* dengan berat badan kering pada pasien hemodialisa di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum
 - Mengetahui hubungan antara *self management behaviors* dengan berat badan kering pasien yang menjalani hemodialisa.
2. Tujuan Khusus :
 - a. Mengidentifikasi karakteristik yang sesuai dengan *counfounding* meliputi : usia responden, tingkat pendidikan, jenis kelamin, lamanya pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
 - b. Mengidentifikasi berat badan kering yang dimiliki pasien yang menjalani hemodialisa RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
 - c. Mengidentifikasi *self management behaviors* yang dimiliki pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

- d. Menganalisa hubungan antara *self management behaviors* dengan berat badan kering yang dimiliki pasien yang menjalani hemodialisa RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- e. Mengidentifikasi kontribusi variabel *counfounding* yang mempengaruhi hubungan antara *self management behaviors* dengan berat badan kering pasien yang menjalani hemodialisa RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu pengetahuan terutama keperawatan yang berhubungan dengan *self management behaviors* dan berat badan kering pada pasien yang menjalani hemodialisa.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan memenuhi salah satu misi rumah sakit yakni sebagai pusat penelitian dan dapat menjadi masukan bagi manajemen rumah sakit dalam meningkatkan mutu layanan bagi pasien yang menjalani hemodialisa. Peningkatan mutu dapat berimbas pada pendapatan rumah sakit.

b. Bagi Perawat

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi perawat dalam membuat asuhan keperawatan dengan memasukan kriteria *outcomes* tentang perilaku kepatuhan (*adherence behaviors*) terhadap pemberian medikasi. Intervensi keperawatan yang berorientasi pada pembinaan dan peningkatan *self management behaviors* dengan memberikan pendidikan kesehatan atau modifikasi lain yang berefek pada perubahan perilaku dari yang negatif menjadi perilaku positif.

c. Bagi Pasien

Pasien diharapkan mengerti akan pentingnya manajemen PGK dan termotivasi untuk terus menjaga kestabilan perilaku yang positif untuk kualitas hidup lebih baik dan tetap bisa terus produktif.



d. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar untuk mengembangkan riset keperawatan yang berkaitan dengan *hubungan antara self management behaviors* dengan berat badan kering pasien yang menjalani HD. Mengaitkan *self management behaviors* dengan variabel lain misalnya *self efficacy* mungkin bisa dijadikan dasar untuk riset selanjutnya dalam pengembangan penatalaksanaan manajemen terapi pada pasien PGK yang menjalani hemodialisa.

E. Penelitian Terkait

Penelitian yang berkaitan *self management behaviors* dengan kontrol berat badan kering pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD A.W. Sjahranie belum pernah dilakukan. Sebagai bahan referensi penelitian ini disertakan studi penelitian sebelumnya meliputi :

1. Curtin et al (2008) meneliti tentang *self efficacy and self management behaviors in patients with chronic kidney disease* penelitian yang dilakukan dengan menggunakan *survei cross sectional (no intervention)* dengan koresponden sebanyak 174 orang dengan PGK. Penelitian ini mengeksplorasi *self efficacy* dan *self management behaviors* pasien tersebut dan komponen yang mendukung *self management behaviors* yakni *self care, comunicatin with caregiver, partnership in care, self advocay, adherence*. Hasil dari penelitian ini dukungan self efficacy terhadap self management behaviors membawa hasil yang positif terhadap manajemen penyakit ginjal kronik dalam jangka panjang.
2. Chen dan Sue-Hsien et al (2011) meneliti tentang *the impact of self management support on the progression of chronic kidney disease* penelitian ini melibatkan 54 pasien dan 27 pasien dibagian dua kelompok serta dipilih secara acak. Metode yang digunakan melalui pendekatan insidental PGK pasien diacak 1 kelompok *self management support* mendapat serta kelompok lain non *self management support*. Peneliti mengevaluasi dampak *self management support* dengan pendekatan uji coba prospektif terkontrol menunjukkan *self management support* mempunyai peranan penting

dalam mengurangi progresifitas PGK dan kematian pasien PGK .

3. Chiu-Chi Lin *et al* (2013) meneliti tentang *effects of a self management program on patients with early stage chronic kidney disease*. Penelitian ini menggunakan teknik *convenience sampling* dalam tehnik pengambilan sampel serta menggunakan *study longitudinal* sebagai metode penelitiannya dengan 37 orang sebagai koresponden. Data penelitian dikumpulkan antara bulan September 2008 sampai bulan Desember 2009. Penelitian yang dilakukan di rumah sakit di Taiwan ini mengevaluasi program pendidikan self management mempunyai efek perubahan prilaku dalam progresifitas PGK tahap awal.
4. Nasution T. H *et al* (2013) meneliti tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan manajemen diri pada pasien yang menjalani hemodialisis di ruang hemodialisa RSUP DR Hasan Sadikin Bandung. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* dengan jumlah koresponden 48 orang serta menggunakan teknik *consecutive sampling* sebagai tehnik pengambilan sampel. Penelitian yang dilakukan di RSUP DR Hasan Sadikin Bandung ini tidak menemukan keterkaitan faktor demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, lamanya menjalani hemodialisa) dengan manajemen diri namun faktor pembiayaan serta kecemasan mempunyai hubungan dengan manajemen diri pasien yang menjalani hemodialisa.
5. Ommy Agustriadi *et al* (2009) yang meneliti hubungan antara perubahan volume darah relative dengan episode hipotensi intradialitik selama hemodialisa pada gagal ginjal kronik dengan menggunakan desain penelitian *cross sectional analitic* dan dilakukan di RSU Sanglah Denpasar Bali, jumlah responden sebanyak 51 orang dan menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang kuat dan signifikan dengan menunjukkan angka 19,6% pasien yang mengalami hipotensi saat dilakukan hemodialisa.
6. Suryarinilsih (2010) yang meneliti tentang hubungan penambahan berat badan antara dua waktu dialisis dengan kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisis menggunakan desain penelitian deskriptif *cross sectional* yang berkesimpulan *bahwa* adanya hubungan yang bermakna antara penambahan berat badan antara dua waktu dialysis dengan nilai kualitas hidup pasien HD ($p=0,000$, $\alpha = 0,05$). Penelitian ini

mengaitkan karakteristik demografi dan lama HD untuk mengetahui hubungan penambahan berat badan antara dua waktu dialisis dengan kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisa.

Penelitian yang akan dilakukan peneliti merupakan penelitian analitik korelatif dengan menggunakan desain *cross sectional*. Teknik sampling yang digunakan yakni *simpel random sampling*. Persamaan dari penelitian diatas ada beberapa penggunaan desain penelitian yang sama namun dengan teknik sampling yang berbeda. Persamaan lainnya bisa dilihat dari topik maupun faktor *counfounding* yang mempengaruhi variabel yakni faktor demografi responden. Penelitian

Curtin *et al* (2008) dan penelitian ini sama-sama membahas tentang *self management behaviors* namun penelitian ini tidak memasukan *self efficacy* dalam variasi variabelnya. Penelitian ini juga memiliki kesamaan dengan penelitian Suryarinilsih (2010) yang membahas tentang penambahan berat badan interdialitik namun penelitian ini lebih mengacu pada pengontrolan berat badan kering yang berkaitan erat dengan penambahan berat badan interdialitik. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya yakni besaran jumlah responden yang akan diteliti dan tempat penelitian yang berbeda.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Penyakit ginjal kronik (PGK)

Penyakit ginjal kronik (PGK) merupakan salah satu penyakit yang memerlukan penanganan yang bersifat *holistic* diawali pendiagnosaan secara dini serta penatalaksanaan baik dari segi bio, psiko, sosio, spiritual maupun ekonomi. Beberapa teori diungkapkan membahas tentang PGK. Definisi yang dikemukakan para ahli kesehatan tentang

penyakit ginjal kronik menyebutkan PGK merupakan penurunan semua faal ginjal secara bertahap yang diikuti penimbunan sisa metabolisme protein serta gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit (Nefrologi Klinik,2006). Penyakit ginjal kronik didefinisikan sebagai kerusakan ginjal baik fungsi maupun strukturnya dan mekanisme glomerulo filtration rate (GFR) kurang dari 60 ml/menit/1,73 m² luas permukaan tubuh yang berlangsung selama lebih dari 3 bulan (KDIGO,2012). Pandangan para pakar kesehatan maka dapat disimpulkan bahwa PGK merupakan suatu penyakit faal ginjal kronis yang dalam progresitasnya berlangsung > 3 bulan disertai kelainan komposisi darah maupun urine yang diikuti terjadinya gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit beserta penimbunan sisa metabolisme serta GFR < 60ml/mnt/1,73 m² dan bisa dibuktikan dengan uji pencitraan.

Glomerulonefritis merupakan etiologi utama dari penyakit ginjal kronik dalam beberapa dekade, namun perubahan jumlah penderita yang semakin meningkat menunjukkan indikator pergeseran *causa*. Berbagai hasil penelitian menunjukkan dugaan bahwa hipertensi dan diabetes merupakan dua penyebab utama dari penyakit ginjal kronik (Zhang dan Rothenbacher, 2008). Pergeseran penyebab dari penyakit infeksi ke penyakit *diabetic* maupun *hipertention* bisa disebabkan karena pola diet dan gaya hidup. *The Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO,2012) mengklasifikasi stadium PGK berdasarkan beratnya penyakit yang ditandai dengan derajat GFR.

Penilaian terhadap PGK maka semakin tinggi stadium PGK menunjukkan derajat GFR yang makin rendah (Steven, Stoycheff & Levey, 2009).

Tabel 2.1 Klasifikasi penyakit ginjal kronik berdasarkan GFR

Stage	Batasan	GFR(ml/menit/1,73)
1	Normal atau tinggi	90
2	Penurunan ringan	60-89
3a	Penurunan ringan sampai sedang	45-59
3b	Penurunan sedang sampai berat	30-44
4	Penurunan berat	15-29
5	Penyakit ginjal kronik	< 15 atau dialisis

Sumber : *The Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO)*, 2012

Patofisiologi PGK banyak dikembangkan oleh para ahli salah satunya dikenal dengan hipotesis Bricker atau *intac nephron* (hipotesis nefron utuh). Pendapat Bricker dalam AR. Gumoera (2007) menyatakan kerusakan ginjal yang terjadi pada nefron menyebabkan seluruh unitnya mengalami kerusakan namun nefron yang tersisa dan masih utuh tetap bisa bekerja dengan normal. Peristiwa terjadinya penyakit ginjal kronik (PGK) terjadinya kerusakan faal ginjal yang menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Nefron yang rusak sebanyak 75% menyebabkan nefron sudah hancur, maka kecepatan filtrasi dan beban zat terlarut bagi setiap nefron demikian tinggi sehingga keseimbangan glomerulus-tubulus (keseimbangan antara peningkatan filtrasi dan peningkatan reabsorpsi oleh tubulus) tidak dapat lagi dipertahankan. Fleksibilitas baik pada proses ekskresi maupun proses

konservasi zat terlarut dan air terganggu akhirnya terjadi penumpukan ureum dalam darah. Nefron yang tersisa masih mampu bekerja namun terjadi kompensasi di ginjal dengan mengalami hipertropi, terjadi peningkatan kecepatan filtrasi, beban zat terlarut dan reabsorpsi tubulus dalam setiap nefron meskipun GFR untuk seluruh masa nefron yang terdapat dalam ginjal turun di bawah nilai normal. Mekanisme adaptasi ini cukup berhasil dalam mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh hingga tingkat fungsi ginjal yang sangat rendah. Homeostasis dapat dipertahankan namun progresifitas penyakit ginjal

kronik masih berlangsung sampai terjadinya insufisiensi ginjal yang menyebabkan ureum menumpuk dalam darah dan terjadinya penyakit ginjal kronik terminal serta memerlukan terapi konservatif.

2. Konsep Hemodialisa dan pencapaian berat badan kering

2.1 Hemodialisa

Penatalaksanaan pada penyakit ginjal kronik regimen terapi yang dilakukan dengan dua cara yakni pertama terapi konservatif dengan membatasi asupan cairan, diet protein, diet kalium dan garam. Langkah kedua dengan melakukan dialisis atau transplantasi ginjal (Wilson 2005 disitasi Suryarinilsih Y 2010). Dialisis merupakan serangkaian proses difusi zat terlarut dan air secara pasif melalui suatu membran berpori dari satu kompartemen cair menuju kompartemen lainnya. Pilihan dialisis yang banyak digunakan adalah hemodialisa (HD). Penderita PGK yang menjalani HD di seluruh dunia berkisar setengah juta orang hal ini dilakukan guna memperpanjang kehidupannya (Nissenson & Fine, 2008).

Hemodialisa didefinisikan sebagai suatu cara yang menggunakan dialyzer atau ginjal buatan untuk mengeluarkan produk buangan sisa metabolisme tubuh berupa larutan (ureum&kreatinin) dan air dari dalam darah (Thomas disitasi Suryarinilsih Y, 2010). Hartono (2008) mendefinisikan hemodialisa sebagai suatu proses mengeluarkan zat sisa nitrogen (urea, kreatinin, asam urat) beserta zat elektrolit (kalium, fosfor, dll) yang berlebih. Berdasarkan pendapat para ahli hemodialisis bisa diartikan sebagai terapi penanganan PGK dengan mengeluarkan zat sisa metabolisme beserta air berlebih dengan prinsip dialisis melalui suatu alat (kompartemen dializer). Ketidakmampuan ginjal dalam menjalankan fungsinya menyebabkan penumpukan zat sisa dan air dalam darah. Hemodialisis dilakukan jika penderita PGK melalui penatalaksanaan konservatif tidak mampu mengatasi perburukan sindrom uremia seperti : mual, muntah, perubahan neurologis, gangguan elektrolit dan kelebihan cairan (Patricia, 2006). Hemodialisa dilakukan pada pasien yang tidak mengalami kondisi ketidakstabilan hemodinamik, aritmia serta perdarahan (Sabatine disitasi Endaryati 2013).

Hemodialisis dilakukan setiap siklusnya sekitar tiga sampai lima

jam dan bersifat reguler dalam pelaksanaannya dilakukan dua sampai tiga kali per minggu (Smeltzer&Bare,2008). Proses HD dilakukan dengan menggunakan dosis hemodialisis untuk mencapai adekuasi hemodialisa, rumus yang digunakan yaitu :

$$KT/V = -\ln(R - 0,008t) + (4 - 3,5R) \times \frac{(BB \text{ pradialisis} - BB \text{ post dialisis})}{BB \text{ pasca dialisis}}$$

Ket : \ln = logaritma natural

R = Ureum pasca dialisis/ureum pra dialisis

t = Lama dialisis (jam)

Untuk mengukur adekuasi HD bisa digunakan rumus :

$$URR = 100 \times (1 - Ct/Co)$$

Ket: Ct : ureum post dialisis

Co : ureum predialisis

Adekuasi HD salah satu indikasi dicapai dengan menggunakan rumus *urea reduction ratio* (URR) yang berkorelasi pada angka morbiditas dan mortalitas pasien PGK on HD. Frekuensi pengukuran adekuasi HD dilakukan minimal 6 bulan sekali namun idealnya dilakukan setiap 1 bulan dengan target KT/V yang ideal adalah 1,2 (URR 65%) untuk HD 3X perminggu selama 4 jam perkali HD dan 1,8 untuk HD 2X perminggu selama 4 – 5 jam perkali HD (Konsensus Dialisis Pernefri disitasi Nita S, 2011). Proses hemodialisa dilakukan untuk mengganti fungsi ginjal namun dalam pelaksanaannya menimbulkan beberapa perubahan yang terjadi diantaranya (Tisher dan Wilcox (1997), Havens dan Terra (2005), disitasi Samsiah (2011) :

- a. Gangguan hemodinamik, hipotensi bisa terjadi saat dialisis diakibatkan oleh penarikan cairan melebihi pengisian plasma pada pasien. Pembatasan cairan diharapkan untuk mengurangi dampak penarikan cairan berlebih. Profil sodium saat HD juga bisa dilakukan untuk mencegah terjadinya hipotensi.
- b. Mual dan muntah, kejadian hipotensi biasanya diawali dengan mual disertai muntah. Kondisi ini disebabkan oleh proses intra dialisa dimana terjadi gangguan perfusi pada area gastrointestinal yang diakibatkan proses ultrafiltrasi dan peningkatan asam lambung akibat urea. Mual dan muntah juga disebabkan karena gangguan elektrolit.

- c. Kram otot, sebagaimana hipotensi kram diakibatkan penarikan cairan berlebih dan kecepatan pertukaran cairan saat HD berlangsung .
- d. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, tingginya difusi saat HD menyebabkan ketidakseimbangan pada tubuh pasien diakibatkan oleh pergantian osmotik yang cepat pada pH cairan serebrospinal mengakibatkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Gangguan keseimbangan ringan ditandai dengan sakit kepala, pusing, mual serta muntah. Stroke, koma, maupun mortalitas termasuk gangguan keseimbangan berat yang dapat terjadi. Kasus-kasus seperti ini rentan terjadi pada pasien PGK pertama kali HD maupun dengan kondisi akut.
- e. Reaksi pasien (sindroma membran), reaksi alergi bisa muncul karena paparan benda asing. Zat kimia (ETO), bakteri atau endotoxin pada kompartemen dializer bisa menyebabkan reaksi alergi. Reaksi awal tanda gatal, dyspnea dan tubuh terasa panas. Reaksi lain yang dialami termasuk nyeri dada setelah HD berlangsung 1 jam.
- f. Hemolisis, kompartemen dialisat yang terlalu panas dapat menyebabkan hemolisis. Hemolisis merupakan gangguan pada sel darah merah yang bisa menyebabkan hiperkaliemi dan penahanan kardiak. Blood pump mesin HD juga dapat menyebabkan hemolisis. Tahan pada vaskuler vena yang tinggi menghambat aliran darah, nyeri dada, dyspnea dan terasa mau pingsan dapat terjadi dan penghentian proses HD segera dilakukan.
- g. Emboli udara, bubble detector pada mesin HD berfungsi saat adanya gelembung udara pada blood line yang mengarah ke pasien. Emboli udara bisa disebabkan proses priming yang tidak benar atau longgarnya klem atau penjepit serta sambungan blood line yang mengakibatkan udara dari luar masuk ke area sirkuit blood line saat HD.
- h. Pembekuan darah, heparin diberikan sesuai dengan kondisi pasien. Terjadinya pembekuan darah bisa disebabkan oleh kurangnya penggunaan heparin.
- i.

2.2 Konsep Berat Badan Kering

Proses hemodialisa berkaitan erat dengan keseimbangan cairan tubuh, kontrol keseimbangan cairan sangat penting sebab hal ini mencegah *under/over hidrasi* cairan tubuh. Pengaruh bermakna dari

hal tersebut berkaitan dengan angka mortalitas intradialitik dan komplikasi jangka panjang pada sistem kardiovaskuler. Berat badan kering (BBK) atau *dry weight* merupakan istilah yang lazim dikenal saat melakukan penarikan cairan pada penanganan *under/over hidrasi* pasien PGK. Pencapaian berat badan kering dicapai dengan cara pada saat HD dilakukan *Ultrafiltrasi* (UF) untuk menarik cairan yang berlebihan dalam darah, besarnya UF yang dilakukan tergantung dari penambahan berat badan antara waktu HD dan target berat kering penderita. Berat badan kering adalah berat badan di mana penderita merasa nyaman, tidak ada sesak dan tidak ada tanda-tanda kelebihan cairan. Pada pasien HD reguler 2 kali seminggu, kenaikan BB antar waktu HD disarankan tidak melebihi 2 kg sehingga UF yang dilakukan saat HD sekitar 2 liter (Nissenson and Fine, 2008).

