

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Alasan Pemilihan Teori

Pada bab ini akan dibahas mengenai uraian teori yang digunakan sebagai acuan dalam penelitian ini. Penelitian ini melibatkan dua variabel yang terdiri dari *health belief* dan perilaku *compliance*.

Teori yang akan digunakan sebagai acuan dalam menjabarkan merupakan teori *Health Belief Model* yang dikemukakan oleh Rosenstock, karena teori ini dapat menjelaskan keyakinan seseorang terhadap kesehatannya yang dapat memprediksi melalui tingkah laku seseorang. Adapun teori utama yang dijadikan acuan untuk menjabarkan perilaku *compliance* ialah teori yang dikemukakan oleh Sarafino. Hal tersebut dikarenakan teori ini mengemukakan mengenai kepatuhan seseorang didalam bidang kesehatan.

2.2 Ginjal

2.2.1 Definisi

Ginjal merupakan salah satu organ yang penting dalam tubuh manusia. Ginjal merupakan berbagai fungsi yang ditujukan untuk mempertahankan homeostasis. Ginjal merupakan jalan penting untuk mengeluarkan berbagai macam zat-zat sisa metabolisme tubuh selain juga berperan penting dalam mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit (Sherwood, 2001).

Ginjal berfungsi untuk mengatur keseimbangan air dalam tubuh, mengatur konsentrasi garam dalam darah, mengatur keseimbangan asam-basa darah serta mengatur ekresi bahan buangan kelebihan garam. Apabila ginjal gagal dalam menjalankan fungsinya ini, maka akan terjadi gangguan pada keseimbangan air dan metabolisme dalam tubuh sehingga melibatkan terjadinya penumpukan zat-zat berbahaya dalam darah yang dapat mengganggu kerja organ lain yang menyebabkan penderita memerlukan pengobatan segera.

2.2.2 Klasifikasi Gangguan Fungsi Ginjal

Rahardjo (1996) mengklasifikasikan gangguan pada fungsi ginjal kedalam empat tahap, yaitu hilangnya fungsi ginjal, insufisiensi ginjal, gagal ginjal, dan gagal ginjal terminal. Berikut penjelasan pada setiap tahapan :

1. Hilangnya fungsi ginjal, pada tahap ini biasanya penderita tidak menyadari adanya gangguan pada fungsi ginjalnya. Keadaan ini hanya akan diketahui apabila penderita melakukan pemeriksaan khusus fungsi ginjal. Seiring dengan waktu maka akan terjadi penumpukan sisa-sisa metabolisme di dalam tubuh yang menyebabkan seseorang mengalami gangguan yang lebih berat.
2. Insufisiensi ginjal, pada tahap ini penurunan fungsi ginjal semakin dapat dilihat lewat pemeriksaan rutin. Akan tetapi penderita sering tidak mengeluhkan keadaan ini hingga mencapai dimana penurunan fungsi ginjalnya semakin memburuk sehingga mengganggu kemampuan sehari-hari.

3. Gagal ginjal, pada tahap ini gangguan fungsi ginjal serta gejala sudah nyata. Berkurangnya fungsi ginjal menyebabkan penumpukan hasil pemecahan protein, yaitu ureum dan nitrogen yang beracun bagi tubuh, sehingga tubuh akan mengalami kekurangan protein. Gangguan dalam metabolisme lemak akan menyebabkan *low density lipoprotein* (LDL) atau kolesterol buruk dan trigliserida meningkat, sedang kolesterol menurun. Dalam jangka panjang hal ini menimbulkan gangguan kardiovaskuler, sementara itu gangguan pada metabolisme karbohidrat akan menyebabkan peningkatan kadar gula darah. Kemampuan penderita menjadi terganggu dalam pekerjaan atau aktivitas sehari-hari.

4. Gagal ginjal terminal, tahap akhir ini dapat dilihat dari sisa fungsi yang minimal sehingga gejala dan komplikasi pada penderita sudah sedemikian nyata dan tindakan perawatan harus segera dilakukan untuk menyelamatkan pasien. Pada gangguan fungsi ginjal tahap ketiga dan tahap terakhir apabila tidak ditangani dengan baik maka gangguan akan berkembang ke arah yang lebih berat dan akhirnya memerlukan tindakan yang mahal dan berakibat fatal.

Klasifikasi gangguan fungsi ginjal dari NKF-K/ DOQI (2000) dan rencana kerja berdasarkan stadium penyakit ginjal kronik. Klasifikasi gagal ginjal kronis berdasarkan pada derajat (stage) LFG (Laju Filtration Glomerulus) dimana nilai normalnya adalah 125 mL/min/1,73m² dengan menggunakan Rumus Kockoft-Gault sebagai berikut :

Tabel 2.1
Klasifikasi Gagal Ginjal Kronis

Derajat	Deskripsi	LFG (mL/min/1,73 m ²)	Aksi
1	Kerusakan ginjal dengan LFG normal	≥90	Diagnosis dan pengobatan. Terapi penyerta penyakit penyerta, penghambatan progresif.
2	Kerusakan ginjal dengan LFG penurunan ringan	60-89	Penurunan resiko penyakit kardiovaskuler.
3	Kerusakan ginjal dengan penurunan LFG sedang	30-59	Perkiraan progresifitas.
4	Kerusakan ginjal dengan penurunan LFG berat	15-29	Evaluasi dan pengobatan komplikasi.
5	Gagal ginjal	<15	Terapi pengganti ginjal

Gagal ginjal kronis merupakan sebutan bagi kondisi gagal ginjal keadaan klinik yang menunjukkan penurunan progresif fungsi ginjal secara perlahan tapi pasti, yang dapat mencapai 60% dari keadaan normal, menuju ketidakmampuan ginjal.

