

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Gagal Ginjal Kronis (GGK)**

###### **a. Definisi gagal ginjal kronis.**

Gagal ginjal kronis adalah suatu keadaan dimana kedua ginjal tidak dapat menjalankan fungsinya secara optimal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan lanjut yang akhirnya akan mencapai gagal ginjal terminal (Nursalam, 2006). Gagal ginjal kronis dapat digambarkan sebagai keadaan gangguan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat diperbaiki, sehingga menyebabkan kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan maupun elektrolit sehingga muncul gejala uremia.

Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia (2006), penyakit ginjal kronis merupakan suatu proses patofisiologi dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif, dan umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Gagal ginjal adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal, pada suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisis atau transplantasi ginjal.

### b. Penyebab gagal ginjal kronis.

Gagal ginjal kronis terjadi karena berbagai macam penyakit yang merusak ginjal. Menurut Brunner & Suddarth (2001) penyebab gagal ginjal kronis dibagi menjadi tujuh kelas seperti pada tabel berikut ini:

**Tabel 2.1.** Penyebab gagal ginjal kronis

No	Klasifikasi Penyakit	Penyakit
1	Penyakit infeksi tubulointerstitial	Pielonefritis kronis dan refluks nefropati
2	Penyakit peradangan	Glomerulonefritis
3	Penyakit vaskuler hipertensi	Nefrosklerosis benign, Nefrosklerosis maligna dan stenosis arteri renalis
4	Gangguan kongenital dan herediter	Penyakit ginjal polistik dan asidosis tubulus ginjal
5	Penyakit metabolic	Diabetes mellitus, gout, hiperparatiroidisme dan amiloidosis.
6	Nefropati toksik	Penyalahgunaan analgesik dan nefropati timah
7	Nefropati obstruktif	batu, neoplasma, fibrosis retroperitoneal, hipertropi prostat, striktur urethra.

Sumber: Brunner & Suddarth, 2001

Penyebab terbesar gagal ginjal tahap akhir adalah penyakit metabolik diabetes dimana prosentasenya mencapai 34% dari total kasus. Penyebab terbesar kedua adalah penyakit vaskuler hipertensi, prosentasenya mencapai 21% dari total kasus. Glomerulonefritis menempati urutan ketiga dengan prosentase kasus 17%. Selanjutnya diikuti oleh kasus infeksi nefritis tubulointerstisial (pielonefritis kronis atau nefropati refluks) dan penyakit gagal ginjal polistik masing-masing prosentasenya adalah 3,4% (Sylvia & Lorraine, 2005).

**c. Tanda dan gejala gagal ginjal kronis.**

Menurut Brunner & Suddarth (2001) tanda dan gejala gagal ginjal kronis adalah sebagai berikut:

- 1) Kardiovaskuler ditandai dengan adanya hipertensi, pitting edema (kaki, tangan, sacrum), edema periorbital, friction rub pericardial, serta pembesaran vena leher .
- 2) Integumen ditandai dengan adanya warna kulit abu-abu mengkilat, kulit kering dan bersisik, pruritus, ekimosis, kuku tipis dan rapuh serta rambut tipis dan kasar.
- 3) Pulmoner ditandai dengan adanya sputum kental dan liat, napas dangkal serta pernapasan kussmaul.
- 4) Gastrointestinal ditandai dengan adanya napas berbau ammonia, ulserasi dan perdarahan pada mulut, anoreksia, mual dan muntah, konstipasi dan diare, serta perdarahan dari saluran gastrointestinal.
- 5) Neurologi ditandai dengan adanya kelemahan dan keletihan, konfusi, disorientasi, kejang, kelemahan pada tungkai, rasa panas pada telapak kaki, serta perubahan perilaku.
- 6) Muskuloskeletal ditandai dengan adanya kram otot, kekuatan otot hilang, fraktur tulang serta foot drop.
- 7) Reproduksi ditandai dengan adanya amenore dan atrofi testikuler.

#### d. Klasifikasi gagal ginjal kronis.

Klasifikasi penyakit ginjal kronis didasarkan atas derajat (*stage*) yaitu berdasarkan laju filtrasi glomerulus (LFG) dengan rumus Kockroft –Gault (Sudoyo, 2006).

**Tabel 2.2.** Klasifikasi penyakit Gagal Ginjal Kronis berdasarkan LFG dengan rumus Kockroft-Gault

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

Sumber: Sudoyo, 2006

Pada gagal ginjal kronis stadium 5, dimana LFG kurang dari 15 ml/menit harus diberikan terapi ginjal pengganti (Sudoyo, 2006). Konsensus dialisis Pernefri (2003), pasien dianggap perlu diberikan tindakan dialisis apabila dijumpai salah satu dari hal tersebut di bawah ini:

- 1) Keadaan umum buruk dan gejala klinis nyata.
- 2) K serum > 6 mEq/L.
- 3) Ureum darah > 200 mg/dl.
- 4) pH darah < 7,1.
- 5) Anuria berkepanjangan (>5 hari).
- 6) Kelebihan cairan.

**e. Manajemen terapi gagal ginjal kronis.**

Penanganan untuk penderita gagal ginjal kronis dapat diberikan sebagai berikut (Sudoyo, 2006):

1) Penatalaksanaan konserfatif.

Penatalaksanaan konserfatif dilakukan dengan pengaturan diet protein, kalium, natrium dan cairan. Pengaturan diet dan juga intake cairan sangat penting bagi pasien yang menjalani hemodialisa karena adanya efek uremia. Apabila ginjal yang rusak tidak mampu mengekskresikan produk akhir metabolisme, substansi yang bersifat asam ini akan menumpuk dalam serum pasien dan bekerja sebagai racun dan toksin. Gejala yang muncul akibat penumpukan tersebut secara kolektif dikenal sebagai gejala uremia dan akan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Gejala uremia diantaranya; bersendawa, rasa mual, anemia, hipertensi, gangguan kesadaran, epilepsy, infeksi paru, penurunan kekebalan tubuh, disfungsi seksual (Sudoyo, 2006). Diet rendah protein dapat mengurangi penumpukan limbah nitrogen sehingga meminimalkan gejala (Brunner & Suddarth, 2001).

2) Terapi simptomatik.

Terapi simptomatik diantaranya dengan pemberian suplemen alkali, transfusi darah, anti hipertensi dan obat-obatan lokal dan sistemik (Sudoyo, 2006).

### 3) Terapi ginjal pengganti.

Terapi ginjal pengganti harus dilakukan apabila ditemukan indikasi yaitu gagal ginjal yang tidak dapat lagi dikontrol dengan penatalaksanaan konservatif, perburukan gejala uremia yang berhubungan dengan gagal ginjal kronis tahap akhir, gangguan cairan dan elektrolit serta yang tidak dapat dikontrol oleh tindakan yang lebih sederhana (Potter & Perry, 2008). Macam-macam terapi ginjal pengganti yaitu; Transplantasi ginjal, *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) dan hemodialisa.