Berat badan kering bisa diartikan sebagai berat badan setelah dialisis yang terendah yang dapat ditoleransi oleh pasien yang dicapai dengan perubahan secara bertahap berat badan setelah dialisis, dan terdapat gejala yang minimal dari hipovolemia atau hipervolemia (Agarwal & Weir, 2010). Penentuan target berat badan kering dilakukan secara klinis melalui evaluasi tekanan darah, tanda-tanda *overload* cairan dan toleransi pasien terhadap UF saat HD (K/DOQI, 2006). Kesimpulan yang bisa diambil dari definisi yang dikemukakan para pakar tentang berat badan kering (BBK) yakni suatu standar berat badan terendah yang dimiliki pasien PGK yang telah melakukan dialysis tanpa adanya gangguan hemodinamik maupun kardiovaskuler dan secara subjektif pasien merasa nyaman. Penarikan cairan saat hemodialisa mengacu pada berat badan kering. Penambahan berat badan interdialitik atau *interdialitik weight gain* (IDGW) merupakan komponen penting dalam penentuan berat badan kering (BBK). Penambahan berat badan interdialitik didefinisikan sebagai penambahan berat badan yang disebabkan peningkatan jumlah cairan dalam tubuh dan dijadikan dasar untuk mengetahui jumlah cairan yang masuk selama periode interdialitik (Arnold, 2008). Peningkatan berat badan interdialitik berkaitan dengan kelebihan natrium dan air yang menjadi faktor penyebab terjadinya hipertensi saat dialisis (Lopes J et al, 2005).

Faktor-faktor yang mempengaruhi penambahan berat badan interdialitik meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, stress, *self efficacy*, dukungan sosial & keluarga (Sonnier, 2000 disitasi Suryarinilsih, 2010). Faktor-faktor tersebut meliputi :

a. Faktor Demografi

Usia, jenis kelamin serta tingkat pendidikan merupakan komponen dari demografi pasien. Peningkatan usia mempengaruhi volume air dalam tubuh rata-rata pria dewasa memiliki 60% dari berat badannya mengandung air begitu pula dengan wanita dewasa rata-rata 55% berat badannya mengandung air. Lansia 45%-55% tubuhnya mengandung air (Horne & swearingen, 2001). Beberapa penelitian yang dilakukan menunjukkan ada keterkaitan usia dengan penambahan berat badan interdialitik (Richard, 2006). Berbeda dengan penelitian Istanti (2009) yang menyimpulkan bahwa hubungan yang tidak signifikan terjadi antara usia dan penambahan berat badan interdialitik.

Penambahan berat badan interdialitik dipengaruhi juga jenis kelamin. Wanita dewasa memiliki kecenderungan memiliki kandungan lemak lebih banyak dibandingkan dengan pria dewasa. Studi yang dilakukan Locksey *et al* (1999 disitasi Suryarinilsih, 2010) menyebutkan pasien hemodialisis pria berat badan post dialisis lebih banyak berkurang dibandingkan dengan pasien hemodialisis wanita. Tingkat pendidikan yang dimiliki oleh pasien hemodialisa disinyalir juga berpengaruh pada penambahan berat badan interdialitik. Kaitan tingkat pendidikan yang dimiliki pasien berhubungan dengan pengetahuan serta kepatuhan dalam pembatasan asupan cairan. Penelitian Sapri (2004) mendapatkan hasil pasien yang memiliki pendidikan tinggi (SMU keatas) tingkat kepatuhannya tergolong tinggi sebesar 74,3%. Neliya (2012) dalam penelitiannya menyimpulkan adanya hubungan antara pengetahuan yang dimiliki dengan penambahan berat badan.

b. Intake Cairan

Asupan cairan membawa kontribusi besar dalam penambahan berat badan interdialitik. Hasil yang signifikan hubungan antara intake cairan dengan penambahan berat badan

interdialitik (Istanti, 2009). Asupan cairan harian dihitung dengan menambahkan jumlah urin total 1 hari dengan *Insensible water loss* (IWL) merupakan asupan harian bagi pasien hemodialisis (Smeltzer & Bare, 2008).

c. Rasa Haus

Minum merupakan respon normal terhadap haus. Hipotalamus sebagai pusat sensor menstimulus organ jika tubuh mengalami kekurangan air. Pada pasien PGK peningkatan angiotensin II mendorong respon haus walau dalam praktiknya penderita tidak boleh merespon secara normal rasa haus yang mereka rasakan (Black & Hawk, 2005). Penelitian Istanti (2009) menunjukkan semakin tinggi rasa haus pada pasien PGK menyebabkan semakin tingginya kenaikan berat badan interdialitik yang dialami pasien hemodialisa.

d. Stress

Peningkatan kadar aldosteron dan glukokortikoid yang menyebabkan terjadinya retensi natrium dan air merupakan manifestasi dari stress. Permasalahan tentang cairan yang dialami pasien hemodialisa merupakan penyebab stres yang utama (Yetti disitasi Yossi S., 2010). Stress juga berefek pada peningkatan kebutuhan volume cairan sehingga berdampak penurunan perfusi ke jaringan organ (Perry & Potter, 2006).

e. *Self efficacy*

Self efficacy merupakan ekspektasi atau keyakinan (harapan) tentang seberapa jauh seseorang melakukan suatu perilaku dalam suatu situasi tertentu. *Self efficacy* positif adalah keyakinan untuk mampu melakukan perilaku yang dimaksud. Tanpa *self efficacy* individu akan enggan mencoba melakukan maksud tertentu (Friedman, 2008). Pasien hemodialisa yang harus melakukan pembatasan cairan akan merasa enggan melakukannya jika tidak memiliki keyakinan positif bahwa maksud dari pembatasan tersebut ditujukan untuk mengantisipasi perburukan kondisi fisiknya. Penelitian Curtin *et al* (2008) menyebutkan *self efficacy* mempunyai manfaat jangka panjang dalam penanganan PGK. Sulistyanyingsih (2012) pada penelitiannya menyimpulkan bahwa training efikasi diri

efektif untuk meningkatkan kepatuhan terhadap intake cairan pada pasien penyakit ginjal kronik.

f. Dukungan sosial & keluarga

Peran dukungan sosial bisa berbentuk dukungan emosional dari anggota keluarga lain, teman, rekan kerja saat individu menghadapi setiap permasalahan dan krisis yang dialami setiap harinya. Penelitian Cohen et al (2007) menyimpulkan mendukung peningkatan dukungan sosial pada pasien PGK membawa pengaruh positif pada penurunan kadar depresi, peningkatan persepsi pasien kualitas hidup, meningkatkan akses ke perawatan kesehatan, peningkatan kepatuhan pasien dengan terapi yang ditentukan, dan efek fisiologis langsung pada sistem kekebalan.

Berat badan interdialitik bisa diartikan sebagai manifestasi penambahan berat badan dikarenakan peningkatan volume cairan dan hal ini yang mendasari seberapa banyak jumlah cairan yang masuk selama periode interdialitik (Arnold, 2007). Indikator berat badan interdialitik bisa dievaluasi dari kepatuhan pasien dalam mengontrol asupan cairan. Penentuan besarnya *Ultrafiltrasi* (UF) saat HD harus optimal dengan tujuan untuk mencapai kondisi pasien euvolemik dan normotensi. Pada saat HD dilakukan UF untuk menarik cairan yang berlebihan di darah, besarnya UF yang dilakukan tergantung dari penambahan berat badan penderita antar waktu HD dan target berat badan kering penderita (K/DOQI, 2006). Jadi dapat ditarik kesimpulan faktor-faktor yang memperberat penambahan berat badan interdialitik akan berpengaruh kontrol berat badan kering dan penambahan berat badan interdialitik dinilai berdasarkan berat badan kering. Terdapat hubungan positif antara total *body water*, *interseluler water* dan *dry weight* dengan dimensi kualitas hidup pasien baik fisik maupun mental (Nasution disitasi Yossi S, 2010).

Peningkatan berat badan interdialitik yang mampu ditoleransi oleh tubuh sebanyak 3% dari berat badan kering (Neuman, 2013). Klasifikasi penambahan berat badan terdiri dari 3 kelompok yakni ringan, sedang dan berat (Yetti 1999, Kozier 2004 disitasi Yossi S, 2010).

2.2 Tabel Klasifikasi kenaikan berat badan

Grafik	Rentang Prosentase (Kozier,2004)	Kenaikan (Yetti,1999)
Ringan	2 %	4 %
Sedang	5 %	4 – 6 %
Berat	8 %	>6 %

Sumber : Suryarinilsih (2010)

Berat badan kering dijadikan acuan dalam mayoritas unit HD dalam perseapan standar penarikan cairan saat HD. *Multiple frequency bioimpedance spectroscopy* merupakan salah satu alat ukur untuk menentukan berat badan kering, namun tidak semua pusat pelayanan

HD memilikinya. Metode *trial and error* UF cairan saat HD dilakukan untuk mengetahui pencapaian berat badan kering. Metode tersebut digunakan untuk mengetahui berat badan terendah penderita yang sudah menjalani HD tanpa adanya gangguan hemodinamik maupun vaskuler. Daugirdas, Blake dan Ink (2001 disitasi Yossi S, 2010) menjelaskan bahwa metode *trial dan error* dilakukan dalam pencapaian berat badan kering dan idealnya dilakukan atau di evaluasi setiap 2 minggu sekali.

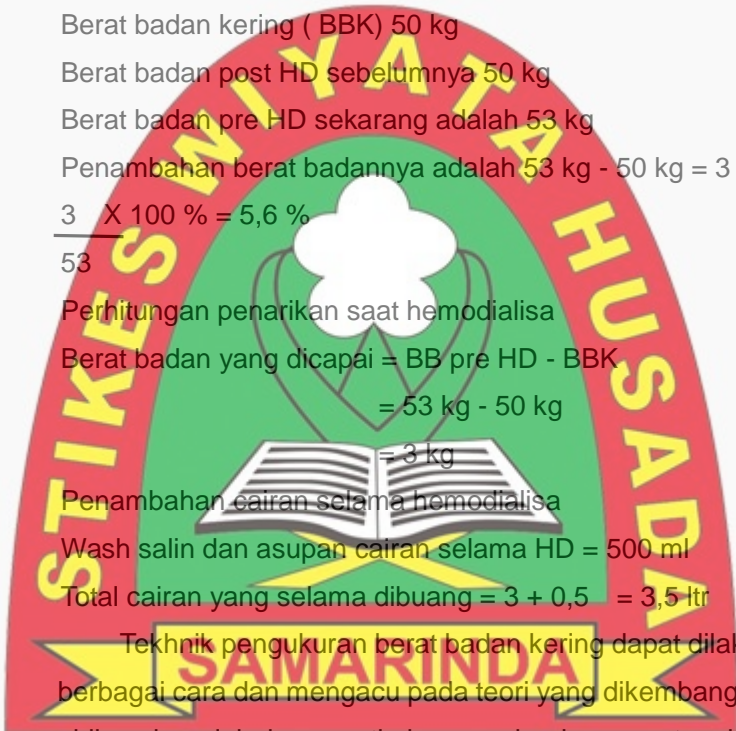
Penentuan *dry weight* berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan perawat HD, dokter dan *dietation*. Berat badan kering dilakukan pemeriksaan secara kontinyu. Penimbangan berat badan dilakukan sebelum dan sesudah hemodialisa kemudian kelebihan cairan antara waktu dialisa dihitung berdasar berat badan kering setelah HD disertai pengukuran klinis pada pasien (Arnold 2008 disitasi Yossi S, 2010).

Pengkajian dalam pengukuran berat badan kering saat HD dalam memaknai status volume cairan tubuh memerlukan pemahaman tiga faktor yakni :

- 1) Kapasitas kompartemen tubuh (cairan ekstraseluler & cairan interseluler)
- 2) Jumlah cairan dalam setiap kompartemen.
- 3) Kandungan solut (mis: sodium), yang berpengaruh pada perindahan cairan antar kompartemen, peningkatan berat badan interdialitik dan keberhasilan UF cairan selama HD.

Penimbangan berat badan pasien dilakukan rutin saat sebelum

HD dan sesudah HD. Berat badan interdialitik diukur dengan cara HD pertama berat badan post HD diukur (pengukuran pertama). Sewaktu HD yang kedua dilakukan berat badan diukur sebelum HD (pengukuran kedua) kemudian dihitung selisih antara pengukuran kedua dikurangi pengukuran pertama dibagi pengukuran kedua dikali 100% (Istanti,2009). Pengukuran berat badan interdialitik saat proses hemodialisa digunakan sebagai metode untuk mengetahui seberapa besar cairan yang harus dikeluarkan, berat badan kering dijadikan sebagai standar ukur penarikan cairan. Ilustrasi dari pengukuran tersebut sebagai berikut :



Berat badan kering (BBK) 50 kg
 Berat badan post HD sebelumnya 50 kg
 Berat badan pre HD sekarang adalah 53 kg
 Penambahan berat badannya adalah $53 \text{ kg} - 50 \text{ kg} = 3 \text{ kg}$
 $\frac{3}{53} \times 100 \% = 5,6 \%$
 Perhitungan penarikan saat hemodialisa
 Berat badan yang dicapai = BB pre HD - BBK
 $= 53 \text{ kg} - 50 \text{ kg}$
 $= 3 \text{ kg}$
 Penambahan cairan selama hemodialisa
 Wash salin dan asupan cairan selama HD = 500 ml
 Total cairan yang selama dibuang = $3 + 0,5 = 3,5 \text{ ltr}$

Teknik pengukuran berat badan kering dapat dilakukan dengan berbagai cara dan mengacu pada teori yang dikembangkan oleh para ahli, sebagai bahan pertimbangan bagi perawat unit hemodialisa mengadopsi teori tersebut dengan menyesuaikan kondisi di unit-unit pelayanan HD. Pengukuran berat badan kering tetap dilakukan secara berkesinambungan mengingat status asupan gizi juga menjadi perhatian hal ini dikarenakan standar berat badan kering pasien dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan perbaikan status nutrisi pasien. Angka kesakitan dan kematian pada pasien hemodialisa berkaitan erat dengan kelebihan cairan tubuh yang menjadi penanda peningkatan berat badan interdialitik (Linberg *et al*, 2009). Pasien yang menjalani terapi hemodialisa dan mengalami penambahan

cairan berlebih dikarenakan ketidakpatuhan dalam mengontrol asupan cairan serta beresiko akan terjadinya kematian dini (Saran *et al*, 2003 disitasi Samsiah N, 2011). Seorang pasien hemodialisa yang mengalami kelebihan cairan yang berlebih akan menimbulkan gangguan pada pernapasan seperti : dispnea, nafas cepat dan dangkal, adanya ronchi. Penderita juga akan mengalami mual dan kembung selain itu bisa juga menderita pusing, sakit kepala, letargi, kelemahan otot dan terjadi edema perifer (Perry&Potter, 2006). Komplikasi yang bisa disimpulkan jika pembatasan asupan cairan tidak terkontrol maka akan mengakibatkan kelebihan cairan dan menimbulkan gangguan pada sistem tubuh dan berujung pada penurunan kondisi tubuh dan kematian dini.

3. Self Management Behaviors

3.1 Konsep self management behaviors

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kemampuan individu dalam mengatur kondisi dirinya saat mengalami kondisi sakit kronis merupakan salah satu komponen penting dalam proses *survive* dalam hidupnya. Istilah *behaviors* yang diartikan sebagai perilaku merupakan suatu tindakan yang dipilih individu dan dikontrol oleh individu itu sendiri (Robert Kwick disitasi Wawan, 2011). Patogenitas perilaku yang dimiliki individu dikatakan sebagai faktor tunggal terpenting dalam penyebab utama kematian individu yang dibuktikan secara empiris dalam praktek profesional keperawatan (Feurstein disitasi Friedman, 2008). Perilaku bisa disimpulkan sebagai suatu tindakan yang mengarahkan hidup baik secara langsung maupun tak langsung, hasil dari perilaku yang dilakukan akan mempengaruhi kehidupan individu.

Perilaku merupakan suatu bentuk hasil korelasi antara stimulus dan respons dengan membedakannya menjadi dua yakni *refleksive respon* yaitu respon yang dihasilkan oleh rangsangan tertentu, *operant respons* merupakan respon yang timbul dan berkembang diikuti stimulus tertentu. Stimulus bisa terbentuk dari respon internal yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan dapat terlihat orang lain secara tidak langsung (bentuk pasif) dan dinamakan *covert behavior*. Bentuk aktif stimulus terjadi apabila perilaku dapat diamati secara jelas dan perilaku

yang tampak nyata ini disebut *overt behavior* (Skinner disitasi Wawan, 2011). *Behavioral assessment* atau asesmen perilaku berfokus pada perilaku itu sendiri, pada umumnya asesmen perilaku dirancang untuk memenuhi kebutuhan terapi. Penanganan suatu permasalahan kesehatan dalam era sekarang memasukan unsur *behavior therapy* atau terapi perilaku dan dirancang untuk mengubah durasi, frekuensi atau intensitas perilaku yang spesifik.

Teknik terapi perilaku salah satunya menggunakan pendekatan terhadap pengontrolan diri (Jhonson disitasi Wawan, 2011). Kemampuan menjalankan maupun mengubah perilaku personal yang timbul sebagai respon pengontrolan diri atau *self management* (Thoresen dan Mahoney disitasi Wawan, 2011). Definisi *self management* bisa dikatakan bahwa dalam pencapaian target yang diinginkan personal secara sengaja melakukan perubahan perilaku. Perubahan perilaku dengan cara pengontrolan diri guna mencapai suatu target atau sasaran yang diinginkan bisa diasumsikan sebagai *self management behaviors*. *Self management behaviors* yang dimiliki seseorang bisa dieksplorasi untuk meningkatkan status kesehatan saat individu tersebut mengalami gangguan kesehatan.

3.2 Hubungan *self management behaviors* dengan pasien hemodialisa

Pasien PGK yang menjalani hemodialisa tanpa batas waktu, tentunya membuat suatu perubahan perilaku baik secara *adaptif* maupun *maladaptive*. Kecenderungan untuk memiliki perilaku negatif yang dikarenakan depresi dan stres berkepanjangan menjadikan *self management behaviors* sangat penting bagi kelangsungan hidup serta kualitas hidup yang lebih baik, namun pada pelaksanaannya banyak faktor-faktor yang berpengaruh pada *self management behaviors* baik secara internal maupun eksternal dari individu. Penelitian Curtin *et al* (2008) menjelaskan bahwa ada 5 komponen yang dalam *self management behaviors* meliputi :

- a. Komunikasi dengan pemberi layanan kesehatan (*communication with caregiver*)

Komunikasi merupakan komponen penting antara pasien dan

pemberi layanan kesehatan baik dokter, perawat, petugas laboratorium, petugas farmasi maupun petugas yang berperan dalam kelangsungan terapi yang dijalani pasien. Pasien akan mendapat informasi baik dari segi pengetahuan penyakit, pemeriksaan klinis maupun laboratoris bahkan dari segi administratif. Terjalinya komunikasi membuahkan *problem solving* yang sangat dibutuhkan pasien dalam mengatasi penyakitnya dimana pasien bisa bertanya baik dari segi fisik maupun biokimia bahkan dari segi medikasi terapi (Curtin et al, 2008)

b. Kolaborasi dalam perawatan (*partnership in care*)

Pengetahuan merupakan salah satu faktor internal yang dimiliki individu. Penjelanya tentang *health related behavior* memasukan unsur pengetahuan individu merupakan salah satu cara untuk mengidentifikasi penyakit, etiologi penyakit, serta usaha-usaha yang dapat dilakukan dalam penanganan penyakit (Becker dalam Gregory 2013). Teori WHO yang dikutip oleh Notoatmodjo (2007) menggambarkan bahwa salah satu bentuk objek kesehatan dapat dijabarkan oleh pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman pribadi, jadi bisa disimpulkan perilaku yang di dasari dengan pengetahuan akan bertahan lebih lama dibandingkan dengan perilaku tanpa didasari pengetahuan.

