

SKRIPSI

TINGKAT KEPATUHAN PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISA DALAM PEMBATAHAN ASUPAN CAIRAN DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN TAHUN 2018



Oleh:

LAMRIA BR. SIMBOLON

012015014

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2018**

SKRIPSI

TINGKAT KEPATUHAN PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISA DALAM PEMBATASAN ASUPAN CAIRAN DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN TAHUN 2018

Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh Gelar Ahli Madya (Amd.Kep)
Program Studi D3 keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



LAMRIA BR.SIMBOLON

012015014

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2018**

LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : LAMRIA BR.SIMBOLON
NIM : 012015014
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul Skripsi : Tingkat Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang menjalani Hemodialisa Dalam Pembatasan Asupan Cairan Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 2018

Dengan ini menyatakan bahwa hasil penulisan skripsi yang telah saya selesaikan ini adalah karya sendiri dan benar keasliannya. Apabila ternyata dikemudian hari penulisan skripsi ini merupakan hasil plagiat atau penciplakan dari karya orang lain maka saya bersedia untuk mempertanggung jawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang diberikan kepada saya berdasarkan aturan yang berlaku di institusi yaitu STIKes Santa Elisabeth Medan.

Demikian pernyataan ini saya perbuat dalam keadaan sadar dan tidak dipaksakan oleh pihak manapun. Atas perhatian semua pihak saya mengucapkan terimakasih.

Penulis

LAMRIA BR. SIMBOLON

STIKES



PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

Tanda Persetujuan

Nama : Lamria Br.simbolon
NIM : 012015014
Judul : Tingkat Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisa dalam pembatasan asupan cairan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018

Menyetujui Untuk Diujikan Pada Ujian Seminar hasil
Jenjang Ahli Madya Keperawatan
Medan, Mei 2018

Mengetahui



Nasipta Ginting, SKM., S.Kep., Ns., M.Pd

Pembimbing

Nasipta Ginting SKM., S.Kep., Ns., M.Pd

Telah diuji

Pada Tanggal, 14 Mei 2018

PANITIA PENGUJI

Ketua :

Nasipta Ginting, SKM., S.Kep., Ns., M.Pd

Anggota :

1.

Magda Siringo-ringo, SST., M.Kes

2.

Hotmarina Lumbangaol, S.Kep., Ns

Mengetahui
Ketua Prodi DIII Keperawatan



Nasipta Ginting, SKM, S.Kep., Ns, M.Pd



PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

Tanda Pengesahan

Nama : Lamria Br.simbolon
NIM : 012015014
Judul : Tingkat Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisa dalam pembatasan asupan cairan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Maret 2018

Telah Disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Hari Senin, 14 Mei 2018 dan dinyatakan LULUS




TIM PENGUJI:

Penguji 1 : Nasipta Ginting, SKM., S.Kep., Ns., M.Pd

Penguji 2 : Magda Siringo-ringo, SST., M.Kes

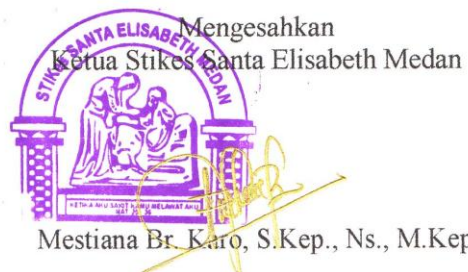
Penguji 3 : Hotmarina Lumban Gaol, S.Kep., Ns

TANDA TANGAN



Nasipta Ginting SKM., S.Kep., Ns., M.Pd



Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep

HALAMAN PERNYATAAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan, saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Lamria Br.Simbolon
NIM : 012015014
Program Studi : D3 Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi perkembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas Skripsi saya yang berjudul: **“Tingkat Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.”**.

Dengan Hak Bebas royalti Nonekklusif ini Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengolah, dalam bentuk pangkalan (data base), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Medan
Pada Tanggal : 14 Mei 2018

Yang menyatakan



(Lamria Br.Simbolon)

STIKE

ABSTRAK

Lamria Br.simbolon 012015014

Tingkat Kepatuhan pasien gagal ginjal kronis yang menjalani Hemodialisis dalam pembatasan asupan Cairan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 2018

Program Studi DIII Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan 2018

Kata kunci: Tingkat Kepatuhan, asupan cairan, hemodialisa

(xviii + 50 + lampiran)

Latar Belakang: Ginjal yang mengalami gangguan maka keseimbangan elektrolit dan cairan akan terganggu. Hemodialisa merupakan terapi pengganti ginjal bagi pasien yang menderita Gagal Ginjal Kronik. Keberhasilan terapi Hemodialisa tergantung pada kepatuhan pasien, termasuk kepatuhan terhadap pembatasan asupan cairan seperti, Jenis, Jumlah, dan proses yang dianjurkan oleh petugas kesehatan. Pasien disarankan mengkonsumsi cairan tidak lebih dari 500 mL atau setara 2 gelas/hari, tidak mengkonsumsi makanan yang memiliki kandungan tinggi akan air dan garam. Prevalensi di RSUD Dr. Soetomo Surabaya dilaporkan sebanyak 70% mengalami kenaikan BB>4% dalam katagori bahaya. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi tingkat kepatuhan pasien gagal ginjal kronik dalam pembatasan asupan cairan. Rancangan penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan sampel sebanyak 37 orang. Instrumen pengumpulan data menggunakan kuesioner yang berisi 20 pernyataan dan hasilnya akan diolah menggunakan analisis univariat. Hasil dari studi kasus ini menunjukkan bahwa pada umumnya (89%) responden patuh dalam menjalankan pembatasan cairan. Namun Berdasarkan tingkat kepatuhan di jumpai 84% responden patuh pada jenis pembatasan asupan cairan, 54% responden patuh berdasarkan jumlah pembatasan cairan dan 76% responden patuh berdasarkan proses pembatasan cairan. Berdasarkan hasil penelitian responden lebih patuh dalam hal jenis dan proses asupan cairan jika dibandingkan dengan jumlah pembatasan cairan. Petugas kesehatan/ perawat dapat berperan sebagai educator untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien hemodialisa khusus nya dalam meningkatkan pembatasan cairan berdasarkan jumlahnya.

Referensi : (2001-2017)

ABSTRACT

Lamria Br.simbolon 012015014

Level of Obedience of Patients with Chronic Kidney failure Who Underwent Hemodialysis in Restriction of Fluid Intake at Santa Elisabeth Hospital Medan 2018

DIII Nursing Program STIKes Santa Elisabeth Medan 2018

Keywords :, Compliance Level, fluid intake, hemodialysis

(xviii + 50 + attachments)

Background: The kidneys are disturbed then the balance of electrolytes and fluids will be disrupted. Hemodialysis is a kidney replacement therapy for patients suffering from Chronic Kidney Failure. The success of Hemodialysis therapy depends on patient obedience, including adherence to fluid intake restrictions such as, Type, Amount, and process recommended by health care workers. Patients are suggested to consume not more than 500 mL or 2 glass / day, not consume foods with high water and salt content. Prevalence in RSUD Dr. Soetomo Surabaya reported that 70% increased BB> 4% in danger category. The objective of this study was to identify the level of obedience of patients with chronic kidney failure in restriction of fluid intake. The research design used was descriptive with 37 samples. The data collection instrument used a questionnaire containing 20 statements and the results will be processed using univariate analysis. The results of this case study show that in general (89%) respondents are obedient in running fluid restrictions. However, based on the obedience level, 84% of respondents obeyed the type of fluid intake restriction, 54% of respondents obeyed the amount of fluid restriction and 76% of respondents obeyed the fluid restriction process. Based on the results of research respondents are more adherent in terms of type and process fluid intake when compared with the amount of fluid restriction. Healthcare workers / nurses may act as educators to provide health education to their specific hemodialysis patients in increasing fluid restrictions by their amount.

Reference (2001-2017)

STIKes

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan kasihnya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Adapun judul skripsi ini adalah **“Tingkat Kepatuhan Pasien GKG dalam pembatasan asupan cairan yang menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Maret 2018”** Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Program D3 keperawatan Tahap Akademik di STIKes Santa Elisabeth Medan.

Dalam penyusunan skripsi ini telah banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan, dukungan, mengizinkan dan memfasilitasi fasilitas dalam menyelesaikan Skripsi ini.
2. Dr. Maria Christina, MARS selaku Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk pengambilan data dan melakukan penelitian secara khusus di Unit hilaria ruang Hemodialisa dalam penyelesaian skripsi ini.
3. Nasipta Ginting SKM.,S.Kep.,NS.,M.Pd selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan Program Studi D3 Keperawatan sekaligus Dosen pembimbing yang telah banyak memberikan pengarahan, bimbingan, dan masukan, serta dukungan kepada penulis selama penyelesaian penyusunan laporan skripsi ini.

4. Paska R. Situmorang, SST., M.Biomed selaku Sekretaris Prodi D3 Keperawatan telah membantu mengarahkan, memberikan motivasi serta masukan kepada penulis dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
5. Magda Siringo-ringo SST.,M.Kes Selaku dosen Pembimbing akademik sekaligus Dosen Penguji II yang telah membantu mengarahkan, memberikan motivasi serta masukan kepada penulis dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
6. Hotmarina LumbanGaol S.Kep.,Ns, selaku dosen penguji III yang telah bersedia membimbing dan mengarahkan dalam menyelesaikan skripsi ini agar lebih baik.
7. Seluruh staff dosen STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam melewati tugas skripsi ini.
8. Teristimewa kepada orang tua tercinta Olber Simbolon, dan Norma Naibaho, serta keluarga besar penulis atas dukungan, motivasi dan doa yang telah diberikan kepada penulis serta sebagai penyemangat penulis dalam menyelesaikan tugas skripsi.
9. Koodinator asrama, dan seluruh karyawan asrama yang sudah memfasilitasi dan memberi dukungan kepada peneliti, sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini.

10.Seluruh mahasiswa program studi D3 keperawatan angkatan XXIV yang memberikan dukungan dan motivasi selama proses pendidikan dan penyusunan skripsi ini. Dengan keterbatasan ilmu dan pengetahuan yang

peneliti miliki, peneliti menyadari bahwa penyusunan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat kekurangan dan kelemahan, walaupun demikian peneliti telah berusaha. Peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak sehingga menjadi bahan masukan bagi peneliti untuk peningkatan di masa yang akan datang, khususnya bidang ilmu keperawatan. Semoga Tuhan selalu mencurahkan rahmat dan kasihnya kepada semua pihak yang telah membantu peneliti.

