

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Pengetahuan

2.1.1 Pengertian

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil dari tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu pengindraan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran (telinga), dan indra penglihatan (mata). (Notoatmojo, 2014).

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi setelah orang melakukan pengindraan atau pengamatan terhadap suatu objek dengan berbagai cara, baik secara inisiatif sendiri ataupun dari orang lain dengan melihat, mendengar atau melalui komunikasi seperti media cetak, radio, televisi, maupun dari tempat informasi yang lain yang dapat mengakses berita, serta dapat diperoleh melewati proses belajar yang bersifat formal maupun informal dalam pengalaman.

2.1.2 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda (Notoatmojo, 2014)

1. Tahu

Tahu diartikan sebagai memanggil *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

2. Memahami

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut juga harus menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

3. Aplikasi

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

4. Analisis

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.

5. Sintesis

Sintesis menunjuk kepada kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki.

6. Evaluasi

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian

ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang berlaku di masyarakat.

2.1.3 Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang menurut Mubarak (2007) yaitu :

1. Tingkat pendidikan

pendidikan bisa memberikan wawasan dan pengetahuan secara umum, seseorang yang memiliki pendidikan lebih tinggi sehingga memiliki pengetahuan yang lebih dibandingkan dengan seseorang yang memiliki pendidikan yang rendah, pengetahuan juga memiliki pengaruh oleh tingkat pendidikan formal dan nonformal (Notoatmojo,2010)

2. Pengalaman

pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri dan juga pengalaman dari orang lain. Pengalaman yang sudah didapatkan bisa memperbanyak pengetahuan.

3. Fasilitas

Fasilitas digunakan untuk sumber informasi bisa mempengaruhi pengetahuan contohnya radio, televisi, majalah, koran, serta buku. Informasi yang didapat dari pendidikan formal maupun nonformal bisa memberikan pengaruh jangka pada pengetahuan seseorang (Notoatmojo,2010)

4. Penghasilan

Penghasilan mempengaruhi pengetahuan seseorang. Jika berpenghasilan cukup tinggi sehingga mudah mendapatkan sumber informasi.

5. Sosial budaya

Kebiasaan budaya keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan dan sikap seseorang pada suatu objek.

6. Keyakinan

Keyakinan ini dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang baik pengetahuan yang sifatnya positif maupun negatif.

7. Usia

Usia mempengaruhi daya tangkap serta pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap juga pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya akan membaik. Pada usia muda, individu dapat lebih berperan aktif dalam masyarakat dan juga kehidupan sosial, juga lebih banyak melakukan persiapan untuk mengasesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada usia ini (Agus, 2013)

8. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan secara baik secara langsung maupun tidak langsung. Seseorang yang sibuk dengan kegiatan atau

pekerjaan sehari-hari hanya memiliki waktu yang sedikit untuk memperoleh informasi yang didapat (Notoatmojo, 2010)

9. Minat

Minat yaitu keinginan tinggi pada suatu objek minat dapat menjadikan seseorang untuk menekuni dan mencoba suatu hal baru.

10. Kebudayaan

Kebudayaan lingkungan sekitar, apabila suatu wilayah memiliki budaya untuk menjaga lingkungan bersih, maka sangat mungkin penduduk sekitarnya memiliki sikap yang sama.

2.1.4 Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Notoatmojo (2012) cara memperoleh pengetahuan bisa dikelompokkan menjadi 2 yaitu :

1. Cara tradisional non ilmiah

Cara tradisional dibagi menjadi 4 yaitu :

a. *Trial and error*

Cara ini digunakan orang sebelum memiliki kebudayaan. Pada saat seseorang mempunyai permasalahan upaya yang dilakukan yaitu dengan mencoba-coba. Cara yang digunakan untuk memecahkan masalah, dan ketika cara yang digunakan tidak berhasil maka mencari cara sampai berhasil. Maka cara ini diartikan dengan metode *trial* (coba) dan *error* (gagal).

b. Kekuasaan atau otoritas

Dalam kehidupan sehari-hari, banyak kebiasaan serta tradisi yang dilakukan oleh seseorang, kebiasaan ini seolah-olah diterima dari sumbernya berbagai kebenaran yang mutlak.

c. Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman yaitu sumber pengalaman untuk memperoleh suatu kebenaran dari pengetahuan.

d. Jalan pikiran

Cara berpikir manusia telah berkembang yaitu mampu menggunakan penalarannya dan mendapatkan kebenaran dari pengetahuan manusia baik melalui induksi maupun deduksi.

2. Cara modern atau cara ilmiah

Metode ilmiah merupakan cara baru untuk mendapatkan pengetahuan yang lebih sistematis dan logis dengan mengadakan observasi langsung serta membuat catatan pada semua fakta dengan objek yang amat.

3. Pengukuran pengetahuan.

Menurut Riyanto dan Budiman (2013) pengukuran dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang diukur dari subjek penelitian atau responden. Dalam mengukur pengetahuan harus diperhatikan rumusan kalimat pertanyaan menurut tahapan pengetahuan. Arikunto (2006 dalam Riyanto dan Budiman, 2013) membuat kategori tingkat

pengetahuan seseorang menjadi tiga tingkatan yang didasarkan pada nilai persentase yaitu sebagai berikut:

- a. Tingkat pengetahuan kategori baik jika nilainya $> 50\%$
- b. Tingkat Pengetahuan kategori buruk baik jika nilainya $\leq 50\%$

4. Jenis pengetahuan.

Jenis-jenis pengetahuan menurut (Agus dkk, 2013) antara lain :

a. Pengetahuan implisit.