Faktor eksternal yang mempengaruhi *self management behaviors* bisa berasal dari stimulus yang berasal dari luar tubuh personal. Salah satunya yakni dukungan sosial sebagai sumber emosional, informasional atau pendampingan yang diberikan oleh orang-orang disekitar individu untuk menghadapi setiap permasalahan dan krisis yang terjadi sehari-hari dalam kehidupan. Dukungan yang diberikan pada individu membuatnya merasa dicintai dan dihargai. *Self management behaviors* merupakan suatu bagian integral dari individu yang saling berkaitan. Stimulus yang terjadi baik yang berasal dari dalam maupun luar tubuh individu membawa pengaruh besar bagi kelangsungan hidup terutama pasien yang menjalani hemodialisa. Pentingnya *self care education* sangat dibutuhkan mengingat kompleksitas permasalahan yang dihadapi pasien hemodialisa. Perawat sebagai pemberi layanan terdepan

mempunyai tanggung jawab untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pasien dalam pelaksanaan regimen terapi serta dampak yang bisa ditimbulkan jika tidak menjalani regimen terapi dengan baik dan benar (Poorgholami dan Farzad et al , 2015).

c. *Self advocacy*

Self advocacy merupakan suatu kemauan yang dimiliki oleh pasien dalam berperilaku positif guna mengambil keputusan yang tepat dalam proses perawatan penyakitnya. Pasien berkolaborasi dengan pemberi layanan kesehatan (mis : dokter, perawat, apoteker) dalam melakukan kontroling terhadap regimen terapi yang dijalani pasien (Curtin et al, 2008).

d. *Self care* (perawatan diri)

Kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri atau *self care* juga berpengaruh pada *self management behaviors*. *Self Care* merupakan suatu bentuk perilaku pasien dalam memelihara kesejahteraan dan kesehatan untuk mempertahankan kehidupan (Orem 1971 disitasi Kiki W, 2012). Pembentukan *self care* yang efektif akan membantu terbentuknya integritas struktur dan fungsi manusia yang berkaitan erat dengan proses perkembangan manusia. Kemampuan manusia dalam melakukan *self care* disebut *self care agency*. *Self care* yang dilakukan individu dipengaruhi oleh *basic conditioning factors* meliputi : umur, jenis kelamin, status perkembangan, status kesehatan, orientasi sosial budaya, sistem perawatan kesehatan (diagnostik, penatalaksanaan modalitas), sistem keluarga, pola kehidupan, lingkungan serta ketersediaan sumber. Penelitian Curtin et al (2008) meneliti tentang “*self efficacy and self management behaviors in patients with chronic kidney disease*”. Penelitian ini mengeksplorasi *self efficacy* dan *self management behaviors* pasien tersebut dan salah satu komponen yang mendukung *self management behaviors* yakni *self care*. Penelitian Kiki wahyuni dan Wahyu hidayati (2012) yang meneliti pengalaman *self care* yang berdasar teori Orem pada penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Penelitian kualitatif yang dilakukan menggambarkan pemahaman yang dialami pasien HD tentang bagaimana meminimalkan defisit perawatan yang



dialami, memenuhi kebutuhan harian serta mengoptimalkan kondisi yang dihadapi.

e. Kepatuhan terhadap medikasi.

Faktor internal yang mempengaruhi *self management behaviors* yang dimiliki personal yakni kepatuhan. Kepatuhan bisa diartikan sebagai perilaku individu saat menjalani pengobatan, mengikuti aturan diet, dan merubah *life style* sesuai dengan kesepakatan terhadap *care giver* (WHO disitasi Sulistyarningsih, 2010). Kepatuhan terhadap manajemen terapi meminimalisir dampak yang berpengaruh pada penurunan kualitas hidup (Barnet et al, 2007). Penelitian yang dilakukan oleh Ramelan dan Mia Intania et al (2013) yang meneliti tentang analisa faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien dengan *chronic kidney disease* yang menjalani hemodialisa dalam penelitian tersebut didapatkan hasil bahwa ada keterkaitan antara kepatuhan dengan pengetahuan yang membawa pengaruh pada penambahan berat badan interdialitik. Kepatuhan pasien dalam membatasi asupan cairan berdampak secara langsung pada pasien yang mengalami gangguan kronis faal ginjal, dengan bekal pengetahuan tentang dampak jika pembatasan asupan cairan berlebih akan membawa pengaruh besar terhadap kualitas hidup pasien. Penelitian Nita Syamsiah (2011) yang meneliti faktor-faktor kepatuhan pada pasien hemodialisa meliputi : data demografi, lama hemodialisa, kebiasaan, pengetahuan tentang HD, motivasi, akses pelayanan kesehatan, persepsi pasien terhadap pelayanan perawat, dukungan keluarga. Strategi yang bisa digunakan dalam mengurangi ketidakpatuhan pasien yang dikembangkan oleh (Dinicola dan Dimatteo disitasi Wawan , 2011) meliputi :

- 1) Mengembangkan tujuan kepatuhan agar mampu menumbuhkan rasa kepatuhan. Contohnya seseorang akan patuh mengikuti diet pembatasan cairan jika ia mempunyai keyakinan dan sikap positif terhadap diet pembatasan cairan dan lingkungan sekitarnya mendukung keyakinannya tersebut.
- 2) Kebiasaan berpengaruh pada perilaku sehat yang dimiliki individu. Mengubah perilaku memerlukan suatu strategi yang tepat, karena

bukan hanya diubah kebiasaan perilaku kesehatan yang negatif namun mempertahankan perubahan perilaku dari yang negatif menjadi yang positif juga memerlukan suatu strategi. Sikap pengontrolan diri dibutuhkan dalam pemantauan diri, evaluasi diri, dan reinforcement terhadap perubahan perilaku.

- 3) Pengontrolan perilaku tidak cukup kuat untuk mengubah perilaku mengembangkan kemampuan diri serta menumbuhkan kepercayaan diri pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Nasution T. H et al (2013) yang meneliti tentang faktor-faktor manajemen diri pada pasien hemodialisa yang meliputi :

- 1) Faktor demografi

Pertambahan usia memungkinkan terjadinya penurunan kondisi fisik serta psikososial individu dan hal tersebut memicu terjadinya penurunan *self management* (Wang & Nazawa, 2004 disitasi Nasution T. H, 2013). Penelitian Nasution (2013) menyimpulkan pada usia 18 tahun sampai 65 tahun, menunjukkan bahwa semakin meningkat usia pasien hemodialisa maka *self management* yang dimiliki semakin baik. Hasil tersebut berbanding terbalik dengan usia pasien yang lebih dari 65 tahun memiliki *self management* bertaraf sedang seiring dengan pertambahan usia dan hal ini bisa disebabkan karena penurunan kondisi seperti yang disimpulkan oleh peneliti diatas. Jenis kelamin tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dalam penelitian Nasution T. H (2013), disimpulkan bahwa laki-laki maupun perempuan memiliki *self management* yang sama baiknya.

Analisa status pernikahan yang dilakukan dalam penelitian ini tidak menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara manajemen diri dengan status pernikahan. Penelitian Li, Jiang & Lin (2013) juga menyebutkan bahwa pasien akan memiliki motivasi tinggi dalam merawat dirinya jika mendapat dukungan sosial yang baik dari lingkungan sekitarnya. Dukungan sosial bukan berarti hanya terpaku dengan pasangan saja namun juga bisa didapat melalui peran keluarga, teman



maupun tenaga kesehatan. Tingkat pendidikan juga disimpulkan oleh Nasution T. H (2013) tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan *self management*. Sejatinya pendidikan merupakan salah satu komponen yang berpengaruh pada perilaku pola hidup seseorang (Notoatmodjo, 2010). Lamanya pasien menjalani hemodialisa dalam penelitian Nasution T. H (2013) menyimpulkan tidak ada hubungannya dengan *self management* yang dimiliki pasien, dalam penelitian ini menunjukkan semakin lama pasien menjalani hemodialisa semakin baik *self management* yang dimiliki pasien.

2) Faktor pembiayaan

Segi pembiayaan yang berkaitan dengan pelaksanaan terapi hemodialisa tentu juga berpengaruh pada *self management* pasien. Pasien dengan status sosial ekonomi yang tinggi cenderung memiliki perawatan diri yang lebih baik dibandingkan dengan pasien yang memiliki status sosial ekonomi lemah (Smith *et al*, 2010).

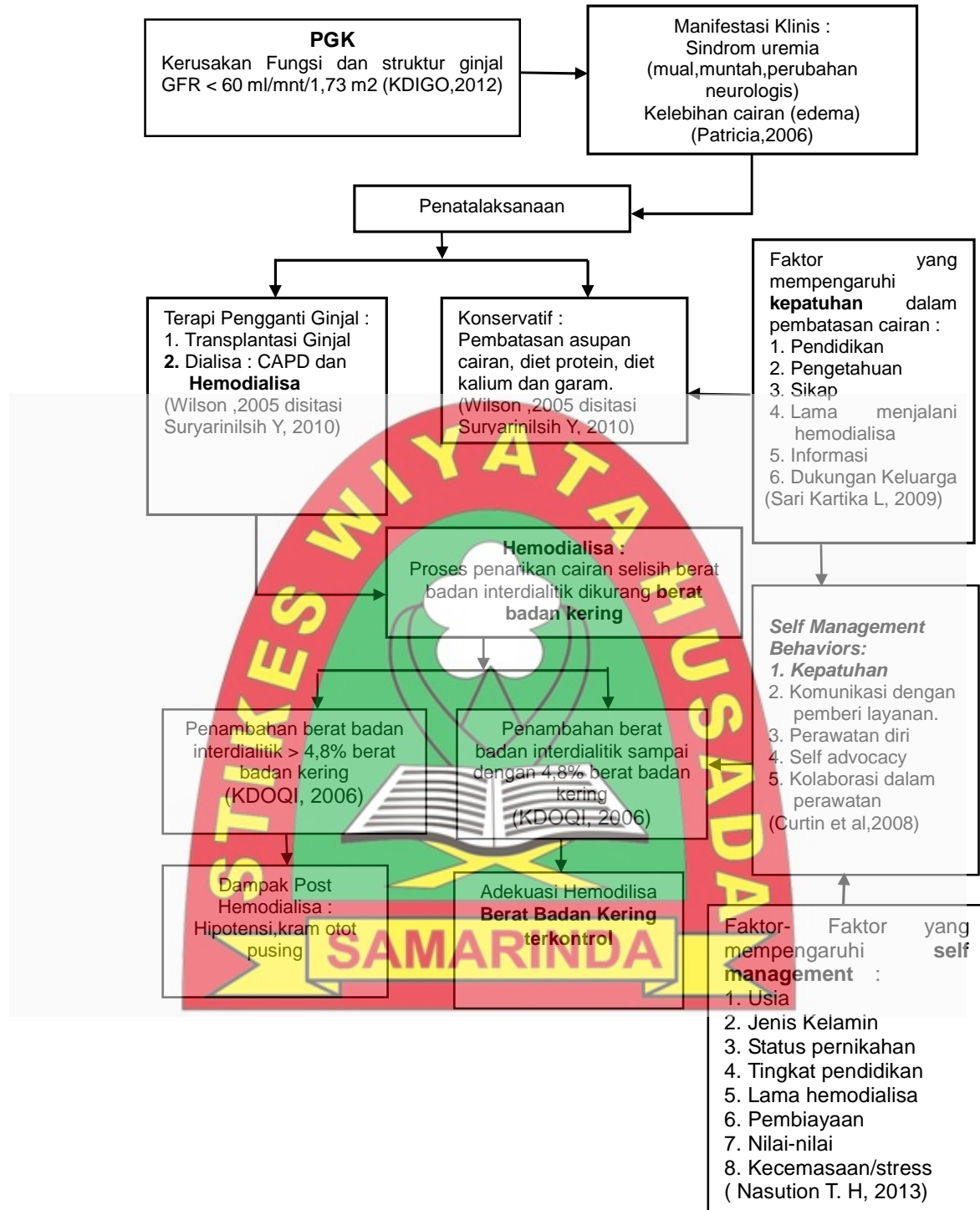
3) Faktor nilai

Nilai-nilai yang dimiliki oleh pasien hemodialisa berorientasi pada keyakinan yang ada pada pasien hemodialisa. Penelitian Nasution (2013) menunjukkan adanya hubungan antara *self management* dengan nilai-nilai yang dimiliki oleh pasien hemodialisa, namun dalam aplikasinya keyakinan diri tersebut dikategorikan sedang sehingga *self management* belum optimal dilakukan.

4) Faktor kecemasan

Penurunan kondisi fisik pasien hemodialisa bisa juga diakibatkan oleh kecemasan yang dialami oleh pasien. Kecemasan mempengaruhi *self management* pasien yang diakibatkan oleh karena terganggunya kemampuan pasien untuk mengarahkan dan mengontrol perilakunya (Nasution, 2013).

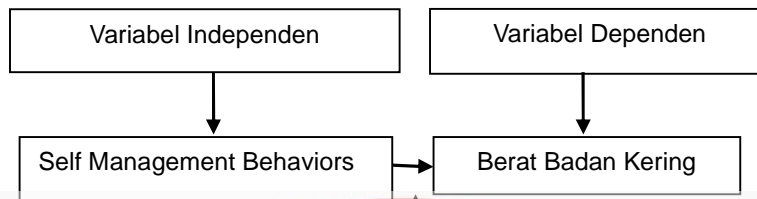
B. Kerangka Teori



Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian

C. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep merupakan suatu alat bantu bagi peneliti untuk menghubungkan hasil temuan dengan kerangka teori. Definisi dari kerangka konsep bisa diartikan sebagai suatu kerangka hubungan antara konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian (Nursalam,2010). Kerangka konsep dari penelitian ini sebagai berikut :



Variabel councounding :

- Usia
- Jenis Kelamin
- Tingkat pendidikan
- Lama Hemodialisa

Skema 2.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep diatas menjelaskan bahwa penelitian ini memiliki 2 variabel yaitu variabel bebas/independen (*self management behaviors*) dan variabel terikat /dependen (berat badan kering) serta variabel councounding adalah karakteristik demografi dan lama HD.

D. Hipotesis

Pernyataan yang diperlukan sebagai jawaban sementara bisa diartikan sebagai hipotesa. Uji kesahihan secara empiris dibutuhkan dalam pembuktian pernyataannya (Nursalam, 2011). Kesimpulan yang bisa diambil dari pendapat tersebut yakni hipotesa merupakan suatu pernyataan sementara atau dugaan yang diambil bisa dianggap benar atau salah dan untuk mencari kebenarannya diperlukan suatu penelitian. Hipotesa yang diambil dalam penelitian ini yaitu :

1. Terdapat hubungan antara *self management behaviors* dengan berat badan kering pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Terdapat hubungan antara variabel counfounding (usia responden, tingkat pendidikan, jenis kelamin, lama hemodialisa) dengan berat badan kering pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan kerangka penelitian

Penelitian yang akan dibuat merupakan penelitian kuantitatif yang menggunakan rancangan penelitian *analytic correlatif* dengan menggunakan metode pendekatan *cross sectional*, yaitu penelitian yang mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Mengacu pada bahasan Noto Atmodjo (2012) yang mengartikan bahwa tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek penelitian diamati pada waktu yang sama.

B. Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian dilakukan di ruang Hemodialisa RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Waktu penelitian dilakukan pada bulan 18 April 2016 - 23 April 2016.

C. Populasi dan sampel

a. Populasi

Populasi merupakan area general meliputi objek atau subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan, dipelajari kemudian ditarik kesimpulan oleh peneliti (Sugiyono, 2011). Definisi populasi dikatakan sebagai keseluruhan subjek penelitian dan meliputi keseluruhan elemen dalam wilayah penelitian (Arikunto, 2010).

Populasi yang akan diteliti yakni pasien yang menjalani hemodialisa di ruang hemodialisa RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Data yang diperoleh peneliti dari *medical record* ruang hemodialisa selama bulan Januari 2016 jumlah pasien yang menjalani hemodialisa sebanyak 213 orang.

b. Sampel

Sampel merupakan perwakilan dari subjek yang akan diteliti (Arikunto, 2010). Sampel dikatakan representatif jika memenuhi kriteria digunakan azas probabilitas (*random sampling*), besar sampel cukup,

ciri-ciri populasi terwakili dan variasi antar unit populasi dibuat seminimal mungkin (Hidayat, 2007). Pengambilan besar sampel menggunakan rumus yang disesuaikan dengan rancangan penelitian ini. Penelitian ini menggunakan rumus *simple random sampling* dengan metode pengacakan sampel menggunakan sistem komputerisasi. *Simple random sampling* dipilih dengan mempertimbangkan bahwa sampel yang akan dipilih memiliki homogenitas dan teknik ini diharapkan mampu menghasilkan sampel yang *representatif*.

Sampel pada penelitian ini adalah pasien yang menjalani hemodialisa rutin di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada bulan April 2016. Penghitungan besar sampel menggunakan rumus analitik korelatif yang dikutip dari Sopiudin Dahlan (2014) yakni :

$$n = \left[\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})}{0,5 \ln \frac{1+r}{1-r}} \right]^2 + 3$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel

Z_{α} = Kesalahan tipe I

Z_{β} = Kesalahan tipe II

Penelitian ini ditentukan hipotesis 2 arah (two tail) kesalahan tipe 1 ditetapkan 5 % dengan nilai 1,96 dan kesalahan tipe 2 ditetapkan 10 % dengan nilai 1,28. Hubungan korelasi *self management behaviors* dengan berat badan kering yang dianggap bermakna adalah 0,4.

$$n = \left[\frac{(1,96 + 1,28)}{0,5 \ln \frac{1+0,4}{1-0,4}} \right]^2 + 3 = 61,67$$

$n = 62$ sampel

D. Teknik pengambilan sampel/ pemilihan subjek penelitian

Metode *probability sampling* digunakan dalam penelitian ini dengan menggunakan tehnik *simple random sampling*. Perhitungan sistematik dengan menggunakan langkah - langkah kerja *simple random sampling* (Indrawan & Yaniawati, 2014) yaitu :

1. Menyusun *sampling frame*
2. Menetapkan jumlah sampel yang akan diambil (ukuran sampel)
3. Menentukan alat pemilihan sampel
4. Memilih unit sampel samapai dengan jumlah sampel terpenuhi

Langkah - langkah diatas diselarskan dengan metode pengacakan

responden dengan komputerisasi yaitu dengan membuat dua kolom yakni nomor urut responden dan nama-nama responden yang memenuhi kriteria kemudian dimasukan pengacakan nomor urut dengan menggunakan rumus *Randbetween* dilanjutkan dengan pengacakan nama dengan rumus *Vlookup* yang disesuaikan dengan nomor urut *sampling frame* yang telah dibuat. Kriteria sampel diambil sebagai subjek dalam penelitian. Kriteria subjek yang memenuhi syarat sebagai sampel dengan menggunakan pedoman ilmiah sebagai penentu dinamakan kriteria inklusi. Kriteria eksklusi yakni menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria karena berbagai sebab (Nursalam,2011).