Medan, Mei 2018

Penulis

(Lamria Br. Simbolon)

DAFTAR ISI

Halaman Sampul depan	i
Halaman Sampul Dalam	ii
Halaman Persyaratan Gelar	iii
Halaman Pernyataan.....	iv
Halaman Persetujuan.....	v
Halaman Penetapan Panitia Penguji	vi
Halaman Pengesahan	vii
Surat Pernyataan Publikasi.....	viii
Halaman Abstrak.....	ix
Halaman <i>Abstrack</i>	x
Kata Pengantar	xi
Daftar Isi.....	xiv
Dartar tabel.....	xvii
Daftar Bagan	xviii
 BAB 1 PENDAHULUAN	 1
1.1.Latar Belakang.....	1
1.2.Perumusan Masalah	4
1.3.Tujuan.....	4
1.3.1 Tujuan umum.....	4
1.3.2 Tujuan khusus	5
1.4.Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat penelitian	5
1.4.2 Manfaat praktis.....	5
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	 7
2.1. Konsep GKG	7
2.1.1 Defenisi	7
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Manifestasi	9
2.1.4 Patofisiologi.....	10
2.1.5 Klasifikasi.....	11
2.1.6 Penatalaksanaan	11
2.2. Konsep Hemodialisa	11
2.2.1 Definisi.....	11
2.2.2 Tujuan	12
2.2.3 Indikasi.....	12
2.2.4 Kontraindikasi.....	13
2.2.5 Interpretasi Hasil.....	13

2.3. Pembatasan cairan dan elektrolit.....	13
2.3.1 Definisi.....	13
2.3.2 Tujuan	14
2.3.3 Keuntungan Pembatasan Cairan	14
2.3.4 Kebutuhan cairan	15
2.3.5 Jenis Pembatasan cairan.....	16
2.4. Kepatuhan	19
2.4.1 Defenisi	19
2.4.2 Jenis jenis kepatuhan	20
2.4.3 faktor yang mempengaruhi kepatuhan.....	20
2.4.4 Cara mengukur kepatuhan	25
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN.....	27
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian	27
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	28
4.1. Rancangan Penelitian.....	28
4.2. Populasi Dan Sampel	28
4.3. Variabel Penelitian Dan Definisi Operasional.....	28
4.3.1 Variabel penelitian	29
4.3.2 Definisi Operasional.....	28
4.4. Instrumen Penelitian	30
4.5. Lokasi Dan Waktu Penelitian	31
4.6. Prosedur Pengambilan Dan Pengumpulan Data	31
4.7. Kerangka Operasional.....	32
4.8. Analisa Data.....	32
4.9. Etika Penelitian	33
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	36
5.1 Hasil	36
5.1.1 Gambaran lokasi Penelitian	35
5.1.2 Deskriptif Penelitian	37
5.2 Pembahasan	41
5.2.1 Distribusi tingkat kepatuhan Responden dalam pembatasan asupan cairan	39
5.2.2 Distribusi Karakteristik pasien gagal ginjal kronik berdasarkan data demografi pasien.....	46
BAB 6 Kesimpulan dan saran.....	48
6.1 Kesimpulan	48
6.2 Saran	48
DAFTAR PUSTAKA	50
DAFTAR LAMPIRAN	51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Penjelasan Penelitian.....	53
Lampiran 2 <i>Informed Consent</i>	54
Lampiran 3 Lembar Kuesioner	55
Lampiran 4 Usulan Judul Proposal	57
Lampiran 5 Pengajuan Judul	58
Lampiran 6 Surat Permohonan Izin Pengambilan Data Awal	59
Lampiran 7 Surat Izin Permohonan Penelitian	62
Lampiran 8 Surat Tanggapan Izin Penelitian	63
Lampiran 9 Surat Keterangan Selesai Penelitian	64
Lampiran 10 Lembar Bimbingan	66
Lampiran 11 Hasil Output	67

DAFTAR TABEL

Tabel 2.3	Masukan dan Haluaran orang dewasa	17
Tabel 4.1	Definisi Operasional Tingkat Kepatuhan Pasien GGK dalam pembatasan asupan cairan yang menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Maret 2018	31
Tabel 5.1	Distribusi frekuensi demografi pasien Gagal Ginjal kronis di ruang hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 21-30 maret 2018	37
Tabel 5.2	Distribusi Tingkat Kepatuhan pasien Gagal Ginjal Kronik Dalam Menjalankan Pembatasan Asupan Cairan berdasarkan di Ruang Hilaria di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 21-30 maret 2018	38
Tabel 5.3	Distribusi Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik Dalam Menjalankan Pembatasan Asupan Cairan berdasarkan jenis di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 21-30 maret 2018	39
Tabel 5.4	Distribusi Kepatuhan pasien Gagal Ginjal Kronis Dalam Menjalankan Pembatasan asupan cairan berdasarkan jumlah di ruang Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 21-30 maret 2018	39
Tabel 5.5	Distribusi Kepatuhan pasien gagal ginjal kronik dalam proses pembatasan asupan cairan cairan di ruang Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 21-30 maret 2018	39
Tabel 5.6	Distribusi Tingkat Kepatuhan pasien gagal ginjal kronik dalam Jenis pembatasan asupan cairan cairan di ruang Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 21-30 maret 2018	40
Tabel 5.7	Distribusi Tingkat Kepatuhan pasien gagal ginjal kronik dalam Jumlah pembatasan asupan cairan cairan di ruang Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 21-30 maret 2018	40
Tabel 5.8	Distribusi Tingkat Kepatuhan pasien gagal ginjal kronik dalam proses pembatasan asupan cairan cairan di ruang Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 21-30 maret 2018	40

DAFTAR BAGAN

Baga 3.1	Kerangka Konsep Tingkat Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisa dalam pembatasan asupan cairan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Maret 2018	27
Baga 4.1	Kerangka Operasional Tingkat Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisa dalam pembatasan asupan cairan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Maret 2018	29

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Penyakit gagal ginjal terjadi karena ginjal yang tidak mampu mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya. Adapun ketidakmampuan ginjal melakukan fungsinya tersebut, prosesnya diawali dari suatu bahan yang biasanya dieliminasi oleh urin menumpuk dalam cairan tubuh akibat gangguan ekskresi renal dan menyebabkan gangguan fungsi endokrin, metabolik, cairan, elektrolit dan asam basa (Kusuma, 2010). Gagal ginjal kronis merupakan suatu masalah kesehatan yang penting, mengingat selain prevalensi dan angka kejadiannya semakin meningkat juga pengobatan pengganti ginjal yang harus dialami oleh penderita gagal ginjal merupakan pengobatan yang mahal, butuh waktu dan kesabaran yang harus ditanggung oleh penderita gagal ginjal dan keluarganya (Harrison, 2013).

Terapi pengganti ginjal yang sering dilakukan adalah Hemodialisis. Hemodialisis merupakan suatu metode berupa cuci darah dengan menggunakan mesin ginjal buatan. Prinsip dari hemodialisis ini adalah dengan membersihkan dan mengatur kadar plasma darah yang nantinya akan digantikan oleh mesin ginjal buatan. Prosedur ini digunakan untuk mengatasi keadaan dimana ginjal tidak sanggup membuang kotoran tubuh. Hemodialisis biasanya dilakukan rutin 2- 3 kali seminggu selama 4-5 jam (Widyastuti, 2014). Hemodialisis mempunyai berbagai dampak diantaranya sindrom disequilibrium dialisis, pelepasan renin dan hipervolemia. Kondisi ini dapat mengakibatkan terjadinya hipertensi intradialitik

yang merupakan faktor penyebab kematian pada pasien hemodialisa (Hudak & Gallo, 2005; Handayani, 2014). Ginjal yang mengalami gangguan maka keseimbangan elektrolit dan cairan akan terganggu, sehingga pasien dianjurkan untuk melakukan pembatasan asupan cairan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pembatasan asupan cairan merupakan hal yang penting untuk dilakukan oleh pasien gagal ginjal kronis untuk tetap menjaga kondisi tubuhnya (Budiyanto, 2001:283).

Pengelolaan masalah kesehatan pada pasien yang menjalani hemodialisa cukup rumit dan sangat dipengaruhi oleh gaya hidup pasien. Masalah umum yang banyak dialami oleh pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialis adalah perilaku dalam mengontrol cairan, sehingga banyak pasien hemodialisis yang mengeluh sesak nafas karena kelebihan cairan (YGDI, 2013; Wijayanti, 2017). Pada klien gagal ginjal kronik, tindakan untuk mempertahankan hidupnya salah satunya dengan taat terhadap intervensi yang diberikan bagi penderita gagal ginjal. Salah satu intervensi yang diberikan bagi penderita gagal ginjal adalah pembatasan asupan cairan yang dianjurkan oleh medis (Lita, 2009; Yuniarti, 2015). Perawat dapat memberikan edukasi mengenai aturan yang dipakai untuk menentukan jumlah urine yang dikeluarkan selama 24 jam terakhir + 500 ml (IWL), Jenis, dan proses pembatasan asupan cairan. Pasien hemodialisa mengeluarkan urin tidak lebih dari 200-300 mL setiap hari. Karenanya, pasien disarankan mengkonsumsi cairan tidak lebih dari 500 mL atau setara 2 gelas perhari, tidak mengkonsumsi makanan yang memiliki kandungan tinggi akan air dan garam. Membatasi konsumsi makanan yang mengandung garam dan air

dilakukan agar pasien tidak merasa haus. Rasa haus mendorong pasien untuk minum sehingga dapat menimbulkan kenaikan berat badan yang besar selama periode diantara dialysis. Untuk mengontrol rasa haus pasien dapat mengulum es batu, kumur-kumur, dan sikat gigi. Jumlah asupan cairan dibatasi sesuai dengan jumlah urin yang ada ditambah dengan insensible water loss, yaitu sekitar 200-250 cc/hari. Asupan natrium dibatasi 40- 120 mEq/hari guna mengendalikan tekanan darah dan edema. Selain itu, apabila asupan natrium terlalu tinggi akan menimbulkan rasa haus yang memicu pasien untuk terus minum, sehingga dapat menyebabkan volume cairan menjadi overload yang mengarah pada retensi cairan. Asupan folat juga harus dibatasi 600- 800 mg/hari (Pranoto, 2010; Anita, 2015).

Kepatuhan menurut Niven (2012) adalah kepatuhan sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan. Kepatuhan menjalani pembatasan asupan cairan merupakan hal yang penting untuk diperhatikan, karena jika pasien tidak patuh akan menyebabkan terjadinya penumpukan zat-zat berbahaya dari tubuh, dan akan mempunyai dampak buruk terhadap kualitas hidup (Sukandar 2006, h.151).

Menurut RISKESDAS (2013) Prevalensi Gagal ginjal kronis berdasarkan diagnosa dokter di indonesia sebesar 0,2%. Prevalensi tertinggi di Sulawesi Tengah sebesar 0,5%, diikuti Aceh, Gorontalo, dan Sulawesi Utara masing masing 0,4%. Sementara Nusa tenggara timur, Sulawesi selatan, Lampung, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI yogyakarta, dan jawa timur masing masing 0,3%. Sedangkan untuk daerah Sumatera Utara 0,2%.

Penelitian Ahmad (2004) di RSUD Abdul Moeloek Bandar Lampung tentang kepatuhan dalam pembatasan asupan cairan pada pasien Gagal ginjal kronik yang menjalani Hemodialisa menunjukkan 67,3% pasien yang patuh dan 32,7 % pasien yang tidak patuh dalam membatasi cairan sehari-hari. Tingginya persentase pasien yang tidak patuh mengakibatkan kerugian jangka panjang yaitu kerusakan sistem kardiovaskular, gagal jantung, hipertensi dan edema paru serta kerugian jangka pendek, yaitu edema, nyeri tulang, dan sesak nafas (John, angela & Rosemary,2012). Menurut jurnal Ridlwan (2009) dari hasil 51 responden peneliti mendapatkan 67,3% penderita yang patuh dan 32,7% penderita yang tidak patuh dalam mengurangi asupan cairan pada RSUD Prof.Dr.Margono soekarjo purwokerto (2007).