Pengetahuan implisit adalah pengetahuan yang tertanam pada pengalaman dan memiliki faktor yang sifatnya tidak nyata.

Contohnya presfektif, keyakinan individu, pengetahuan implisit biasanya berisi kebiasaan dan budaya setempat.

b. Pengetahuan eksplisit

Pengetahuan eksplisit yaitu pengetahuan tersimpan atau dokumentasi dalam bentuk nyata, juga dalam bentuk kesehatan.

Pengetahuan biasa diartikan pada tindakan kesehatan.

2.2 Konsep keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Menurut Slameto (2006) keluarga adalah lembaga pendidikan yang pertama dan utama bagi anak-anaknya baik pendidikan bangsa, dunia, dan negara sehingga cara orang tua mendidik anak-anaknya akan berpengaruh terhadap belajar. Sedangkan menurut Mubarak, dkk (2009) keluarga merupakan perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu dengan yang lain.

Menurut (Setiadi, 2008) Keluarga adalah bagian dari masyarakat yang peranannya sangat penting untuk membentuk kebudayaan yang sehat. Dari keluargalah, pendidikan kepada individu dimulai dan dari keluarga inilah akan tercipta tatanan masyarakat yang baik, sehingga untuk membangun suatu kebudayaan maka seyogyanya dimulai dari keluarga sebagai referensi secara luas:

1. Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan darah, dan ikatan adopsi.
2. Pada anggota sebuah keluarga biasanya hidup bersama-sama dalam satu rumah tangga, atau jika mereka hidup secara terpisah, mereka akan tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah tangga.
3. Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran-peran sosial keluarga seperti suami istri, ayah dan ibu, anak laki-laki dan anak perempuan, saudara dan saudari.
4. Keluarga sama-sama menggunakan kultur yang sama, yaitu kultur yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik tersendiri.
(Friedman,1998) dalam (Amanda, 2017).

2.2.2 Tipe / Bentuk Keluarga

Menurut Andarmoyo (2012), tipe dari keluarga dibagi menjadi:

1. Keluarga tradisional
 - a. *Tradisional nuclear/* keluarga inti

Keluarga inti merupakan yang terdiri dari ayah, ibu serta anak, tinggal dalam satu atap, dimana ayah sebagai pencari rejeki serta ibu mengurus rumah tangga.

Varian keluarga inti adalah:

- 1) Keluarga dimana suami istri bekerja diluar rumah. Keluarga ini adalah pengembangan non-tradisional dimana didalam mengambil keputusan serta mengambil fungsi keluarga ditetapkan serta bersama dengan kedua orang tua.
- 2) *Dyadic nuclear* adalah keluarga yang sudah berumah tetapi tidak memiliki anak. Keluarga tidak mempunyai anak disebabkan ketidakmampuan pasangan suami istri dalam menghasilkan keturunan ataupun ketidak sangupan keluarga dalam memiliki anak karena sibuk dengan pekerjaannya.
- 3) *Commuter family*, merupakan keluarga yang tempat tinggalnya terpisah secara sukarela yang disebabkan oleh tugas kerja pada suatu saat akan bertemu satu atap.
- 4) *Reconstuted nucleat*, pembentukan keluarga baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami atau istri, tinggal satu atap dengan anaknya.

b. Keluarga besar/ *extanted family*.

Keluarga besar tradisional merupakan suatu bentuk keluarga melakukan pengaturan serta belanja rumah tangga dengan orang tua, saudara, juga saudara dekat.

- c. Keluarga dengan orang tua tunggal / *single parent*.

Keluarga dengan orang tua tunggal merupakan bentuk keluarga yang hanya terdapat satu orang kepala rumah tangga, yaitu bapak serta ibu.

2. Keluarga non tradisional

- a. *Communal*/ keluarga inti merupakan keluarga dimana dalam satu atap terdiri dua ataupun lebih.
- b. *commune family*, pasangan monogamy tanpa pertalian sedarah dengan anaknya dan bersama dalam menyediakan kebutuhan.
- c. *Cohibing ciaple* adalah keluarga yang meliputi dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa melakukan perkawinan.
- d. *Institusional* adalah keluarga yang terdiri dari anak-anak atau orang dewasa yang tinggal bersama-sama dalam panti.

2.2.3 Fungsi Keluarga

Menurut Mubarak (2009) ada beberapa fungsi yang dapat dijalankan keluarga sebagai berikut:

1. Fungsi biologis
 - a. Untuk meneruskan keturunan.
 - b. Memelihara dan membesarkan anak .
 - c. Memenuhi kebutuhan gizi keluarga.
 - d. Memelihara dan merawat anggota keluarga.
2. Fungsi psikologis
 - a. Memberikan kasih sayang

- b. Memberikan perhatian diantara anggota keluarga
 - c. Membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga
 - d. Memberikan identitas keluarga.
3. Fungsi sosialisasi
- a. Membina sosialisasi pada anak.
 - b. Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak.
 - c. Meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
4. Fungsi ekonomi
- a. Mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
 - b. Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
 - c. Menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang misalnya pendidikan anak-anak, jaminan hari tua dan sebagainya.
5. Fungsi pendidikan
- a. Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya.
 - b. Mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa. Mendidik anak sesuai dengan tingkat-tingkat pengembangannya.

2.2.4 Tujuan dasar keluarga

Menurut Andarmoyo (2012), tujuan dari keluarga terdiri dari 4 diantaranya yaitu:

1. Keluarga yaitu unit dasar yang mempunyai pengaruh perkembangan individu.
2. Keluarga merupakan perantara kebutuhan serta harapan kebutuhan dari anggota keluarga dan tuntutan masyarakat.
3. Keluarga memiliki manfaat untuk mencukupi kebutuhan anggota keluarga dengan memberikan kebutuhan kasih sayang, social-ekonomi serta seksualitas.