Yang membedakan dengan gagal ginjal akut, atau gagal ginjal mendadak yang diakibatkan oleh adanya infeksi pada ginjal, adalah perkembangan pada gagal ginjal kronis yang berbentuk progresif dan melibatkan mekanisme adaptif dimana ginjal masih dapat mengatur keseimbangan cairan dalam derajat yang cukup untuk bertahan dengan pemasukan makanan secara normal.

Gejala utama dari gagal ginjal kronis berupa keluhan rasa sakit di daerah pinggang yang dapat disertai dengan rasa mual, muntah, gatal-gatal di kulit, lemas, lesu, cepat lelah, kurang cairan dalam tubuh, sembab di daerah muka, perut dan kaki, nafsu makan menurun, frekuensi dalam buang air dan jumlah urine berubah, libido menurun serta menstruasi yang tidak teratur (Peterson, 1995; Tierney, dkk, 1993; Roesma, 1992; Kresnawan & Sukardjini, 1992; Lubis, 1987).

2.2.3 Perawatan bagi pasien gagal ginjal

Perawatan yang biasa digunakan dalam penanganan gangguan ginjal terutama saat sudah mencapai stadium akhir atau terminal adalah manajemen diet, dialisa, dan transplantasi ginjal (Carpenter & Lazarus, 1984; Tierney, dkk, 1993). Manajemen diet bertujuan untuk membantu mempertahankan status gizi yang optimal, mencegah faktor-faktor pemberat, mencoba untuk memperlambat penurunan fungsi ginjal, mengurangi dan bila mungkin menghilangkan gejala yang mengganggu dan mengatur keseimbangan cairan elektrolit.

Dialisa yang lebih populer dengan sebutan cuci darah, merupakan tindakan terapi perawatan yang harus dilakukan oleh penderita gagal ginjal baik akut maupun kronis. Tindakan ini sering juga disebut sebagai terapi pengganti karena fungsinya

yang menggantikan sebagian fungsi ginjal, yaitu ekskresi pembuang zat-zat berbahaya dari tubuh hasil metabolisme. Dialisa saat ini hanya mengeluarkan 48 sampai maksimum 52% saja dari toksin uremik. Oleh karena itu penderita tetap memerlukan pembatasan asupan makanan dan minuman yang ketat serta intervensi obat-obatan untuk mengatur aspek-aspek dari kegagalan fungsi ginjal yang lain serta untuk mencegah terjadinya akumulasi sisa-sisa metabolisme diantara waktu dialisa.

Transplantasi ginjal merupakan upaya terakhir dalam perawatan penderita gangguan ginjal, hal ini terutama dilakukan apabila fungsi ginjal yang tersisa sangat sedikit bahkan tidak ada. Prinsip utamanya adalah mengganti ginjal yang rusak dengan donor yang sehat lewat prosedur operasi. Perawatan ini memerlukan biaya yang mahal dan waktu yang panjang karena harus melalui serangkaian penujian laboratorium untuk mengetahui apakah ginjal donor cocok dengan penderita dan perawatan pasca operasi. Walaupun begitu, transplantasi ginjal tidak menjamin penderita sembuh total karena pada banyak kasus ditemukan bahwa mereka sudah menjalani transplantasi ginjal kembali menjalani dialisa.

2.2.4 Komplikasi

Smeltzer (2001) menyebutkan bahwa komplikasi potensial pada gagal ginjal kronik memerlukan pendekatan kolaboratif dalam perawatannya yang mencakup :

- a. Hiperkalemia akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme, dan masukan diet yang berlebih.
- b. Perikarditis, efusi perikardial, dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialysis yang tidak adekuat.

- c. Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi system rennin-angiotensin-aldosteron.
- d. Anemia akibat penurunan eritrosit, penurunan rentang sel darah merah, pendarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin dan kehilangan darah selama hemodialisis.
- e. Penyakit tulang serta klasifikasi metastatic akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D abnormal, dan peningkatan kadar aluminium.

2.3 Perilaku *Compliance*

2.3.1 Pengertian *Compliance*

Perilaku *compliance* dapat diartikan sebagai usaha yang dilakukan oleh pasien dimana pasien melakukan tindakan (dalam bentuk, mengikuti aturan medis, mengikuti diet atau perubahan pola hidup) yang sesuai dengan nasehat medis atau kesehatan, lebih dikenal dengan istilah perilaku *compliance* yang didefinisikan oleh Heynea et all (1979) sebagai berikut :

“compliance as the extent to which the patient’s behavior (in terms of taking medications, following diets or other life style changes) coincides with medical or health advice”

(Odgen, 1996.hal.60)

Dalam Sarafino (2011), menyatakan bahwa perilaku *compliance* merupakan sejauh mana pasien melakukan perilaku dan pengobatan yang disarankan oleh dokter. Perilaku *compliance* dianggap sebagai sumber dasar yang paling penting karena

mengikuti apa yang direkomendasikan oleh professional kesehatan daam hal ini dokter dianggap sangat ensensial untuk kesembuhan pasien (Odgen, 1996. hal.60)

Dari beberapa pengertian perilaku *compliance* yang telah dikemukakan di atas, maka perilaku *compliance* merupakan sejauh mana usaha individu mengikuti saran yang diberikan oleh dokter atau ahli medis untuk melakukan tingkah laku, perawatan, dan pengobatan yang diperlukan sesuai dengan kondisi medis atau kesehatannya, seperti mengkonsumsi obat, diet atau perubahan pola hidup. Dengan demikian ketidakpatuhan adalah kegagalan dalam menaati seran-saran dokter untuk menjaga kondisi fisik individu.