## 2. Hemodialisa

### a. Definisi.

Hemodialisa merupakan suatu proses yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dari dalam tubuh ketika ginjal tidak mampu melaksanakan proses tersebut (Brunner & Suddarth, 2001). Menurut Black (2005), hemodialisa dilakukan 2-3 kali seminggu dengan lama 4-5 jam tiap kali terapi.

### b. Tujuan.

Tujuan hemodialisa adalah untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hidrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membran semi permeabel sebagai pemisah darah dan cairan dialisat pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultra filtrasi (Brunner & Suddarth, 2001 ; Black, 2005).

**c. Prinsip-prinsip hemodialisa.**

Prinsip yang mendasari kerja dari hemodialisa meliputi 3 hal yaitu difusi, osmosis dan ultrafiltrasi. Prinsip difusi bekerja dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi, ke cairan dialisis dengan konsentrasi yang lebih rendah untuk mengeluarkan toksin dan zat limbah di dalam darah. (Brunner & Suddarth, 2001).

Proses osmosis mengeluarkan air yang berlebihan di dalam tubuh. Pengeluaran air dikendalikan dengan menciptakan gradien tekanan, gradien ini dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negatif yang dikenal sebagai ultrafiltrasi pada mesin dialisis. Karena pasien tidak dapat mengekskresikan air, kekuatan ini diperlukan untuk mengeluarkan cairan hingga tercapai *isovolemia* (keseimbangan cairan) (Brunner & Suddarth, 2001).

**d. Indikasi terapi hemodialisa.**

Hemodialisa merupakan salah satu dialisis pilihan yang dapat dilakukan apabila ditemukan indikasi yaitu gagal ginjal yang tidak dapat lagi dikontrol dengan penatalaksanaan konservatif, perburukan gejala uremia yang berhubungan dengan gagal ginjal kronis tahap akhir, gangguan cairan dan elektrolit serta yang tidak dapat dikontrol oleh tindakan yang lebih sederhana (Potter & Perry, 2008).

### **3. Kepatuhan.**

#### **a. Pengertian kepatuhan.**

Menurut Niven (2002), patuh adalah menuruti perintah, taat pada perintah atau aturan. Kepatuhan klien didefinisikan sebagai sejauh mana klien mengerti maksud atau harapan dari petugas kesehatan dalam memberikan pengobatan (McGavock, 1996 dalam Hughes, 1997). Kepatuhan sering digunakan untuk menggambarkan perilaku bahwa klien akan mengubah perilakunya atau "patuh" karena mereka diminta untuk itu (Brunner & Suddart, 2002). Menurut Niven (2002), kepatuhan dalam pengobatan dapat diartikan sebagai sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan.

#### **b. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan.**

Dinicola dan Dimatteo (1984) yang dikutip Niven (2002) menyebutkan, cara meningkatkan kepatuhan diantaranya melalui perilaku sehat dan pengontrolan perilaku dengan faktor kognitif, dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga yang lain, teman, waktu, dukungan dari profesional kesehatan dan uang merupakan faktor penting dalam kepatuhan mengikuti program-program medis.

Kepatuhan dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut:

- 1) Faktor penderita (individu).
  - a) Pengetahuan.



Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan adalah merupakan hasil dari “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan pada dasarnya terdiri dari sejumlah fakta dan teori yang memungkinkan seseorang dapat memecahkan masalah yang dihadapinya. Pengetahuan tersebut diperoleh baik dari pengalaman langsung maupun melalui pengalaman orang lain.

b) Motivasi dan sikap individu untuk sembuh.

Definisi motivasi adalah satu variabel penyelang (yang ikut campur tangan) yang digunakan untuk menimbulkan faktor-faktor tertentu didalam individu, yang membangkitkan, mengelola, mempertahankan dan menyalurkan tingkahlaku menuju satu sarana (Chaplin, 1997, dalam Notoatmojo, 2003). Motivasi yang paling kuat adalah motivasi dari dalam diri sendiri. Motivasi individu untuk tetap mempertahankan kesehatannya sangat berpengaruh terhadap kepatuhan (Niven, 2002). Dengan adanya motivasi membuat individu memiliki keinginan, terarah dan mempertahankan perilaku pembatasan intake cairan. Claydon & Efron (1994) menyebutkan, diperlukan motivasi dan penghargaan baik dalam diri seseorang ataupun dari petugas kesehatan sehingga dapat meningkatkan

perilaku kesehatan khususnya perilaku kepatuhan dalam pembatasan intake cairan. Penelitian Cummings, Becker, Kirscht, & Levin (1981), menyimpulkan bahwa terapi perilaku efektif dalam meningkatkan kepatuhan terhadap kontrol intake cairan.

Sikap adalah reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek Notoatmodjo (2003). Dengan perkataan lain dapat dikatakan bahwa sikap adalah tanggapan atau persepsi seseorang terhadap apa yang diketahuinya. Jadi sikap tidak dapat langsung dilihat secara nyata, tetapi hanya dapat ditafsirkan sebagai perilaku yang tertutup. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, tetapi merupakan predisposisi tindakan.

Allport (1954), dikutip dari Notoatmodjo (2003), menjelaskan bahwa sikap terdiri atas 3 komponen pokok yaitu:

- (1) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek
- (2) Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek
- (3) Kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang

utuh ini pengetahuan berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

c) Keyakinan.

Menurut Niven (2002), keyakinan merupakan dimensi spiritual yang dapat menjalani kehidupan. Penderita yang berpegang teguh terhadap keyakinannya akan memiliki jiwa yang tabah dan tidak mudah putus asa serta dapat menerima keadaan dirinya.

d) Tindakan.

Tindakan adalah realisasi dari pengetahuan dan sikap menjadi suatu perbuatan nyata. Tindakan juga merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk nyata atau terbuka (Notoatmodjo, 2003). Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh karena itu disebut juga *over behavior*.

Empat tingkatan tindakan adalah (Notoatmodjo, 2003):

(1) Persepsi (*Perception*)

Mengenal dan memiliki berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang diambil.

(2) Respon Terpimpin (*Guided Response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar.

(3) Mekanisme (*Mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu merupakan kebiasaan.

(4) Adaptasi (*Adaptation*)

Adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik, artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Menurut Welch (2003) dalam Lindberg (2010), mengubah perilaku tidak terjadi sekaligus tetapi melalui proses adaptasi perilaku. Manajemen diri pada pengobatan hemodialisa merupakan proses dari adaptasi perilaku.

2) Dukungan keluarga.

Keluarga merupakan kelompok sosial paling kecil. Dukungan keluarga merupakan bagian terdekat dari penderita dan tidak dapat dipisahkan. Dukungan keluarga akan menimbulkan kepercayaan diri untuk mengelola atau menghadapi penyakitnya dengan lebih baik, serta penderita akan menyetujui saran-saran yang diberikan keluarga untuk menunjang pengelolaan penyakitnya.

3) Dukungan sosial.

Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga, teman, waktu, dan uang merupakan faktor penting dalam kepatuhan contoh yang sederhana, jika tidak ada transportasi dan biaya dapat mengurangi kepatuhan penderita.

Keluarga dan teman dapat membantu mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu, mereka dapat menghilangkan godaan pada ketidakpatuhan dan mereka seringkali dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan. Dukungan sosial nampaknya efektif di negara seperti Indonesia yang memiliki status sosial lebih kuat, dibandingkan dengan negara-negara barat.

#### 4) Dukungan petugas kesehatan.

Dukungan petugas kesehatan merupakan faktor yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan, berguna terutama pada saat pasien mendapati kenyataan bahwa perilaku sehat yang baru merupakan hal penting. Petugas kesehatan dapat mempengaruhi pasien dengan cara menyampaikan antusiasnya terhadap tindakan tertentu dan secara terus menerus memberikan penghargaan positif bagi pasien yang telah mampu beradaptasi dengan keadaannya.

Utami, S (2010) secara sederhana menyebutkan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan pembatasan asupan cairan penderita gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa diantaranya adalah pendidikan kesehatan, sikap, dukungan keluarga dan kualitas interaksi.

#### **4. Kontrol Intake Cairan.**

Penderita gagal ginjal kronis sering mengalami komplikasi diantaranya hipovolemik dan hipervolemik. Asupan cairan yang kurang pada penderita gagal ginjal kronis akan menyebabkan hipovolemik yang

dapat mengarah pada keadaan dehidrasi, hipotensi dan semakin buruknya fungsi ginjal (Price & Wilson, 2005). Asupan cairan yang cenderung tidak terkontrol akan mengakibatkan hipervolemia sehingga menimbulkan kelebihan beban sirkulasi, edema dan intoksikasi cairan (Price & Wilson, 2005).

**a. Intake cairan.**

Intake cairan berasal dari minuman dan makanan. Rata-rata intake cairan orang dewasa adalah 2200 ml sampai dengan 2700 ml per hari yang mana 1100 ml sampai dengan 1400 ml diantaranya berasal dari minuman dan 1000 ml lainnya dari makanan. Mekanisme rasa haus mengendalikan intake cairan tubuh kita. Rasa haus dikendalikan oleh hipotalamus di otak. Peningkatan konsentrasi plasma dan penurunan volume darah menjadi stimulus utama terhadap pusat rasa haus. Osmoreseptor di hipotalamus terus menerus memantau osmolalitas, apabila terjadi peningkatan tekanan osmotik maka osmoreseptor akan mengaktifkan jaringan syaraf yang dapat mengakibatkan sensasi rasa haus (Potter & Perry, 2008).

Penderita gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa rutin memerlukan kontrol intake cairan secara ketat. Intake yang kurang terkontrol dapat mengakibatkan kelebihan beban sirkulasi, edema dan intoksikasi cairan. Rasa haus yang dirasakan pasien tidak dapat dijadikan indikator dari keadaan hidrasi pasien, sehingga sering kali menjadi penyebab terjadinya fenomena kelebihan cairan. Untuk itu

diperlukan kontrol yang ketat terhadap intake cairannya dengan memperhatikan kenaikan berat badan harian dan mencatat secara cermat intake dan keluaran tiap harinya.

Menurut Kamaluddin (2009), tingkat kepatuhan penderita gagal ginjal kronis dalam mengurangi intake cairan menunjukkan 32,7% penderita gagal ginjal kronis tidak patuh dalam mengurangi intake cairan.

**b. Output cairan.**

Menurut Potter & Perry (2008), keluaran cairan tubuh tiap hari dapat melalui organ-organ tubuh seperti ginjal, kulit, paru-paru dan saluran pencernaan. Ginjal dan saluran pencernaan merupakan pengatur utama keseimbangan cairan. Ginjal mampu menyaring 170 liter darah tiap harinya. Penyaringan tersebut menghasilkan urine sekitar 60 ml per jam. Jumlah produksi urine dipengaruhi oleh hormon ADH (*anti diuretik hormon*) dan hormon *aldosteron*. Saat tubuh kekurangan air akan meningkatkan osmolalitas darah. Keadaan ini akan direspon oleh kelenjar hipofisis dengan melepas hormon ADH. Hormon ADH berfungsi menurunkan produksi urine dengan cara meningkatkan reabsorpsi air oleh tubulus ginjal. Hormon aldosteron disekresi oleh kelenjar adrenal yang bekerja pada tubulus ginjal untuk meningkatkan absorpsi natrium.

Cairan yang hilang dari tubuh melalui saluran pencernaan rata-rata 100 ml – 200 ml per hari. Sedangkan cairan yang hilang melalui

paru-paru sekitar 400 ml per hari. Untuk kulit menyumbang keluaran cairan melalui kehilangan yang kasat mata sekitar 600 ml dan kehilangan yang tak kasat mata antara 600 ml – 900 ml per hari.

**c. Keseimbangan cairan.**

Keseimbangan cairan penderita gagal ginjal kronis perlu dilakukan monitoring setiap hari. Input dan output cairan tubuh perlu dipantau dengan cermat. Adapun untuk menjaga cairan menurut Thomas (2002), penderita gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa rutin dapat melakukan pengaturan sebagai berikut:

- 1) Menggunakan sedikit garam dalam makanan.
- 2) Menggunakan bumbu dari rempah-rempah.
- 3) Menghindari atau minimal membatasi mengkonsumsi makanan olahan.
- 4) Menghindari makanan yang mengandung monosodium glutamat.
- 5) Mengukur tambahan cairan dengan gelas kecil.
- 6) Membagi jumlah cairan rata dalam sehari.
- 7) Menggunakan gelas kecil bukan gelas besar.
- 8) Usahakan setiap minum hanya setengah gelas kecil.
- 9) Es batu kubus dapat membantu mengurangi rasa haus. Satu es batu kubus kira-kira sama dengan 2 sendok makan air (30cc).
- 10) Membilas mulut dengan berkumur tanpa menelan airnya.
- 11) Merangsang produksi saliva. Bisa dengan permen karet rendah kalori ataupun menghisap irisan jeruk (sejenis jeruk bali).



- 12) Cek berat badan tiap pagi.
- 13) Hanya meminum obat bila perlu saja.
- 14) Menjaga tambahan cairan ekstra saat bersosialisasi (saat bepergian).

Penumpukan cairan dapat terjadi pada penderita gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa. Penumpukan cairan ini dapat mengakibatkan gagal jantung kongestif serta edema paru. Pembatasan cairan menjadi penting dan merupakan bagian dari resep diet untuk pasien. Dengan penggunaan hemodialisa yang efektif, intake pasien dapat diperbaiki meskipun biasanya memerlukan beberapa penyesuaian dan pembatasan pada intake protein, natrium, kalium dan cairan (Brunner & Suddarth, 2001).