2.2.5 Peran keluarga

Peran keluarga dibedakan menjadi dua yaitu:

1. Peran formal keluarga

Menurut Nye dan Gecas (1976) dalam Andarmoyo (2012), mengidentifikasi 6 peran dasar untuk suami-ayah serta istri-ibu, adalah: peran untuk penyedia, perawatan anak, mengasuh rumah tangga, hiburan, sosialisasi anak, bersaudara, memelihara hubungan keluarga parental serta maternal, terapeutik, serta secara seksualitas

2. Peran informal keluarga merupakan peran yang digunakan dalam memenuhi kebutuhan emosional dari anggota keluarga. Peran informal keluarga menurut Mubarak, Wahit Iqbal dkk (2009) yaitu:

a. Motivator

Keluarga berperan sebagai pendorong serta penerima kontribusi dari orang lain. Akhirnya bisa merangkul orang lain

serta membuat mereka dalam pemikiranya bernilai untuk didengar.

b. Pengharmonis

Pengharmonis merupakan peran dari penghibur, menengahi suatu perbedaan yang terjadi pada anggota keluarga, serta menyatukan perbedaan pendapat.

c. *Insalator*

Keluarga berperan mengemukakan serta mengajukan ide baru.

d. Pendamai

Pendamai merupakan apabila dalam suatu keluarga terjadi konflik ataupun pertengkaan maka bisa diselesaikan dengan cara musyawarah bersama.

e. Penghubung keluarga

Perantara keluarga merupakan penghubung, biasanya ibu mengirim serta memonitor komunikasi dalam keluarga.

f. Perawatan keluarga

Peran yang dilakukan meliputi merawat anggota keluarga yang sedang sakit.

g. Koordinator

Koordinator keluarga berarti mengorganisasi dan merencanakan kegiatan keluarga yang berfungsi mengangkat keakraban dan memerangi kepedihan.

h. Pencari nafkah

Peran yang dilakukan keluarga dalam memenuhi kebutuhan, baik material maupun non material anggota keluarganya.

2.3 Konsep Perilaku

2.3.1 Pengertian Perilaku

Menurut perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas daripada manusia itu sendiri, perilaku juga adalah apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut, baik diamati secara langsung maupun secara tidak langsung dan hal ini berarti perilaku terjadi apabila ada sesuatu yang perlu untuk menimbulkan reaksi yakni yang disebut rangsangan, dengan demikian suatu rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi tertentu (Notoatmojo, 2007)

Menurut Skinner (1938) dalam Notoatmojo (2014) seorang ahli psikologi merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dengan demikian rangsangan seseorang melalui proses stimulus, organisme, respon, sehingga teori Skinner ini disebut teori "S-O-R".

2.3.2 Bentuk Perilaku

Menurut Notoatmojo (2010) secara lebih operasional, perilaku dapat diartikan suatu respon organisme terhadap rangsangan dari luar subjek tersebut. Respon ini dapat terbentuk dua macam:

1. Bentuk pasif adalah respon internal, yaitu terjadi didalam internal dan tidak dapat dilihat orang secara langsung, seperti berfikir,

tanggapa atau sikap batin dan pengetahuan. Perilakunya sendiri masih terselubung yang disebut *covert behavior*.

2. Bentuk aktif adalah apabila itu jelas dapat diobservasi secara langsung. Perilaku disini sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata yang disebut *overt behavior*.

2.3.3 Perilaku Kesehatan

Ini sejalan dengan batasan perilaku menurut Skinner (1939) dalam Notoatmojo (2014) maka perilaku kesehatan (*health behavior*) adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat sakit, penyakit, dan factor yang mempengaruhi sehat sakit (kesehatan), seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi dari penyakit dan masalah lain, meningkatkan kesehatan, dan mencapai penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan. Perilaku kesehatan dikelompokan menjadi dua yaitu:

1. Perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan meningkat. Oleh sebab itu perilaku ini disebut perilaku sehat (*health behavior*) yang mencakup perilaku dalam mencegah atau menghindari penyakit dan penyebab penyakit atau masalah penyebab kesehatan.
2. Perilaku orang yang sakit atau telah terkena masalah kesehatan. Untuk memperoleh penyembuhan atau pemecah masalah kesehatannya. Oleh sebab itu perilaku ini disebut

perilaku pencari pelayanan kesehatan (*health seeking behavior*).

2.3.4 Klasifikasi Perilaku Kesehatan

Menurut Becker (1979) dalam notoatmojo (2014) membuat klasifikasi lain tentang perilaku kesehatan, dan dibedakan menjadi tiga yaitu:

1. Perilaku sehat (*healty behavior*) :

Perilaku sehat adalah perilaku atau kegiatan kegiatan yang berkaitan dengan upaya meningkatkan kesehatan, diantaranya:

- a. Makanan dengan menu seimbang (*appropriate diet*). Menu seimbang disini adalah pola makan sehari hari yang memenuhi kebutuhan nutrisi yang memenuhi kebutuhannya baik dalam jumlahnya (kuantitas), maupun jenisnya (kualitas)
- b. Kegiatan fisik secara teratur dan cukup. Kegiatan fisik disini tidak harus olahraga . bagi seseorang yang pekerjaan memang sudah memenuhi gerakan gerakan fisik secara rutin dan teratur ini sudah dikategorukan sebagai olah raga.