Berdasarkan uraian tersebut peneliti tertarik untuk mengetahui Tingkat kepatuhan Pasien Gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa dalam pembatasan Asupan cairan di rumah sakit Elisabeth Medan 2018.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut maka rumusan masalah adalah “Bagaimana kepatuhan pasien Gagal Ginjal Kronis yang menjalani Hemodialisa dalam pembatasan cairan pada di Rumah Sakit Elisabeth Medan”.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui tingkat kepatuhan pembatasan cairan pada pasien Gagal Ginjal Kronis di Rumah Sakit Elisabeth Medan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengidentifikasi kepatuhan pasien Gagal Ginjal Kronik dalam jenis asupan cairan
2. Untuk mengidentifikasi kepatuhan pasien Gagal Ginjal Kronik dalam jumlah asupan cairan
3. Untuk mengidentifikasi kepatuhan pasien Gagal Ginjal Kronik dalam proses pembatasan asupan cairan
4. Untuk mengidentifikasi tingkat kepatuhan pasien Gagal Ginjal Kronik dalam pembatasan asupan cairan.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Diharapkan sebagai salah satu sumber bacaan penelitian dalam mengembangkan wawasan dan pengetahuan tentang hubungan pengetahuan dengan kepatuhan membatasi cairan pada pasien gagal ginjal kronis.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Rumah Sakit Elisabeth Medan

Diharapkan penelitian ini bermanfaat sebagai salah satu sumber informasi mengenai kepatuhan membatasi cairan pada pasien gagal ginjal kronis di rumah sakit Elisabeth Medan.

2. Bagi Pasien

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan pasien Gagal Ginjal kronik yang menjalani HD dalam membatasi asupan cairan yang telah diberikan.

3. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan peneliti tentang kepatuhan membatasi cairan pada pasien gagal ginjal kronis di Rumah Sakit Elisabeth Medan

4. Bagi institusi

Hasil penelitian ini dapat digunakan pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan. Sebagai informasi tambahan bagi pendidikan keperawatan dalam melaksanakan metode pembelajaran berfokus pada Kepatuhan pasien dalam pembatasan asupan cairan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep GGK

2.1.1. Definisi GGK

Gagal ginjal kronik adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan ireversibel dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit yang mengakibatkan uremia atau azotemia (Wijaya,2013). Gagal ginjal kronik adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan ireversibel dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit yang mengakibatkan uremia atau azotemia (brunner& suddarth,2013). Gagal Ginjal kronik merupakan sindroma klinis karena penurunan fungsi ginjal secara menetap akibat kerusakan nefron (Askandar tjokropawito,2015).

Ketika pasien telah mengalami kerusakan ginjal yang berlanjut sehingga memerlukan terapi pengganti ginjal secara terus menerus, kondisi penyakit pasien telah masuk ke stadium akhir penyakit ginjal kronis, yang dikenal juga dengan gagal ginjal kronis atau gagal ginjal tahap akhir. Laju penurunan fungsi ginjal dan proses gagal ginjal kronis berhubungan dengan penyakit yang mendasari, pengeluaran protein melalui urine,dan adanya hipertensi. Penyakit ini cenderung berkembang dengan lebih cepat pada pasien yang mengekskresikan protein dalam jumlah besar atau pada pasien yang mengalami peningkatan tekanan darah dibandingkan pasien yang tidak mengalami kondisi tersebut (Brunner & Suddarth, 2013: 492).

Gagal ginjal Kronik adalah kerusakan ginjal selama ≥ 3 bulan, maksudnya adalah kelainan struktur struktur atau fungsi ginjal dengan atau tanpa penurunan Laju filtrasi glomerulus (LFG) dengan salah satu manifestasi kelainan patologi. Jika $LFG < 60 \text{ ml/men/1,73m}^2 \geq 3$ bulan dapat diklasifikasikan sebagai Penyakit Ginjal kronik tanpa memperhatikan ada atau tidak adanya kerusakan ginjal oleh karena pada tingkat GFR tersebut atau lebih rendah, ginjal telah kehilangan fungsinya $\geq 50\%$ dan terdapat komplikasi (Tjoroprawiro, 2015)

2.1.2. Etiologi

Menurut Wijaya (2013) ada beberapa penyebab dari gagal ginjal kronik, yaitu sebagai berikut

1. Gangguan pembuluh darah ginjal: berbagai jenis lesi vaskular dapat menyebabkan iskemik ginjal dan kematian jaringan ginjal. Lesi yang paling sering adalah aterosklerosis pada arteri renalis yang besar, dengan konstiksi skleratik progresif pada pembuluh darah.
2. Gangguan imunologis: seperti glomerulonefritis
3. Infeksi : dapat disebabkan oleh beberapa jenis bakteri terutama E.coli yang berasal dari kontaminasi tinja pada traktus urinarius bakteri. Bakteri ini mencapai ginjal melalui aliran darah atau yang lebih sering secara ascenden dari traktus urinarius bagi. Bawah lewat ureter ke ginjal sehingga dapat menimbulkan kerusakan irreversible ginjal yang disebut pielonefritis.
4. Gangguan metabolik: Seperti DM yang menyebabkan mobilisasi lemak meningkat sehingga terjadi penebalan membran kapiler dan di ginjal berlanjut dengan disfungsi endotel sehingga terjadi nefropati amiloidosis

yang disebabkan oleh endapan zat-zat proteinemia abnormal pada dinding pembuluh darah secara serius merusak membran glomerulus.

5. Gangguan tubulus primer : terjadinya nefrotoksis akibat analgesik atau logam berat.
6. Obstruksi traktus urinarius: Oleh batu ginjal, hipertofi prostat, dan konstruksi uretra
7. Kelainan kongenital dan herediter : penyakit polikistik = kondisi keturunan yang dikarakteristikan oleh terjadinya kista/kantong berisi cairan di dalam ginjal dan organ lain,serta tidak adanya Jaringan. Ginjal yang bersifat kongenital serta adanya asidosis

2.1.3. Manifestasi Klinis

Menurut (Brunner & suddarth,2013) berikut tanda dan gejala dari penderita Gagal Ginjal kronik :

1. Kardiovaskular: Hipertensi, pitting edema(kaki, tangan, dan sakrum),edema periorbital, gesekan perikardium, pembesaran vena.
2. Integumen: warna kulit keabuan, kulit kering dan gampang terkelupas, pruritus berat,kuku rapuh,rambut kasar dan tipis.
3. Paru-paru: ronkhi basah, sputum kental dan lengket, penurunan refleks batuk, sesak nafas, takipnea.
4. Saluran cerna: bau anomia ketika bernafas,anore ksia,mual muntah, cegukan, konstipasi, diare.
5. Neurologik: kelemahan dan kelelahan, konfusi, ketidakmampuan berkonsentrasi, tremor, kejang.

6. Muskuloskeletal: kram otot, nyeri tulang, kehilangan kekuatan otot.
7. Reproduksi : amenorea, ketidaksuburan, penurunan libido.
8. Hematologi: anemia, trombositopenia

2.1.4. Patofisiologi

Pada waktu terjadi kegagalan ginjal sebagian nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) diduga utuh sedangkan yang lain rusak (hipotesis nefron utuh). Nefron-nefron yang utuh hipertrofi dan memproduksi volume filtrasi yang meningkat disertai reabsorpsi walaupun dalam keadaan penurunan GFR/daya saring. Metode adaptif ini memungkinkan ginjal untuk berfungsi sampai $\frac{3}{4}$ dari nefron-nefron rusak. Beban bahan yang harus dilarut menjadi lebih besar daripada yang bisa direabsorpsi berakibat diuresis osmotik disertai poliuri dan haus. Selanjutnya karena jumlah nefron yang rusak bertambah banyak oliguria timbul disertai retensi produk sisa. Titik dimana timbulnya gejala-gejala pada asien menjadi lebih jelas dan muncul gejala-gejala khas kegagalan ginjal bila kira-kira fungsi ginjal telah hilang 80% - 90%. Pada tingkat ini fungsi renal yang demikian nilai kreatinin clearance turun sampai 15 mL/menit atau lebih rendah itu. (Wijaya, 2013)

Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskresikan ke dalam urin) tertimbun darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah maka gejala akan semakin berat. Banyak gejala uremia membaik setelah dialisis.

2.1.5. Klasifikasi

Gagal ginjal kronik dibagi 3 stadium menurut wijaya (2013):

1. Stadium 1 : penurunan cadangan ginjal,pada stadium kadar kreatinin serum normal dan penderita asimptomatik.
2. Stadium 2 : insufisiensi ginjal,dimana lebih dari 75% jaringan telah rusak, Blood urea nitrogen (BUN) meningkat,dan kreatinin serum meningkat.
3. Stadium 3 : gagal ginjal stadium akhir atau uremia

2.1.6. Penatalaksanaan

1. Pengaturan minum
2. Pengendalian hipertensi = intake garam
3. Pengendalian K⁺ darah
4. Pananggulungan anemia
5. Pengaturan prootein dalam makan
6. Pengobatan beuropati
7. Dialisis
8. Transplatasi

2.2. Konsep hemodialisa

2.2.1. Definisi Hemodialisa

Menurut Wijaya (2013) hemodialisa adalah proses pembuangan zat-zat sisa metabolisme, zat toksik lainnya melalui membran semi permeabel sebagai pemisah antara darah dan cairan diaksat ang sengaja dibuat dalam dializer.

Menurut Suharyanto (2013) menyebutkan bahwa hemodialis merupakan suatu proses yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan memerlukan terapi dialis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir atau End Stage Renal Disease (ESRD) yang memerlukan terapi jangka panjang atau permanen.

2.2.2. Tujuan Hemodialisa

1. Membuang sisa produk metabolisme protein seperti : urea, kreatinin dan asam urat.
2. Membuang kelebihan air dengan mempengaruhi tekanan banding antara darah dan bagian cairan.
3. Mempertahankan atau mengembalikan sistem buffer tubuh
4. Mempertahankan atau mengembalikan kadar elektrolit tubuh

2.2.3. Indikasi

1. Pasien yang memerlukan hemodialisa adalah pasien GSK dan GGA untuk sementara sampai fungsi ginjalnya pulih (laju filtrasi glomerulus $< 5 \text{ mL}$)
2. Pasien-pasien tersebut dinyatakan memerlukan hemodialisa apabila terdapat indikasi :
 - 1) Hiperkalemia (K^+ darah $> \text{meq/l}$)
 - 2) Asidosis
 - 3) Kegagalan terapi konservatif
 - 4) Kadar ureum/kreatinin tinggi dalam darah
 - 5) Kelebihan volume cairan
 - 6) Mual dan muntah berat

3. Intoksikasi obat dan zat kimia
4. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit berat
5. Sindrom hepatorenal dengan kriteria :
 - 1) K⁺ pH darah , 7,10 (asidosis)
 - 2) Oliguria /anuria > 5hr
 - 3) GFR <5ml/i pada GGK
 - 4) Ureum darah > 200mg/dl

2.2.4. Kontra indikasi

1. Hipertensi berat (TD> 200 /100mmHg)
2. Hipotensi (TD<100mmHg)
3. Adanya perdarahan hebat
4. Demam tinggi

2.2.5. Interpretasi hasil

Hasil dari tindakan harus diinterpretasikan dengan mengkaji jumlah cairan yang dibuang dan koreksi gangguan elektrolit dan asam basa. Darah yang diambil segera setelah dialysis dapat menunjukkan kadar elektrolit, nitrogen urea dan kreatinin rendah palsu. Proses penyeimbangan berlangsung terus menerus setelah dialysis, sejalan perpindahan zat dari dalam sel ke plasma.

2.3. Pembatasan Cairan dan Elektrolit

2.3.1. Definisi

Pembatasan asupan cairan dan natrium merupakan suatu tindakan yang dilakukan oleh pasien hemodialisa untuk mengontrol dan membatasi jumlah asupan cairan dan natrium sehingga terjadi keseimbangan cairan dan elektrolit

tubuh, serta tidak terjadi gejala kelebihan cairan (overload) seperti edema, acites, sesak dan peningkatan tekanan darah yang disebabkan oleh kegagalan fungsi ginjal untuk membuang kelebihan cairan dan elektrolit yang menumpuk pada tubuh pasien yang menderita penyakit Gagal Ginjal kronik.