Kriteria inklusi pada penelitian ini :

- a. Responden menjalani HD regular secara rutin sesuai jadwal 2x seminggu
- b. Responden yang memiliki standar berat badan kering.
- c. Responden yang memiliki AV Shunt (Cimino) sebagai akses vaskuler hemodialisa.

Kriteria eksklusi pada penelitian ini :

- a. Responden yang mengalami penurunan kesadaran, tidak mampu melakukan penimbangan berat badan karena kelemahan fisik.

E. Variabel penelitian dan Definisi Operasional

Atribut atau nilai bisa juga sifat yang dimiliki orang, objek maupun suatu kegiatan yang ditetapkan oleh peneliti dan kemudian ditarik menjadi suatu kesimpulan dinamakan variabel penelitian. Variabel dalam penelitian dibagi menjadi variabel dependen (terikat) dan variabel independen (bebas).

Variabel independen mempunyai kemampuan untuk mempengaruhi atau menjadi penyebab adanya perubahan. Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi efek dari pengaruh variabel independen (Sugiyono, 2014). *Self management behaviors* merupakan variabel independen dan berat badan kering sebagai variabel dependen dalam penelitian ini. Mendefinisikan karakteristik yang akan diukur atau diamati dinamakan definisi operasional (Nursalam, 2008). Definisi operasional dapat diartikan sebagai kegiatan pengukuran yang dilakukan peneliti dengan definisi operasional sebagai batasan atau standar ukur dalam mengukur variabel yang akan diteliti. Definisi operasional dalam penelitian ini diuraikan pada tabel dibawah ini :

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Independen <i>Self management behaviors</i>	Prilaku pengendalian diri responden terkait dengan kebiasaan saat menjalani program terapi hemodialisa	Kuisisioner Menggunakan skala <i>Likert</i> : 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang - kadang 1 = tidak pernah	Total Skor 15 - 60	Rasio
Variabel Dependen Berat Badan Kering (BBK)	Standar berat badan ideal pasien hemodialisa sebagai pedoman penarikan cairan saat hemodialisa	Nilai berat badan (BB) BB pre HD sekarang dikurangi standar berat badan kering	Kelebihan berat badan interdialitik dalam satuan kilogram (Kg) dikonversi dalam persen (%)	Rasio

Variabel				
Confounding				
usia	Kurun waktu hidup responden dari lahir sampai saat mengisi kuisisioner	Kuisisioner	Dalam tahun	Rasio

Jenis kelamin	Ciri khas untuk membedakan responden laki-laki dan perempuan	Kuisisioner	1= Laki-laki 2= Perempuan	Nominal
Tingkat pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang ditempuh responden	Kuisisioner	1= Rendah (SD,SMP) 2 = Tinggi (SMA,PT)	Ordinal
Lama Hemodialisa	Lama pasien dalam menjalani hemodialisa sampai saat mengisi kuisisioner	Kuisisioner	Lama menjalani HD dalam hitungan bulan	Rasio

F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian

1. Sumber data

Pengambilan data dalam penelitian ini diambil melalui wawancara, lembar observasi yang diisi dengan penimbangan berat badan serta kuisisioner. Lembar observasi diisi sesuai dengan kondisi responden pada saat penelitian dilakukan. Kuisisioner merupakan daftar pertanyaan atau serangkaian pertanyaan yang dibuat sedemikian rupa untuk memudahkan responden dalam mengisi kuisisioner.

2. Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan instrumen berupa lembar observasi dan kuisisioner yang mengacu pada literatur yang didapatkan oleh peneliti :

- a) Lembar observasi pengukuran berat badan. Lembar observasi berisi kode responden, standar berat badan kering responden, berat badan sebelum HD sekarang dan berat badan responden setelah HD sekarang serta selisih berat badan, penambahan berat badan dalam persen.
- b) Bagian pertama lembar kuisisioner yang meliputi data karakteristik demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan) serta lama menjalani hemodialisa.
- c) Instrumen Kuisisioner tentang *self management behaviors* diambil berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nasution T. H (2013) terdapat 15 item pertanyaan dengan skala *Likert*. Skala skor dimulai dari 1 sampai 4 dimulai dengan skor 1 menyatakan tidak pernah, skor 2 menyatakan kadang-kadang, skor 3 menyatakan

sering dan skor 4 menyatakan selalu. Penentuan nilai skor maksimal sebesar 60 dan skor minimal 15. Pertanyaan dalam kuisisioner hanya berisi pertanyaan positif.

G. Uji Validitas dan Reliabilitas

a. Uji Validitas

Tingkat validitas dan reabilitas alat ukur sangat berpengaruh pada kualitas data. Validitas merupakan kebenaran suatu kemampuan alat ukur mampu mengukur apa yang akan diukur dan reliabilitas merupakan keandalan atau ketepatan mengukur dan suatu pengukuran dikatakan handal jika dalam pengukuran tetap konsisten atau tetap asas walaupun dilakukan pemeriksaan berulang-ulang (Notoatmojo disitasi Nita S, 2011). Lembar observasi dalam pengukuran berat badan *pre* dan *post* hemodialisa sudah pernah dipakai dalam penelitian Yossi S, 2010) namun dimodifikasi oleh peneliti disesuaikan dengan penelitian ini. Pengukuran dilakukan dengan penimbangan berat badan dan menggunakan timbangan berat badan di ruangan yang sudah dikalibrasi oleh bagian pemeliharaan alat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, dengan mengukur berat badan *pre* dan *post* hemodialisa. Cara penilaian berat badan *pre* hemodialisa dikurangi dengan standar berat badan kering pasien hemodialisa yang menjadi acuan penarikan cairan kemudian pengukuran berat badan *post* hemodialisa untuk mengukur pencapaian berat badan kering. Responden yang dipilih sudah memiliki standar berat kering sebagai acuan berat badan ideal. Kuisisioner *self management behaviors* yang digunakan sudah tervaliditas. Uji validitas yang diperoleh dengan angka r hitung terendah 0,705 dan angka tertinggi 0,905.

b. Reliabilitas

Reliabilitas merupakan suatu indeks yang menjadi pedoman alat ukur, sejauh mana kemampuannya untuk mengukur dan konsisten serta dapat dipercaya atau di andalkan. Uji reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan uji reabilitas internal dengan menganalisa nilai dari data yang diperoleh (Arikunto,2010). Uji reliabilitas pada kuisisioner *self management behaviors* yakni diperoleh nilai alpha sebesar 0,971.

H. Pengolahan data dan Analisa Data

1. Pengolahan data

Pengolahan data diolah dan dianalisa menggunakan metode tertentu. Penelitian ini mengolah data kuantitatif dengan menggunakan analisis kuantitatif. SPSS digunakan untuk mengolah data kuantitatif dan mencakup data dan perhitungan statistik. Tahapan yang dilakukan dalam pengolahan data meliputi :

a. *Editing.*

Proses pengecekan data yang telah dikumpulkan, hal ini merupakan kegiatan untuk memeriksa data baik dari segi keabsahan dan kelengkapan untuk memastikan data yang diperoleh sesuai, lengkap, jelas dan mudah terbaca. Kelengkapan dan kebenaran pengisian kuisisioner akan dicek sebelum dilakukannya tabulasi data atau memasukkannya dalam tabel master dan memisahkan kuisisioner pada data yang tidak lengkap. Data penimbangan akan dilakukan perhitungan selisih secara manual sebagai acuan saat memasukkannya dalam sistem komputerisasi.

b. *Coding.*

Pemberian kode pada jawaban yang ada akan memudahkan peneliti membaca dan memasukkannya dalam *computer*. Kode yang diberikan juga bisa menjaga kerahasiaan data penelitian. Kode 1 yang diberikan pada jenis kelamin laki-laki dan kode 2 untuk jenis kelamin perempuan. Jenjang pendidikan tinggi (SMA dan Perguruan Tinggi) diberi kode 2 sedangkan untuk jenjang pendidikan rendah (SD dan SMP) diberi kode 1.

c. *Entry Data.*

Kegiatan memasukan data yang ada kedalam komputer dengan menggunakan SPSS sehingga dapat dianalisis yang sebelumnya data induk atau *master data* dibuat dengan sistem *excel* komputer. Item nilai selisih berat badan dalam kilogram akan dikonversi dalam bentuk persen dengan hasil desimal. Perhitungan menggunakan sistem *excel* komputer dengan mengacu pada penilaian secara manual yang telah dilakukan peneliti sebelumnya. Peneliti menilai dari jawaban yang selanjutnya akan dilakukan analisa univariat maupun bivariat.



e. *Cleansing*.

Data yang sudah masuk dalam program komputer di lakukan pengecekan ulang untuk memastikan data-data telah lengkap dan tidak adanya kekeliruan sehingga siap untuk dianalisa.

2. Analisa Data

a. Analisa Univariat

Penelitian ini menggunakan analisa univariat dalam menganalisa variabel usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama hemodialisa, *self mangement behaviors*, berat badan kering pasien hemodialisa. Menjelaskan karakteristik variabel yang diteliti merupakan tujuan analisa (Arikunto, 2010). Analisa dilakukan dengan menggunakan SPSS. Tujuan analisa univariat merupakan deskripsi dari masing-masing variabel yang diteliti dan bentuknya tergantung dari jenis datanya. Fungsi analisa univariat meringkas kumpulan data sehingga bisa menjadi bentuk informasi yang bisa berupa tabel, ukuran-ukuran statistik dan grafik. Penelitian ini menganalisa variabel usai, lama hemodialisa, *self mangement behaviors*, berat badan kering pasien hemodialisa dengan skala numerik dengan menggunakan mean jika berdistribusi normal sedangkan median digunakan jika berdistribusi tidak normal. Analisa variabel jenis kelamin diukur dengan skala nominal dan tingkat pendididkan dengan skala ordinal yang menggunakan distribusi frekuensi dan persentase.

b. Analisa Bivariat

Analisa Bivariat dalam penelitian ini dipergunakan dalam menganalisa variabel independen (*self mangement behaviors*) serta variabel *counfounding* (usia dan lamanya responden menjalani hemodialisa) dengan variabel dependen (kontrol berat badan kering) menggunakan analisis statistik *Pearson Product Moment*. Statistik *Pearson* digunakan untuk menganalisis hubungan numerik dengan numerik yang menjadi skala ukur variabel. Rumus yang dipergunakan untuk menghitung koefisiensi korelasi adalah sebagai berikut :

$$r_{xy} = \frac{n \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n \sum X^2 - (\sum X)^2][n \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan :

N = Banyaknya data X dan Y

$\sum X$ = Total jumlah dari variabel X

$\sum Y$ = Total jumlah variabel Y

$\sum X^2$ = Kuadrat dari total jumlah variabel X

$\sum Y^2$ = Kuadrat dari total jumlah variabel Y

$\sum XY$ = Hasil perkalian dari total jumlah variabel X dan Y

Interprestasi :

Nilai koefisiensi korelasi mendekati +1 berarti pasangan data variabel X dan Y memiliki korelasi linear positif yang kuat. Nilai koefisiensi mendekati -1 menunjukkan pasangan data variabel X dan Y memiliki korelasi linear negative yang kuat. Nilai koefisiensi korelasi mendekati nilai 0 (nol) menunjukkan pasangan data variabel X dan Y memiliki korelasi yang sangat lemah atau mungkin tidak ada korelasi. Tingkat kepercayaan pada penelitian ini menggunakan nilai, jika nilai $p < 0,05$ dan nilai r yang diperoleh $>$ dari r minimal. Koefisiensi korelasi akan selalu berada di dalam range $-1 < r < +1$. Terjadinya perhitungan diluar range tersebut berarti telah terjadi kesalahan dalam perhitungan dan akan dilakukan koreksi perhitungan ulang.

Koefisiensi yang telah dihasilkan merupakan langkah pertama untuk menjelaskan derajat hubungan linier antara dua variabel. Langkah selanjutnya untuk menganalisa hubungan dua variabel yang bertujuan untuk mengetahui bentuk hubungan akan dianalisa menggunakan analisis regresi linier sederhana. Tujuan dari analisis regresi yaitu membuat perkiraan (prediksi) nilai suatu variabel (dependen) dengan variabel lainnya (independen). Prediksi dilakukan dengan menggunakan metode *least square* (kuadrat kecil) yang merupakan suatu metode pembuatan garis

regresi dengan cara meminimalkan jumlah kuadrat jarak antara nilai Y yang teramati dengan nilai Y yang diramalkan oleh garis regresi tersebut. Secara sistematis model persamaan garis adalah sebagai berikut :

$$Y = a + bX + e$$

Keterangan :

Y = Variabel dependen

X = Variabel independen

A = Intercep, perkiraan besar rata-rata variabel Y ketika nilai $X=0$

B = Slope, perkiraan besarnya perubahan nilai variabel Y bila nilai variabel X berubah satu unit pengukuran

E = Nilai kesalahan(error) yaitu selisih antara nilai Y individual yang teramati dengan nilai Y yang sesungguhnya pada titik X tertentu.

Langkah selanjutnya untuk uji hipotesa dalam penelitian ini juga akan menggunakan uji *independent t - test*. Uji statistik *independent t - test* digunakan untuk menganalisa hubungan antara variabel *confounding* (jenis kelamin dan tingkat pendidikan) Uji ini menilai variabel numerik dan kategorik yang bertujuan untuk mengetahui perbedaan antara dua kelompok data independen, untuk mengetahui nilai dari data varian yang sama maka bentuk ujinya sebagai berikut :

$$T = \frac{X_1 - X_2}{SpV(1/n1) + (1/n2)}$$

$$Sp^2 = \frac{(n1-1)S_1^2 + (n2-1)S_2^2}{n1 + n2 - 2}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

Keterangan :

n_1 atau n_2 = jumlah sampel kelompok 1 atau 2

S_1 atau S_2 = standar deviasi sampel kelompok 1 atau 2

Tujuan analisa bivariat dilakukan untuk menilai hubungan antara variabel dependen (berat badan kering pasien hemodialisa) dengan variabel independen (*self management behaviors*) serta variabel *counfounding* (karakteristik demografi dan lamanya hemodialisa). Nilai kemaknaan yang digunakan adalah 5 % (= 0,05) dengan nilai *Confidence interval* yang ditetapkan adalah 95%. Keputusan yang bisa diambil jika $p < 0,05$ maka hipotesis gagal ditolak artinya ada hubungan antara variabel independen (*self management behaviors*) dan variabel *counfounding* (karakteristik demografi dan lamanya hemodialisa) dengan variabel dependen (berat badan kering pasien hemodialisa). Berbanding jika $p > 0,05$ maka keputusan yang bisa diambil yakni hipotesis penelitian ini ditolak artinya tidak ada hubungan antara variabel independen (*self management behaviors*) dan variabel *counfounding* (karakteristik demografi dan lamanya hemodialisa) dengan variabel dependen (berat badan kering pasien hemodialisa).

I. Etika Penelitian

Awal akan dilakukannya penelitian, peneliti mengajukan permohonan ijin untuk studi pendahuluan. Hasil dari studi pendahuluan peneliti mendapatkan fenomena atau permasalahan yang akan diteliti setelah disetujuinya profosal penelitian oleh pihak akademik maka peneliti mengajukan permohonan izin kepada Direktur RSUD A. W Sjahranie Samarinda untuk melakukan penelitian lanjutan tentang hubungan antara *self management behaviors* dengan berat badan kering pasien hemodialisa. Penimbangan atau pengukuran berat badan serta pemberian kuesioner kepada subyek yang akan diteliti dengan menekankan masalah etika dan menaruh hormat atas martabat manusia (Soemantri, 2007) yang meliputi :

1. *Self determination*

Responden dalam penelitian ini diberi kebebasan untuk memilih bersedia atau tidak menjadi responden. Responden yang bersedia diminta mengikuti seluruh proses penelitian secara sukarela setelah mendapat informasi penelitian.

2. *Privacy*

Selama proses penelitian segala informasi yang didapat dari responden dijaga ketat dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Data-data yang diperoleh digunakan untuk keperluan penelitian atau analisa data dan jika penelitian berakhir semua catatan data responden akan disimpan sebagai dokumen penelitian.

3. Tanpa Nama (*Anonimity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak mencantumkan nama subyek pada lembar pengumpulan data yang diisi oleh subyek dan nomor dan kode tertentu. Kode nama diberikan sesuai dengan nomor urut dan jadwal pelaksanaan hemodialisa.

4. *Informed Consent*

Lembar persetujuan diedarkan kepada responden dengan memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan peneliti yang akan dilakukan, serta menjelaskan manfaat yang akan di peroleh bila bersedia menjadi responden. Jika bersedia menjadi responden, maka harus menandatangani lembar persetujuan sebagai tanda bersedia. Apabila subyek tidak bersedia menjadi responden maka peneliti akan tetap menghormati keputusan dari responden.

5. *Protection of discomfort*

Kenyamanan saat penelitian yang dialami responden saat penelitian diperhatikan secara seksama, jika terjadi ketidaknyamanan ditimbulkan akibat penelitian maka proses penelitian bisa dihentikan. Peneliti juga menjamin tidak adanya dampak negatif terhadap responden.

J. Alur penelitian

Penelitian yang akan dilaksanakan memiliki tahap-tahap sebagai berikut:

a. Tahap Persiapan

- 1) Penelitian ini diawali dengan pengajuan ijin ke Direktur RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda perihal melakukan penelitian tentang hubungan *self management behaviors* dengan berat badan kering pasien hemodialisa.
- 2) Pengajuan ijin penelitian yang telah disetujui oleh bidang pendidikan dan penelitian RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda langkah selanjutnya yang dilakukan peneliti yakni meminta ijin pada kepala ruang hemodialisa serta menjelaskan tujuan penelitian. Peneliti meminta bantuan pada kepala ruangan maupun perawat ruangan untuk memberikang dukungan selama proses penelitian serta menjelaskan waktu dan tata cara proses pengambilan data selama penelitian.

b. Tahap pelaksanaan

- 1) Mengidentifikasi responden berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan setelah berdiskusi dengan perawat ruangan yang kemudian data yang diperoleh dilakukan sistem random melalui komputerisasi.
- 2) Peneliti menemui dan memperkenalkan diri serta menjelaskan tujuan penelitian dan memberikan *informed consent* pada pasien yang dijadikan responden.
- 3) Hari pertama penelitian mengikuti jadwal hemodialisa pasien (hari Senin, Selasa dan Rabu). Peneliti mengukur berat badan sebelum (pre) hemodialisa kemudian mencatat pada di lembar observasi serta melakukan wawancara langsung perihal standar berat badan kering responden. Responden yang tidak sempat dilakukan pengukuran pada hari itu akan dilakukan pengukuran pada jadwal HD berikutnya (Kamis, Jumat, Sabtu).
- 4) Langkah selanjutnya peneliti memberikan kuisisioner untuk menilai *self management behaviors* yang berisi 15 item pertanyaan. Pengisian koesioner dilakukan selama proses hemodialisa berlangsung. Sebelum kuisisioner *self management behaviors* yang diisi langsung oleh responden, peneliti mengingatkan agar semua pertanyaan harus diisi lengkap jika ada pertanyaan yang kurang



dimengerti, maka responden dapat menanyakan langsung kepada peneliti serta jika responden mengalami kesulitan dalam proses mencentang maka peneliti akan membantu. Kuisiонер yang telah diisi dikembalikan kepada peneliti untuk dilakukan tahapan selanjutnya.