Bagi seseorang yang pekerjaanya tidak melakukan kegiatan fisik seperti manjer, sekretaris, dan sebaiknya memerlukan olahraga secara teratur.

- c. Tidak merokok dan minum minuman keras serta menggunakan narkoba. Merokok adalah kebiasaan yang tidak sehat, namun jumlah perokok cenderung meningkat.
- d. Istirahat yang cukup , istirahat cukup bukan saja berguna untuk memelihara kesehatan fisik, tetapi juga untuk kesehatan mental.
- e. Pengendalian atau manajemen stress. Stress adalah bagian dari kehidupan setiap orang, tanpa pandang bulu.
- f. Perilaku atau gaya hidup positif yang lain untuk kesehatan, yang intinya adalah tindakan atau perilaku seseorang agar agar dapat terhindar dari berbagai masalah kesehatan dan penyakit, termasuk perilaku untuk meningkatkan kesehatan.

2. Perilaku sakit (*illness behaviour*)

Perilaku sakit adalah berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang yang sakit dan atau terkena masalah kesehatan atau keluarganya, untuk mencari penyembuhan, atau teratasi masalah kesehatan yang lain.

3. Perilaku peran orang sakit.

dari segi sosiologi, orang yang sedang sakit mempunyai peran (*roles*) yang mencakup hak haknya (*rights*) , dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*). Perilaku peran orang sakit diantara lain:

- a. Tindakan untuk memperoleh kesehatan.

- b. Tindakan untuk mengenal atau mengetahui fasilitas kesehatan yang tepat untuk memperoleh kesembuhan.
- c. Melakukan kewajibannya sebagai pasien antarlain mematuhi nasihat nasihat dokter atau perawat untuk mempercepat penyembuhan.
- d. Tidak melakukan sesuatu yang merugikan bagi proses penyembuhannya.
- e. Melakukan kewajibannya agar tidak kambuh penyakitnya.

2.3.5 Faktor faktor Yang Mempengaruhi Perilaku

Menurut sunaryo (2004) dalam prasetyo (2014) factor yang mempengaruhi perilaku dibedakan menjadi dua yaitu factor genetik atau faktor endogen dan faktor ekstrogen aataupun factor luar dari individu. Factor genetik atau endogen perilaku dipengaruhi oleh : jenis ras, jenis kelamin, sifat pribadi, bakat bawaan dan intelegensi. Factor ekstrogen atau factor dari luar individu yang mempengaruhi perilaku antara lain : faktor lingkungan , pendidikan, agama, social ekonomi, kebudayaan, dan faktor lainnya (susunan saraf pusat, persepsi, dan emosi).

2.4 Pengetahuan Keluarga Tentang Pembatasan Cairan Pada Pasien Gagal ginjal kronik

Pengetahuan keluarga terhadap pembatasan cairan pada anggota keluarga yang menderita penyakit GJK akan memperlambat penyembuhan adapun faktor lain yang dapat mempengaruhi yaitu dukungan yang diberikan kepada pasien dari keluarga dan orang-orang dekat pasien (Kausz,2000) dalam Sitiaga (2015). Pembatasan asupan cairan pada pasien gagal ginjal kronik (GJK), sangat perlu dilakukan yaitu untuk menghindari terjadinya edema dan komplikasi kardiovaskular. Air yang masuk ke dalam tubuh dibuat seimbang dengan air yang keluar, baik melalui urin maupun *Interdialytic weight gain* (IDWG). Dalam melakukan pembatasan asupan cairan, bergantung pada haluaran urin dalam 24 jam dan ditambah dengan IWL, penghitungan ini merupakan jumlah yang diperbolehkan untuk pasien dengan gagal ginjal kronik, Makanan- makanan cair dalam suhu ruang (agar agar, soup dan es krim) dianggap cairan yang masuk. Pasien gagal ginjal kronik yang mendapatkan terapi hemodialisis harus mengatur asupan cairan, sehingga berat badan yang di peroleh tidak lebih dari 1,5 kilogram diantara waktu dialisis.dalam Rahman (2014)

Keefektifan pembatasan jumlah cairan pada pasien Gagal ginjal kronik bergantung pada beberapa hal diantaranya pengetahuan terhadap jumlah cairan yang boleh diminum. Upaya untuk menciptakan pembatasan asupan cairan pada pasien Gagal ginjal kronik diantaranya pemantauan *intake output* cairan perharinya, sehubungan dengan *intake* cairan pasien

Gagal ginjal kronik bergantung pada jumlah urine 24 jam (*Europe-an society for parental and Enternal Nutrion* dalam Pasticci dkk 2012).

Dalam Susatyo (2015). Cara pembatasan cairan yaitu pengetahuan tentang makan atau minuman apa saja yang dianjurkan dalam pembatasan cairan atau diet pada saat dialisis oleh pasien gagal ginjal kronik. Pengetahuan responden tentang tujuan pembatasan cairan atau diet yang dilakukan, yaitu membuat tubuh mereka lebih baik dan tidak memperparah penyakitnya.

Hartono (2008) mengatakan untuk menghindari keadaan yang dapat memperburuk keadaan pasien gagal ginjal kronik akibat kelebihan cairan (Overload) dan retensi natrium maka perlu dilakukan pembatasan cairan dan kontrol yang tepat dalam pembatasan cairan. Pembatasan cairan berdasarkan jumlah urin yang keluar, yaitu jumlah urin 24 jam ditambah 500 ml sebagai IWL atau kehilangan cairan yang tidak disadari berupa keringat atau pernafasan. Banyak cara yang dapat dilakukan untuk melaksanakan control terhadap jumlah cairan dan natrium yang bisa dilakukan seperti menggunakan sedikit garam pada saat masak dan jangan menambahkan lagi pada saat makan, mengukur jumlah yang diperbolehkan kedalam botol sesuai skala ukur, membagi cairan dengan jumlah yang sama selama 24 jam, menggunakan cangkir atau gelas kecil untuk minum, jika mungkin minumlah separuh saja, menggunakan es batu untuk mengurangi rasa haus, sering berkumur tetapi airnya tidak ditelan.