2.3.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku *Compliance*

Topik kepatuhan saat ini mendapat banyak perhatian praktisi kesehatan, sebab masalah ketidakpatuhan sering mengakibatkan dampak yang membahayakan pada kesehatan pasien dengan kemungkinan terburuk adalah kematian. Beberapa penelitian tentang kepatuhan, membuktikan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pasien menjadi tidak patuh dalam Sarafino (2011) yaitu:

1. Karakteristik Penyakit dan Pengobatannya

Karakteristik penyakit menjadi salah satu faktor yang menyebabkan semakin patuh atau tidaknya pasien pada saran dokter. Sebuah penelitian mengatakan bahwa pasien dengan penyakit kronis yang tidak memperlihatkan simptom yang begitu terlihat akan semakin menunjukkan ketidakpatuhan (Miller, 1997). Ketika penyakit yang diderita terlihat jelas dan sangat tidak diinginkan, maka orang tersebut akan semakin menurut pada pengobatan dan berjanji untuk sembuh. Selain itu, bentuk

pengobatan juga sangat beragam jenisnya. Pengobatan dapat diberikan melalui berbagai cara yang berbeda kompleksitas, durasi, biaya, efek samping dan tingkat perubahan gaya hidup yang harus dirubah oleh pasien. Meichenbaum dan Turk (hal.43,1987) membuat rangkuman faktor yang terkait dengan karakteristik pengobatan, sebagai berikut:

Sebelum menjalani pengobatan, pasien harus mempersiapkan segala sesuatunya termasuk administrasi ke rumah sakit. Kerepotan dalam mengurus persyaratan administrasi dapat pula menyebabkan frustrasi dan keengganan untuk patuh menjalani pengobatan. Kompleksitas pengobatan, seperti frekuensi minum obat dan aturan diet sering tidak dilakukan karena instruksi yang terlalu detail dan mudah terlupakan. Ley (1979) menemukan bahwa pasien melupakan sepertiga informasi yang diberikan oleh dokter. Semakin banyak jumlah obat dan semakin kompleks jadwal kontrol dan dosis, semakin besar kemungkinan pasien untuk salah dalam mengikuti anjuran dokter (Kirscht & Rosenstock, 1979). Semakin kompleks dan rumit instruksi yang diberikan semakin sulit bagi pasien untuk *me-recall*.

Saran yang diberikan oleh dokter akan menyebabkan pasien mengubah gaya hidup, khususnya pada penderita penyakit serius. Namun, penelitian lain mengatakan bahwa pasien lebih sering tidak mematuhi saran yang berkaitan dengan merubah gaya hidup dibandingkan dengan menjalani terapi pengobatan. Gaya hidup telah menjadi kumpulan perilaku yang telah menjadi kebiasaan seseorang yang sulit sekali apabila harus diubah.

2. Karakteristik Pasien

Kepatuhan pasien dipengaruhi juga oleh kognitif dan emosional pasien ketika mereka menerima saran dari dokter. Pada penderita penyakit kronis, rangkaian pengobatan yang panjang dan rumit menjadi sangat tergantung oleh faktor internal individu. Bagaimana individu tersebut menghayati keseriusan penyakitnya dan bagaimana individu mempersepsikan hambatan dan manfaat dari anjuran dokter. Hal ini berkenaan dengan subjektivitas pasien yang menghayati seberapa mengancam penyakit yang dideritanya dapat mempengaruhi perilaku yang berkaitan dengan kepatuhan.

Pasien harus dapat memahami dengan benar kata-kata instruksi yang diberikan oleh dokter, seperti urutan obat yang diminum, jenis makanan yang tidak boleh dimakan dan yang boleh dimakan, aktivitas yang mendukung pengobatan maupun yang tidak mendukung. *Social support* juga berkaitan dengan kepatuhan seorang pasien. Pasien yang mendapat dukungan dari keluarga, teman dan pasangan akan lebih mudah menerima sejumlah saran karena yakin akan mendapat bantuan dalam melakukannya.

3. Interaksi antara dokter dan pasien

Dalam menjalani sebuah kegiatan, biasanya kita akan melihat dengan siapa kita akan berhubungan atau bekerjasama. Sama halnya dengan menjalani pengobatan, hubungan pasien dan dokter harus terbina dengan baik agar tercipta saling percaya dan menerima satu sama lain. dokter sebagai sumber informasi, harus memberikan keterangan yang jelas dan sistematis tentang apa yang harus dilakukan oleh pasien. Interaksi yang baik dapat dijalin dengan hubungan yang harmonis antara pasien dan

dokter. Melalui perintah yang bersifat satu arah, hubungan dokter dan pasien akan terasa jauh dan sangat formal. Ada 4 faktor yang mempengaruhi interaksi dokter dan pasien (Sarafino,2011), yaitu: 1. Pengetahuan pasien yang sangat minim tentang pengobatan; 2. Dokter tidak memberikan informasi yang memadai untuk pasien; 3. Pasien sedikit bertanya selama pertemuan berlangsung; 4. Semakin jelas informasi yang diberikan dokter, semakin patuhlah pasien.