- 5) Akhir dari proses penelitian pada responden yang menjalani hemodialisa akan dilakukan penimbangan berat badan post hemodialisa untuk melihat pencapaian berat badan kering.



BAB IV
HASIL PENELITIAN DAN
PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Bab ini akan menyajikan hasil pengumpulan data yang telah dilakukan pada tanggal 18 s/d 23 April 2016 di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Pengukuran berat badan dan pembagian kuisisioner dilakukan kepada responden yang menjalani hemodialisa secara rutin 2x seminggu di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang berjumlah 62 orang dan tidak ada responden yang *drop out*. Pengukuran berat badan responden dilakukan 2x setelah pre hemodialisa dan post hemodialisa serta responden mengisi kuisisioner sebanyak 15 item pertanyaan berisi tentang penilaian *self management behaviors* pasien hemodialisa yang menjadi responden. Penjelasan hasil penelitian meliputi gambaran karakteristik responden yakni usia, jenis kelamin, pendidikan dan lama menjalani hemodialisa, *self management behaviors* dan berat badan kering yang dimiliki pasien hemodialisa. Hasil analisis diuraikan mencakup analisis univariat dan bivariat yang meliputi uji korelasi *Pearson*, uji regresi linier sederhana dan uji *independen t-test*. Gambaran hasil penelitian yang telah dilaksanakan adalah sebagai berikut :

1. Analisa Univariat

Analisa Univariat berikut menjelaskan distribusi dari semua variabel yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, lama menjalani hemodialisa, *self management behaviors* dan berat badan kering yang dimiliki pasien hemodialisa.

Tabel 4.1 Distribusi responden
yang menjalani hemodialisa menurut usia, lama hemodialisa, *self management behaviors* dan berat badan kering (n=62) .

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Mak	CI 95%	P value
usia	46,55	48,00	11,162	22-74	43,71-49,38	0,037
Lama HD	36,84	27,50	28,916	4-120	29,50-44,18	0,000
SMB	44,63	45,50	6,39	29-57	43,01-46,25	0,091
BBK	4,71	4,63	2,42	0,00-10,17	4,09-5,32	0,200

Tabel 4.1 diatas didapatkan hasil dengan menggunakan uji *Kolmogorov-smirnov* dengan tingkat kemaknaan $P \text{ value} > \alpha = 0,05$. Variabel usia berdistribusi tidak normal dengan $P 0,037 < \alpha = 0,05$ dengan rentang usia termuda 22 tahun dan yang tertua 74 tahun. Variabel lama hemodialisa juga berdistribusi tidak normal $P 0,000 < \alpha = 0,05$ dengan waktu terlama 120 bulan dan terbaru adalah 4 bulan. Distribusi normal dihasilkan oleh *self management behaviors* $P 0.091 > \alpha = 0,05$) dengan nilai tertinggi sebesar 57 dan terendah 27. Hasil distribusi normal juga berlaku pada nilai berat badan kering $P 0,200 > \alpha = 0,05$ dengan rentang berat terendah 0,00 dan yang tertinggi 10,17.

Tabel 4.2 Distribusi responden yang menjalani hemodialisa menurut jenis kelamin dan pendidikan

Variabel	Kategori	N	Persentase	P value
Jenis kelamin	Laki-laki	32	51,6%	0,200
	Perempuan	30	48,4%	0,200
Pendidikan	Rendah	19	30,7%	0,200
	Tinggi	43	69,3%	0,200

Tabel 4.2 menggambarkan responden yang menjalani hemodialisa sebagian besar berjumlah kelamin laki-laki (51,6%) dan mayoritas berpendidikan tinggi (69,3%). Hasil dari uji uji *Kolmogorov-smirnov* dengan tingkat kemaknaan $P \text{ value} > \alpha = 0,05$ kedua variabel berdistribusi normal.

2. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dalam penelitian ini menggunakan beberapa uji yakni uji Pearson, uji regresi linear sederhana dan uji independen t-test.

Tujuan dilakukannya analisa bivariat untuk mengetahui apakah terdapat hubungan yang bermakna antara variabel dependen, independen maupun *confounding*. Analisa hubungannya sebagai berikut :

a. Hubungan *self management behaviors* responden menjalani hemodialisa dengan berat badan kering pasien hemodialisa.

Analisa bivariat hubungan *self management behaviors* responden menjalani hemodialisa dengan berat badan kering responden dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.3 Analisa hubungan *self management behaviors* responden menjalani hemodialisa dengan berat badan kering pasien hemodialisa.

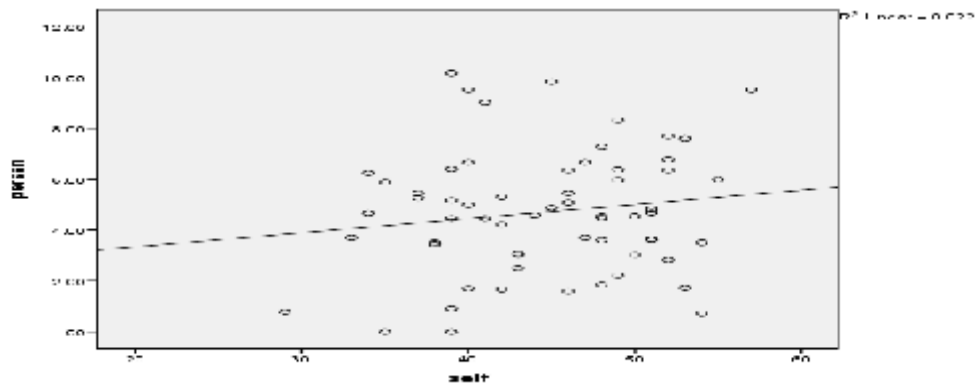
	Berat Badan Kering
<i>Self management behaviors</i>	r = 0,147 P = 0,255 N = 62

Tabel 4.3 berdasarkan tabel diatas diperoleh nilai p 0,255 > α 0,05 serta arah hubungan positif dan lemah (0,147) yang menunjukkan tidak adanya hubungan bermakna antara *self management behaviors* responden menjalani hemodialisa dengan berat badan kering pasien hemodialisa.

Tabel 4.4 hubungan *self management behaviors* responden menjalani hemodialisa dengan berat badan kering pasien hemodialisa.

Variabel	r	R ²	Persamaan Garis	P value
SMB	0,147	0,022	BBK=2,225+0,056*SMB	0,255

Tabel 4.4 berdasarkan tabel diatas persamaan garis linier menunjukkan bahwa nilai berat badan kering terkontrol sebesar 0,056 bila *self management behaviors* bertambah setiap satu persen. Besaran koefisien determinasi *self management behaviors* 2,2% menentukan nilai berat badan kering. Hasil kedua uji diatas yang menunjukkan tidak adanya hubungan bermakna antara *self management behaviors* responden menjaiani hemodialisa dengan berat badan kering pasien hemodialisa dan tidak mendukung hipotesis yang ditegakkan oleh



Gambar grafik diatas dapat dilihat arah tebarannya banyak yang menyebar dan hanya sedikit yang berkumpul mendekati garis tengah dengan arah linier positif yang artinya terdapat tidak hubungan yang antara *self management behaviors* responden menjalani hemodialisa responden dengan berat badan kering pasien hemodialisa.

b. Hubungan karakteristik usia responden dengan berat badan kering pasien hemodialisa.

Hasil analisa bivariat apakah terdapat hubungan antara karakteristik usia responden dengan berat badan kering pasien hemodialisa dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.5 Analisa hubungan karakteristik usia responden dengan berat badan kering pasien hemodialisa.

	usia	berat badan kering
		$r = -0,288$
		$P = 0,023$
		$N = 62$

Tabel 4.5 hasil uji dari nilai $P 0,023 < 0,05$ dan nilai $r = -0,288$ menunjukkan adanya hubungan yang lemah dan berpola negatif yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara usia responden dengan berat badan kering pasien yang menjalani hemodialisa.

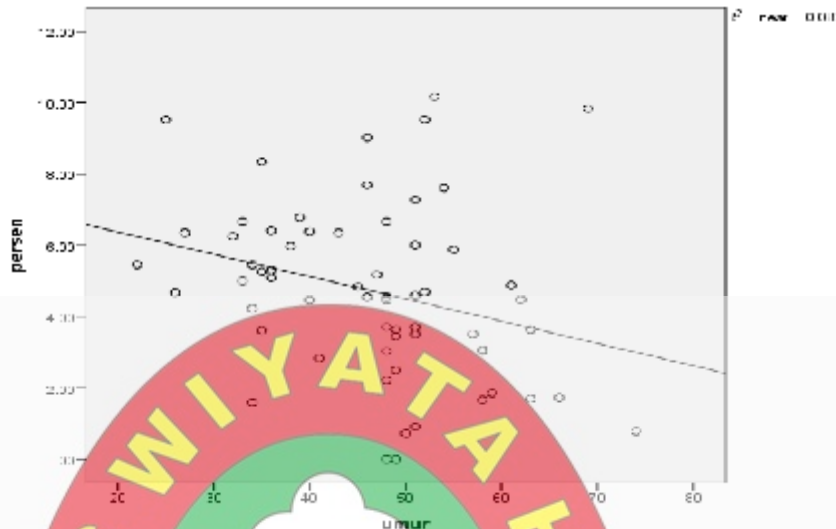
Tabel 4.6 hubungan karakteristik usia responden dengan berat badan kering pasien hemodialisa.

Variabel	r	R ²	Persamaan Garis	P value
Usia	-0,288	0,083	BBK=7,622-0.062 * usia	0,023

Tabel 4.6 menggambarkan persamaan garis menunjukkan kemampuan mengontrol berat badan kering akan menurun sebesar 0,062 bila umur responden bertambah setiap tahunnya. Koefisien determinasi usia 8,3 % berarti usia menentukan 8,3% nilai berat badan kering responden. Hasil yang diperoleh dari kedua uji bisa diartikan semakin bertambahnya usia semakin menurun kemampuan mengontrol berat badan kering responden dan dapat ditarik kesimpulan bahwa hipotesis yang ditegakkan peneliti dapat diterima yakni didapatkan hubungan antara usia responden dengan kemampuan mengontrol

berat badan kering pasien yang menjalani hemodialisa.

Grafik 4.2 hubungan usia responden dengan berat badan kering pasien hemodialisa



Grafik diatas menunjukkan tebaran yang berkumpul didekat garis tengah dengan arah linier negatif. Tebaran yang berkumpul menunjukkan adanya hubungan antara usia dengan berat badan kering pasien hemodialisa.

c. Hubungan lamanya responden menjalani hemodialisa dengan berat badan kering pasien hemodialisa.

Analisa bivariat hubungan lamanya responden menjalani hemodialisa dengan berat badan kering responden dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.7 analisa hubungan lamanya menjalani hemodialisa dengan berat badan kering pasien hemodialisa.

	berat badan kering
Lama HD	r =-0,008 P= 0,950 N = 62

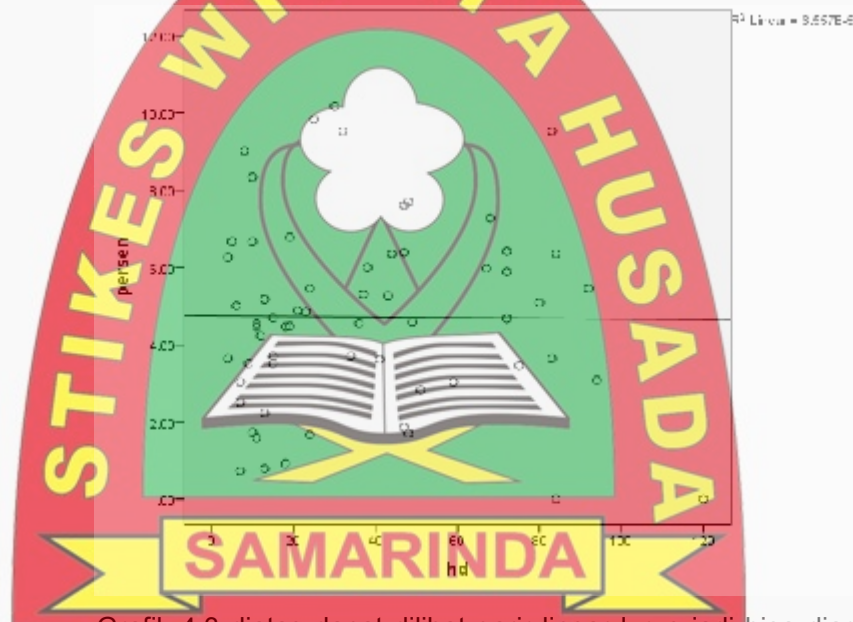
Tabel 4.7 berdasarkan tabel diatas uji signifikasi hasilnya menunjukkan nilai 0,950 yang berarti asosiasi kedua variabel adalah tidak signifikan.

Tabel 4.8 hubungan lamanya menjalani hemodialisa dengan berat badan kering pasien hemodialisa.

Variabel	r	R ²	Persamaan Garis	P value
Lama HD	-0,008	0,000	BBK= 4,738-0,001*lama	0,950

Tabel 4.8 berdasarkan tabel menggambarkan persamaan garis menunjukkan kemampuan mengontrol berat badan kering akan menurun sebesar 0,001 bila lama hemodialisa responden bertambah setiap bulannya. Koefisien determinasi usia 0 % berarti lama hemodialisa tidak berpengaruh pada nilai berat badan kering responden. Hasil kedua uji statistik menunjukkan tidak terdapat hubungan bermakna dan hasil penelitian ini tidak mendukung hipotesa yang ditegakkan peneliti.

Grafik 4.3 hubungan lamanya responden menjalani hemodialisa dengan berat badan kering pasien hemodialisa.



Grafik 4.3 diatas dapat dilihat garis linear lurus jadi bisa diartikan antara tidak adanya hubungan antara lama responden menjalani hemodialisa responden dengan berat badan kering pasien hemodialisa.

d. Hubungan jenis kelamin responden dengan berat badan kering pasien hemodialisa.

Karakteristik jenis kelamin dengan berat badan kering menggunakan *Independent t-test*. Analisa bivariat hubungan jenis kelamin dengan berat badan kering responden dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.9 distribusi nilai berat badan kering menurut jenis kelamin responden yang menjalani hemodialisa

Variabel	N	Mean	SD	SE	P Value
Laki-laki	32	4,331	2,17	0,385	0,203
Perempuan	30	5,12	2,63	0,481	

Tabel 4.9 analisa nilai rata-rata yang diperoleh dari berat badan kering responden laki-laki adalah 4,331, sedangkan pada responden perempuan nilai tengah berat badan keringnya sebesar 5,12. Hasil uji statistik diperoleh nilai P 0,203 berarti pada nilai alpha 0,05 tidak terlihat adanya hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan berat badan kering responden. Hasil penelitian ini tidak mendukung dari hipotesis yang ditegakkan peneliti.

e. Hubungan Tingkat pendidikan responden dengan berat badan kering pasien hemodialisa.

Analisa bivariat hubungan pendidikan dengan berat badan kering responden dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.10 distribusi nilai berat badan kering menurut pendidikan responden yang menjalani hemodialisa

Variabel	N	Mean	SD	SE	P Value
Rendah	19	4,66	2,760	0,633	0,912
Tinggi	43	4,73	2,297	0,350	

Tabel 4.10 menggambarkan analisa hasil nilai rata-rata berat badan kering responden yang memiliki pendidikan rendah sebesar 4,66 sedangkan responden yang memiliki pendidikan tinggi nilai berat badan keringnya sebesar 4,73. Hasil uji statistik didapatkan nilai P 0,912 yang berarti pada nilai alpha 0,05 tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan berat badan kering responden yang menjalani hemodialisa. Hasil penelitian ini tidak mendukung hipotesis yang sudah ditegakkan peneliti.

B. Pembahasan

Pembahasan dalam penelitian ini menjelaskan interpretasi dan diskusi hasil penelitian tentang hubungan antara *self management behaviors*

responden menjalani hemodialisa responden dengan berat badan kering pasien hemodialisa di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

1. Interpretasi dan diskusi hasil

Penelitian ini bertujuan menjelaskan usia, jenis kelamin, pendidikan, lama menjalani hemodialisa, *self management behaviors* dan berat badan kering pasien hemodialisa serta menjelaskan hubungan antara *self management behaviors* responden menjalani hemodialisa responden dengan berat badan kering pasien hemodialisa. Pembahasan dan hasil penelitian secara lengkap sebagai berikut :

a. Usia

Penelitian ini menunjukkan rentang usia responden yakni 22 tahun sampai 74 tahun dengan jumlah responden sebanyak 62 orang dan rata-rata usia responden adalah 46,55 tahun. Hasil yang hampir serupa dengan penelitian Suryarini (2010) yang menyatakan rata-rata usia responden 48,65 dan diyakini 95% rata-rata usia responden berdistribusi 46,45 tahun hingga 51,72 tahun. Asumsi dari peneliti mengenai hasil penelitian ini bahwa semakin tinggi usia (tua) menyebabkan penurunan sistem metabolisme dan fungsi organ, seperti halnya organ ginjal akan mengalami penurunan fungsi saat bertambahnya usia ditambah lagi dengan adanya faktor penyakit lainnya.

Penurunan laju filtrasi mulai terjadi saat usia 40 tahun sampai dengan 70 tahun keatas yang terjadi secara progresif sebanyak 50% dari kondisi normal (Smeltzer & Bare, 2002 disitasi Dewi Puspita, 2015). Pendapat dari ahli tersebut selaras dengan hasil penelitian ini, dimana responden yang mengalami penyakit ginjal kronik yang harus menjalani hemodialisa rata-rata berusia diatas 40 tahun.

b. Jenis Kelamin

Hasil penelitian ini menunjukkan pasien dengan penyakit ginjal kronik yang menerima hemodialisa di dominasi oleh laki-laki dengan nilai sebesar 51.6 % dibandingkan dengan perempuan sebesar 48,2%. Serupa dengan penelitian Istanthi (2009) dimana jumlah responden yang menjalani hemodialisa mayoritas laki-laki sebesar

62,5% dibandingkan dengan perempuan. Peneliti dalam penelitian ini menarik kesimpulan bahwa responden di dominasi laki-laki karena pola hidup yang kurang sehat seperti merokok dan suka minum minuman berenergi serta kurang memperhatikan asupan cairan yang memicu terjadinya penyakit ginjal kronik, hal ini di dapat peneliti dari hasil wawancara langsung terhadap responden. Pendapat serupa dikemukakan oleh Nurchayati (2010) yang mengemukakan bahwa reponden laki-laki lebih cenderung menderita penyakit ginjal kronik dibanding perempuan karena kebiasaan merokok, suka bergadang dan minum kopi.