**d. Pengukuran kepatuhan kontrol intake cairan.**

Kepatuhan sulit untuk dianalisa, karena sulit didefinisikan, diukur dan tergantung pada banyak faktor (Hughes, 1997). Metode untuk mengukur kepatuhan dilihat dari sejauh mana para klien mematuhi nasehat petugas kesehatan dengan baik, meliputi: laporan klien, laporan dokter, perhitungan pil dan botol, tes darah dan urine, alat-alat mekanis, observasi langsung dan hasil pengobatan (Hughes, 1997).

Menurut Pullar & Feely (1990), Raynor (1992) dan McGavock (1996) dalam Hughes, 1997) ada sejumlah metode yang dapat digunakan untuk mengukur kepatuhan. Metode utama yang saat ini

digunakan: wawancara pasien, hasil pemeriksaan klinis dan pengukuran konsentrasi plasma.

Wawancara pasien merupakan metode untuk mengukur kepatuhan dengan melakukan wawancara terhadap pasien. Dalam wawancara yang dilakukan ditanyakan apakah pasien sudah patuh dalam menjalankan program pengobatan. Metode ini memiliki kelemahan karena data yang diperoleh bersifat subyektif dari 1 sudut pandang yaitu pasien (Hughes, 1997).

Pengukuran konsentrasi plasma merupakan metode untuk mengukur kepatuhan dengan menggunakan indikator-indikator konsentrasi plasma dalam darah. Data diperoleh dengan pemeriksaan laboratorium terhadap sampel darah pasien. Apabila pasien tidak patuh tentu akan diperoleh hasil pemeriksaan plasma yang berada diluar rentang hasil normal. Metode ini cukup dapat diandalkan keakuratannya, namun demikian metode ini dirasa cukup mahal (Hughes, 1997).

Pemeriksaan klinis merupakan metode untuk mengukur kepatuhan dengan menggunakan indikator-indikator klinis yang dapat dilihat atau diukur. Metode ini cukup murah dan obyektif. Pemeriksaan klinis respon fisik pasien yang meliputi:

1) IWG (*Interdialytic Weight Gains*)

IWG merupakan indikator untuk mengetahui jumlah cairan yang masuk selama periode interdialitik dan kepatuhan pasien

terhadap pengaturan cairan pada pasien yang menjalani terapi hemodialisa (Thomas, 2003).

Kenaikan berat badan diantara dua waktu dialisa atau IWG tidak boleh lebih dari 1 kg sampai 3 kg (Lewis dkk, 2007 dalam Sari, 2012). Menurut Price & Wilson, 1995; Kozier, 2004 (dalam Rahmawati, 2008), peningkatan berat badan penderita gagal ginjal yang masih bisa ditolelir diantara waktu dialisis adalah 0,5 kg per 24 jam. Penambahan IWG lebih dari 2% sampai dengan 5% dikategorikan kelebihan cairan ringan, penambahan berat badan lebih dari 5% sampai 8% dikategorikan kelebihan cairan sedang dan penambahan berat badan > 8% merupakan kelebihan cairan berat.

## 2) Edema

Menurut Thomas (2003), berat badan pasien merupakan cara akurat sederhana untuk mengkaji adanya penambahan cairan tubuh berlebih yang secara klini dibuktikan dengan adanya edema.

Edema adalah tertimbunnya cairan tubuh di ruang interstitial. Indikator adanya edema dilakukan melalui pengamatan terhadap kembalinya pitting setelah dilakukan palpasi pada ekstremitas bawah bagian tibia dan mata kaki. Derajat edema:

Derajat I : Kedalaman 1 – 3 mm, waktu kembali 3 detik

Derajat II : Kedalaman 3 < 5 mm, waktu kembali 5 detik

Derajat III : Kedalaman 5 < 7 mm, waktu kembali 7 detik

Derajat IV : Kedalaman  $\geq 7$  mm, waktu kembali lebih 7 detik

Indikator fisik lain adalah tekanan darah. Menurut Price & Wilson (2005), keadaan hipervolemia dapat menyebabkan kelebihan beban sirkulasi yang akan menyebabkan kelainan kardiovaskuler menetap. Keadaan kelainan kardiovaskuler yang menetap ini merupakan keadaan yang sulit diubah dalam intervensi sederhana dan singkat, sehingga peneliti tidak menggunakan tekanan darah sebagai salah satu indikator fisik yang dinilai dalam penelitian ini.

**Tabel 2.3.** Klasifikasi Tekanan Darah Menurut JNC 7

Klasifikasi Tekanan Darah	Sistol	Diastol
Normal	< 120	< 80
Prahipertensi	120 – 139	80 – 89
Hipertensi derajat 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensi derajat 2	$\geq 160$	$\geq 100$

Sumber: JNC 7, 2004

## 5. Aspek Psikososial.

Manusia merupakan makhluk individu sekaligus makhluk sosial (Walgito, 2001). Karakteristik manusia sebagai makhluk individu; memiliki intelegensi, status sosial, kepribadian, ciri fisik dan unsur jasmani. Sedangkan karakteristik manusia sebagai makhluk sosial; selalu berinteraksi dengan sesama, saling membutuhkan, butuh bantuan orang lain, tunduk pada aturan dan norma sosial serta memiliki potensi akan berkembang bila ditengah masyarakat. Sebagai makhluk individu, faktor motivasi, minat dan pengetahuan akan mempengaruhi perilaku seseorang. Perilaku yang muncul tidak terlepas dari karakteristik manusia sebagai

makhluk sosial dimana manusia memiliki potensi untuk berkembang bila berada di tengah masyarakat. Berkembang dan tidaknya seseorang ditentukan oleh kemampuan adaptasi orang tersebut baik terhadap dirinya maupun terhadap lingkungan sekitar. Penyakit apapun yang berlangsung dalam kehidupan manusia dipersepsikan sebagai suatu penderitaan dan mempengaruhi kondisi psikologis dan sosial orang yang mengalaminya. Akan tetapi petugas kesehatan sering kali cenderung memisahkan aspek biologis dari aspek psikososial yang dialami pasien (Leung, 2002).

Aspek psikososial menjadi penting diperhatikan, karena perjalanan penyakit yang kronis dan sering membuat pasien tidak ada harapan. Pasien sering mengalami ketakutan, frustrasi dan timbul perasaan marah dalam dirinya (Leung, 2002). Penelitian oleh para profesional di bidang penyakit ginjal menemukan bahwa lingkungan psikososial tempat pasien gagal ginjal tinggal mempengaruhi perjalanan penyakit dan kondisi fisik pasien (Leung, 2002).