2.4 Pengertian *Health Behavior*

Di Indonesia istilah perilaku sehat sudah lama dikenal. Hal ini disebabkan karena dalam 15 tahun terakhir ini konsep dibidang perilaku yang berkaitan dengan kesehatan sedang berkembang pesatnya (Salan, 1988 dalam Smet. 1994). Definsi umum dari perilaku sehat yang sering dikemukakan oleh sejumlah ahli diantaranya yaitu : *“Those personal attributes such is belief, expectations, motives, values, perceptions, and other cognitive elements, personality characteristic including affective and emotional states and traits; and overt behavior patterns, actions and habits that relate to health maintenance, to health restoration, and to health improvement.”* (Gochman dalam Smet, 1994.hal.9)

Definisi tersebut tidak hanya meliputi tindakan yang secara langsung diamati dan jelas tapi juga kejadian mental dan keadaan perasaan yang diteliti dan diukur secara tidak langsung. G.C Stone (1979) mengatakan :

“health behavior are behaviors undertaken by people to enhance or to maintain their health” (dalam Taylor, 2003. hal.55).

Selain itu, perilaku sehat berfungsi sebagai pencegah dari penyakit dimana individu berusaha melakukannya untuk menjaga atau mengembangkan kesehatan dan mencegah penyakit. Stanislav Kasl dan Sidney Cobb (1966.p.246) "*health behavior refers to any activity undertaken by a person believing him self to be healthy, for the purpose of preventing disease or detecting it in an asymptomatic stage*" (dalam Sarafino, 1994. hal.172) dari pengertian perilaku sehat yang telah dijabarkan diatas, maka dapat disimpulkan bahwa perilaku sehat adalah segala tindakan, atribut dan karakteristik pribadi yang dimiliki individu yang berhubungan dengan pemeliharaan, penyembuhan dan peningkatan kesehatan individu.

2.5 Health Belief

2.5.1 Pengertian Health Belief Model

Selama lima dekade, model kepercayaan kesehatan (HBM) telah menjadi salah satu kerangka kerja secara konseptual yang paling banyak digunakan dalam perilaku kesehatan. *Health Belief Model* telah digunakan sebagai pedoman kerangka kerja dalam intervensi perilaku kesehatan baik untuk menjelaskan perubahan dan pemeliharaan perilaku kesehatan. *Health belief model* (HBM) yang diajukan Rosenstock (1966) yaitu suatu teori yang dirancang agar dapat memahami dengan baik bagaimana orang mempersepsikan ancaman suatu penyakit. Pada intinya teori ini berdasarkan pada pemahan seseorang mengambil tindakan yang akan berhubungan dengan kondisi kesehatannya.

2.5.2 Perkembangan *Health Belief Model*

Health Belief Model dikembangkan pada awal tahun 1950-an oleh sekelompok psikolog sosial di *United States Public Health Service* untuk menjelaskan adanya fenomena kurang berpartisipasinya orang-orang pada saat itu untuk ikut program pencegahan dan mendeteksi penyakit (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1960, 1974). Kemudian model diperluas penggunaannya pada respons orang terhadap gejala penyakit (Kirscht, 1974) dan perilaku mereka dalam merespon penyakit yang sudah didiagnosa, khususnya kepatuhan terhadap medis (Becker, 1974).

HBM berakar pada teori kognitif (seperti keyakinan dan sikap) dan berkaitan dengan proses berpikir yang terlibat dalam pengambilan keputusan pribadi untuk bertindak dengan satu cara tertentu. HBM menekankan peran hipotesis atau harapan subjektif individu. Pada perspektif ini, perilaku merupakan fungsi dari nilai subjektif suatu dampak (*outcome*) dan harapan subjektif bahwa tindakan tertentu akan mencapai dampak tersebut. Konsep seperti ini dikenal sebagai teori “nilai-harapan” (*value-expectancy*). Jadi dapat dikatakan HBM merupakan teori nilai-harapan. Jika konsep ini diaplikasikan pada perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, maka dapat diartikan menjadi: keinginan untuk tidak sakit atau menjadi sembuh (nilai), dan keyakinan (*belief*) bahwa tindakan kesehatan tertentu akan mencegah atau menyembuhkan penyakit (harapan). Harapan ini kemudian diartikan sebagai perkiraan-perkiraan seseorang terhadap resiko mengidap suatu penyakit dan keseriusan akibat suatu penyakit, serta kemungkinan untuk mengurangi ancaman penyakit melalui suatu tindakan tertentu.

2.5.3 Aspek-Aspek *Health belief*

Health belief model diformulasikan oleh Rosenstock (1966) untuk memprediksikan kemungkinan individu akan melibatkan diri dalam perilaku sehat atau tidak. HBM telah banyak diaplikasikan pada penelitian-penelitian tentang berbagai macam perilaku kesehatan. Secara umum, sekarang dipercayai individu akan mengambil tindakan pencegahan apabila individu menganggap dirinya rentan terhadap kondisi yang ia percayai menimbulkan konsekuensi serius. Individu akan mengambil tindakan memeriksakan dirinya apabila ia mempercayai serangkaian aksi dapat menguntungkannya dalam mengurangi kerentanannya terhadap masalah kesehatan ataupun keseriusan dari kondisi tersebut dan individu akan mengambil langkah mengontrol kondisi kesehatannya yang sakit apabila ia mempercayai bahwa keuntungan yang akan diperoleh melebihi rintangan yang dihadapnya pada saat mengambil langkah tersebut (dalam Glanz, 1990).

1. *Perceived Susceptibility*

Keyakinan individu terhadap kerentanan dirinya terhadap komplikasi penyakit. Hal ini mengacu pada sejauh mana seseorang berpikir bahwa ia akan mengembangkan masalah kesehatan menurut kondisi mereka. Tiap individu memiliki persepsi yang beragam mengenai kemungkinan dirinya mengalami suatu kondisi yang dapat memperburuk kesehatan. Secara statistik, mereka yang tergolong ekstrim rendah dari *perceived susceptibility* menyangkal bahwa dirinya beresiko untuk terkena penyakit. Mereka yang berada dalam kategori sedang mengetahui bahwa ada kemungkinan bagi mereka untuk terkena penyakit. Lebih lanjut, orang-orang yang tergolong

ektrim tinggi perceived susceptibility merasa adanya ancaman yang nyata bahwa mereka terserang penyakit.