2.4.1 Masalah Keseimbangan Cairan

Menurut Hidayat (2006), masalah keseimbangan cairan terdiri dari dua bagian yaitu:

1. Hipovolemik

Hipovolemik adalah suatu kondisi akibat kekurangan volume cairan ekstraseluler (CES), dan dapat terjadi karena kehilangan cairan melalui kulit, ginjal, gastrointestinal, pendarahan sehingga menimbulkan syok hipovolemik. Mekanisme kompensasi pada hipovolemik adalah peningkatan rangsangan saraf simpatis (peningkatan frekuensi jantung, kontraksi jantung, dan tekanan vaskuler), rasa haus, pelepasan hormon ADH dan aldosteron. Hipovolemik yang berlangsung lama dapat menimbulkan gagal ginjal akut. Gejala: pusing, lemah, letih, anoreksia, mual muntah, rasa haus, gangguan mental, konstipasi dan oliguri, penurunan tekanan darah, HR meningkat, suhu meningkat, turgor kulit menurun, lidah kering dan kasar, mukosa mulut kering. Tanda-tanda penurunan berat badan akut, mata cekung, pengosongan vena jugularis. Pada bayi dan anak-anak adanya penurunan jumlah air mata. Pada pasien syok tampak pucat, HR cepat dan halus, hipotensi, dan oliguri.

2. Hipervolemik

Hipervolemik adalah penambahan/kelebihan volume CES, dapat terjadi pada saat stimulasi kronis ginjal untuk menahan natrium dan air, fungsi ginjal abnormal dengan penurunan ekskresi

natrium dan air, kelebihan pemberian cairan, dan perpindahan cairan dari interstisial ke plasma. Gejala yang mungkin terjadi adalah sesak napas, peningkatan dan penurunan tekanan darah, nadi kuat, asites, edema, adanya ronchi, kulit lembab, distensi vena leher, dan irama gallop.

2.5 Perilaku Keluarga dalam Pembatasan Cairan Pada Pasien Gagal ginjal kronik.

Perilaku manusia merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan (Sarwono, 2008). Perilaku terbentuk adanya faktor internal yaitu pengetahuan (Notoatmodjo, 2003). Salah satu perilaku kesehatan pada pasien GGK adalah Pembatasan cairan yang seringkali sulit dilakukan oleh pasien, terutama jika pasien mengkonsumsi obat-obatan yang membuat membran mukosa kering seperti diuretik, sehingga menyebabkan rasa haus dan pasien berusaha untuk minum. Hal ini karena dalam kondisi normal manusia tidak dapat bertahan lebih lama tanpa asupan cairan dibandingkan dengan makanan (Potter & Perry, 2008) dalam Umayah (2016). Kepatuhan terhadap pembatasan cairan diperlukan untuk mencegah terjadinya kelebihan cairan yang dapat menyebabkan odema dan meningkatkan resiko pada kardiovaskuler dan hipertensi (Barnet 2007).

2.5.1 Petunjuk Untuk Menjaga Cairan Pada Pasien Gagal ginjal

Kronik

Menurut Thomas (2003) dalam Isroin (2016) ada beberapa petunjuk untuk menjaga cairan tubuh pada pasien gagal ginjal.

1. Menggunakan sedikit garam dalam makanan dan hindari menambahkan garam makanan.
2. Menggunakan bumbu dari rempah rempah.
3. Menghindari dan batasi penggunaan makanan olahan.
4. Menghindari makanan yang mengandung *monosodium glutamate*.
5. mengukur tambahan cairan dalam tempat tertentu.
6. Membagi jumlah cairan rata dalam sehari.
7. Menggunakan gelas kecil bukan gelas besar.
8. Setiap minum hanya setengah gelas.
9. Es batu kubus bisa membantu untuk mengurangi rasa haus. Satu es batu kubus sama dengan 30 ml air (2 sendok makan).
10. Membilas mulut dengan berkumur, tetapi airnya tidak ditelan.
11. Merangsang produksi saliva, dengan menghisap irisan jeruk lemon/jeruk bali, permen karet rendah kalori.
12. Minum obat jika perlu
13. Ketika pergi, menjaga tambahan cairan seperti ekstra minum ketika bersosialisasi
14. Penting untuk menjaga pekerjaan/kesibukan
15. Cek berat badan tiap hari sebelum makan pagi, akan membantu untuk mengetahui tingkat cairan antar hemodialisa.

2.6 Konsep Penyakit Gagal Ginjal Kronik

2.6.1 Pengertian

Gagal ginjal kronik (*chronic kidney disease*) adalah destruksi struktur ginjal yang progresif dan terus menerus. Gagal ginjal kronik dapat timbul dari hampir semua penyakit penyerta, akan terjadi perburukan fungsi ginjal secara progresif yang ditandai dengan penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG) yang progresif (Corwin 2009).

The National Kidney Foundation (2002) mendefinisikan gagal ginjal kronik sebagai adanya kerusakan ginjal, atau menurunnya tingkat fungsi ginjal untuk jangka waktu tiga bulan atau lebih. Gagal ginjal kronik ini dapat dibagi lagi menjadi 5 tahap, tergantung pada tingkat keparahan kerusakan ginjal dan tingkat penurunan fungsi ginjal. Tahap 5 *Chronic Kidney Disease* (CKD) disebut sebagai stadium akhir penyakit ginjal (*end stage renal disease / end stage renal failure*). Tahap ini merupakan akhir dari fungsi ginjal. Ginjal bekerja kurang dari 15% dari normal (Corrigan 2011).