Penderita gagal ginjal kronis harus menjalani terapi ginjal pengganti selamanya sepanjang hidupnya, sehingga secara sosial sering kali mengalami perubahan peran, kehilangan pekerjaan dan pendapatan (Septiwi, 2010). Menurut Brunner & Suddarth (2001), terapi hemodialisa akan menimbulkan stress fisik dan mempengaruhi keadaan psikologis. Penderita dapat mengalami gangguan dalam proses berfikir, konsentrasi serta gangguan dalam hubungan sosial. Dalam kondisi stress, pasien akan cenderung enggan melanjutkan terapi dan tidak jarang justru melakukan

hal-hal yang bertentangan dengan program terapi salah satunya tidak patuh terhadap kontrol intake cairan (Kristyaningsih, 2009). Menurut Skinner (dalam Walgito, 2001), hal-hal yang menyebabkan perilaku tidak patuh diantaranya adalah motivasi yang kurang, persepsi yang salah, emosi dalam mensikapi keadaan, proses belajar yang tidak tepat dan pengaruh lingkungan. Sebagai contoh dengan adanya motivasi untuk sehat membuat individu memiliki keinginan, terarah dan mempertahankan perilaku pembatasan intake cairan. Claydon & Efron (1994) menyebutkan, motivasi dan penghargaan baik dalam diri seseorang ataupun dari petugas kesehatan dapat meningkatkan perilaku kesehatan khususnya perilaku kepatuhan dalam pembatasan intake cairan.

Tugas perawat dialisis sebelum melakukan prosedur hemodialisis kepada pasien disarankan untuk menilai masalah psikososial pasien yang akan dilakukan hemodialisis.

#### **a. Perubahan psikososial.**

Menurut Leung (2002), perubahan psikososial yang dapat terjadi diantaranya:

##### 1) Emosi

Perasaan takut adalah ungkapan emosi pasien gagal ginjal yang paling sering diungkapkan. Pasien sering merasa takut akan masa depan yang akan dihadapi dan perasaan marah yang berhubungan dengan pertanyaan mengapa hal tersebut terjadi pada dirinya. Ketakutan dan perasaan berduka juga kerap datang karena

harus tergantung seumur hidup dengan alat cuci ginjal. Perasaan ini tidak bisa dielakan dan seringkali afeksi emosional ini ditujukan kepada sekeliling seperti pasangan, karyawan dan staf di rumah sakit. Kondisi ini perlu dikenali oleh semua orang yang terlibat dengan pasien.

## 2) Harga diri.

Pasien dengan gagal ginjal sering kali merasa kehilangan kontrol akan dirinya. Mereka memerlukan waktu yang panjang untuk beradaptasi dan menyesuaikan diri dengan apa yang dialaminya. Perubahan peran adalah sesuatu yang tidak bisa dihindari. Sebagai contoh seorang pencari nafkah di keluarga harus berhenti bekerja karena sakitnya. Perasaan menjadi beban keluarga akan menjadi masalah buat individu ini.

Selain itu juga pasien sering kali merasa dirinya “berubah”. Adanya kateter yang menempel misalnya pada pasien dengan dialisis peritoneal, lesi di kulit, nafas berbau ureum dan perut yang membuncit membuat percaya diri dan citra diri pasien terpengaruh.

## 3) Gaya hidup.

Gaya hidup pasien akan berubah. Perubahan diet dan pembatasan air akan membuat pasien berupaya untuk melakukan perubahan pola makannya. Keharusan untuk kontrol atau melakukan dialisis di rumah sakit juga akan membuat keseharian pasien berubah. Terkadang karena adanya komplikasi pasien harus

berhenti bekerja dan diam di rumah. Hal-hal ini yang perlu mendapatkan dorongan untuk pasien agar lebih mudah beradaptasi.

4) Fungsi seksual.

Fungsi seksual pada pasien yang mengalami gagal ginjal akan sering terpengaruh. Hal ini bisa disebabkan karena faktor organik (perubahan hormonal atau karena insufisiensi vaskuler pada kasus gagal ginjal dengan diabetes), psikososial (perubahan harga diri, citra diri dan perasaan tidak menarik lagi) atau masalah fisik (distensi perut, perasaan tidak nyaman dan keluhan-keluhan fisik akibat uremia). Masalah pengobatan yang mengganggu fungsi seksual juga bisa menjadi masalah.

**b. Penatalaksanaan psikososial.**

Salah satu penyebab stress sosial adalah keadaan yang diakibatkan oleh penyakit-penyakit degeneratif yang menyebabkan terjadinya perubahan peran individu. Terapi yang dapat dilakukan pada pasien dengan masalah psikologis dan sosial menurut Kaplan & Saddock (2004) : Bhalla (2006), adalah terapi psikososial. Bentuk terapi psikososial diantaranya psikoterapi, terapi interpersonal, terapi keluarga, dan terapi tingkah laku (Kaplan & Saddock, 2004).

Psikoterapi merupakan suatu jenis terapi yang berkaitan dengan interaksi yang harmonis antara terapis dengan pasien secara individu atau kelompok dengan menggunakan prinsip-prinsip psikologis dan sosial untuk mengatasi masalah pikiran, perasaan, sikap dan perilaku



dalam kehidupan sehari-hari (Videbeck, 2008). Psikoterapi merupakan pengobatan pilihan dimana pengobatan ini dapat diterapkan sendiri atau dikombinasikan dengan psikofarmaka. Kombinasi antara psikoterapi dan psikofarmaka akan memberikan efek pengobatan yang lebih baik. Psikoterapi dapat dilakukan dalam bentuk keluarga, kelompok dan individu. Menurut The Cleveland Clinic Foundation (2004, dalam Aldiansyah, 2008) psikoterapi merupakan bentuk pengobatan yang direkomendasikan pertama kali untuk masalah yang berhubungan dengan stress sosial.

Terapi interpersonal bertujuan untuk memperbaiki keterampilan komunikasi dan meningkatkan kepercayaan diri selama periode yang singkat. Terapi ini berfokus pada tingkah laku dan interaksi individu dengan keluarga dan teman-temannya. Tingkat keberhasilannya cukup tinggi untuk masalah yang disebabkan oleh peristiwa hidup yang besar, konflik hubungan interpersonal, isolasi sosial dan duka cita mendalam (The Cleveland Clinic Foundation, 2004 dalam Aldiansyah, 2008).

Terapi keluarga merupakan salah satu terapi yang dapat mempengaruhi atau memperbaiki respon koping keluarga dalam pengambilan keputusan untuk menyelesaikan yang dirasakan oleh keluarga (Shives, 2005). Tujuan terapi keluarga untuk membantu pasangan dan individu mengantisipasi berbagai cara dalam menyelesaikan masalah-masalah yang timbul (Suharsono, 2013).

Terapi perilaku merupakan suatu pendekatan perilaku yang melibatkan pemikiran tentang gejala-gejala klinis sebagai perilaku yang dipelajari dan membantu pasien untuk belajar cara-cara baru dalam bersikap untuk mengurangi gejala-gejala yang tidak diinginkan dan meningkatkan kualitas hidup (Kaplan & Sadock, 2004).

## **6. Terapi Perilaku.**

### **a. Pengertian terapi perilaku.**

Terapi perilaku adalah penerapan aneka ragam tehnik dan prosedur yang berakar pada berbagai teori tentang belajar (Corey, 2005). Terapi perilaku merupakan aplikasi sistematis mengenai prinsip-prinsip pembelajaran untuk memodifikasi masalah-masalah perilaku yang dialami pasien (Susana, 2007).