2. Perceived Severity / Seriousness

Keyakinan yang dimiliki seseorang sehubungan dengan perasaan akan keseriusan penyakit yang dapat mempengaruhi keadaan kesehatannya sekarang. Keyakinan ini berkaitan dengan tingkat keseriusan penyakit yang dipersepsikan individu apakah ia akan mengembangkan masalah kesehatan atau membiarkan penyakitnya tidak ditangani. Seseorang mengevaluasi seberapa besar konsekuensi yang ditimbulkan dari penyakit tersebut, baik konsekuensi medis, seperti kematian, cacat, dan rasa sakit, maupun konsekuensi sosial, seperti efeknya terhadap pekerjaan, kehidupan keluarga, dan hubungan sosial. Penting untuk memperhitungkan faktor emosional dan finansial ketika mempertimbangkan tingkat keseriusan penyakit.

3. Perceived Benefit

Keyakinan yang berkaitan dengan keefektifan dari beragam perilaku dalam usaha untuk mengurangi ancaman penyakit atau keuntungan yang dipersepsikan individu dalam menampilkan perilaku sehat. Jadi, individu menunjukkan tingkat keyakinan yang optimal apabila langkah yang akan diambil dipersepsikan sebagai masuk akal dan berhasil dalam usaha untuk mengurangi kerentanan dirinya terhadap penyakit dan keseriusan penyakit tersebut.

4. Perceived Barrier

Keyakinan seseorang terhadap hal-hal negatif dari perilaku sehat atau rintangan yang dipersepsikan individu yang dapat bertindak sebagai halangan dalam menjalani perilaku yang direkomendasikan. Seseorang akan menganalisis untung-rugi

untuk menimbang-nimbang keektifan sebuah perilaku. Apakah perilaku tersebut memakan biaya, tidak menyenangkan, sulit, memberi rasa sakit, tidak nyaman, memakan banyak waktu, dan sebagainya. Seseorang mungkin mengurungkan niatnya untuk melakukan perilaku sehat walaupun ia percaya bahwa ada keuntungan dalam menjalankan perilaku tersebut apabila hambatan yang dipersepsikan individu melebihi keuntungan yang diperoleh.

5. Cues to Action

Cues to Action adalah keyakinan seseorang mengenai adanya tanda atau sinyal yang menyebabkan seseorang untuk bergerak ke arah suatu pencegahan. Tanda tersebut berasal dari luar (kampanye di media massa, nasehat dari orang lain, kejadian pada kenalan atau keluarga, artikel di koran atau majalah), dan dari dalam (persepsi seseorang terhadap kondisi kesehatan badannya).

6. Self Efficacy

Pada 1988, Rosenstock & Becker telah menambahkan *self efficacy* pada lima aspek health belief model. *Self efficacy* ialah keyakinan seseorang mengenai kemampuan yang ia miliki untuk melakukan sesuatu. Individu secara umum melakukan atau tidak melakukan sesuatu hal yang baru didasari pemikiran mereka apakah mereka mampu untuk melakukannya.

Jadi seorang individu yang merasa terancam kesehatannya karena penyakit dan keyakinannya akan keuntungan yang diperoleh dari perilaku sehat yang direkomendasikan melebihi hambatan atau kendala yang dijumpai enderung akan melakukan tindakan sehat. Namun individu yang tidak merasa memiliki masalah dengan kesehatan atau mengukur bahwa kesulitan yang dijumpai melebihi

keuntungan yang diperoleh, cenderung akan tidak melakukan tindakan sehat (Sarafino, 1998).

2.5.4 Faktor – faktor *Health Belief Model* (HBM)

Teori perilaku yang sangat mempengaruhi mengapa seseorang melakukan perilaku sehat adalah *Health Belief Model* (HBM). *Health belief model* diformulasikan oleh Rosenstock (1966) untuk memprediksi kemungkinan individu akan melibatkan diri dalam perilaku sehat atau tidak. HBM telah banyak diaplikasikan pada penelitian-penelitian tentang berbagai macam perilaku kesehatan. Secara umum, sekarang dipercayai individu akan mengambil tindakan pencegahan apabila individu menganggap dirinya rentan terhadap kondisi yang ia percayai menimbulkan konsekuensi serius. Individu akan mengambil tindakan memeriksakan dirinya apabila ia mempercayai serangkaian aksi dapat mengunggulkannya dalam mengurangi kerentanannya terhadap masalah kesehatan ataupun keseriusan dari kondisi tersebut dan individu akan mengambil langkah mengontrol kondisi kesehatannya yang sakit apabila ia mempercayai bahwa keuntungan yang akan diperoleh melebihi rintangan yang dihadapi pada saat mengambil langkah tersebut (dalam Glanz, 1990). Ada 3 faktor lain yang mempengaruhi persepsi seseorang mengenai ancaman penyakit yaitu :

1. Variabel demografis (usia, jenis kelamin, latar belakang budaya)
2. Variabel sosiopsikologis (kepribadian, kelas sosial, tekanan sosial)
3. Variabel struktural (pengetahuan dan pengalaman tentang masalah)