Gagal ginjal kronik (GGK) yang mulai perlu dialisis adalah penyakit ginjal kronik yang mengalami penurunan fungsi ginjal dengan laju filtrasi glomerulus (LFG) <15 mL/menit. Pada keadaan ini fungsi ginjal sudah sangat menurun sehingga terjadi akumulasi toksin dalam tubuh yang disebut dengan uremia. Pada keadaan uremia dibutuhkan terapi pengganti ginjal untuk mengambil alih fungsi ginjal

dalam mengeliminasi toksin tubuh sehingga tidak terjadi gejala yang lebih berat (Cahyaningsih 2008).

2.6.2 Etiologi

Beberapa penyakit yang dapat merusak nefron dapat mengakibatkan gagal ginjal yang kronik. Penyebab utama penyakit gagal ginjal kronik yaitu diabetes melitus yaitu sebesar 30%, hipertensi 24%, glomerulonephritis 17%, chronic pyelonephritis 5% dan yang terakhir tidak diketahui penyebabnya sebesar 20% (Milner 2003) dalam Isroin (2016).

2.6.3 Manifestasi klinis

Tanda dan gejala pada pasien gagal ginjal kronik dapat diklasifikasikan sesuai dengan derajatnya. Berikut adalah tanda dan gejala gagal ginjal kronik (Black & Hawks dikutip dalam Nurchayati 2010).

1. Derajat I

Pasien dengan tekanan darah normal, tanpa abnormalitas hasil tes laboratorium dan tanpa manifestasi klinis.

2. Derajat II

Umumnya asimptomatik, berkembang menjadi hipertensi dan munculnya nilai laboratorium yang abnormal.

3. Derajat III

Asimptomatik, nilai laboratorium menandakan adanya abnormalitas pada beberapa sistem organ.

4. Derajat IV

Munculnya manifestasi klinis penyakit ginjal kronik berupa kelelahan dan penurunan rangsangan.

5. Derajat V

Peningkatan *Blood Urea Nitrogen* (BUN) dan anemia.

2.6.4 Patofisiologi

pada gagal ginjal kronik tergantung dari penyakit yang menyebabkannya. Pada awal perjalanannya, keseimbangan cairan dan penimbunan produksi sisa masih bervariasi dan bergantung pada bagian ginjal yang sakit. Sampai fungsi ginjal turun kurang dari 25%, manifestasi gagal ginjal kronik mungkin minimal karena nefron-nefron lain yang sehat mengambil alih fungsi nefron yang rusak. Nefron yang rusak meningkatkan laju filtrasi, reabsorpsi dan sekresinya serta mengalami hipertrofi dalam proses tersebut. Seiring dengan semakin banyaknya nefron yang mati, nefron yang tersisa menghadapi tugas yang semakin berat, sehingga nefron-nefron tersebut mengalami kerusakan dan akhirnya mati. Siklus kematian ini tampaknya berkaitan dengan nefron nefron yang ada untuk meningkatkan reabsorpsi protein. Seiring dengan progresif penyusutan dari nefron, akan terjadi pembentukan jaringan parut dan penurunan aliran darah ke ginjal (Corwin 2009).

Uremia mengacu pada banyak efek yang dihasilkan dari ketidakmampuan untuk mengekskresikan produk dari metabolisme protein dan asam amino. Beberapa produk metabolisme tertentu menyebabkan disfungsi organ (Milner 2003). Efek multiorgan

uremia juga disebabkan oleh gangguan dari berbagai metabolisme dan fungsi endokrin yang biasanya dilakukan oleh ginjal (Milner 2003).

Dari urutan kejadian di atas akan menimbulkan berbagai manifestasi klinis dan komplikasi pada seluruh sistem tubuh. Semakin banyak tertimbun sisa akhir metabolisme, maka gejala akan semakin berat. Klien akan merasa kesulitan dalam menjalani aktivitas sehari-hari akibat timbulnya berbagai macam manifestasi klinis tersebut. Beberapa komplikasi yang ditimbulkan akan berpengaruh buruk terhadap kualitas hidup (Corwin 2009)

2.6.5 Klasifikasi

Dalam Isroin (2016) Klasifikasi derajat penyakit gagal ginjal kronik berdasarkan laju filtrasi glomerulus (LFG).

Tabel 2.1 Klasifikasi gagal ginjal kronik dapat dibedakan seperti dibawah ini:

Derajat	Deskripsi	LFG (ml/menit/1.73m)
1	Kerusakan ginjal disertai LFG normal atau meninggi	>90
2	Kerusakan ginjal dengan penurunan LFG ringan	60 -89
3	Penurunan LFG tingkat sedang	30-59
4	Penurunan LFG tingkat berat	15-29
5	Gagal Ginjal	<15 atau dialisis

2.6.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan gagal ginjal kronik (stage V) adalah untuk mempertahankan fungsi ginjal dan homeostasis. Penatalaksanaan tersebut meliputi penanganan konservatif, yaitu :

1. Menghambat perburukan fungsi ginjal atau mengurangi hiperfiltrasi glomerulus dengan diet seperti pembatasan asupan protein dan fosfat.
2. Terapi farmakologis dan pencegahan serta pengobatan terhadap komplikasi, bertujuan mengurangi hipertensi intraglomerulus dan memperkecil resiko terhadap penyakit kardiovaskular seperti diabetes, hipertensi, anemia, asidosis displidemia, neuropati friper, keseimbangan cairan dan kelebihan elektrolit.(prince &wilson 2005).
3. Terapi pengganti ginjal dilakukan pada seseorang yang mengidap gagal ginjal kronik atau ginjal tahap akhir, yang bertujuan untuk menghindari komplikasi dan memperpanjang umur pasien. Terapi pengganti ginjal dibagi menjadi dua yaitu : dyalisis (hemodialisa san peritoneal dialisis) dan transplatasi ginjal (shahgholian et al. 2008).