Berdasarkan pengertian di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa terapi perilaku merupakan tehnik yang dilakukan berdasarkan prinsip-prinsip teori belajar untuk membentuk perilaku yang sesuai guna meningkatkan kualitas hidup.

### **b. Tujuan terapi perilaku.**

Tujuan terapi perilaku adalah agar pasien dapat mengerti prinsip pembelajaran yang berkaitan dengan perilaku maladaptif serta mempelajari respon-respon perilaku baru dalam menghadapi perilaku negatif tersebut (Susana, 2007). Pada dasarnya, terapi perilaku diarahkan untuk memperoleh tingkah laku baru, penghapusan tingkah

laku yang maladaptif, serta memperkuat dan mempertahankan tingkah laku yang diinginkan ( Corey, 2005).

**c. Prinsip dasar terapi perilaku.**

Menurut Kaplan & Sadock (2004), prinsip-prinsip yang harus diperhatikan dalam terapi perilaku adalah :

- 1) Perilaku maladaptif diperoleh melalui pembelajaran yang sesuai dengan prinsip yang mengatur proses pembelajaran perilaku adaptif.
- 2) Terapi perilaku tidak diperlukan untuk mengidentifikasi penyebab atau motif yang mendasari perilaku maladaptif.
- 3) Prinsip-prinsip belajar dapat digunakan untuk memodifikasi perilaku maladaptif.
- 4) Terapi perilaku difokuskan pada faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku saat ini dan bukan pada masalah yang telah lalu.
- 5) Terapis memiliki pengetahuan relevan dengan masalah pasien.
- 6) Hal yang penting dalam terapi perilaku adalah menetapkan tujuan yang spesifik dengan hasil yang dapat diukur.

**d. Tehnik dan modifikasi terapi perilaku.**

Secara umum, tehnik dan modifikasi terapi perilaku yang dapat digunakan antara lain :

- 1) Operant conditioning.

Menurut Stuart & Laraia (2005), *operant conditioning* merupakan perilaku yang terjadi karena adanya hubungan antara perilaku

disengaja beserta konsekuensinya dengan pengaruh lingkungan. Perilaku yang menghasilkan konsekuensi positif akan cenderung menjadi kuat dan diulang, sebaliknya jika perilaku menghasilkan konsekuensi negatif akan melemah. Prosedur terapi ini meliputi :

a) Peningkatan perilaku.

(1) *Positive reinforcement.*

Menambah rangsangan penghargaan sebagai konsekuensi dari perilaku yang meningkatkan kemungkinan perilaku akan terjadi lagi.

(2) *Negative reinforcement.*

Menghilangkan stimulus *aversive* sebagai konsekuensi perilakunya yang meningkatkan kemungkinan perilaku akan terjadi lagi.

b) Penurunan perilaku

(1) *Punishment.*

Adanya stimulus *aversive* sebagai konsekuensi dari perilakunya yang memungkinkan perilaku tidak diulangi.

(2) *Response cost.*

Kehilangan reinforcer sebagai konsekuensi dari perilakunya yang menurunkan kemungkinan perilaku akan diulangi.

(3) *Extinction.*

Menjauhkan *reinforcer* sebagai konsekuensi dari perilakunya yang memungkinkan perilaku akan menurun.

2) Classical conditioning.

Merupakan perilaku yang dapat diubah melalui pemberian kondisi atau stimulus eksternal atau lingkungan yang dilakukan secara berulang kali (Videbeck, 2008).

3) Pembanjiran/flooding.

Pasien distimulasi dengan sumber permasalahan atau kecemasannya dalam jangka waktu tertentu dan lingkungan yang tidak berbahaya sampai pasien mampu mengatasi masalahnya (Susana, 2007).

4) Gradual exposure.

Pasien distimulasi oleh sumber kecemasan atau masalahnya dengan hirarki secara *progressive* mulai dari stimulus yang kurang lalu sedang sampai stimulus yang berat (Susana, 2007).

5) Terapi aversif.

Menurut Corey (2005), terapi ini memberikan suatu stimuli yang tidak menyenangkan/menyakitkan sampai perilaku yang tidak diinginkan terhambat kemunculannya.

6) Latihan asertif/assertiveness training.

Mengajarkan bagaimana mengekspresikan pendapat dalam cara yang dapat diterima untuk mencapai tujuannya (Kaplan & Sadock, 2004).

7) Terapi perilaku kognitif.

Terapi perilaku kognitif merupakan terapi *relationship* dengan kolaborasi yang berorientasi tujuan serta fokus pada pikiran, keyakinan serta asumsi-asumsi yang dapat mempengaruhi perilaku (Susana, 2007).

8) Desensitisasi.

Menurut Susana (2007), terapi ini dilakukan dengan memperlihatkan sedikit demi sedikit tetapi bertahap mengenai hal-hal yang menjadi sumber kecemasan atau permasalahannya sampai pasien mampu beradaptasi dengan masalahnya.

9) Modeling.

Teknik modeling mengajarkan bahwa pasien belajar dengan meniru atau mempelajari perilaku yang baru melalui proses pengamatan terhadap orang lain (Kaplan & Sadock, 2004).

10) *Social Skills Training*.

Metode ini merupakan proses pembelajaran dimana orang belajar cara berinteraksi yang baik dengan orang lain (Carson, 2000).

11) *Shaping*.

Teknik shaping ini mengharuskan perawat untuk melihat, menunggu dan memberi reinforcement ketika perilaku yang diharapkan muncul (Stuart & Laraia, 2005).

12) *Role Playing*.

Bermain peran akan memungkinkan pasien untuk berlatih mengatasi permasalahan hidupnya dan memperoleh umpan balik atas perilakunya. Terapi ini juga dapat memberikan latihan untuk pengambilan keputusan dengan segala konsekuensinya dan dapat belajar mengenai pengalaman dalam situasi yang sulit dari sudut pandang orang lain (Stuart & Laraia, 2005).

### 13) Token *ekonomi*

Token ekonomi adalah terapi perilaku dimana pasien akan mendapatkan token apabila mampu menunjukkan perilaku yang diharapkan. Penggunaan sistem ini berdasarkan pada prinsip penguatan secara umum (Carson, 2000).

Dari penelitian-penelitian terdahulu, terapi perilaku yang dapat dilakukan pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa salah satunya adalah terapi perilaku token ekonomi. Terapi kontrak perilaku token ekonomi menurut Cummings, Becker, Kirscht, & Levin (1981) ; Sonnier , Bridget L. , (2000), dapat diterapkan pada pasien dalam meningkatkan kepatuhan terhadap intake cairan. Dalam penelitian Cummings, Becker, Kirscht, & Levin (1981) ; Sonnier , Bridget L. , (2000), terapi kontrak perilaku token ekonomi berupa kupon poin yang dapat ditukar dengan imbalan ekonomi apabila pasien mampu memenuhi target poin kupon terbukti efektif meningkatkan kepatuhan pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa dalam mengontrol intake cairan. Penelitian lain yang sejalan dengan penelitian diatas adalah penelitian dari

Parendrawati (2009), dengan judul “Pengaruh terapi perilaku token ekonomi pada pasien Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Dr. Marzuki Mahdi Bogor”. Metode penelitian yang digunakan adalah *Quasy Eksperimen* pendekatan *pre post test* kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil penelitian ini ( $p = 0,000$ ) artinya ada pengaruh terapi perilaku token ekonomi pada pasien defisit perawat diri di Rumah Sakit Dr. Marzuki Mahdi Bogor.