Pembatasan cairan merupakan faktor yang sangat penting dalam menentukan tingkat kesehatan dan kesejahteraan pasien dengan hemodialisis kronis. Diantara semua manajemen yang harus dipatuhi dalam terapi hemodialisis, pembatasan cairan yang paling sulit untuk dilakukan dan paling membuat pasien stress serta depresi, terutama jika mereka mengkonsumsi obat-obatan yang membuat membran mukosa kering seperti diuretik, sehingga menyebabkan rasa haus dan pasien berusaha untuk minum (Iacano, 2008).

2.3.2. Tujuan

Untuk mencegah terjadinya komplikasi pada tubuh akibat penumpukan cairan dan kelebihan cairan, untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Tujuan pembatasan cairan adalah untuk mencegah terjadinya kelebihan volume cairan yang dapat berakibat terhadap gangguan fungsi dari organ lain, seperti paru-paru dan jantung (Tovazzi, 2012). Cairan yang masuk kedalam tubuh harus sama dengan cairan yang dikeluarkan tubuh.

2.3.3. Keuntungan pembatasan cairan

Ketika anda melakukan dialisis, ginjal tidak dapat menyeimbangkan cairan dengan benar pada tubuh. Mereka tidak dapat membuang cairan yang cukup melalui urine. Ini mengapa setiap pasien sangat penting untuk membatasi garam dan cairan antara rentang waktu dialisis selanjutnya. Menjaga jumlah cairan akan

membantu tubuh anda, sehingga selama menjalani perawatan dialisis akan lebih mudah untuk membuang cairan extra di dalam tubuh (Handayani, Sri. (2014).

2.3.4. Kebutuhan cairan

1. Masukan + haluaran orang dewasa per 24 jam

Masukan	Haluaran
Cairan oral: 1100-1400 mL	Urin: 1200-1500 mL
Air dalam makanan: 800-1000 mL	Feses: 100-200 mL
Air hasil metabolisme: 300 mL	Paru: 400 mL
	Kulit: 500-600 mL
Total: 2200-2700 mL	Total: 2200-2700 mL

2. Menghitung kebutuhan cairan/hari

Dewasa normal : 30-35 mL/kg BB

Dewasa berusia 55-75 tahun : 30 mL/kg BB

Dewasa berusia > 75 tahun : 25 mL/kg BB

3. Jumlah cairan

1) Untuk kebutuhan air, dianjurkan sesuai dengan jumlah urine 24 jam : sekitar 500 mililiter melalui minuman dan makanan.

2) Jumlah cairan yang boleh dikonsumsi dalam satu hari yaitu sebanyak: 500 cc + jumlah urine dalam satu hari, misalnya: jika jumlah urine yang dikeluarkan dalam waktu 24 jam adalah 400ml, maka asupan cairan total dalam sehari $400 + 500\text{ml} = 900\text{ml}$.

3) Pasien disarankan mengkonsumsi cairan tidak lebih dari 500ml atau setara 2 gelas perhari.

4) Pasien mengeluarkan urine tidak lebih dari 200-300ml setiap hari.

2.3.5. Jenis pembatasan cairan yang sebaiknya dibatasi

1. Natrium

Diet Na yang dianjurkan adalah 40-90 mEq/hari (1-2g Na). Asupan natrium yang terlalu longgar dapat mengakibatkan retensi cairan, edema perifer, edema paru, hipertensi dan gagal jantung kongestif. Restriksi natrium dan cairan ditentukan oleh tekanan darah pasien, kadar elektrolit, keluaran urine dan berat badan. Sebagian pasien dengan berhasil mengkonsumsi 2 sampai 4gr natrium perhari (Nugroho, 2011). Menurut Katsilambros (2013) mengatakan bahwa pembatasan natrium hingga mencapai tingkat “tidak ada tambah garam” harus diterapkan pada pasien yang menunjukkan edema atau hipertensi. Membatasi konsumsi makanan yang mengandung garam dilakukan agar pasien tidak merasa haus. Rasa haus mendorong pasien untuk minum sehingga dapat menimbulkan kenaikan berat badan yang besar selama periode diantara dialysis (Rahardjo, 2009; Anita, 2015). Jenis makanan mengandung natrium yang harus dibatasi, seperti Makanan dan minuman kaleng (Na Benzoat), Manisan dan asinan, KeripikMSG/Vetsin/ Moto (Mono Natrium Glukamat), Ikan asin dan daging asap

2. Cairan

Menurut Marantika & Devi (2014) dalam jurnal Anita (2015) Pembatasan asupan cairan perlu dilakukan seiring dengan menurunnya kemampuan ginjal. Jika pasien penyakit ginjal kronik mengkonsumsi terlalu banyak cairan, maka cairan yang ada akan menumpuk didalam tubuh sehingga dapat menyebabkan edema (pembengkakan). Oleh sebab itu agar tidak terjadi penumpukan cairan

maka jumlah cairan yang boleh dikonsumsi dalam satu hari yaitu sebanyak : 500 cc + jumlah urin dalam satu hari, misalnya : jika jumlah urin yang dikeluarkan dalam waktu 24 jam adalah 400 ml, maka asupan cairan total dalam sehari adalah $400 + 500\text{ml} = 900\text{ml}$. Pasien disarankan mengonsumsi cairan tidak lebih dari 500 mL atau setara 2 gelas perhari.

Pasien GGK yang mendapatkan terapi hemodialisis harus mengatur asupan cairan, sehingga berat badan yang diperoleh tidak lebih dari 1,5 kg di antara waktu dialisis (Lewis et al,2007). Mengontrol asupan cairan merupakan salah satu masalah bagi pasien yang mendapatkan terapi dialisis, karena dalam kondisi normal manusia tidak dapat bertahan lebih lama tanpa asupan cairan dibandingkan dengan makanan. Namun bagi penderita penyakit gagal ginjal kronik harus melakukan pembatasan asupan cairan untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Asupan yang bebas dapat menyebabkan beban sirkulasi menjadi berlebihan, dan edema. Sedangkan asupan yang terlalu rendah mengakibatkan dehidrasi, hipotensi, dan gangguan fungsi ginjal. Perlu diingat juga bahwa makanan yang berkuah seperti sup, ice cream, susu, sirup, yoghurt juga dihitung sebagai cairan.

3. Kalium

Kadar kalium darah harus dipertahankan dalam batas normal. Pada beberapa pasien, kadar kalium darah meningkat disebabkan karena asupan kalium dari makanan yang berlebih atau karena obat-obatan yang diberikan. Pembatasan asupan kalium dianjurkan bila kadar kalium dalam darah $> 5,5$ meq. Asupan kalium yang dianjurkan adalah 40 mg/kgBB/hari. Kalium terdapat di dalam semua makanan yang berasal dari tumbuh-tumbuhan dan hewan. Menurut

Marantika & Devi (2014) dalam jurnal penelitian Anita (2015). Buah-buahan dan sayur-sayuran biasanya mengandung kalium sehingga pasien disarankan untuk tidak mengonsumsi hampir semua jenis buah serta makanan yang diolah dari buah (Pisang, mangga, Tomat, bayam, Ubi-Umbian) Dengan perhatian khusus: Sayuran rebus, Timun, Jamu, Kacang dan produk olahannya. Relatif aman: Pare, Lobak, Bawang merah, Bawang putih, Selada, Seledri, Tauge, Pepaya, Apel dan Pir

4. Phosphate

Pada penderita gagal ginjal akan terjadi penumpukan phosphate dalam darah. Dokter akan memberi pengikat phosphate untuk mengurangi penumpukan phosphate. Diet phosphate sangat berbeda-beda untuk masing-masing individu. Dan diet phosphate tidak boleh terlalu ketat karena dapat menyebabkan kekurangan protein. Dalam hal diet phosphate ini anda harus berkonsultasi dengan dokter anda. Namun secara umum diet phosphate ini adalah dengan perhatian khusus: Susu (maksimal 150 ml/ hari), jeroan, hari, ginjal, kerang, ikan kering, dan ikan asin, coklat dan kacang. Relatif aman: Ikan segar, daging tanpa lemak

5. Saran-saran umum dalam diet penderita Gagal Ginjal

- Hindari makanan dengan rasa yang kuat (pedas, dan asin)
- Kurangi Gula
- Makan makanan segar non awetan

2.4. Konsep Kepatuhan

2.4.1. Definisi kepatuhan

Menurut Linda dalam jurnal Yuniarti (2015) mendefinisikan “kepatuhan” sebagai tingkat klien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau petugas kesehatan lain. Kepatuhan secara umum didefinisikan sebagai tingkatan perilaku seseorang yang mendapatkan pengobatan, mengikuti diet, dan melaksanakan gaya hidup sesuai dengan rekomendasi pemberian pelayanan kesehatan menurut WHO dalam (Syamsiah, 2011; Sari, 2014).

Kepatuhan berasal dari kata patuh. Menurut KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia) patuh berarti suka menurut perintah, taat kepada perintah atau aturan dan berdisiplin. Kepatuhan berarti bersifat patuh, ketaatan, tunduk, patuh pada ajaran atau aturan. Kepatuhan berasal dari kata patuh, yang berarti disiplin dan taat. Menurut Niven (2002), kepatuhan adalah sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan. Notoatmodjo (2007), mengatakan kepatuhan atau ketaatan (*compliance/adherence*) adalah tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau orang lain. Tingkat kepatuhan dapat dimulai dari tindak mengindahkan setiap aspek anjuran hingga mematuhi semua rencana terapi. Untuk meningkatkan kepatuhan, perawat perlu memastikan bahwa klien mampu melakukan terapi yang diprogramkan, memahami instruksi penting, menjadi partisipan yang mau berusaha mencapai tujuan terapi dan menghargai hasil perubahan perilaku yang direncanakan (Kozier, 2010).

Menurut Niven (2002), kepatuhan adalah sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan. Notoatmodjo (2007) mengatakan kepatuhan atau ketaatan (*compliance/adherence*) adalah tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau orang lain.

2.4.2. Jenis Kepatuhan

Menurut Cramer 1987 dalam Niven (2002) jenis-jenis kepatuhan yaitu,

1. Kepatuhan total (*Total compliance*)

Pada keadaan ini penderita tidak hanya berobat secara teratur sesuai batas waktu yang ditetapkan melainkan juga patuh memakain obat secara teratur sesuai petunjuk.

2. Penderita yang sama sekali tidak patuh (*Non compliance*)

Pada keadaan ini penderita sudah putus obat atau tidak menggunakan obat sama sekali.

2.4.3. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Kepatuhan merupakan suatu perilaku dalam bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme. Dalam memberikan respon sangat bergantung pada karakteristik atau factor-faktor lain. Notoatmodjo (2010), menjabarkan bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh tiga factor yaitu:

1. Faktor-faktor Predisposisi (*Predisposing Factor*)

Faktor predisposisi merupakan factor anteseden terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi perilaku. Faktor predisposisi dalam arti umum juga dapat dimaksud sebagai preferensi pribadi yang dibawa seseorang

atau kelompok kedalam suatu pengalaman belajar. Prevalensi ini mungkin mendukung atau menghambat perilaku sehat.