2.5.5 Merubah perilaku sehat menggunakan *Health Belief Model*

Health belief model (HBM) memudahkan kita tidak hanya memahami mengapa individu melakukan perilaku sehat tetapi juga memprediksi beberapa keadaan yang mana perilaku sehat akan dirubah. Dari penelitian yang dilakukan oleh Taylor menggambarkan bahwa *health belief model* merancang komunikasi yang digunakan untuk merubah perilaku ke perilaku sehat yang secara umum dapat diprediksi. Inti dari komunikasi yaitu persepsi akan kerentanan dari penyakit dan secara simultan meningkatkan persepsi individu bahwa beberapa perilaku sehat dapat mengurangi rasa sakit yang sukses dalam merubah perilaku, apakah perilaku itu merokok (J.R Eiser, van der Plight, Raw, & Sutton, 1985). Perilaku mencegah rasa sakit pada gigi (Ronis, 1992), atau melakukan pencegahan osteoporosis (Klohn & Rogers, 1991). Bagaimanapun *Health Belief Model* merupakan salah satu komponen yang penting dalam merubah perilaku sehat: persepsi yang memungkinkan seseorang untuk menggunakannya untuk berperilaku sehat.

2.5.6 Penelitian *Health Belief Model*

HBM telah diaplikasikan pada berbagai masalah kesehatan dalam populasi yang sangat bervariasi, seperti partisipasi dalam program-program kesehatan, merokok, diet, pemakaian sabuk pengaman, olah raga, penggunaan alkohol. Penggunaan kondom untuk pencegahan AIDS, masalah nutrisi, *breast examination*, dan gosok gigi (Kirscht 1988; Kirscht & Joseph 1989; Taylor 1991 dalam Smet 1994). Selanjutnya akan dibahas berbagai hasil penelitian dari masing-masing

komponen HBM. Namun perlu diingat bahwa adanya perbedaan format tes dan populasi yang berbeda-beda, menimbulkan hasil yang beragam.

- *Perceived Susceptibility*, Menurut Rosenstock (dalam Glanz, 1990) *perceived susceptibility* merupakan komponen HBM yang secara umum penting. Bryan, Aiken & West(1997) menemukan bahwa *perceived susceptibility* merupakan faktor motivasional yang mendukung tingkah laku preventif dari berbagai jenis penyakit. Pernyataan ini diperkuat oleh Glanz (1990) yang menyatakan bahwa komponen ini adalah faktor penting yang dibutuhkan sebelum ada komitmen untuk melakukan tingkah laku kesehatan.
- *Perceived Severity*, Rosenstock, 1989 (dalam Glanz, 1991) mengatakan bahwa *Perceived Severity* berperan pada tingkah laku kesehatan yang dilakukan individu yang sedang mengidap sebuah penyakit. Analisa yang dilakukan Montgomery, dkk (dalam Glanz, 1994) juga mengatakan bahwa komponen ini merupakan prediktor yang paling konsisten diantara komponen-komponen HBM lainnya dalam menentukan tingkah laku kesehatan. Heinzelmann, dkk (1970) juga menemukan pentingnya peranan *perceived severity* dalam penelitian yang dilakukannya.
- *Perceived Benefits*, Rosenstock (dalam Glanz, 1991) membuktikan bahwa secara umum *Perceived Benefits* merupakan komponen HBM yang penting, dan merupakan faktor yang lebih menentukan bila dibandingkan dengan *Perceived Susceptibility*. Dalam penelitiannya tentang tingkah laku preventif terhadap HIV, Catania (1966) menemukan bahwa keuntungan yang dipersepsikan individu

akibat penggunaan kondom – seperti perasaan positif, penghargaan positif dari pasangan terhadap kondom, dan peningkatan kenikmatan seksual- dapat meningkatkan perilaku penggunaan kondom pada pria.

- *Perceived Barriers*, hasil studi meta analisis dari berbagai macam studi HBM tentang berbagai perilaku kesehatan yang menyimpulkan bahwa *perceived barriers* merupakan faktor tunggal paling penting dalam menentukan tingkah laku kesehatan. Yep (1993) yang menemukan bahwa *perceived barriers* merupakan peramal signifikan terhadap monogamy dan perubahan umum dalam pola sehat. Hill dkk, 1985 dalam (Gallois dkk, 1993) juga mengatakan bahwa komponen ini dapat menjadi predictor dari intensi penggunaan kondom.

2.6 Kerangka Pikir

Gagal ginjal merupakan penyakit yang disebabkan terjadinya penurunan fungsi ginjal hingga pada akhirnya ginjal tidak dapat berfungsi untuk melakukan penyaringan pembuangan elektrolit, menjaga keseimbangan cairan dan zat kimia tubuh seperti sodium dan kalium dalam darah atau produksi urine (Smeltzer dan Bare, 2004). Ginjal seharusnya berfungsi menyaring limbah sisa metabolisme tubuh dari darah untuk dibuang melalui urine, namun pada pasien gagal ginjal fungsi penyaringan ini tidak bisa dilakukan sehingga membutuhkan suatu prosedur pengobatan tertentu.

Pada saat seseorang didiagnosis terjangkit penyakit gagal ginjal, dokter akan meminta para pasien gagal ginjal untuk mengikuti aturan pengobatan. Pengobatan yang harus dilakukan oleh pasien gagal ginjal diantaranya dengan melakukan

hemodialisa secara rutin, mengonsumsi obat-obatan pada setiap harinya, melakukan diet atau pembatasan atas makanan dan cairan yang masuk kedalam tubuh. Semua ini dilakukan untuk memberikan perawatan bagi kondisi kesehatannya agar tidak memburuk. Pada kenyataannya, tidak semua pasien gagal ginjal dapat melakukan prosedur pengobatan yang telah dianjurkan oleh dokter. Beberapa pasien gagal ginjal merasa bosan untuk meminum obat setiap hari, terlebih dengan adanya efek samping obat yang dirasakan membuat mereka menunda-nunda untuk meminum obat sampai dengan enggan mengkonsumsinya. Mereka juga tidak melakukan pembatasan atas asupan makanan dan minuman kedalam tubuh pada setiap harinya, padahal akibat dari tidak melakukan pengobatan sesuai dengan anjuran dokter, akan membuat kondisinya semakin memburuk.