Dominannya laki-laki beresiko terkena penyakit ginjal kronik juga bisa dipicu dari kemampuan untuk penyerapan oksalat yang menyebabkan batu ginjal. Berbeda dengan perempuan yang memiliki lebih banyak hormon esterogen yang berfungsi untuk menghambat pembentukan *cytokin* tertentu untuk menghambat osteoklas agar tidak berlebihan menyerap dari tulang sehingga kadar kalsium imbang. Efek protektif dari kalsium memiliki kemampuan untuk mencegah penyerapan oksalat yang bisa membentuk batu ginjal (Ganong ,2003 disitasi Dewi Puspita, 2015). Batu ginjal sendiri merupakan salah satu dari penyebab penyakit ginjal kronik.

c. Pendidikan

Hasil penelitian ini menunjukkan mayoritas responden mempunyai pendidikan tinggi (SMA dan Perguruan Tinggi) dengan nilai sebesar 69,3% sedangkan yang berpendidikan rendah sebesar 30,7% (SD dan SMP). Suryarinilsih (2010) dalam penelitiannya menyatakan hal serupa bahwa responden yang menjalani hemodialisa berpendidikan tinggi (SMA dan Perguruan Tinggi) sebesar 73,5% dan yang berpendidikan rendah (SD dan SMP) sebesar 26,5%. Yulaw (2009) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa pendidikan tinggi yang dimiliki seseorang akan menjadikan orang tersebut mampu mengatasi masalah yang dihadapi dengan rasa percaya diri yang tinggi, pengalaman yang lebih, mampu memperkiraan sesuatu dengan tepat serta mudah mengerti akan anjuran yang diberikan oleh petugas kesehatan dan hal ini akan berefek mengurangi kecemasan yang dialami. Liu (2010)

berpendapat serupa yakni pendidikan merupakan faktor penting pada pasien penyakit ginjal kronik untuk dapat memahami dan mengatur dirinya sendiri dalam membatasi makan dan minum.

Semakin tinggi pendidikan personal maka kecenderungan untuk berperilaku positif yang mana pendidikan menjadi landasan dalam perubahan pemahaman dan perilaku personal (Suryarini, 2010). Pendapat tersebut mendukung asumsi peneliti bahwa dengan tingginya pendidikan yang dimiliki responden maka kesadaran untuk mendapatkan pengobatan dan perawatan semakin tinggi dan juga berpengaruh kepada kepatuhan responden terhadap regimen terapi.

d. **Lamanya menjalani hemodialisa**

Terapi pengganti ginjal yang mayoritas digunakan dalam penanganan penyakit ginjal kronik yakni regimen hemodialisa. Seorang yang divonis mengalami penyakit ginjal kronik stadium akhir dengan manajemen terapinya adalah hemodialisa maka sepanjang hidupnya akan melakukan hal tersebut. Penelitian ini menunjukkan hasil rata-rata responden menjalani hemodialisa sebesar 36,84 bulan. Jangka waktu terlama responden menjalani hemodialisa adalah 120 bulan dan yang pendek yakni 4 bulan. Penelitian yang dilakukan Dewi P. (2015) menyatakan lamanya responden yang menjalani hemodialisa lebih dari 24 bulan sebesar 68,3%.

Hasil dari wawancara langsung terhadap responden awalnya responden takut saat akan dilakukan proses hemodialisa dan ada beberapa yang sempat menolak namun seiring berjalannya waktu dan semakin mengerti akan regimen terapi yang dijalani maka kesadaran pentingnya hemodialisa terus tumbuh. Asumsi peneliti lamanya hemodialisa berperan dalam proses kelangsungan hidup responden namun seiring waktu kejenuhan akan timbul karena dampak fisik dan psikologis dari hemodialisa yang berlangsung lama.

e. **Self Management Behaviors**

Self Management Behaviors atau perilaku manajemen diri pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi pengganti ginjal merupakan suatu strategi yang berorientasi pada kepatuhan dan



ketaatan individu dalam proses menjalani regimen pengobatan (Curtin et al 2008). Kepatuhan akan menjalani regimen terapi klien yang mengalami penyakit ginjal kronik merupakan kewajiban klien karena akan berkaitan dengan pembatasan asupan makanan dan cairan serta gaya hidup untuk mencegah terjadinya komplikasi lain serta memperlambat progresifitas penyakit (Thomas. H & Zazwoersky, 2005 disitasi Constantin, 2006). Literatur penelitian menunjukkan 33 % sampai 50 % responden tidak patuh terhadap regimen terapi (Tsay, 2003 disitasi Costantini, 2006).

Penelitian ini menghasilkan analisa rata-rata nilai *self management behaviors* yang dimiliki responden sebesar 44,63 dengan nilai terendah sebesar 29 dan yang tertinggi 57. Perbandingan antara penelitian ini dengan penelitian Curtin (2008) yakni penilaian *self management behaviors* dibagi menjadi 5 indikator masing masing indikator memiliki nilai rata-rata secara terpisah. Indikator penelitiannya meliputi : komunikasi dengan pemberi layanan mempunyai nilai rata-rata 2,35 dan rata-rata nilai untuk kepatuhan sebesar 3,64 yang merupakan nilai tertinggi dari penelitiannya. Nilai rata-rata perawatan diri sebesar 2,73 sedangkan nilai rata-rata untuk *self advocacy* sebesar 1,45 serta untuk kolaborasi dalam perawatan rata-rata nilai yang dihasilkan sebesar 1,92. Penelitian yang dilakukan Nasution (2013) mengaitkan *self management behaviors* dengan karakteristik demografi klien, segi pembiayaan, nilai-nilai yang dimiliki pasien hemodialisa serta kecemasan. Hasil dari penelitian Nasution (2013) tersebut menjelaskan adanya hubungan *self management* dengan pembiayaan (0,023), nilai-nilai (0,046) dan kecemasan (0,022). Melihat hasil dari penelitian ini dapat diartikan bahwa rerata nilai *self management behaviors* yang dimiliki pasien hemodialisa di RSUD Abdul Wahab Sjahranie dapat dikatakan cukup baik. Nasution (2013) menyebutkan *self management* yang efektif sangat penting bagi pengelolaan manajemen pengobatan pada pasien dengan penyakit ginjal kronik. Klien yang mempunyai *self management behaviors* yang efektif dapat menjadi role model bagi klien lainnya, namun kesinambungan *self management behaviors* yang efektif harus terus

dijaga dan ditingkatkan dengan cara pemberian edukasi rutin baik secara langsung maupun melalui media cetak.

f. **Berat Badan Kering pasien hemodialisa**

Berat badan kering pada proses hemodialisa merupakan standarisasi pencapaian berat badan ideal bagi pasien yang menjalani regimen terapi hemodialisa. Ada beberapa cara yang digunakan untuk menilai berat badan kering diantaranya melalui analisis *Bioimpedance*, *Inferior Vena Cava Diameter* (IVCD) dan menentukan secara klinis saat proses hemodialisa yang berorientasi

pada proses ultrafiltrasi cairan. Penambahan berat badan interdialitik disebabkan kelebihan volume cairan hal ini dimanefestasikan terjadi peningkatan berat badan. Terjadinya lonjakan peningkatan berat badan dijadikan dasar untuk mengetahui jumlah cairan yang masuk selama periode interdialitik (Arnold, 2003). Penambahan berat badan interdialitik menurut beberapa literatur ada beberapa perbedaan namun dengan adanya standar berat badan kering maka memudahkan untuk menghitung kelebihan cairan yang dialami klien.

Hasil penelitian ini rata-rata nilai berat badan kering sebesar 4,71 dengan nilai minimal 0,00 % dan maksimal 10,17 %. Estimasi interval 95% diyakini bahwa rerata berat badan kering yang dimiliki pasien hemodialisa sebesar 4,09% sampai dengan 5,32 %. Serupa dengan penelitian Suryarinilsih (2010) menyebutkan penambahan berat badan tertinggi adalah 8,16% dan terendah 0,88 % serta estimasi 95% rerata antara 4,23% hingga 5,04%. Asumsi peneliti akan hasil dari penelitian ini adalah berat badan kering pasien yang

menjalani hemodialisa di RSUD Abdul wahab Sjahranie masuk dalam kategori terkontrol, hal ini berdasarkan dari literatur yang menyebutkan bahwa berat badan kering dikatakan terkontrol jika kenaikan berat badan tidak melebihi 4,8% berat badan kering (KDOQI, 2006). Hemodialisa yang merupakan terapi pengganti ginjal terbukti efektif dalam proses ultrafiltrasi cairan maupun elektrolit serta sisa-sisa hasil metabolisme tubuh, namun proses hemodialisa dilakukan dalam 2-3 x/minggu sehingga terjadi penumpukan cairan, elektrolit beserta sisa metabolime dalam tubuh diluar proses

hemodialisa yang akibatnya berimbas pada perubahan kondisi kesehatan klien (Yetti, 2001 disitasi Suryarinilsih, 2010). Selaras dengan pendapat tersebut Foley et al (2002, disitasi Pace, 2007) menyebutkan peningkatan berat badan interdialitik yang melebihi 4,8% akan menimbulkan mortalitas walaupun tidak digambarkan secara jelas jumlah besarnya.

Pencapaian dan mempertahankan berat badan kering merupakan strategi efektif untuk mengendalikan penambahan berat badan interdialitik dan menjaga kestabilan tekanan darah. Menjaga kestabilan berat badan kering berpotensi untuk meningkatkan kinerja sistem kardiovaskuler (Agarwal et al, 2010). Selain pencapaian berat badan kering pembatasan natrium juga diperlukan agar normotension pasien yang menjalani hemodialisa tetap terjaga, namun dalam pelaksanaannya sangat sulit bagi klien untuk membatasi asupan natrium dikarenakan manajemen terapi yang berlangsung dalam jangka waktu lama. Pembatasan natrium dialisa saat proses hemodialisa dapat dilakukan untuk mengurangi rasa haus klien, membatasi berat badan interdialitik serta membantu pencapaian berat badan kering. Asumsi peneliti yakni efek tercapai dan terkontrolnya berat badan kering berimbas pada penambahan berat badan interdialitik yang akan terkontrol serta peningkatan kinerja sistem kardiovaskuler, hal ini menjadikan peningkatan status kesehatan pasien yang menjalani hemodialisa dan mengurangi angka rawat inap.

g. **Hubungan *self management behaviors* dengan berat badan kering**

Gambaran dari *self management behaviors* pada pasien yang menderita penyakit ginjal kronik tentu tidak terlepas dari konsep kepatuhan (Costantini, 2006). Kepatuhan merupakan elemen penting akan keberhasilan manajemen terapi penyakit ginjal kronik. Regimen terapi yang yang berjangka panjang mengharuskan tenaga kesehatan memberikan layanan yang bersifat menyeluruh baik dari segi fisik maupun psikologis bahkan dari segi finansial harus juga mendapat perhatian. Kompleksitas regimen terapi harus dibarengi niat dan tekad klien untuk bisa meningkatkan status kesehatan.

Kegigihan dan ketulusan tenaga kesehatan untuk mewujudkan perbaikan status kesehatan klien tidak akan terwujud tanpa adanya kolaborasi dari klien itu sendiri.

Inovasi regimen terapi terus dilakukan namun yang terpenting adalah kemauan klien untuk menjalani regimen terapi tersebut. Hemodialisa sebagai salah satu regimen terapi pengganti ginjal dikatakan efektif dalam menanggulangi permasalahan pada penyakit ginjal kronik namun dalam pelaksanaannya tentu saja terdapat kelemahan. Salah satu kelemahan dari proses hemodialisa yaitu keterbatasan dalam proses ultrafiltrasi cairan dan elektrolit, Pelaksanaan hemodialisa dilakukan sesuai jadwal yang dalam seminggu hanya dilakukan beberapa kali dengan intensitas waktu yang minim menyebabkan adanya keterbatasan dalam proses ultrafiltrasi, diluar jadwal klien tidak mampu melakukan proses ekskresi sesuai dengan asupan (penambahan berat badan interdialitik) dan hal ini menyebabkan permasalahan (Yetti, 2001 disitasi Suryarini, 2010). Keberhasilan hemodialisa bisa dilihat dari peningkatan status kesehatan klien namun tentu hal ini bisa terpenuhi jika syarat untuk keberhasilan hemodialisa terpenuhi.

Syarat keberhasilan hemodialisa yakni dengan pembatasan asupan cairan dan makanan. Pembatasan asupan cairan dan makanan bertujuan agar proses hemodialisa berjalan lancar karena mesin hemodialisa sebagai alat penarik cairan tentu mempunyai keterbatasan dalam proses kerjanya (mesin hemodialisa memiliki kapasitas tertentu dalam proses ultrafiltrasi). Pembatasan asupan menjadi suatu keharusan bagi klien penyakit ginjal kronik dan hal ini membutuhkan *self management behaviors* yang baik. *Self management behaviors* yang efektif diharapkan menjadikan klien patuh akan pembatasan asupan cairan dan makanan, mempunyai gaya hidup yang lebih sehat (mis : tidak merokok), makan makanan yang lebih bergizi disesuaikan dengan diet makanan yang dijalani serta mampu mengontrol penambahan berat badan interdialitik serta mampu mengendalikan *berat badan kering* yang menjadi standar berat acuan dalam proses ultrafiltrasi cairan dan elektrolit saat hemodialisa.

Hasil analisa hubungan *self management behaviors* dengan berat badan kering pasien hemodialisa pada penelitian ini menunjuk hubungan yang tidak bermakna ($P = 0,255$), meski hubungan terlihat tidak bermakna namun persamaan garis linier juga menunjukkan bahwa nilai berat badan kering terkontrol sebesar 0,056 bila *self management behaviors* bertambah setiap satu persen. Besaran koefisien determinasi *self management behaviors* 2,2% menentukan nilai berat badan kering. Penelitian Chilcot *et al* (2010) menyebutkan ketidakpatuhan memiliki nilai signifikan yang lebih rendah daripada klien yang patuh, Chilcot (2010) mengkategorikan ketidakpatuhan dengan berat badan interdialitik $> 3,21\%$ berat badan kering. Hasil dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa mendukung dari hipotesa yang sudah ditegaskan peneliti yaitu terdapat hubungan antara *self management behaviors* responden menjalani hemodialisa responden dengan berat badan kering pasien hemodialisa.

Asumsi dari peneliti dari hasil penelitian ini yaitu strategi yang efektif bagi klien yang menjalani hemodialisa adalah menumbuhkan dan terus meningkatkan *self management behaviors* yang baik sehingga klien mampu mengendalikan kenaikan berat badan interdialitik, agar kestabilan standar berat badan kering tetap terjaga karena terkontrolnya berat badan kering maka kejadian *overhidrasi* maupun *underhidrasi* tidak terjadi. Pencapaian berat badan kering menjadikan hemodialisa menjadi efektif untuk menanggulangi permasalahan penyakit ginjal kronik.

h. Hubungan usia dengan berat badan kering

Hubungan antara usia dengan berat badan kering responden dalam penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang bermakna ($P = 0,023$) dan berpola negatif ($r = -0,288$) yang artinya semakin tua usia responden maka kemampuan untuk mengontrol berat badan kering semakin menurun. Hal ini menegaskan bahwa kejadian hipertensi intradialitik lebih sering terjadi pada klien yang berusia dewasa dan usia lanjut dan yang memiliki berat badan kering lebih rendah dengan angka sebesar 15% (Inrig & Julia K, 2010). Studi yang dilakukan Suri *et al* (2006) menyatakan rata-rata usia yang menjalani hemodialisa berkisar antara 41-64 tahun. Berbanding dengan



penelitian Istanthi (2009) yang menghasilkan tidak ada hubungan bermakna ($r = 0,177$ $P = 0,230$) antara usia dengan berat badan interdialitik.

Peneliti berasumsi adanya hubungan bermakna antara usia dengan berat badan kering responden dalam penelitian ini dengan melihat nilai rerata usia berada antara 43,71 tahun sampai 49,38 tahun, namun menunjukkan rendahnya kemampuan untuk mengontrol berat badan kering artinya asumsi yang bisa diambil yakni responden merasa sudah tidak dapat produktif lagi akibat dari status kesehatan yang dialami, dimana faktor psikologis memegang peranan penting.

i. **Hubungan lama Hemodialisa dengan berat badan kering**

Analisa hubungan lamanya menjalani hemodialisa dengan nilai berat badan kering menunjukkan tidak ada hubungan ($r = -0,008$) dan berpola negatif. Hasil uji statistik juga tidak menunjukkan hubungan bermakna ($P = 0,950$) hasil penelitian ini tidak mendukung hipotesa yang ditegakkan peneliti. Studi yang serupa dilakukan Vincent (2011) menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan ($r = -0,06$ $P = 0,951$) antara lama menjalani hemodialisa dengan indeks masa tubuh pasien yang menjalani hemodialisa.

Hasil penelitian ini bisa diasumsikan dengan tidak terkaitnya antara lamanya pasien dengan menjalani hemodialisa dengan kemampuan responden dalam mengontrol berat badan keringnya. Waktu hemodialisa yang dijalani klien tidak serta merta membawa dampak positif dalam kemampuan mengontrol berat badan keringnya. Sikap dan perubahan perilaku ke arah negatif (tidak mengontrol asupan cairan) bisa saja terjadi pada pasien yang telah lama menjalani hemodialisa karena efek kejenuhan (bosan) menjalani regimen terapi dalam jangka waktu yang lama. Berbanding dengan pasien yang baru menjalani hemodialisa yang mau merubah pola hidup dan sikap dalam mengontrol asupan cairan tentu lebih akan berefek pada pengontrolan berat badan kering. Sikap merupakan faktor penting dalam perilaku seseorang termasuk dalam memutuskan ketaatan menjalani terapi hemodialisis (Fitriani, 2010).

j. **Hubungan jenis kelamin dengan berat badan kering**

Hasil penelitian ini adalah rata-rata nilai berat badan kering

responden laki-laki adalah 4,331 sedangkan responden perempuan rata-rata nilai berat badan keringnya sebesar 5,12. Hasil uji statistik diperoleh nilai P 0,203 berarti pada nilai alpha 0,05 tidak terlihat adanya hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan berat badan kering responden. Serupa dengan penelitian Istanthi (2009) yang menyatakan tidak ada perbedaan bermakna antara jenis kelamin ($p = 0,775$) dengan berat badan interdialitik yang rata-rata nilai untuk jenis kelamin laki-laki sebesar 4,058 sedangkan perempuan 3,890.

Asumsi dari peneliti yakni tidak ada kaitannya antara jenis kelamin dengan kontrol berat badan kering pasien hemodialisa karena baik laki-laki maupun perempuan mempunyai kemampuan yang sama dalam hal mengontrol berat badan kering. Kemampuan mengontrol berat badan kering tergantung dari kepatuhan responden dalam pembatasan asupan cairan seperti yang dikutip dari Istanthi (2009) bahwa tingkat kepatuhan yang dimiliki laki-laki lebih rendah daripada yang dimiliki perempuan. Perbedaan secara anatomi fisiologis yang dimiliki laki-laki dengan perempuan juga bisa menjadi pertimbangan bahwa secara fisik laki-laki banyak memiliki jaringan otot sedangkan perempuan memiliki banyak jaringan lemak dimana lemak sedikit mengandung kadar air. Studi lain juga menyebutkan bahwa perempuan lebih sedikit membutuhkan jumlah cairan dibandingkan laki-laki untuk memenuhi efek puas dalam mengatasi rasa haus yang dialaminya (Brunstrom disitasi Istanthi, 2009).

k. **Hubungan pendidikan dengan berat badan kering**

Analisa dari penelitian ini menghasilkan rata-rata nilai berat badan kering responden yang memiliki pendidikan rendah sebesar 4,66 sedangkan responden yang memiliki pendidikan tinggi nilai berat badan keringnya sebesar 4,73. Hasil tersebut menunjukkan bahwa nilai rata-rata tingkat pendidikan rendah (SD&SMP) maupun tinggi (SMA dan Perguruan Tinggi) hasilnya tidak jauh berbeda. Hasil uji statistik didapatkan nilai P = 0,912 yang berarti pada nilai alpha 0,05 tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan berat badan kering responden yang menjalani hemodialisa. Selaras dengan penelitian Istanthi (2009) yang menyebutkan tidak adanya

hubungan bermakna antara pendidikan dengan berat badan interdialitik ($P = 0,808$). Hasil penelitian ini didukung oleh studi yang dilakukan Barnett (2008) menyatakan bahwa tingkat pendidikan klien tidak mempengaruhi kemandirian klien dalam hal perawatan dirinya yang menjalani hemodialisa namun diperoleh melalui pengetahuan. Pengetahuan itu sendiri didapat bisa melalui informasi yang didapat baik dari media cetak maupun elektronik.