Faktor predisposisi meliputi sikap, keyakinan, nilai-nilai dan persepsi yang berhubungan dengan motivasi individu atau kelompok untuk melakukan suatu tindakan. Selain itu status sosial-ekonomi, umur, dan jenis kelamin juga merupakan faktor predisposisi. Demikian juga tingkat pendidikan dan tingkat pengetahuan, termasuk kedalam faktor ini

2. Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*)

Faktor ini merupakan faktor antedecedent terhadap perilaku yang memungkinkan aspirasi terlaksana. Termasuk didalamnya adalah kemampuan dan sumber daya yang dibutuhkan untuk melakukan suatu perilaku. Faktor-faktor pemungkin ini meliputi pelayanan kesehatan (termasuk didalamnya biaya, jarak, ketersediaan transportasi, waktu pelayanan dan keterampilan petugas).

3. Faktor-faktor Penguat (*Reinforcing Factors*)

Faktor penguat merupakan faktor yang datang sesudah perilaku dalam memberikan ganjaran atau hukuman atas perilaku dan berperan dalam menetapkan atau lenyapnya perilaku tersebut. Termaksud ke dalam faktor ini adalah manfaat sosial dan manfaat fisik serta ganjaran nyata atau tidak nyata yang pernah diterima oleh pihak lain. Sumber dari faktor penguat dapat berasal dari tenaga kesehatan, kawan, keluarga atau pemimpin. Faktor penguat bias positif dan negatif tergantung pada sikap dan perilaku orang lain yang berkaitan.

Menurut Niven (2002) mengatakan bahwa terdapat 4 faktor yang mendukung kepatuhan pasien antara lain:

1. Pendidikan

Pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan,sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif seperti penggunaan buku buku dan kaset oleh pasien secara mandiri . menurut Riskesdas dalam Umayah(2016) menjelaskan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka pengetahuan seseorang tersebut akan semakin tinggi. Menurut Nursalam dalam Umayah (2016),pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan kesehatan. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula oengetahuan yang dimiliki.

2. Akomodasi

Suatu usaha yang ahrus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Sebagai contoh,pasien yang lebih mandiri harus dapat merasakan bahwa ia dilibatkan secara aktif dalam program pengobatan,sementara pasien yang lebih mandiri harus dapat merasakan bahwa ia dilibatkan secara aktif dalam program pengobatan,sementara pasien yang lebih mengalami ansietas dalam menghadapi sesuatu,harus diturunkan dahulu tingkat ansietasnya.

3. Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman. Kelompok-kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan terhadap program pengobatan seperti pengurangan berat badan.

4. Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien

Memberikan umpan balik kepada pasien setelah menerima informasi tentang diagnosis. Pasien membutuhkan penjelasan tentang kondisinya saat ini, apa penyebabnya dan apa yang dapat mereka lakukan dengan kondisi seperti ini. Suatu penjelasan dapat membantu meningkatkan kepercayaan pasien. Untuk melakukan konsultasi dan selanjutnya dapat membantu meningkatkan kepatuhan.

Menurut Smeltzer dan Bare (2002) faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan seseorang adalah :

1) Variabel demografi, seperti usia, jenis kelamin, status sosial, ekonomi dan pendidikan.

1) Usia

Usia adalah umur yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat akan berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Semakin dewasa seseorang, maka cara berfikir semakin matang (Niven, 2002)

2) Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana

belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Pendidikan klien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif.

3) Lama kunjungan pengobatan

Lamanya menjalani terapi hemodialisis mempunyai pengaruh terhadap pengetahuan, sikap dan kepatuhan pembatasan cairan. Setiap pasien memerlukan waktu yang berbeda-beda dalam meningkatkan pengetahuan dan sikapnya. Semakin lama pasien menjalani terapi hemodialisis maka akan banyak pengetahuan yang diperoleh dan bisa bersikap positif terhadap kepatuhan diet cairan. Semakin lama pasien menjalani terapi hemodialisis semakin patuh karena pasien sudah mencapai tahap penerimaan (Sapri, 2008). Menurut Kamaluddin (2009) semakin lama pasien menjalani terapi hemodialisis maka adaptasi pasien semakin baik karena pasien telah banyak mendapat informasi kesehatan dan mampu mengontrol pembatasan cairan dalam menjaga kesehatannya sehingga pasien menjadi lebih patuh.

2. Variabel penyakit, seperti keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi.

3. Variabel program terapeutik, seperti kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan.

4. Variabel psikososial seperti intelegensi, sikap terhadap tenaga kesehatan, penerimaan atau penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama atau budaya, biaya finansial dan lainnya yang termaksud dalam mengikuti regimen.

2.4.4. Cara mengukur kepatuhan

Menurut Widyanti (2008) Terdapat 5 cara yang digunakan dalam mengukur tingkat kepatuhan sebagai berikut :

1. Menanyakan pada petugas klinis

Metode ini merupakan suatu metode yang hampir menjadi pilihan terakhir karena keakuratan data yang diperoleh pada umumnya salah.

2. Menanyakan pada individu

Metode ini merupakan metode yang lebih valid dari sebelumnya. Tetapi memiliki beberapa kelemahan, contohnya: pasien mungkin saja berbohong untuk menghindari ketidaksukaan dari tenaga kesehatan, dan mungkin mereka tidak mengetahui seberapa besar tingkat kepatuhan mereka sendiri. Jika dibandingkan dengan beberapa pengukur objektif, penelitian yang akan dilakukan cenderung menunjukkan bahwa para pasien lebih akurat saat mereka menyatakan bahwa mereka mengonsumsi obat.

3. Menanyakan pada individu lain yang selalu memonitor klien

Metode ini juga memiliki beberapa kelemahan, karena observasi mungkin tidak dapat selalu dilakukan secara konstan, terutama pada hal tertentu contohnya, diet, konsumsi alkohol, dan lain lain. Pengamatan yang terus menerus menciptakan situasi buatan dan sering kali menjadi tingkat kepatuhan yang lebih besar dibandingkan tingkat kepatuhan lainnya.

4. Menghitung berapa banyak terapi yang sudah atau seharusnya dijalani pasien dengan saran medis yang diberikan oleh petugas kesehatan.
5. Memeriksa bukti-bukti biokimia

Metode ini merupakan suatu metode dimana petugas berusaha mencari bukti-bukti biokimia, seperti analisis sampel darah dan urin.

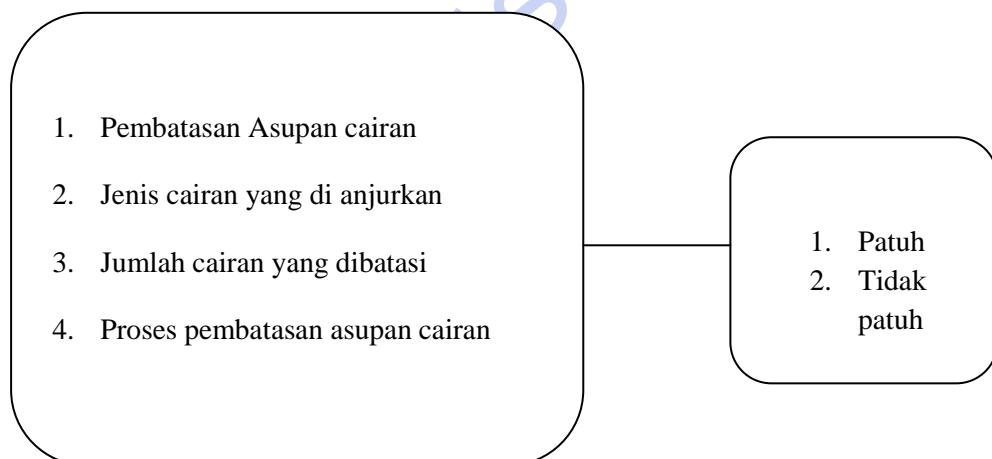
BAB 3

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Menurut Nursalam (2014) tahap yang penting dalam satu penelitian adalah menyusun kerangka konsep. Konsep adalah abstraksi dari suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antarvariabel (baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti). Kerangka konsep akan membantu peneliti menghubungkan hasil penemuan dengan teori.

Bagan 3.1 Kerangka Konsep Tingkat kepatuhan pasien Gagal Ginjal Kronik dalam pembatasan Asupan Cairan yang menjalani Hemodialisa



Keterangan :



: Variabel yang diteliti

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan peneliti adalah *deskriptif analitik*. Studi deskriptif dirancang untuk mendapatkan lebih banyak informasi tentang karakteristik dibidang studi tertentu, dengan metode *Cross sectional*.

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh Pasien yang menderita Penyakit Gagal Ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di rumah sakit Elisabeth medan 21-30 Maret 2018.

4.2.2. Sampel

Teknik pengumpulan sampel pada penelitian ini adalah dengan menggunakan *Total sampling* yaitu seluruh anggota populasi dijadikan sampel. Suatu tehnik penetapan sampel dengan cara memilih seluruh populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (Nursalam, 2013). Sampel pada penelitian ini adalah 37 responden yang menderita Gagal Ginjal kronik menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth medan

4.3. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional

4.3.1. Variabel penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia dan lain-lain). Variabel yang mempengaruhi

atau nilainya menentukan variabel lain disebut dengan variabel independen. Dalam penelitian ini variabel independennya adalah Kepatuhan pasien mengenai Pembatasan Asupan cairan (Nursalam,2014).

Ada pun variabel penelitian yang dimaksud adalah :

1. Jenis pembatasan cairan
2. Jumlah pembatasan cairan
3. Proses pembatasan cairan

4.3.2. Definisi Operasionaly

Definisi operasional berasal dari seperangkan prosedur atau tindakan progresif yang dilakukan peneliti untuk menerima kesan sensorik yang menunjukkan adanya atau tingkat ekstitensi suatu varibel (Grove,2015)

Tabel. 4.1 Definisi Operasional Tingkat Kepatuhan Membatasi Cairan pada Penderita Gagal Ginjal Kronis di Rumah Sakit Elisabeth Medan 2018

Variabel	Definisi	Indikator	Alat ukur	Skala	Skor
Tingkat kepatuhan pembatasan asupan cairan	Perilaku dimana seseorang dapat mengikuti anjuran dari dokter atau perawat dirumah sakit dalam pembatasan asupan cairan.	Kepatuhan pasien meliputi : Kuesioner 20 pernyataan	Kusioner terdiri dari 20 pernyataan dengan jawaban 1 : ya , 0 : tidak	Ordinal	0-10: tidak patuh 11-20 : patuh
Jenis cairan	Macam macam jenis cairan atau makanan yang memiliki kandungan tinggi akan air.	1. 6 pernyataan			1-3: Tidak patuh 4-6 : Patuh

Jumlah cairan	Ukuran asupan pembatasan cairan yang dianjurkan untuk dikonsumsi oleh pasien Hemodialisa	2. 8 pernyataan	:1-4 Tidak patuh: patuh 4-8 : patuh
Proses pembatasan cairan	Suatu cara/jalan yang digunakan untuk menilai berhasil atau tidaknya sesuatu	3. 6 pernyataan	1-3Tidak patuh: 4-6: patuh

4.4. Instrumen Penelitian

Pada instrumen penelitian ini, peneliti menggunakan lembar kuesioner yang berisi tentang data demografi responden meliputi: nama inisial responden, jenis kelamin dan umur. Lembar kuesioner Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan menggunakan skala Guttman (Sugiyono, 2012) dari 20 item pernyataan. Item 1-20 adalah item untuk mengukur tingkat kepatuhan. Masing-masing masing-masing item diberi *score* 0 yang artinya adalah tidak, *score* 1 yang artinya Ya.