Terapi perilaku menurut Cummings, K. M., Becker, M. H., Kirscht, J. P., & Levin, N. W. (1981) dilakukan dengan 4 langkah yaitu: a. mengidentifikasi perilaku atau set perilaku yang akan ditargetkan dalam kontrak untuk berubah, b. melakukan negosiasi dengan responden jadwal untuk pemenuhan perilaku tertentu (misalnya, dengan perawatan dialisis berikutnya, pada akhir 6 minggu), bagaimana tingkat prestasi harus dievaluasi (misalnya, menyerahkan bagan peningkatan berat badan), apa imbalan yang akan diterima untuk perilaku yang tepat, dan kapan responden akan diberi imbalan, c. membuat sebuah kesepakatan token yang kemudian disepakati bersama oleh perawat dan responden, dan d. mempertahankan catatan kemajuan setiap responden untuk memastikan pasien diberikan hadiah sesuai dengan syarat-syarat kontrak. Kontrak dirumuskan dan dinegosiasikan oleh peneliti dan responden. Setiap kontrak berlangsung 6 minggu. Setelah menjelaskan kontrak, perawat bernegosiasi dengan responden tentang kapan perilaku baru harus dicapai, bagaimana perilaku akan dievaluasi, dan kapan responden akan diberi



imbangan. Kontrak perilaku memuat informasi tentang perilaku yang dapat diterima, perilaku yang tidak dapat diterima, konsekuensi bila terjadi pelanggaran kontrak dan kontribusi perawat dalam perawatan. Responden dapat mengembangkan kontrak untuk meningkatkan kontrol diri dan menurunkan perilaku (Stuart & Laraia, 2005).

## **7. Token Ekonomi.**

Token ekonomi dibuat berdasarkan prinsip *conditioning reinforcement*. *Conditioning reinforcement* adalah stimulus yang tidak secara langsung menguatkan perilaku, namun stimulus tersebut bisa menjadi penguat jika dipasangkan dengan reinforcer lain (Martin, G & Pear, J, 1996 dalam Walgito, 2001). Perilaku yang pembentukannya melalui kondisioning respon menekankan pemasangan antara perilaku yang dibentuk dengan perilaku alami diikuti dengan konsekuensinya, sebagaimana diungkapkan oleh Skinner (dalam Walgito, 2001)

### **a. Pengertian.**

Token ekonomi adalah bentuk dari modifikasi perilaku yang bertujuan untuk meningkatkan perilaku yang diharapkan dan menurunkan perilaku yang tidak diharapkan dengan menggunakan token (Stuart dan Laraia, 2005). Token ekonomi juga merupakan salah satu contoh dari perkuatan yang ekstrinsik, yang menjadikan orang-orang termotivasi untuk melakukan sesuatu guna meraih hasil yang diharapkan (Corey, 2005).

Berdasarkan pengertian di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa token ekonomi merupakan terapi perilaku untuk mengubah perilaku yang tidak diharapkan dengan menggunakan tanda sebagai penguat ekstrinsik yang dapat menimbulkan motivasi. Apabila pasien mengerjakan perilaku yang diinginkan akan mendapatkan tanda, sebaliknya jika pasien tidak mengerjakan apa yang dilatih akan kehilangan tanda (Mohr, 2006). Kegiatan ini dapat dilakukan pada pasien dengan memberi token (permen, uang atau makanan) bila pasien sukses mengubah perilakunya yang maladaptif (Susana, 2007).

**b. Tujuan token ekonomi.**

Tujuan dari pelaksanaan token ekonomi adalah untuk meningkatkan perilaku yang diinginkan dan mengurangi perilaku yang tidak diinginkan sehingga dapat terbentuk perilaku dan ketrampilan sosial yang sesuai dengan lingkungannya (Nasir & Muhith, 2011). Menurut Corey (2005), token ekonomi bertujuan untuk mengubah motivasi yang ekstrinsik menjadi motivasi yang intrinsik sehingga dapat digunakan dalam memelihara tingkah laku yang baru, dimana pembentukan suatu pola tingkah laku dengan memberikan ganjaran atau perkuatan segera setelah tingkah laku yang diharapkan muncul adalah suatu cara yang ampuh untuk mengubah tingkah laku. Poul dan Philip (dalam Barton dan Tomlinson, 1981), menyatakan pemberian pemerkuat dapat meningkatkan frekuensi tingkah laku ketika mendapat perlakuan yang menyenangkan atau stimulus.

**c. Kelemahan token ekonomi.**

Menurut Martin, G & Pear, J, (Walgito, 2001), token ekonomi memiliki beberapa kelemahan diantaranya:

- 1) Kurangnya pembentukan motivasi intrinsik, karena token merupakan dorongan dari luar diri.
- 2) Dibutuhkan dana lebih banyak untuk penyediaan pengukuh pendukung /*back up reinforce*
- 3) Adanya beberapa hambatan dari orang yang memberikan dan menerima token.

**d. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam token ekonomi.**

Menurut Nasir & Muhith (2011), unsur-unsur yang harus diperhatikan dalam token ekonomi adalah :

1) Token

Token harus bersifat menarik, disukai, sulit dipalsu, mudah untuk dibawa dan dapat dihitung untuk kemudian ditukarkan dengan obyek yang penuh arti, kehormatan ataupun aktivitas. Menurut Corey (2005) pemberian token sebagai pemerkuat bagi tingkah laku yang layak, memiliki beberapa keuntungan yaitu: tidak kehilangan nilai insentifnya, bisa mengurangi penundaan yang ada diantara tingkah laku yang layak dengan ganjarannya, bisa digunakan sebagai pengukur yang konkret bagi motivasi individu untuk mengubah tingkah laku tertentu, merupakan bentuk perkuatan yang positif, individu memiliki kesempatan untuk

memutuskan bagaimana menggunakan tanda-tanda yang diperolehnya dan cenderung menjembatani kesenjangan yang sering muncul di antara lembaga dan kehidupan sehari-hari.

- 2) Target perilaku harus jelas dan nyata.

Perilaku yang harus dicapai oleh pasien dijelaskan sebelumnya termasuk berapa banyaknya token yang harus dikumpulkan.

- 3) Motif-motif penguat/*back-up reinforce*.

Motif penguat sebaiknya objek yang penuh arti dan menarik seperti waktu tambahan, tamasya/aktivitas di luar, mainan, atau makanan. Motif ini akan lebih menarik jika ditentukan oleh pasien sendiri sehingga akan lebih termotivasi untuk meraihnya.

- 4) Sistem yang digunakan dalam menukarkan token.