Hasil dari penelitian ini bisa diartikan bahwa tingkat pendidikan tidak berperan besar dalam kemampuan responden dalam mengontrol berat badan keringnya namun bisa saja diperoleh dari pengalaman klien itu sendiri maupun pengalaman dari orang lain yang membawa pengaruh dalam kemampuannya tersebut. Sumber informasi yang bisa didapat dari media cetak maupun elektronik serta pendidikan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan juga bisa membawa dampak positif, terlebih dari ke semua sumber yang memberi pengetahuan akan pentingnya kemampuan mengontrol berat badan kering pada klien, hal yang terpenting yakni kemauan klien untuk bisa merubah perilaku dan sikap bisa menerima dan menjalankan pengetahuan yang didapatkan dalam pengelolaan asupan cairan dan diet.

C. Kesulitan dan Kelemahan Penelitian

Peneliti dalam melakukan penelitian menemui beberapa kendala baik saat pelaksanaan penelitian maupun saat pengolahan data. Keterbatasan yang dimiliki peneliti baik dari segi materi maupun non materi menjadi hal yang tidak mudah dilewati peneliti, namun hasil akhir yang didapat peneliti yaitu mempunyai pengalaman dan pengetahuan baru dalam hal penelitian. Kesulitan dan kelemahan yang ditemui selama pelaksanaan penelitian ini antara lain :

1. Usia sebagai variabel independen menggunakan skala ukur rasio yang dalam pengambilan data saat penelitian ditemukan rentang usia yang cukup jauh (22 tahun - 74 tahun) sehingga dapat mempengaruhi hasil dari penelitian.
2. Instrumen yang berupa kuisisioner hanya satu varian, jadi variabel yang diteliti kurang bervariasi mungkin diperlukan lebih banyak kuisisioner agar

didapatkan hasil signifikan lainnya.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Penelitian ini meneliti tentang hubungan antara *self management behaviors* dengan berat badan kering pasien hemodialisa di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang dilakukan melalui pengumpulan data dengan 62 responden pada bulan 18 April sampai 23 April 2016. Hasil yang diperoleh dari penelitian ini secara umum diambil simpulan : usia termuda responden adalah 22 tahun dan yang tertua adalah 74 tahun, jumlah responden laki-laki lebih banyak daripada responden perempuan. Responden sebagian besar memiliki tingkat pendidikan tinggi (SMA dan Perguruan Tinggi). Lamanya responden menjalani hemodialisa teridentifikasi waktu terpendek adalah 4 bulan dan waktu terlama adalah 120 bulan. Penelitian ini juga telah mengidentifikasi *self management behaviors* dengan nilai terendah adalah 29 dan yang tertinggi adalah 57, sedangkan nilai berat badan kering responden dimana nilai terendah adalah 0,00 % dan yang tertinggi adalah 10,17 %. Penelitian ini juga menghasilkan simpulan bahwa tidak adanya hubungan bermakna antara jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama hemodialisa dan *self management behaviors* dengan berat badan kering pasien hemodialisa. Terdapat hubungan yang bermakna antara usia responden dengan berat badan kering pasien hemodialisa di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan ada beberapa saran untuk berbagai pihak yakni sebagai berikut :

1. Bagi Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Pencapaian kestabilan pasien hemodialisa dalam menjaga berat badan kering merupakan indikasi tercapainya adekuasi hemodialisa yang berorientasi pada manajemen penanganan penyakit ginjal kronis.

Kemampuan pasien tersebut merupakan salah satu indikator tercapainya mutu layanan kesehatan yang diberikan rumah sakit khususnya di ruang hemodialisa, sehingga manajemen rumah sakit dapat memberikan peluang seoptimal mungkin bagi para perawat hemodialisa untuk mengikuti pelatihan - pelatihan sehingga menjadi perawat hemodialisa yang kompeten, inovatif dan kreatif serta mampu menganalisa hal-hal yang berkaitan dengan manajemen terapi penyakit ginjal kronik khususnya untuk menjaga kestabilan berat badan idela pasien hemodialisa. .

2. Bagi perawat ruang hemodialisa RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Kemampuan dan ketelitian perawat hemodialisa dalam mengidentifikasi dan menilai hal-hal yang berkaitan dengan berat badan kering sebagai berat badan ideal pasien hemodialisa sangat penting. Perawat hemodialisa diharapkan secara kontinyu memberikan support psikologis maupun pendidikan kesehatan tentang pencapaian berat badan kering terhadap pasien yang menjalani hemodialisa. Hal ini dapat memberikan motivasi untuk pengembangan *self management behaviors* yang dimiliki pasien hemodialisa agar berat badan kering yang menjadi patokan pasien hemodialisa dalam proses *ultrafiltrasi* cairan bisa tetap terjaga kestabilannya, serta menjadikan pasien hemodialisa tetap bisa produktif dalam kesehariannya.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Bagi peneliti yang akan mengembangkan penelitian ini bisa memasukan variabel lain untuk memperkuat adanya hubungan yang terjadi. Memasukan variabel seperti self efikasi, program edukasi maupun variabel lain juga bisa menambah sensitivitas dari pengembangan penelitian. Desain kualitatif juga bisa menjadi pilihan untuk menggali persepsi pasien, pengalaman, maupun fenomena terkait dengan pencapaian berat badan kering pada pasien hemodialisa.



DAFTAR PUSTAKA

AGARWAL, Rajiv; WEIR, Matthew R (2010). Dry-weight: a concept revisited in an effort to avoid medication-directed approaches for blood pressure control in hemodialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 5.7: 1255-1260.

Agustriadi, Ommy, et al (2009). Hubungan Antara Perubahan Volume Darah Relatif Dengan Episode Hipotensi Intradialitik Selama Hemodialisis Pada Gagal Ginjal Kronik. *journal of internal medicine*,10.2. Ojs.unud.ac.id

Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta

Barnett, M. (2008). Fluid compliance among patients having haemodialysis: can an educational programmer make a difference? *Journal of advance nursing*.. Oxford

Candan, C., Sever, L., Civilbal, M., Galiskan, S., & Arisoy, N. (2009). Blood volume monitoring to adjust dry weight in hypertensive pediatric hemodialysis patients. *Pediatric Nephrology*, 24(3), 581-7. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00467-008-0985-9>.

Chilcot, Joseph, David Wellsted, and Ken Farrington (2010). Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. *Journal of psychosomatic research* 68.2 : 203-212.

Costantini, L. (2006). Compliance, adherence, and self-management: Is a paradigm shift possible for chronic kidney disease clients? *CANN T Journal*, 16(4), 22-6. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/236627515?accountid=25704>

Crockell, Yvette J,M.H.A., R.Ph. (2012). Management of chronic kidney disease: An emphasis on delaying disease progression and treatment options. *Formulary*, 47(6)67 228-0_3. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1026938494? accountid=25704>

Curtin, Roberta Braun, et al (2008). Self-efficacy and self-management behaviors in patients with chronic kidney disease. *Advances in chronic kidney disease*, 2008, 15.2: 191-205. DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/j.ackd.2008.01.006>.

Chen, Sue-Hsien, et al (2011). The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease—a prospective randomized controlled trial. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2011, 26.11: 3560-3566. ISSN 1460-2385 - Print ISSN 0931-0509.

Ford-Anderson, C. (2010). *The impact of demographics, social support and health beliefs on adherence to hemodialysis treatment regimen* (Order No. 3407205). Available from Health Management Database; ProQuest Dissertations & Theses Full Text: The Humanities and Social Sciences Collection. (366834328). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/366834328?accountid=25704>

Hidayat, A.A., (2007), *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika

Istanti, Yuni Permatasari (2014). Hubungan Antara masukan Cairan Dengan Interdialytic Weight Gains (IDGW) Pada Pasien CHronic Kidney Disease Di Unit Hemodialisis RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, PROFESI Vol 10 : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Inrig, Julia K (2010). Intradialytic hypertension: a less-recognized cardiovascular complication of hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases* 55.3 : 580-589.

Latan, H., Temalagi, S (2013). *Analisis Multivariate Teknik dan Aplikasi*. Bandung Alfabeta

Lin, Chiu-Chu, et al (2013). Effects of a self-management program on patients with early stage chronic kidney disease: A pilot study. *Applied Nursing Research*, 2013, 26.3: 151-156. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2013.01.002>

Mokodompit, Dyana Citra (2015). Pengaruh Kelebihan Kenaikan Berat Badan Terhadap Kejadian Komplikasi Gagal Jantung Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa DI RS Se-Provinsi Gorontalo. Skripsi : Universitas Negeri Gorontalo.

Nasution, Tina Handayani et al (2013). Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Manajemen Diri Pada Pasien Yang Menjalani Hemodilisa Di Ruang Hemodialisis RSUP DR Hasan Sadikin Bandung. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 2013, 1.2: pp. 162-168. jik.ub.ac.id

Riyanto, Welas (2011). Hubungan Antara Penambahan Berat Badan Di Antara Dua Waktu Hemodialisa (Interdialytic Weight Gain = IDGW) Terhadap Kualitas Hidup Pasien Yang Menjalani Terapi Hemodialisa Di Unit Hemodialisa IP2K RSUP Fatmawati Jakarta. Tesis : Universitas Indonesia.

Syamsiah, Nita (2011). Faktor-Faktor Yang berhubungan Dengan Kepatuhan Pasien CKD Yang Menjalani Hemodialisa Di RSPAU Dr. Esnawan Antarksa Halim Perdana Kusuma Jakarta: Tesis Universitas Indonesia

Notoatmodjo, S. (2010). Metodologi Penelitian Kesehatan, Jakarta : Rineka Cipta

Nursalam. (2011). Managemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik keperawatan Profesional. Edisi Ketiga. Jakarta : Salemba Medika

Palmer, Biff F., and William L. Henrich(2008). Recent advances in the prevention and management of intradialytic hypotension. *Journal of the American Society of Nephrology* 19.1 : 8-11.

Potter, P.,A dan Perry, A. G (2005). Buku Ajar Fundamental keperawatan ; konsep,proses, dan praktik (Yasmin Asih, dkk, Penerjemah), Edisi 4 , Jakarta EGC

Ramelan, Mia Intania, et al (2013). Analisis Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan Pada Klien Dengan Chronic Kidney Disease Yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 2013, 1.4. Ejournal.stikestelogorejo.ac.id

Riduan, (2010). Dasar - Dasar Statistika, Bandung : alfabeta

Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2008). *Textbook of Medical Surgical Nursing*. 12 ed Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sopiyudin Dahlan, (2015). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan* Edisi 6. Jakarta : Epidemiologi Indonesia

Sopiyudin Dahlan, (2014). *Langkah - langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan* seri 3, Jakarta : Sagung Seto

Suryarinilsih, Y. (2010) Hubungan Penambahan Berat Badan Antara Dua Waktu Dialisis Dengan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa di Rumah Sakit Dr. Djamil Padang. Tesis Universitas Indonesia

Sulistyaningsih, Dwi Retno (2012). Efektivitas Training Efikasil Diri Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik Dalam Meningkatkan Kepatuhan Terhadap Intake Cairan *Majalah Ilmiah Sultan Agung*, 2012, 50.128: 11-25.jurnal.unissula.ac.id

Sugiyono, (2015). Metode penelitian kombinasi (Mixed methods). Bandung : Alfabeta

Sugiyono, (2011). Metode penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R & D. Bandung : Alfabeta

Suri, Rita S., *et al* (2006). Daily hemodialysis: a systematic review. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 1.1 : 33-42.



DAFTAR PUSTAKA

AGARWAL, Rajiv; WEIR, Matthew R (2010). Dry-weight: a concept revisited in an effort to avoid medication-directed approaches for blood pressure control in hemodialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 5.7: 1255-1260.

Agustriadi, Ommy, et al (2009). Hubungan Antara Perubahan Volume Darah Relatif Dengan Episode Hipotensi Intradialitik Selama Hemodialisis Pada Gagal Ginjal Kronik. *journal of internal medicine*,10.2. Ojs.unud.ac.id

Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta

Barnett, M. (2008). Fluid compliance among patients having haemodialysis: can an educational programmer make a difference? *Journal of advance nursing*.. Oxford

Candan, C., Sever, L., Civilbal, M., Galiskan, S., & Arisoy, N. (2009). Blood volume monitoring to adjust dry weight in hypertensive pediatric hemodialysis patients. *Pediatric Nephrology*, 24(3), 581-7. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00467-008-0985-9>.

Chilcot, Joseph, David Wellsted, and Ken Farrington (2010). Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. *Journal of psychosomatic research* 68.2 : 203-212.

Costantini, L. (2006). Compliance, adherence, and self-management: Is a paradigm shift possible for chronic kidney disease clients? *CANNIT Journal*, 16(4), 22-6. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/236627515?accountid=25704>

Crockell, Yvette J,M.H.A., R.Ph. (2012). Management of chronic kidney disease: An emphasis on delaying disease progression and treatment options. *Formulary*, 47(6)67 228-0_3. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1026938494? accountid=25704>

Curtin, Roberta Braun, et al (2008). Self-efficacy and self-management behaviors in patients with chronic kidney disease. *Advances in chronic kidney disease*, 2008, 15.2: 191-205. DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/j.ackd.2008.01.006>.

Chen, Sue-Hsien, et al (2011). The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease—a prospective randomized controlled trial. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2011, 26.11: 3560-3566. ISSN 1460-2385 - Print ISSN 0931-0509.

Ford-Anderson, C. (2010). *The impact of demographics, social support and health beliefs on adherence to hemodialysis treatment regimen* (Order No. 3407205). Available from Health Management Database; ProQuest Dissertations & Theses Full Text: The Humanities and Social Sciences Collection. (366834328). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/366834328?accountid=25704>

Hidayat, A.A., (2007), *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika

Istanti, Yuni Permatasari (2014). Hubungan Antara masukan Cairan Dengan Interdialytic Weight Gains (IDGW) Pada Pasien CHronic Kidney Disease Di Unit Hemodialisis RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, PROFESI Vol 10 : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Inrig, Julia K (2010). Intradialytic hypertension: a less-recognized cardiovascular complication of hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases* 55.3 : 580-589.

Latan, H., Temalagi, S (2013). *Analisis Multivariate Teknik dan Aplikasi*. Bandung Alfabeta

Lin, Chiu-Chu, et al (2013). Effects of a self-management program on patients with early stage chronic kidney disease: A pilot study. *Applied Nursing Research*, 2013, 26.3: 151-156. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2013.01.002>

Mokodompit, Dyana Citra (2015). Pengaruh Kelebihan Kenaikan Berat Badan Terhadap Kejadian Komplikasi Gagal Jantung Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa DI RS Se-Provinsi Gorontalo. Skripsi : Universitas Negeri Gorontalo.

Nasution, Tina Handayani et al (2013). Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Manajemen Diri Pada Pasien Yang Menjalani Hemodilisa Di Ruang Hemodialisis RSUP DR Hasan Sadikin Bandung. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 2013, 1.2: pp. 162-168. jik.ub.ac.id

Riyanto, Welas (2011). Hubungan Antara Penambahan Berat Badan Di Antara Dua Waktu Hemodialisa (Interdialytic Weight Gain = IDGW) Terhadap Kualitas Hidup Pasien Yang Menjalani Terapi Hemodialisa Di Unit Hemodialisa IP2K RSUP Fatmawati Jakarta. Tesis : Universitas Indonesia.

Syamsiah, Nita (2011). Faktor-Faktor Yang berhubungan Dengan Kepatuhan Pasien CKD Yang Menjalani Hemodialisa Di RSPAU Dr. Esnawan Antarksa Halim Perdana Kusuma Jakarta: Tesis Universitas Indonesia

Notoatmodjo, S. (2010). Metodologi Penelitian Kesehatan, Jakarta : Rineka Cipta

Nursalam. (2011). Managemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik keperawatan Profesional. Edisi Ketiga. Jakarta : Salemba Medika

Palmer, Biff F., and William L. Henrich(2008). Recent advances in the prevention and management of intradialytic hypotension. *Journal of the American Society of Nephrology* 19.1 : 8-11.

Potter, P.,A dan Perry, A. G (2005). Buku Ajar Fundamental keperawatan ; konsep,proses, dan praktik (Yasmin Asih, dkk, Penerjemah), Edisi 4 , Jakarta EGC

Ramelan, Mia Intania, et al (2013). Analisis Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan Pada Klien Dengan Chronic Kidney Disease Yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 2013, 1.4. Ejournal.stikestelogorejo.ac.id

Riduan, (2010). Dasar - Dasar Statistika, Bandung : alfabeta

Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2008). *Textbook of Medical Surgical Nursing*. 12 ed Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sopiyudin Dahlan, (2015). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan* Edisi 6. Jakarta : Epidemiologi Indonesia

Sopiyudin Dahlan, (2014). *Langkah - langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan seri 3*, Jakarta : Sagung Seto

Suryarinilsih, Y. (2010) Hubungan Penambahan Berat Badan Antara Dua Waktu Dialisis Dengan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa di Rumah Sakit Dr. Djamil Padang. Tesis Universitas Indonesia

Sulistyaningsih, Dwi Retno (2012). Efektivitas Training Efikasil Diri Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik Dalam Meningkatkan Kepatuhan Terhadap Intake Cairan *Majalah Ilmiah Sultan Agung*, 2012, 50.128: 11-25.jurnal.unissula.ac.id

Sugiyono, (2015). Metode penelitian kombinasi (Mixed methods). Bandung : Alfabeta

Sugiyono, (2011). Metode penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R & D. Bandung : Alfabeta

Suri, Rita S., *et al* (2006). Daily hemodialysis: a systematic review. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 1.1 : 33-42.