Tingkat kepatuhan pembatasan asupan cairan dapat digunakan skala gutman dari 20 pernyataan yang ada di kuesioner. Penilaian untuk mencapai tingkat kepatuhan dari 20 pernyataan dibagi menjadi 2 kategori yaitu “Ya” dan “tidak”.

Maka hasil dari 2 kategori didapatkan sebagai berikut.

Jumlah skor terendah = jawaban tidak x jumlah pernyataan

Jumlah skor tertinggi = skoring ya x jumlah pernyataan

$$= \frac{\text{nilai tertinggi} - \text{nilai terendah}}{\text{Banyak kelas}}$$

$$= \frac{20 - 0}{2} = 10$$

Skore 0-10 = tidak patuh

Skore 11-20 = Patuh

4.5. Lokasi dan Waktu Penelitian

4.5.1. Lokasi

Penelitian ini akan dilaksanakan di Rumah sakit Elisabeth Medan. Adapun alasan peneliti memilih tempat tersebut karena merupakan lahan praktek peneliti selama tahap akademik.

4.5.2 Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan pada 21-30 Maret 2018 di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

4.6. Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

4.6.1 Pengambilan data

Pengambilan data ialah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian Nursalam (2013). Jenis pengambilan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis data primer yang diperoleh langsung dari subjek. Sebelumnya akan dilakukan wawancara terhadap subjek yang akan diteliti.

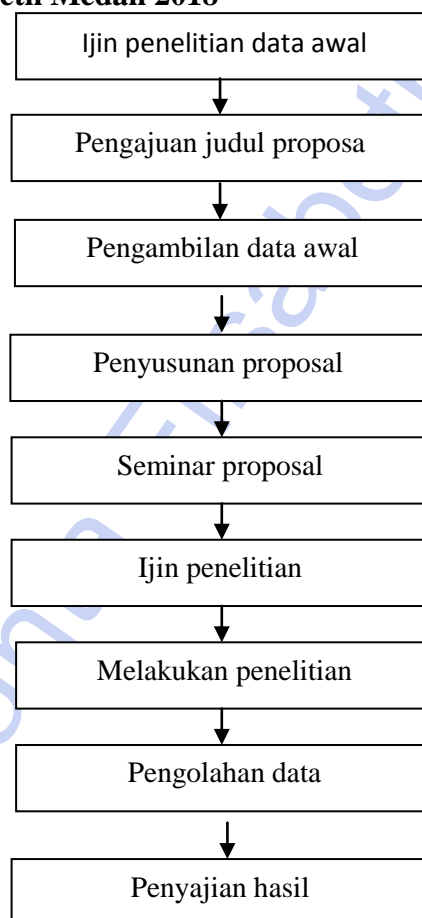
4.6.2 Teknik pengumpulan data

Pada proses pengumpulan data peneliti menggunakan teknik wawancara langsung. Teknik wawancara dilakukan untuk mengamati subjek lebih rinci.

Wawancara dilakukan dengan menggunakan pernyataan yang tertera dikuesioner untuk melihat tingkat kepatuhan pembatasan asupan cairan.

4.7. Kerangka Operasional

Bagan 4.1. Kerangka Operasional Tingkat kepatuhan pasien dalam pembatasan asupan cairan yang menjalani HD di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 2018



4.8. Analisis Data

Analisa deskriptif adalah suatu prosedur pengolahan data dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik. Data-data yang meliputi frekuensi, proporsi dan rasio, ukuran-ukuran kesenderungan pusat (rata-rata hitung, median, modus), maupun ukuran variasi.

Salah satu pengamatan yang dilakukan pada tahap analisis deskriptif adalah pengamatan terhadap tabel frekuensi. Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa Deskriptif univariat (Nursalam, 2015:200).

Data yang telah terkumpul, dianalisa dengan deskriptif yaitu dengan menggunakan:

1. Jumlah mutlak kejadian misalnya jumlah penderita gagal ginjal kronis pada tahun 2017 sebanyak 100 orang
2. Proporsi, disebut proporsi apabila pembilang merupakan bagian dari penyebut. Misal proporsi pasien yang mengalami gagal ginjal kronis berjenis kelamin laki-laki sebanyak 50% berarti 50 orang dari 100 pasien yang mengalami gagal ginjal kronik adalah laki laki
3. Angka (rate) dipakai untuk menyatakan banyaknya kejadian pada suatu populasi dalam jangka waktu tertentu.
4. *Rasio*, digunakan untuk membandingkan dua bilangan. Misalnya rasio pendidikan pasien yang berpendidikan SD dibandingkan dengan SD (Nursalam, 2015:200).

4.9. Etika Penelitian

Kode etik penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti (subjek penelitian) dan masyarakat yang akan memperoleh dampak hasil penelitian tersebut. Etika penelitian ini mencakup juga perilaku peneliti atau perlakuan peneliti terhadap subjek penelitian serta sesuatu yang dihasilkan oleh peneliti bagi masyarakat Notoatmodjo (2012).

Menurut Polit (2014), beberapa etika penelitian yang dapat digunakan dan diterapkan yaitu sebagai berikut.

1. *Beneficence* (kebaikan)

Seorang peneliti harus memberi banyak manfaat dan memberikan kenyamanan kepada responden melalui intervensi serta meminimalkan kerugian. Peneliti harus mengurangi, mencegah dan meminimalkan bahaya selama intervensi. Selain itu, jika terdapat resiko bahaya ataupun kecelakaan yang tidak diduga selama intervensi, maka intervensi dapat dihentikan.

Dalam penelitian ini intervensi yang diberikan oleh peneliti dapat memberikan manfaat untuk mengurangi kecemasan pada lansia sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup lansia. Selain itu, kesehatan mental yang baik, dapat pula menjaga kesehatan jasmani dan rohani bagi lansia.

2. *Respect to human dignity* (menghargai hak responden)

Setiap peneliti harus memberi penjelasan kepada responden tentang keseluruhan tindakan yang akan dilakukan. Selain itu, jika responden menerima untuk ikut serta dalam penelitian maka akan dijadikan sebagai sampel penelitian. Tetapi jika responden menolak karena alasan pribadi, maka penolakan harus diterima peneliti. Selama penelitian berlangsung, tidak ada paksaan dari peneliti untuk responden. Dalam penelitian ini, sebelum melakukan intervensi peneliti terlebih dulu membagikan informed consent kepada calon responden dan menjelaskan kepada calon responden terkait intervensi yang akan dilakukan kemudian meminta persetujuan dari calon responden itu sendiri.

3. *Justice* (Keadilan)

Selama penelitian, tidak terjadi diskriminasi kepada setiap responden. Intervensi yang dilakukan kepada responden yang satu dan lainnya sama. Selain itu, setiap privasi dan kerahasiaan responden harus dijaga oleh peneliti. Dalam penelitian ini, responden tidak dipilih sesuai selera peneliti tetapi sesuai dengan kriteria inklusi dari peneliti tanpa membedakan suku, ras, agama maupun budaya. Selama intervensi berlangsung, tidak ada perbedaan perlakuan antara responden yang satu dan lainnya. Dan untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak akan mempublikasikan data lengkap responden hanya menampilkannya dalam bentuk kode atau inisial.

4. *Informed Consent*

Sebelum intervensi dilakukan, peneliti membagikan lembar persetujuan (*informed consent*) kepada responden untuk mengetahui keikutsertaan dalam penelitian serta ikut serta dalam setiap tindakan yang akan dilakukan. Jika responden menolak, peneliti akan menyetujuinya dan tidak ada paksaan untuk menjadi responden.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1. Hasil Penelitian

Pada bab ini penulis akan menguraikan tentang hasil Penelitian mengenai Tingkat Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik menjalani Hemodialisa dalam Pembatasan cairan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

5.1.1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan berdiri pada tanggal 11 februari 1929 dan diresmikan pada tanggal 17 november 1930. Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan merupakan salah satu rumah sakit swasta yang terletak di kota medan yang berada di jalan Haji Misbah No.7 Kecamatan Medan maimun Provinsi Sumatera Utara. Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan merupakan salah satu rumah sakit tipe B dan memiliki Motto “Ketika Aku Sakit Kamu Melawat Aku”.

Rumah Sakit Santa Elisabeth medan memiliki visi memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas dan memuaskan sesuai dengan perkembangan dengan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) dan Misi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan adalah meningkatkan pelayanan keperawatan melalui penerapan asuhan keperawatan yang profesional, menyediakan sumber daya manusia (SDM) yang profesional dan menyediakan sarana dan prasarana dalam penerapan asuhan keperawatan.

Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan didirikan dengan izin surat Kep.Men.RI No.Ym.02.04.2.2.16.10. pelayanan medis berupa ruang rawat inap,

poli klinik, UGD, ruang operasi, intensive care unite (ICU), medical check up (MCU), hemodialisa, sarana penunjang radiologi, laboratorium, fisioterapi, ruang praktek dokter, patologi anatomi dan farmasi. Peningkatan kualitas salam kegiatan pelayanan Rumah Sakit Santa Elisabeth, didukung oleh tenaga medis dan non medis. Ruang rawat inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan terdiri dari 7 ruang internis, 2 ruang rawat pasien bedah, 3 ruang rawat perinatologi, 3 ruang rawat intensif, dan 1 ruang rawat anak. Adapun yang menjadi ruang studi kasus adalah ruang rawat hemodialisa yang terdiri dari ruang kepala ruangan, ruang isolasi denga 1 bed, ruang rawat dengan 8 bed, pantry, ruang kebersihan dan 2 (dua) kamar mandi. Studi kasus ini dilakukan pada tanggal 21– 30 maret 2018.

5.1.2. Deskriptif Penelitian

Studi kasus ini dilaksanakan diruang Hilaria (Hemodialisa) di Rumah Sakit Santa Elisabeth medan. Hasil penelitian ini berupa data demografi responden, aspek kepatuhan pembatasan cairan dan kategori kepatuhan responden dalam menjalankan pembatasan cairan. Pada tabel dibawah ini dilihat dengan jelas hasil penelitian.

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Demografi Pasien Gagal ginjal kronis di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 21-30 maret 2018

Umur	Frekuensi	persentase
20-40 tahun	6	16.2%
41-60 tahun	13	35.1%
61-80 tahun	17	46%
81 tahun	1	2.7%
Total	37	100%
Jenis kelamin		
Laki-laki	18	49%
Perempuan	19	51%
Total	37	100%

Pendidikan	Frekuensi	Persentase
SD	4	11%
SMP	5	14%
SMA/SMK	15	41%
PT	13	35%
Total	37	100%
Lama kunjungan HD		
0-1 tahun	24	65%
>1-3 tahun	9	24%
>3 tahun	4	11%
Total	37	100%

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa umur pasien yang banyak adalah pada umur 61-80 tahun sebanyak 17 responden. Berdasarkan jenis kelamin, perempuan sebanyak (51%) sedangkan laki laki 41%. Berdasarkan tingkat pendidikan sebagian (41%) berpendidikan SMA 15 orang. Jika dilihat berdasarkan lama hemodialisa jumlah pasien yang menjalani hemodialisa hampir sebagian (65%) 0-1 tahun sebanyak 24 orang.

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik Dalam Menjalankan Pembatasan Asupan Cairan di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 21-30 maret 2018

Kategori	Frekuensi	Persentase
PATUH	33	89%
TIDAK PATUH	4	11%
TOTAL	37	100%

Berdasarkan Tabel diatas dapat diketahui bahwa jumlah pasien hemodialisa yang patuh dalam menjalankan pembatasan asupan cairan pada umumnya (89%) tergolong dalam kategori patuh dan 11% tidak patuh.