2.6.7 Gambaran klinik

Menurut sukandar (2006); dalam Isroin (2016) Gambaran klinik gagal ginjal kronik berat disertai sindrom azotemia sangat kompleks, meliputi kelainankelainan berbagai organ seperti: kelainan hemopoeisis, saluran cerna, mata, kulit, selaput serosa, kelainan neuropsikiatri dan kelainan kardiovaskular.

1. Kelainan hemopoeisis

Anemia normokrom normositer (MCHC 3236%) dan normositer (MCV 78-94 CU), sering ditemukan pada pasien gagal ginjal kronik. Anemia yang terjadi sangat bervariasi bila ureum darah lebih dari 100 mg% atau bersihan kreatinin kurang dari 25 ml per menit.

2. Kelainan saluran cerna

Anoreksia, cegukan, mual dan muntah sering merupakan keluhan utama dari sebagian pasien gagal ginjal kronik terutama pada stadium terminal. Patogenesis mual dan muntah masih belum jelas, diduga mempunyai hubungan dengan dekomresi oleh flora usus sehingga terbentuk amonia. Amonia inilah yang menyebabkan iritasi atau rangsangan mukosa lambung dan usus halus.

3. Kelainan mata

Visus hilang (azotemia amaurosis) hanya dijumpai pada sebagian kecil pasien gagal ginjal kronik. Gangguan visus cepat hilang setelah beberapa hari mendapat pengobatan gagal ginjal kronik yang adekuat, misalnya hemodialisis.

4. Kelainan kulit

Gatal sering mengganggu pasien, patogenesisnya masih belum jelas dan diduga berhubungan dengan hiperparatiroidisme sekunder. Keluhan gatal ini akan segera hilang setelah tindakan paratiroidektomi. Kulit biasanya kering dan bersisik, tidak jarang dijumpai timbunan kristal urea pada kulit muka dan dinamakan *urea frost*.

5. Kelainan selaput serosa

Kelainan selaput serosa seperti pleuritis dan perikarditis sering dijumpai pada gagal ginjal kronik terutama pada stadium terminal. Kelainan selaput serosa merupakan salah satu indikasi mutlak untuk segera dilakukan dialisis.

6. Kelainan neuropsikiatri

Beberapa kelainan mental ringan seperti emosi labil, dilusi, insomnia, dan depresi sering dijumpai pada pasien gagal ginjal kronik. Kelainan mental berat seperti konfusi, dilusi, dan tidak jarang dengan gejala psikosis juga sering dijumpai pada pasien gagal ginjal kronik.

7. Kelainan kardiovaskular

Patogenesis gagal jantung kongestif (GJK) pada gagal ginjal kronik sangat kompleks. Beberapa faktor seperti anemia, hipertensi, aterosklerosis, kalsifikasi sistem vaskular, sering dijumpai pada pasien gagal ginjal kronik terutama pada stadium terminal dan dapat menyebabkan kegagalan faal jantung.

2.6.8 Komplikasi Gagal ginjal kronik

^Komplikasi Menurut Burner & Suddarth (2002) dalam Isroin (2016) komplikasi potensial gagal ginjal kronik yang memerlukan pendekatan kolaboratif dalam perawatan mencakup :

a. Hiperkalemi

Terjadi penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diit berlebih.

b. Perikarditis

Efusi perikardial dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.

c. Hipertensi

Akibat retensi cairan dan natrium serta mal fungsi sistem renin angiotensin, aldosteron.

d. Anemia

Akibat penurunan eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal.

e. Penyakit tulang serta klasifikasi metastatik akibat retensi fosfat.

2.6.9 Pengobatan

Menurut Mansjoer (2001) dalam Isroin (2016) penatalaksanaan atau pengobatan yang dilakukan pada klien dengan gagal ginjal kronik adalah :

1. Optimalisasi dan pertahankan keseimbangan cairan dan garam

Pada beberapa pasien, furosemid dosis besar (250- 1000 mg/hr) atau diuretik loop (bumetanid, asam etakrinat) bertujuan untuk mencegah kelebihan cairan, sementara pasien lain mungkin memerlukan suplemen natrium klorida atau natrium bikarbonat oral. Pengawasan dilakukan melalui berat badan, urine dan pencatatan keseimbangan cairan.

2. Diet tinggi kalori dan rendah protein Diet rendah protein (20- 40

gr/hr) dan tinggi kalori menghilangkan gejala anoreksia dan nausea

(mual) dan uremia , menyebabkan penurunan ureum dan perbaikan gejala. Hindari masukan berlebihan dari kalium dan garam.