PENIMBANGAN BERAT BADAN PASIEN



PENGISIAN KUISIONER PASIEN

JADWAL KEGIATAN PENELITIAN

No	Kegiatan	TAHUN 2015 s.d 2016									
		Nop	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt
1	Informasi penyelenggaraan skripsi	■	■								
2	Pengajuan judul dan nama pembimbing	■	■								
3	Konfermasi judul ke pembimbing	■	■								
4	Revisi judul skripsi										
5	Penelusuran literature proses bimbingan dan penyusunan proposal										
6	Seminar proposal										
7	Revisi dan persetujuan oleh pembimbing										
8	Penelitian dan penulisan laporan hasil penelitian								■	■	
9	Pendaftaran hasil skripsi								■	■	
10	Pelaksanaan ujian skripsi								■	■	
11	Revisi laporan skripsi								■	■	■
12	Penyerahan laporan skripsi								■	■	■

KUISIONER
HUBUNGAN SELF MANAGEMENT BEHAVIORS DENGAN BERAT
BADAN KERING PASIEN HEMODIALISA DI RSUD ABDUL WAHAB
SJAHRANIE SAMARINDA

Petunjuk Pengisian Kuesioner :

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap item pertanyaan / pernyataan dalam kuesioner ini.
2. Pilihlah jawaban yang sesuai menurut anda dengan memberi tanda contong (√) pada kotak pilihan/ kolom yang tersedia.
3. Isilah titik yang tersedia dengan jawaban yang benar.
4. Dimohon kepada Bapak/Ibu untuk tidak mengosongkan jawaban walau hanya satu pertanyaan.



Nomor Responden : (diisi oleh peneliti)

A. DATA DEMOGRAFI

1. Umur anda saat ini : Tahun
2. Jenis Kelamin anda : laki-laki perempuan
3. Pendidikan : SD SMP
 SMA Perguruan tinggi
 Lain-lain, sebutkan
4. Kapan anda memulai
Terapi hemodialisis : bulan tahun

PANDUAN PENGUKURAN BERAT BADAN PADA PASIEN HEMODIALISA

1. Hitung berat badan pasien sebelum dilakukan hemodialisis saat sekarang
2. Hitung berat badan pasien post hemodialisis sebelumnya
3. Hitung selisih antara penambahan berat badan antara berat badan post hemodialisis pada periode sebelumnya dengan berat badan sebelum hemodialisis saat sekarang.

Hitung penambahan berat badan dengan rumus berat badan post hemodialisis pada periode HD sebelumnya dikurangi berat badan pasien sebelum HD saat sekarang dibagi berat badan sebelum HD saat sekarang dikali dengan 100 %.

Misalnya :

Berat badan sebelum HD sekarang : 59,60 Kg

Standar berat badan kering : 56,40 Kg

Penambahan berat badanya adalah : $59,60 \text{ Kg} - 56,40 \text{ Kg} = 3,20 \text{ kg}$

Maka nilai penambahan berat badan antara dua waktu dialisis : 5,4 %

$$\frac{3,20 \text{ Kg}}{59,60 \text{ Kg}} \times 100 \% = 5,4 \%$$



E-1

LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN BERAT BADAN

Kuisisioner : Self Management Behaviors

Petunjuk Pengisian

1. Bacalah pernyataan dan pilihan jawaban dengan teliti dan cermat.
2. Pernyataan nomor 1 sampai 15 terdapat empat pilihan : selalu, sering, kadang-kadang, tidak pernah.
3. Seluruh pertanyaan berikut ini berkaitan dengan persepsi anda terhadap sikap atau perilaku perawat selama merawat anda.
4. Pilihlah salah satu jawaban yang anda paling anggap sesuai dengan penilaian anda dengan cara memberi tanda check list (√).
5. Jika anda ingin mengganti pilihan jawaban karena pilihan jawaban karena pilihan jawaban pertama salah, maka cukup dengan memberi tanda (X) pada tanda check list (√) yang salah, kemudian beri tanda check list (√) baru pada kolom jawaban yang anda anggap benar.
6. Dimohon kepada bapak/ibu, sdr/i untuk tidak mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pertanyaan.
7. Keterangan pilihan jawaban dan artinya.

Pilihan Jawaban	Artinya
Selalu	Pernyataan “ selalu “ merupakan kebiasaan yang rutin dilakukan.
Sering	Pernyataan “ sering ” merupakan kebiasaan yang dilakukan namun tidak rutin.
Kadang-kadang	Pernyataan “ pernah “ merupakan hal yang sesekali dirasakan atau dilakukan.
Tidak Pernah	Pernyataan “ tidak pernah” merupakan hal sama sekali tidak dirasakan atau dilakukan.

No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Kadang kadang	Tidak Pernah
1.	Menyampaikan gejala yang mungkin dialami selama menjalani hemodialisis kepada tenaga kesehatan seperti kram otot atau menggigil.				
2.	Membaca buku atau internet untuk mencari informasi tentang terapi hemodialisis yang sedang dijalani				
3.	Berdiskusi dengan tenaga kesehatan tentang tindakan yang dilakukan bila tidak bisa menahan haus di rumah.				
4.	Segera datang ke rumah sakit bila muncul gejala yang tidak bisa diatasi sendiri seperti sesak nafas.				
5.	Mendiskusikan dengan tenaga kesehatan tentang jumlah cairan tubuh yang akan dikeluarkan saat hemodialisis				
6.	Menyampaikan kepada tenaga kesehatan tentang parameter dari mesin hemodialisis yang diinginkan seperti QB (kecepatan aliran darah) dan waktu dialisis.				
7.	Mengecek parameter dari mesin dialisis seperti QB (kecepatan aliran darah) dan waktu dialisis selama proses hemodialisis berlangsung.				
8.	Memilih makanan sesuai diet seperti memilih sayuran dan buah dengan kandungan kalium yang rendah				
9.	Membatasi asupan cairan sesuai dengan yang disarankan tenaga kesehatan				
10.	Merawat arteriovenous shunt (cimino)				
11.	Mengonsumsi obat yang diresepkan				

F-3

	dokter				
12.	Menjaga berat badan tidak melebihi dari yang disarankan				
13.	Rutin datang ke rumah sakit untuk menjalani terapi hemodialisis sesuai dengan yang telah dijadwalkan				
14.	Meluangkan waktu untuk melakukan kegiatan yang menyenangkan dalam sehari				
15.	Menyesuaikan kegiatan dan pekerjaan yang dilakukan dengan kondisi tubuh.				





LEMBAR PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Kepada Yth
Calon Responden
RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Dengan Hormat,

Puji syukur kehadiran Allah SWT sehingga kita selalu dalam rahmat-Nya, dengan ini saya :

Nama : Runtiani

NIM : 14.0246.478.01

Program studi : Program Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda

Bermaksud melakukan penelitian dengan judul “ Hubungan *Self Management Behaviors* Dengan Berat Badan Kering Pasien hemodialisa “.

- a. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan *self management behaviors* dengan berat badan kering pasien hemodialisa.
- b. Kuisioner berisi 15 pertanyaan tentang *self management behaviors* yang bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan *self management behaviors* yang bisa diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Pengisian kuisioner ini memerlukan waktu 30 menit untuk mengisi 15 pertanyaan.
- c. Data yang diperoleh dapat menjadi masukan bagi pihak manajemen RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dalam meningkatkan mutu layanan ruang hemodialisa.
- d. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif terhadap institusi maupun responden.
- e. Peneliti juga menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh baik dalam pengumpulan pengelolaan maupun presentasi.

Peneliti sangat mengharapkan partisipasi saudara/saudari dalam penelitian ini dan sebagai tanda setuju mohon kesediaanya untuk menandatangani lembar persetujuan dan mengisi kuisisioner yang dibagikan. Atas kesediaan dan partisipasinya saya mengucapkan terima kasih.

Pembimbing :

Ns. Chrisyen Damanik, S. Kep,M.Kep. *Contact person* : 081235338835

Ns. Anisa A'in, S.Kep.*Contact person* : 082151101001



LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Setelah mendapatkan ini formasi dan membaca lembar penjelasan maka saya :

Nama :

Alamat :

Memahami manfaat dan tujuan penelitian ini. Saya mengerti dan percaya bahwa penelitian ini akan menghargai dan menjunjung tinggi hak - hak saya sebagai responden.

Saya mengerti keikutsertaan saya dalam kajian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Dengan menandatangani lembar persetujuan ini, maka saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Samarinda, Februari 2016



Responden

(.....)

Tanda tangan dan nama lengkap

UJI STATISTIK

1. KARAKTERISTIK RESPONDEN

a) Jenis Kelamin

Case Processing Summary

	jenis kelamin	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
persen	laki-lak	32	100.0%	0	0.0%	32	100.0%
	perempuan	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%

Descriptives

	jenis kelamin	Statistic	Std. Error			
persen	laki-laki	Mean	4.3311	.38511		
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.5457		
			Upper Bound	5.1166		
		5% Trimmed Mean	4.2299			
		Median	4.3448			
		Variance	4.746			
		Std. Deviation	2.17853			
		Minimum	.73			
		Maximum	10.17			
		Range	9.44			
		Interquartile Range	2.42			
		Skewness	.607	.414		
		Kurtosis	.678	.809		
		persen	perempuan	Mean	5.1202	.48197
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.1345
Upper Bound	6.1060					

		5% Trimmed Mean	5.1485	
		Median	5.0424	
		Variance	6.969	
		Std. Deviation	2.63988	
		Minimum	.00	
		Maximum	9.84	
		Range	9.84	
		Interquartile Range	3.32	
		Skewness	-.155	.427
		Kurtosis	-.342	.833

Tests of Normality							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
persen	laki-laki	.084	32	.200*	.963	32	.325
	perempuan	.104	30	.200*	.974	30	.652

b) Tingkat Pendidikan

Case Processing Summary							
		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
persen	1	19	100.0%	0	0.0%	19	100.0%
	2	43	100.0%	0	0.0%	43	100.0%

Descriptives

		pddk	Statistic	Std. Error
persen	1	Mean	4.6610	.63325
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.3306
			Upper Bound	5.9914
		5% Trimmed Mean	4.6139	

		Median	4.8387		
		Variance	7.619		
		Std. Deviation	2.76026		
		Minimum	.00		
		Maximum	10.17		
		Range	10.17		
		Interquartile Range	3.55		
		Skewness	.432	.524	
		Kurtosis	-.110	1.014	
		Mean	4.7359	.35033	
2		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.0289	
			Upper Bound	5.4429	
			5% Trimmed Mean	4.7127	
			Median	4.5872	
			Variance	5.277	
			Std. Deviation	2.29726	
			Minimum	.00	
			Maximum	9.52	
			Range	9.52	
			Interquartile Range	2.90	
			Skewness	.090	.361
			Kurtosis	-.183	.709

Tests of Normality							
	pddk	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
persen	1	.123	19	.200*	.969	19	.754
	2	.081	43	.200*	.980	43	.638

C) Usia, Lama HD self management behaviors, berat badan kering

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
umur	62	100.0%	0	0.0%	62	100.0%
hd	62	100.0%	0	0.0%	62	100.0%
self	62	100.0%	0	0.0%	62	100.0%
persen	62	100.0%	0	0.0%	62	100.0%

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
umur	Mean	46.55	1.418	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	43.71	
		Upper Bound	49.38	
	5% Trimmed Mean	46.51		
	Median	48.00		
	Variance	124.580		
	Std. Deviation	11.162		
	Minimum	22		
	Maximum	74		
	Range	52		
	Interquartile Range	16		
	Skewness	-.001	.304	
	Kurtosis	-.231	.599	
hd	Mean	36.84	3.672	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	29.50	
		Upper Bound	44.18	
	5% Trimmed Mean	35.05		
	Median	27.50		
	Variance	836.137		
	Std. Deviation	28.916		

	Minimum		4	
	Maximum		120	
	Range		116	
	Interquartile Range		41	
	Skewness		.834	.304
	Kurtosis		-.242	.599
self	Mean		44.63	.812
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	43.01	
		Upper Bound	46.25	
	5% Trimmed Mean		44.73	
	Median		45.50	
	Variance		40.860	
	Std. Deviation		6.392	
	Minimum		29	
	Maximum		57	
	Range		28	
	Interquartile Range		11	
	Skewness		-.217	.304
	Kurtosis		-.746	.599
	persen	Mean		4.7130
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	4.0970	
		Upper Bound	5.3289	
5% Trimmed Mean			4.6759	
Median			4.6300	
Variance			5.883	
Std. Deviation			2.42550	
Minimum			.00	
Maximum			10.17	
Range			10.17	
Interquartile Range			3.28	
Skewness			.218	.304
Kurtosis			-.199	.599

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
umur	.116	62	.037	.982	62	.477
hd	.159	62	.000	.893	62	.000
self	.104	62	.091	.974	62	.221
persen	.057	62	.200*	.981	62	.451

2. Bivariat

A. Uji Pearson

a) Usia dengan berat badan kering

Correlations			
		persen	umur
persen	Pearson Correlation	1	-.288*
	Sig. (2-tailed)		.023
	N	62	62
umur	Pearson Correlation	-.288*	1
	Sig. (2-tailed)	.023	
	N	62	62

b) Lama hemodialisa dengan berat badan kering

		persen	hd
persen	Pearson Correlation	1	-.008
	Sig. (2-tailed)		.950
	N	62	62
hd	Pearson Correlation	-.008	1
	Sig. (2-tailed)	.950	
	N	62	62

c) Self management behaviors dengan berat badan kering

Correlations

		persen	self
persen	Pearson Correlation	1	.147
	Sig. (2-tailed)		.255
	N	62	62
self	Pearson Correlation	.147	1
	Sig. (2-tailed)	.255	
	N	62	62

2. Uji Independent t-Test

a) Jenis kelamin dengan berat badan kering

Group Statistics

	JK	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
persen	laki2	32	4.3311	2.17853	.38511
	perempuan	30	5.1202	2.63988	.48197

INDEPENDEN SAMPLE TEST

		Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
persen	Equal variances assumed	.964	.330	-1.287	60	.203	-.78913	.61311	-2.01553	.43727
	Equal variances not assumed			-1.279	56.360	.206	-.78913	.61694	-2.02483	.44657

b) Pendidikan dengan berat badan kering

Group Statistics

	pddk	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
persen	rendah	19	4.6610	2.76026	.63325
	tinggi	43	4.7359	2.29726	.35033

INDEPENDEN SAMPLE TEST

		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Interval Difference		
										Lower	Upper
persen	Equal variances assumed	.774	.382	-.111	60	.912	-.07496	.67365	-1.42246	1.27253	
	Equal variances not assumed			-.104	29.519	.918	-.07496	.72369	-1.55395	1.40403	

3. Uji regresi linier sederhana

a. Usia dengan berat badan kering

Variables Entered/Removed ^a			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	umur ^b		Enter

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.288 ^a	.083	.067	2.34230

ANOVA^a

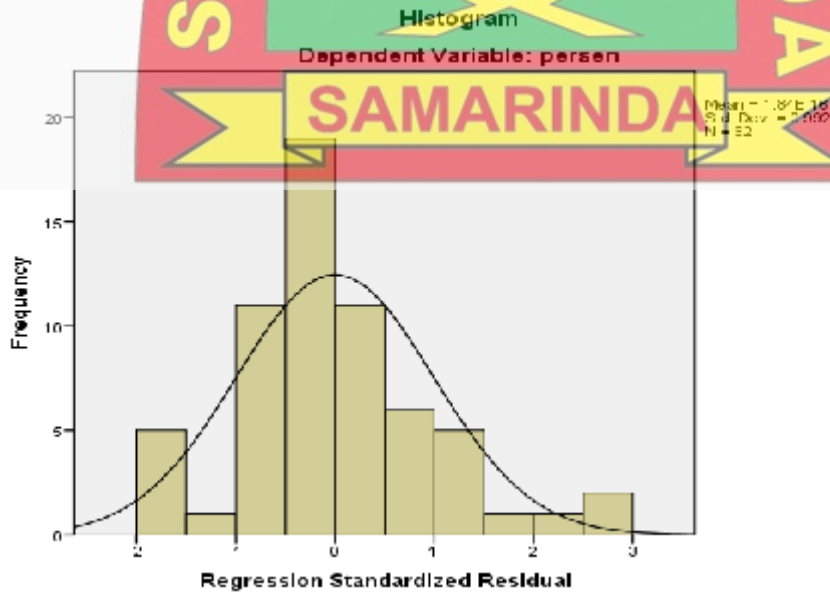
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	29.685	1	29.685	5.411	.023 ^b
	Residual	329.183	60	5.486		
	Total	358.867	61			

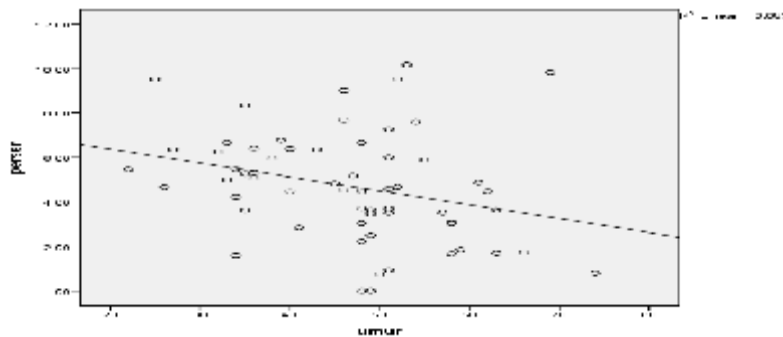
Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	7.622	1.286		5.929	.000
	umur	-.062	.027	-.288	-2.326	.023

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2.9972	6.2472	4.7130	.69759	62
Residual	-4.62223	6.52632	.00000	2.32302	62
Std. Predicted Value	-2.459	2.199	.000	1.000	62
Std. Residual	-1.973	2.786	.000	.992	62





b) Lama hemodialisa dengan berat badan kering

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	hd ^b		Enter

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.008 ^a	.000	-.017	2.44555

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	.024	1	.024	.004	.950 ^b
	Residual	358.844	60	5.981		
	Total	358.867	61			

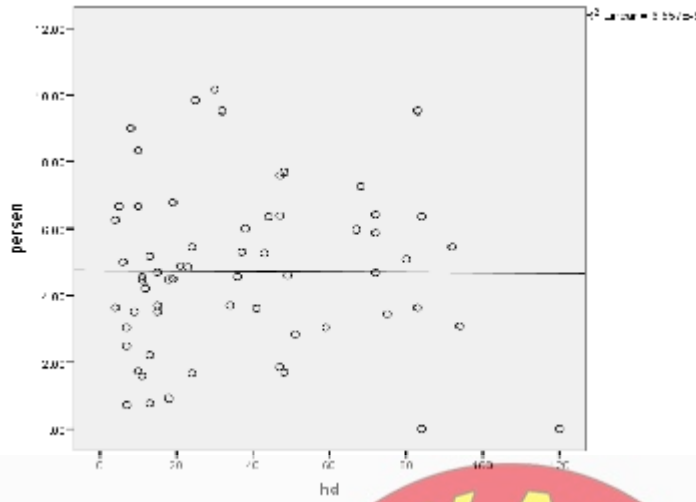
Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4.738	.506		9.372	.000
	hd	-.001	.011	-.008	-.063	.950

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	4.6565	4.7353	4.7130	.01964	62
Residual	-4.68092	5.45189	.00000	2.42543	62
Std. Predicted Value	-2.876	1.136	.000	1.000	62
Std. Residual	-1.914	2.229	.000	.992	62





C) Self management Behaviors dengan berat badan kering

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	self ^b		Enter

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.147 ^a	.022	.005	2.41910

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7.744	1	7.744	1.323	.255 ^b
	Residual	351.123	60	5.852		
	Total	358.867	61			

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2.225	2.184		1.019	.312
	self	.056	.048	.147	1.150	.255

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	3.8418	5.4025	4.7130	.35631	62
Residual	-4.50891	5.77030	.00000	2.39919	62
Std. Predicted Value	-2.445	1.935	.000	1.000	62
Std. Residual	-1.864	2.385	.000	.992	62