Tabel 5.3 Distribusi Kepatuhan Responden Gagal Ginjal Kronik Dalam Menjalankan Pembatasan Asupan Cairan berdasarkan jenis pembatasan cairan di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 21-30 maret 2018

Jenis	f	(%)
Patuh	31	84%
tidak patuh	6	16%
total	37	100%

Dari hasil penelitian di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan di jumpai sebagian (84%) responden patuh berdasarkan jenis pembatasan asupan cairan, sedangkan 16% tidak patuh

Tabel 5.4 Distribusi Kepatuhan Responden Gagal Ginjal Kronik Dalam Menjalankan Pembatasan Asupan Cairan berdasarkan Jumlah pembatasan cairan di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 21-30 maret 2018

Jumlah Pembatasan cairan	f	(%)
Patuh	20	54%
tidak patuh	17	46%
total	37	100%

Dari hasil penelitian di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan di jumpai Kepatuhan berdasarkan jumlah pembatasan asupan cairan 54% patuh, sedangkan 46% tidak patuh.

Tabel 5.5 Distribusi Kepatuhan Responden Gagal Ginjal Kronik Dalam Menjalankan Pembatasan Asupan Cairan berdasarkan Proses pembatasan cairan di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 21-30 maret 2018

Proses pembatasan cairan	f	(%)
Patuh	28	76%
tidak patuh	9	24%
Total	37	100%

Dari hasil penelitian di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan di jumpai sebagian (76%) responden patuh berdasarkan proses pembatasan asupan cairan, 24% tidak patuh sebanyak 2 orang.

Tabel 5.6 Distribusi jenis cairan berdasarkan tingkat kepatuhan Responden Gagal Ginjal Kronik Dalam Menjalankan Pembatasan Asupan Cairan di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 21-30 maret 2018

Jenis cairan	Tingkat kepatuhan					
	Patuh		tidak patuh		total	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Patuh	30	81%	1	3%	31	84%
Tidak patuh	3	8%	3	8%	6	16%
Total	33	89%	4	11%	37	100%

Dari tabel diatas diperoleh bahwa 89% responden memiliki tingkat kepatuhan dalam pembatasan asupan cairan, namun jika dilihat berdasarkan jenis asupan cairan di jumpai 16% responden tidak patuh.

Tabel 5.7 Distribusi jumlah cairan berdasarkan Tingkat Kepatuhan Responden Gagal Ginjal Kronik Dalam Menjalankan Pembatasan Asupan Cairan di Ruang Hemodialisa di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 21-30 maret 2018

Jumlah	Tingkat kepatuhan					
	Patuh		tidak patuh		total	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Patuh	20	54%	-	0%	20	54%
Tidak patuh	13	35%	4	11%	17	46%
Total	33	89%	4	11%	37	100%

Dari hasil penelitian di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan di jumpai 54% responden patuh dalam jumlah cairan, namun berdasarkan tingkat kepatuhan di jumpai 11% responden tidak patuh.

Tabel 5.8 Distribusi proses pembatasan cairan berdasarkan tingkat Kepatuhan Responden Gagal Ginjal Kronik Dalam Menjalankan Pembatasan Asupan Cairan di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 21-30 maret 2018

Proses	Tingkat kepatuhan					
	Patuh		tidak patuh		Total	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Patuh	26	70%	2	5%	28	76%
Tidak patuh	7	19%	2	5%	9	24%
Total	33	89%	4	11%	37	100%

Dari hasil penelitian di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan di jumpai sebagian 70% responden memiliki tingkat kepatuhan berdasarkan proses pembatasan cairan, namun berdasarkan tingkat kepatuhan pembatasan asupan cairan secara keseluruhan 89% responden patuh.

5.2. Pembahasan

5.2.1. Tingkat kepatuhan responden dalam Pembatasan asupan cairan

Dari hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Santa Elisabeth medan 21-30 maret 2018 dengan jumlah responden sebanyak 37 orang pada tabel 5.2 didapat hasil bahwa pada umumnya (89%) memiliki tingkat kepatuhan dalam pembatasan asupan cairan, dan 11% responden yang tidak patuh. Penelitian ini sejalan dengan Penelitian Anita (2015) di Rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta, dengan jumlah responden sebanyak 60 orang didapatkan hasil bahwa jumlah pasien yang patuh dalam pembatasan asupan cairan sebanyak (71,7 %). Hasil yang sama juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan Lestari (2015) di RSUD Kraton menunjukkan bahwa kurang dari separuh yaitu 40,5% responden tidak patuh dalam menjalani pembatasan cairan dan 59,5% responden patuh dalam pembatasan cairan. Tingkat kepatuhan adalah sikap yang ditunjukkan oleh penderita Gagal Ginjal Kronik untuk menjalani hemodialisis. Kepatuhan menjalani pembatasan asupan cairan merupakan hal yang penting untuk diperhatikan, karena jika pasien tidak patuh akan menyebabkan terjadinya penumpukan zat-zat berbahaya dari tubuh, dan akan mempunyai dampak buruk terhadap kualitas hidup (Sukandar 2006, h.151). Dari hasil wawancara yang dilakukan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan, peneliti menemukan tingginya

tingkat kepatuhan pasien ini didasari oleh dorongan dari keluarga terdekat, serta pengetahuan yang diberikan oleh perawat kepada pasien yang menjalani hemodialisa, disertai akibat yang dapat ditimbulkan jika tidak mengikuti anjuran petugas kesehatan sehingga mendorong pasien untuk patuh dalam menjalankan pembatasan asupan cairan. Sedangkan responden yang tidak patuh dikarenakan faktor usia yang sudah memasuki usia lanjut sehingga terkadang mengalami demensia.

Adapun deskriptif Tingkat kepatuhan =berdasarkan jenis Jika dilihat pada tabel 5.6 dari 37 responden 84% patuh berdasarkan jenis, sedangkan jika dilihat pada tingkat kepatuhannya 16% yang tidak patuh. Adapun point point jenis asupan cairan 92% responden mengkonsumsi asupan cairan sesuai yang dianjurkan, 89% responden mengikuti anjuran untuk membatasi buah buahan, bahkan 95% responden tidak mengkonsumsi makanan kalengan, sedangkan 5% lainnya mengkonsumsi makanan kaleng tersebut. Menurut pengakuan pasien saat diwawancarai, ada perasaan takut dan bersalah saat mengkonsumsi makanan kalengan tersebut. Pasien merasa takut berakibat fatal untuk tubuhnya namun pasien susah mengontrol keinginannya untuk mengkonsumsi makanan kalengan kesukaannya, ada juga yang mengatakan kurang pengetahuan tentang apa saja yg tidak di anjurkan untuk pasien Hemodialisa. Hasil ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (wijayanti, 2017) “Analisis Perilaku Pasien Hemodialisis dalam pengontrolan cairan tubuh” dari 38 responden didapatkan bahwa sebanyak 92% responden berperilaku baik pada pernyataan “Tidak pernah mengkonsumsi makanan kalengan (contoh: Ikan kaleng, buah kaleng, cornet, jamur kaleng, dan

jus kaleng). Budiyanto (2001) menuliskan makanan kalengan mengandung garam yang dapat menyebabkan tubuh menahan cairan sehingga tubuh sulit untuk mengeluarkan cairan untuk itu pasien hemodialisa tidak dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan kalengan. Namun ditemukan juga 27% responden tidak mengontrol atau memperhatikan air kencing dalam sehari, Dari hasil wawancara dengan responden diketahui bahwa sebagian malas dalam mengontrol air kencing dalam sehari, mereka beranggapan itu tidak penting sehingga mereka melalaikan hal tersebut, faktor Usia yang sudah memasuki usia lanjut sehingga terkadang mengalami demensia.

Deskriptif tingkat kepatuhan berdasarkan jumlah pembatasan asupan cairan pada tabel 5.7 dari 37 responden 54% responden patuh berdasarkan jumlah .sedangkan jika dilihat berdasarkan tingkat kepatuhan sebagian (46%) tidak patuh. Adapun deskripsi jumlah pembatasan cairan dijumpai 81% responden menggunakan gelas kecil saat minum, 89% tidak mengkonsumsi air dengan porsi besar, bahkan 97% responden memahami pembatasan asupan cairan membantu mengoptimalkan hidup, namun peneliti menemukan masih ada 30% responden minum saat haus tanpa memperhatikan jumlah minum saya”. Hal ini dibuktikan sebanyak 30% responden selalu minum setiap kali merasa haus tanpa dibatasi. Hal ini didukung penelitian yang (Wijayanti, 2017) “Analisis Perilaku Pasien Hemodialisis dalam pengontrolan cairan tubuh” dari 38 responden ditemukan sebagian (44,7%) responden berperilaku buruk pada soal pertama “ saya minum setiap kali merasa haus tanpa dibatasi”. Menurut peneliti responden yang belum dapat mengontrol jumlah minum tanpa dibatasi dikarenakan cuaca panas, bibir

kering, tenggorokan kering, rasa lelah sehingga menyebabkan pasien untuk minum terus menerus saat haus tanpa memperhatikan batasannya. Menurut teori (Potter & Perry, 2008) pengontrolan cairan seringkali sulit dilakukan oleh pasien Hemodialisis, terutama jika mereka mengonsumsi obat-obatan yang membuat membran mukosa kering seperti diuretik, sehingga menyebabkan rasa haus dan berusaha untuk minum. Hal ini karena dalam kondisi normal manusia tidak dapat bertahan lebih lama tanpa asupan cairan dibandingkan dengan makanan. Dari hasil wawancara dengan beberapa responden, mereka mengeluh sesak nafas, Tekanan darah tinggi, merasa bosan, dan tidak peduli dengan kesehatannya, serta kurangnya dukungan dari keluarganya.

Deskriptif penelitian berdasarkan proses pembatasan asupan cairan dari 37 responden 76% responden patuh, namun berdasarkan tingkat kepatuhan 24% tidak patuh. Jika dilihat dari point proses pembatasan cairan di jumpai 95% responden memperhatikan makanan yang dikonsumsi sehari-hari sesuai petunjuk Rumah sakit, 97% responden mengatakan semua anggota keluarga memperhatikan dalam proses pembatasan cairan, namun hampir sebagian (46%) responden tidak mengulum es batu, kumur-kumur, sikat gigi saat mereka haus.“, hal ini dapat dibuktikan dengan pembahasan sebelumnya pada aspek jumlah pembatasan cairan yang mana 30% responden selalu minum saat haus tanpa memperhatikan jumlah cairan yang dikonsumsi. Dari hasil wawancara, responden mengatakan tidak ada waktu untuk melakukan hal diatas karena rasa haus yang dialami sering timbul, sehingga mereka merasa repot jika melakukan itu. Hasil ini juga didukung oleh hasil penelitian wijayanti (2017) “Analisis Perilaku Pasien Hemodialisis dalam

pengontrolan cairan tubuh” yang mengatakan pada soal 14 “Ketika saya haus, saya mengulum es batu dan soal 15 ” ketika saya haus, saya berkumur tanpa menelan air” hal ini juga masih sulit dilakukan oleh responden, masing-masing sebanyak 73,7% dan 44,7% responden tidak pernah melakukan hal seperti 2 pernyataan tersebut, 35% responden merasa kesulitan untuk membatasi asupan cairan seperti yang dianjurkan, Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Debora (2017) di jumpai dari 9 responden 4 diantaranya merasa kesulitan untuk membatasi minum seperti yang dianjurkan, penulis berasumsi bahwa kesulitan membatasi minum pada pasien yang menjalankan Hemodialisa disebabkan kebiasaan pasien dalam menjalankan pembatasan cairan. Pada pasien yang baru mulai menjalani hemodialisa akan kesulitan dalam membiasakan diri membatasi konsumsi minum. Hal ini terjadi karena perubahan konsumsi minum yang mendadak yang harus dijalani pasien dan harus mulai beradaptasi oleh aturan minum yang harus dijaga agar tidak mengalami kelebihan cairan. Hal ini sejalan dengan teori oleh YDGI (2013) dalam Wijayanti (2017) bahwa masalah umum yang banyak dialami oleh pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa adalah perilaku mengontrol cairan, sehingga banyak pasien hemodialisis yang mengeluh sesak nafas, karena kelebihan cairan. Selain dari perubahan pola minum, dapat juga dipengaruhi oleh perubahan pola makan pasien yang menjalani hemodialisa, seperti konsumsi garam atau natrium. Konsumsi garam dapat meningkatkan rasa haus pasien sehingga akan sulit bagi pasien yang tidak mengontrol konsumsi cairan.