Akan tetapi ada pula beberapa pasien yang telah melakukan apa yang dianjurkan oleh dokter atas pengobatannya selama ini. Para pasien mengungkapkan bahwa mereka rutin dalam mengonsumsi obat, meskipun terkadang mereka kerap kali diingatkan oleh orang-orang terdekatnya. Selain itu mereka melakukan pembatasan akan asupan makanan dan minuman yang masuk kedalam tubuhnya, dengan mengonsumsi makanan yang rendah akan kalium, dan mempertimbangkan jumlah dari kadar makanan yang dikonsumsi. Dalam asupan minuman, mereka melakukan pembatasan yang ketat setiap harinya yang disesuaikan dengan anjuran dokter. Menurut teori *compliance* dari Sarafino (2011) ada 3 hal yang menjadi faktor pasien patuh atau tidak terhadap saran dokter, seperti karakteristik pengobatan dan karakteristik penyakit, karakteristik pasien dan interaksi antara dokter dan pasien. Dalam Sarafino (2011) bahwa perilaku *compliance* adalah

sejauh mana pasien melakukan perilaku dan pengobatan yang disarankan oleh dokter. Perilaku *compliance* dianggap sebagai sumber dasar yang paling penting karena mengikuti apa yang direkomendasikan oleh professional kesehatan dalam hal ini dokter dianggap sangat esensial untuk kesembuhan pasien (Odgen, 1996.hal.60).

Terkait dengan mematuhi aturan prosedur pengobatan, pasien gagal ginjal akan melakukan penilaiannya terhadap kondisi kesehatannya. Perbedaan akan penghayatan penyakit yang diderita oleh pasien gagal ginjal, berkaitan dengan penilaian pasien akan ancaman dari suatu penyakit. *Health belief* merupakan bagian dari karakteristik pasien sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan terhadap pengobatan yang semestinya dilakukan. Menurut *Health Belief Model*, kemungkinan seseorang akan melakukan tindakan pencegahan tergantung pada hasil dari keyakinan atau penilaian kesehatannya (Rosenstock,1966).

Pasien akan mengambil tindakan untuk mencegah, mengurangi, atau mengontrol kondisi gangguan kesehatan didasari dari lima komponen yang dikemukakan oleh Rosenstock (1966) yaitu persepsi seseorang tentang resiko kondisi kesehatan terhadap penyakit yang dihadapinya (*perceived susceptibility*), persepsi seseorang terhadap keseriusan dari suatu penyakit (*perceived severity*), pemikiran mengenai manfaat yang dirasakan dari suatu tindakan (*perceived benefit*), hambatan yang dirasakan untuk melakukan tingkah laku yang dianjurkan (*perceived barriers*) dan petunjuk untuk berperilaku (*cues to action*), dapat berupa berbagai macam informasi dari luar atau nasehat mengenai permasalahan kesehatan. Serta seseorang secara umum akan melakukan tindakan atau tidak terhadap suatu hal yang baru didasari pemikirannya apakah mereka mampu untuk melakukannya, hal ini berkaitan

dengan keyakinan seseorang mengenai kemampuan yang ia miliki untuk melakukan sesuatu (*self efficacy*).