Aturan main termasuk waktu dan tempat menukarkan token harus jelas karena bentuk penghargaan yang akan diterima didasarkan pada nilai keuangan, permintaan, atau nilai terapi.

- 5) Token ekonomi merupakan suatu sistem untuk merekam data.

Perubahan perilaku yang terjadi selama pelaksanaan token ekonomi harus selalu direkam dalam lembar data keseharian termasuk informasi mengenai penukaran token.

- 6) Pelaksanaan token ekonomi harus konsisten oleh staf.

Semua staf yang dilibatkan harus memberi penghargaan yang sama terhadap perilaku yang diinginkan.

**e. Tata cara pelaksanaan token ekonomi.**

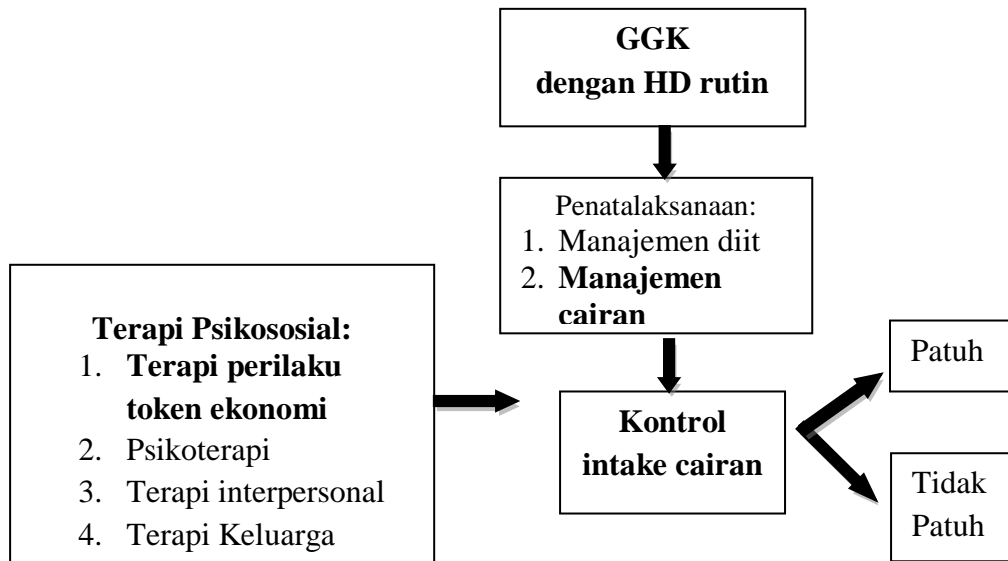
Menurut Nasir & Muhith (2011), tata cara dalam pelaksanaan token ekonomi meliputi :

- 1) Mengenal dengan jelas jenis perilaku yang akan diubah dengan token ekonomi.
- 2) Menentukan jenis token yang akan dipakai.
- 3) Memilih dan menentukan harga penguat/reinforcer yang dapat ditukar dengan token.
- 4) Menentukan nilai/jumlah token untuk suatu perilaku.
- 5) Membuat bank token.
- 6) Menentukan waktu untuk menukarkan tokennya.
- 7) Menjelaskan program token ekonomi.
- 8) Memberikan token beserta pujian.
- 9) Membuat penyesuaian yang dibutuhkan.

**f. Lamanya waktu token ekonomi**

Waktu efektif terapi perilaku token ekonomi untuk merubah perilaku seseorang menurut penelitian Cummings, K. M., Becker, M. H., Kirscht, J. P., & Levin, N. W. (1981) adalah 6 minggu sampai dengan 3 bulan setelah intervensi. Menurut Notoatmojo, S., Sarwono, S., (1985) dalam 5 tingkatan perubahan perilaku kesehatan, individu akan mempertahankan perilaku sehat yang dilakukan setelah 6 bulan (dilihat kembali).

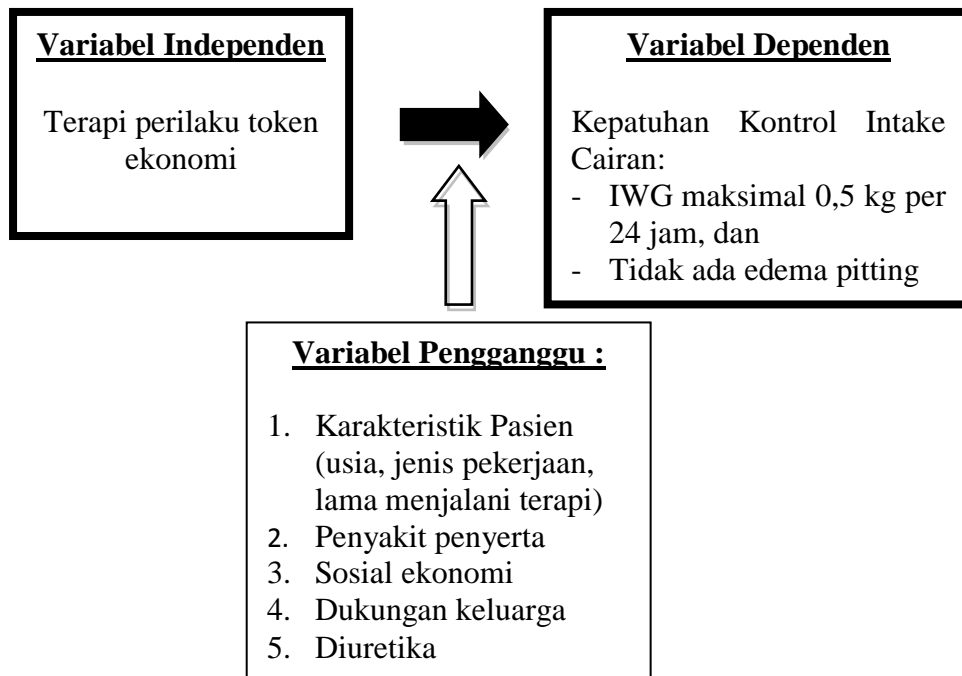
### A. Kerangka Teori



**Gambar 2.1.** Kerangka Teori

Sumber: Kaplan & Saddock (2004) ; Tomey & Alligood (2006); Orem (2001)

### B. Kerangka Konsep



Keterangan:



= Yang diteliti

**Gambar 2.2.** Kerangka Konsep

### C. Hipotesis

Hipotesis penelitian ini peneliti rumuskan sebagai berikut:

1. Ada pengaruh terapi perilaku token ekonomi terhadap kepatuhan melakukan kontrol intake cairan pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa.
2. Ada perbedaan kepatuhan kontrol intake cairan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah dilakukan terapi perilaku token ekonomi pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa.
3. Ada perubahan perilaku kontrol intake cairan sebelum dan sesudah dilakukan terapi perilaku token ekonomi yang lebih besar pada kelompok intervensi dibanding perubahan perilaku kontrol intake cairan pada kelompok kontrol :  $(O2A-O1A) > (O2B-O1B)$ .