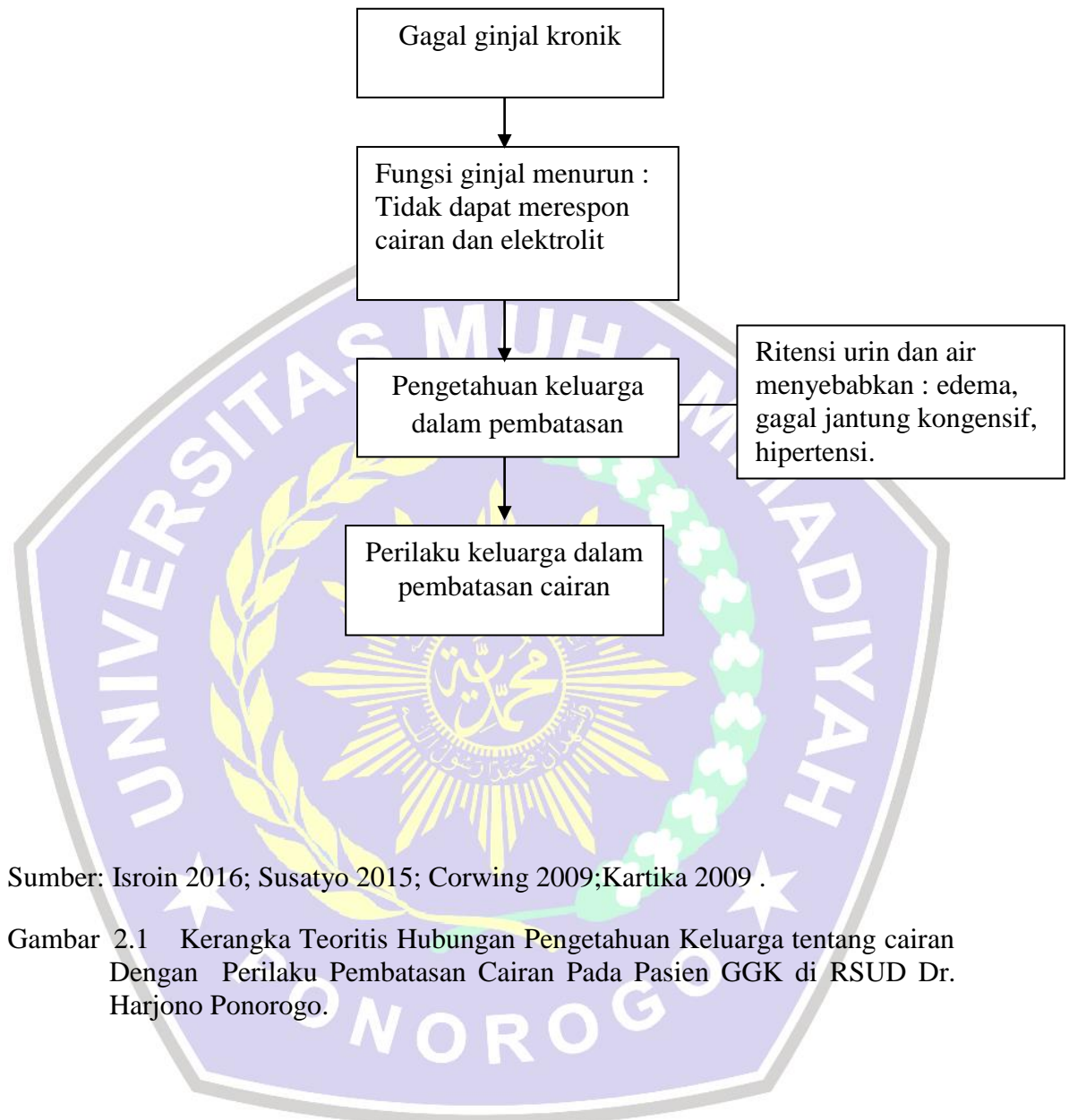
3. Kontrol Hipertensi jika tidak dikontrol dapat terakselerasi dengan hasil akhir gagal jantung kiri. Pada pasien hipertensi dengan penyakit ginjal, keseimbangan garam dan cairan diatur tersendiri tanpa tergantung tekanan darah.
4. Kontrol ketidakseimbangan elektrolit Untuk mencegah hiperkalemia, hindari masukan *kalium* yang besar, diuretik hemat kalium, obat-obatan yang berhubungan dengan ekskresi kalium (misalnya, obat anti-inflamasi nonsteroid).
5. Mencegah penyakit tulang Hiperfosfatemia dikontrol dengan obat yang mengikat fosfat seperti aluminium hidroksida (300-1800 mg) atau kalsium karbonat (500- 3000 mg) pada setiap makan.
6. Deteksi dini dan terapi infeksi Pasien uremia harus diterapi sebagai pasien imunosupuratif dan terapi lebih ketat.
7. Modifikasi terapi obat dengan fungsi ginjal Banyak obat-obatan yang harus diturunkan dosisnya karena metaboliknya toksik pada ginjal Misalnya: analgesik opiate. Dialisis biasanya dilakukan pada gagal ginjal dengan gejala klinis yang jelas meski telah dilakukan terapi konservatif atau terjadi komplikasi.
8. Deteksi komplikasi Pengawasan dengan ketat kemungkinan terjadi ensefalopati uremia, perikarditis, neuropati perifer, hiperkalemia meningkat, kelebihan volume cairan yang meningkat, infeksi yang

mengancam jiwa, kegagalan untuk bertahan, sehingga diperlukan dialisis.

9. Dialisis dan program transplantasi Segera dipersiapkan setelah gagal ginjal kronik dideteksi. Indikasi dilakukan dialisis dan program transplantasi



2.7 Kerangka teori



Sumber: Isroin 2016; Susatyo 2015; Corwing 2009; Kartika 2009 .

Gambar 2.1 Kerangka Teoritis Hubungan Pengetahuan Keluarga tentang cairan Dengan Perilaku Pembatasan Cairan Pada Pasien GGK di RSUD Dr. Harjono Ponorogo.