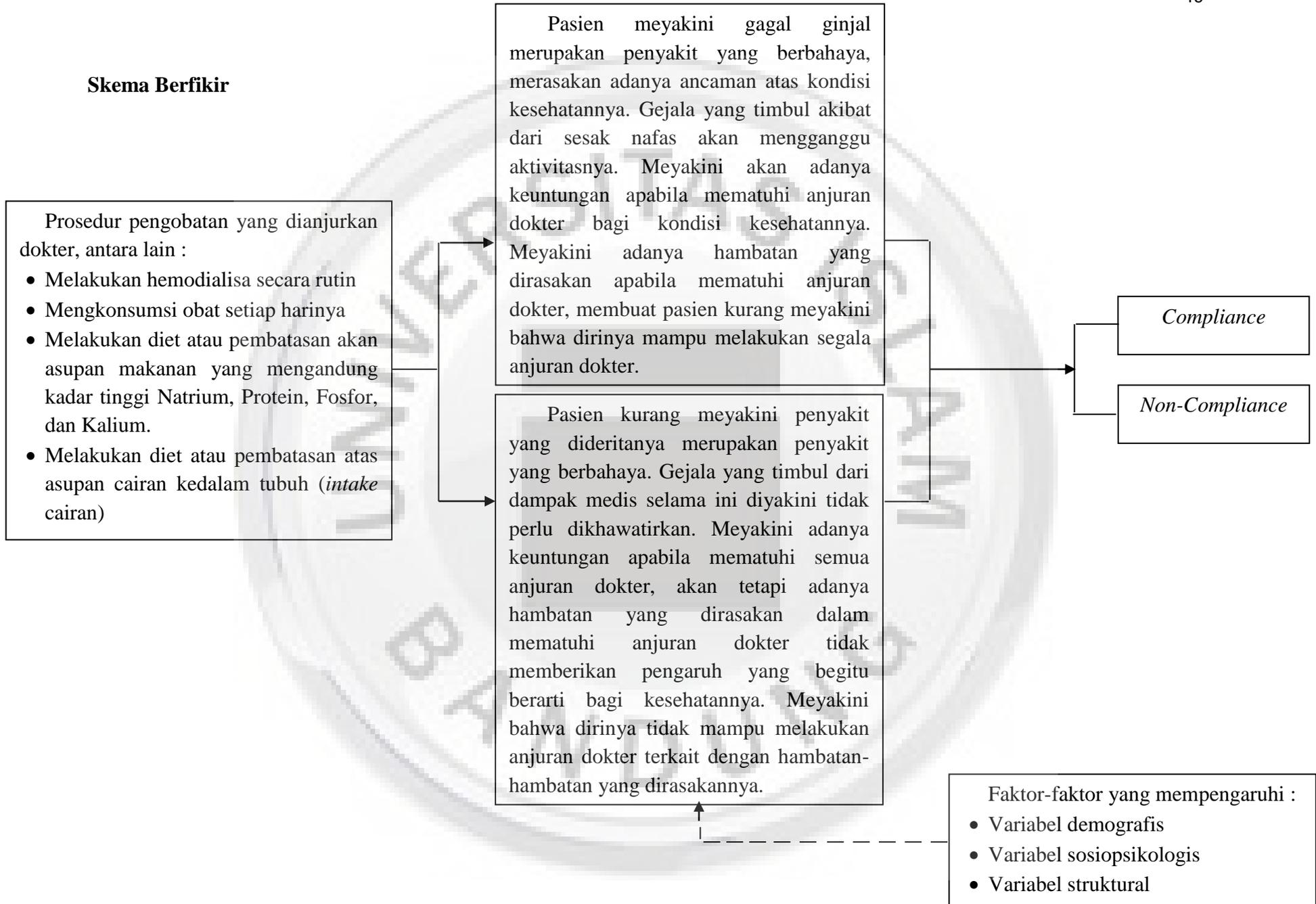
Penghayatan yang muncul pada setiap pasien akan berbeda-beda terkait dengan keyakinan pasien akan penyakit yang dideritanya. Hal tersebut akan memberikan penilaian atas tindakannya untuk mematuhi apa yang dianjurkan oleh dokter atau tidak mematuhi terkait dengan pengobatan yang dijalannya. Pada pasien yang memiliki keyakinan bahwa penyakit yang dideritanya selama ini bukan merupakan penyakit yang berbahaya dan tidak perlu dikhawatirkan, terlepas dari gejala-gejala yang dirasakannya. Mereka juga kurang meyakini bahwa dirinya akan mengalami komplikasi dari beberapa penyakit lainnya akibat dari penyakit gagal ginjal yang dideritanya. Serta kurang meyakini ancaman yang dapat ditimbulkan akibat dari penyakit gagal ginjal yang dideritanya akan dampak medis yang menyebabkan kondisi sesak nafas, tekanan darah tinggi dan gangguan fungsi jantung.

Akan tetapi berbeda halnya pada pasien yang melakukan pengobatan sesuai dengan anjuran dokter bahwa pasien meyakini penyakit gagal ginjal yang dideritanya merupakan penyakit yang berbahaya dan membuat mereka khawatir akan kondisi tubuhnya. Mereka berfikir bahwa dirinya rentan akan kematian dikarenakan penyakitnya tidak bisa disembuhkan, dan membuat mereka meyakini menderita gagal ginjal menjadi suatu ancaman bagi dirinya. Terlepas dari gejala-gejala yang dirasakan oleh tubuhnya akan terjadinya sesak nafas akibat dari penumpukan cairan yang berlebih dapat mengganggu kehidupan sehari-hari. Sehingga pasien merasa bahwa dirinya perlu untuk mematuhi apa yang dianjurkan oleh dokter terkait dengan pengobatan yang harus dijalannya.

Kondisi berbeda terjadi pula pada beberapa pasien lainnya, yang meyakini bahwa penyakit gagal ginjal yang diderita merupakan penyakit yang berbahaya dan dapat mengancam kondisi tubuhnya sewaktu-waktu. Dikarenakan kondisi tubuhnya tidak bisa diprediksikan akibat stabil atau tidaknya cairan didalam tubuh, yang bisa membuat kondisinya melemah sehingga harus melakukan tindakan medis. Akan tetapi kondisi tersebut tidak membuat dirinya untuk mematuhi anjuran dokter, dengan tidak melakukan pembatasan asupan makanan dan minuman. Selain itu, pada salah satu pasien bahwa dirinya kurang meyakini penyakit gagal ginjal yang dideritanya merupakan penyakit yang berbahaya. Menurutnya, penyakit gagal ginjal merupakan penyakit yang hanya membutuhkan pengobatan dalam waktu jangka panjang saja. Oleh karena itu bahwa selama ini anjuran dari dokter sudah merupakan suatu keharusan pengobatan yang dijalannya.

Adanya pengahayatan yang dilakukan oleh setiap pasien mengenai penyakit yang dideritanya tersebut dapat memberikan gambaran akan keyakinan terhadap kesehatan yang dimilikinya, untuk mengambil tindakan dalam melakukan pengobatan yang dijalannya. Perilaku pasien untuk patuh atau tidaknya terhadap anjuran dokter tersebut bersumber dari keyakinan diri mereka sendiri terhadap penyakit gagal ginjal, bagaimana penilaian pasien terhadap penyakit yang diderita. Keyakinan individu terhadap kondisi kesehatan tubuh jelas mempengaruhi perilaku mereka dalam menjaga kesehatan.

Skema Berfikir



2.7 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan uraian di atas, maka hipotesis dalam penelitian ini yaitu semakin tinggi *health belief* pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa maka akan semakin tinggi perilaku *compliance*.