5.2.2. Karakteristik berdasarkan data demografi pasien gagal ginjal kronik

Hasil penelitian di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 21-30 maret 2018 dari 37 responden yang menderita gagal ginjal kronik di jumpai 46% responden pada umur 61-80 tahun. Menurut Alam dan Hadibroto (2007) menyatakan bahwa semakin bertambahnya usia, fungsi ginjal juga akan menurun. Setelah umur 40 tahun akan terjadi kehilangan beberapa nefron. Setiap dekade pertambahan umur, fungsi ginjal menurun sekitar 10 ml/menit/1,73 m². Selain karena penurunan fungsi ginjal organ tubuh oleh pertambahan usia, hal ini juga dapat disebabkan oleh beragam penyakit yang muncul di usia lanjut yang menimbulkan komplikasi pada sistem urinaris (Katzung, 2002).

Berdasarkan jenis kelamin diperoleh sebagian responden berjenis kelamin perempuan 51% sebanyak 19 orang. Secara umum, setiap penyakit dapat menyerang laki-laki maupun perempuan, tetapi pada beberapa penyakit seperti gagal ginjal kronik terdapat perbedaan frekuensi antara laki-laki dan perempuan. Hal ini dapat disebabkan perbedaan pekerjaan kebiasaan hidup, genetika atau kondisi fisiologis (Budiarto & Anggraeni, 2002).

Berdasarkan pendidikan diperoleh 41% responden berpendidikan SMA/SMK sebanyak 15 orang, yang terendah pendidikan SD 4 orang. Sejalan dengan Penelitian yang dilakukan terhadap 72 orang responden menunjukkan bahwa mayoritas responden berpendidikan Menengah (SMP dan SMA) yaitu sebanyak 36 orang atau 50,0%. Ismail, Hasanuddin dan Bahar (2011) yang menunjukkan bahwa mayoritas responden berpendidikan Menengah (SMP dan SMA) yaitu sebanyak 68,6%. Penderita gagal ginjal kronik yang memiliki

pendidikan yang tinggi akan mempunyai pengetahuan yang luas. Hal ini memungkinkan penderita untuk dapat mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang dihadapi, mempunyai rasa percaya diri yang tinggi, berpengalaman, dan mempunyai perkiraan yang tepat untuk mengatasi kejadian, mudah mengerti tentang apa yang dianjurkan oleh petugas kesehatan (Yuliaw, 2009).

Berdasarkan lama menjalani Hemodialisa dijumpai 65% responden memiliki lama kunjungan Hemodialisa 0-1 tahun sebanyak 24 orang. Sejalan dengan Penelitian yang dilakukan terhadap 72 orang responden menunjukkan bahwa mayoritas responden berdasarkan lama menjalani hemodialisis yaitu < 36 bulan sebanyak 54 orang responden (75,0%). Hal ini sejalan dengan penelitian Syamsiah (2011) bahwa mayoritas lama responden menjalani hemodialisis yaitu < 4 tahun atau 48 bulan sebanyak 114 responden atau 72,6%. Semakin lama menjalani terapi hemodialisis akan semakin rendah kualitas hidup penderita (Yuliaw, 2009). Lama menjalani hemodialisis adalah rentang waktu responden menjalani hemodialisis sejak menderita GJK hingga saat ini.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

Penelitian ini telah dilakukan pada tanggal 21-30 maret 2018 di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan di Ruangan Hemodialisa dengan jumlah Responden 37 orang. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dianalisa dapat disimpulatkan secara umum tingkat kepatuhan pasien Gagal Ginjal Kronis yang menjalani hemodialisa dalam pembatasan asupan cairan pada umumnya (89%) tergolong patuh. Sesuai tujuan khusus dapat disimpulkan:

1. Tingkat kepatuhan pasien Gagal ginjal kronis di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Maret 2018 dari 37 responden berdasarkan Jenis pembatasan asupan cairan dijumpai 16% responden patuh.
2. Tingkat kepatuhan pasien Gagal ginjal kronis di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan maret 2018 berdasarkan dari 37 responden dijumpai 46% responden tidak patuh dalam menentukan jumlah asupan cairan yang dikonsumsi
3. Tingkat kepatuhan pasien Gagal ginjal kronis di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan maret 2018 dari 37 responden 24% responden tidak patuh dalam hal menjalankan proses pembatasan asupan cairan.

6.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan yang diperoleh, saran dari peneliti adalah sebagai berikut

1. Bagi Pasien

Diharapkan pasien yang menderita Gagal ginjal kronis meningkatkan kepatuhan dalam menjalankan pembatasan asupan cairan terutama dalam hal jumlah cairan yang dikonsumsi sehari-hari agar dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Pasien dapat membuat daftar planning tentang hal tersebut agar dapat mengingatnya.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan, informasi dan data tambahan untuk mengidentifikasi tingkat kepatuhan pasien Gagal Ginjal kronik yang menjalani Hemodialisa dalam pembatasan asupan cairan.

3. Bagi Institusi

Bagi pendidikan diharapkan hasil penelitian ini sebagai salah satu sumber bacaan yang dibutuhkan mahasiswa di Perpustakaan STIKes Santa Elisabeth Medan dan dapat meningkatkan pengetahuan mahasiswa tentang asuhan keperawatan kritis terhadap pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisa.

4. Bagi Perawat

Diharapkan perawat dapat meningkatkan lagi pelayanan di dalam ruangan, agar seluruh pasien Gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa patuh dalam intervensi yang dianjurkan salah satunya dalam hal mengontrol cairan, bisa dengan cara memberikan Pendidikan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

Ahmad (2004). *Kepatuhan Dalam Mengurangi Asupan Cairan pada pasien GGK yang menjalani HD*. RSUD Abdul Moeloek bandar lampung

Almatsier, S. 2005. *Penuntun Diet*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Umum

Anita,Diyah candra,dkk (2015). *Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan Terhadap Lama menjalani hemodialisa*. Universitas aisyiyah.
(<https://media.neliti.com/media/publications/170202-ID-kepatuhan-pembatasan-asupan-cairan-terha.pdf>)

Budiarto., & Anggraeni. (2002). *Pengantar epidemiologi*. Edisi 2. Jakarta: EGC.

Budiyanto, M. A. K. 2001. *Dasar-Dasa ilmu Gizi*.Malang: Universitas Muhamadiyah Malang

Brunner & suddarth, 2013. *Keperawatan Medikal Bedah*. (Ed.12) jakarta: EGC

Fajar, Dkk. (2009). *Statistika Untuk Praktisi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu

Fitriani,Eka (2017). *Faktor faktor yang berhubungan dengan kepatuhan asupan cairan dan natrium pada pasien gagal ginjal kronik*. Purwokerto: Universitas jenderal soedirman

Guyton, A.C. and Hall J.E., 2006. *Textbook of Medical Physiology*. 11th ed. Philadelphia: Elsevier Inc.

Handayani, Sri. (2014). *Kepatuhan Intake Cairan pada Pasien Hemodialisis Ditinjau Dukungan Keluarga*, (online), ([http:// ejournal.stikesmukla.ac.id](http://ejournal.stikesmukla.ac.id), (Diakses 21 April 2017)

Harrison, 2013. *Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: EGC

Hudak C.M.,Gallo B.M. 2004. *Keperawatan Kritis, Pendekatan Holistik*. Edisi VI, *Volume II*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta

Kamaluddin,ridlwan, (2009). *Analisis faktor faktor yang mempengaruhi kepatuhan asupan cairan pada pasien Gagal Ginjal kronik dengan hemodialis di RSUD Prof.Dr.Margono soekarjo purwokerto*. Purwokerto: Universitas Jenderal Soedirman.

Kammerer J., Garry G., Hartigan M., Carter B., Erlich L. 2007. *Adherence in Patients On Dialysis: Strategies for Succes*

Katzung, B. G. (2002). *Farmakologi: Dasar Klinik*, Edisi 8. Jakarta: Gramedia Pustaka Medika.

Katsilambros, N. (2014). *Asuhan Gizi Klinik*. Jakarta: EGC.

Kozier. Erb, Berman. Snyder. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses & Praktik*, Volume : 1, Edisi : 7, Jakarta: EGC.

Lewis, S.M., Heitkemper, M.M, Dirksen, S.R. (2007). *Medical surgical nursing : Assessment and management of clinical problem*. Philadelphia Pennsylvania : W. B. Saunders.

Marantika, Devi, P. N. (2014). *Gambaran Kepatuhan Terhadap Anjuran Medis Pada Pasien Gagal Ginjal Terminal Yang Menjalani Terapi Hemodialisa di Kota Medan*. Universitas Sumatera Utara

Niven, Niel. (2002). *Psikologi Kesehatan*. (Ed.2) Jakarta : EGC

Niven, N. (2012). *Psikologi kesehatan: Pengantar untuk perawat & profesional kesehatan lain*. Jakarta: EGC.

Notoatmodjo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

Notoatmodjo, Soekidjo. (2010)b. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : RINEKA CIPTA

Nugroho, A.(2011). *Ilmu Gizi Menjadi Sangat Mudah*. Jakarta: EGC

Nursalam. (2014). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam & Fransisca. (2008). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta :Salemba Medika

Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

A Potter, & Perry, A. G. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik*, edisi 4, Volume.2. Jakarta: EGC.

Ramelan, Mia. (2012). *Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan pada Klien dengan Chronic Kidney Disease yang Menjalani Hemodialis*, ([http:// download.portalgaruda.org](http://download.portalgaruda.org), Diakses 28 April 2018).

Rini, S. (2013). *Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan dalam Pembatasan Asupan Nutrisi dan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisa*.

Riskesdas, 2013. *Riset Kesehatan Dasar*: Jakarta: Kementrian Kesehatan Indonesia

Smeltzer, Suzane C. 2001. *Keperawatan Medikal Bedah*. (Vol.2) Jakarta: EGC

Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung : Alfabeta

Suharsimi, A. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.

Suyono. (2001). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Edisi Ketiga. Jakarta: Balai Penerbit FKUI

Syamsiah, Nita. (2014). *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Pasien CKD Menjalani Hemodialisa Di RSUPAU Dr. Esnawan Antariksa Halim Perdana Kusuma Jakarta*. (Online). (<http://plib.ui.ac.id/filefile=digital20281994-T%20Nita%20Syamsiah.pfd>). Diakses tanggal 14 maret 2018)

Tjokroprawiro, 2015. *Ilmu Penyakit Dalam*. Surabaya: EGC

Widyastuti, Ratika. (2014). *Korelasi Lama Menjalani Hemodialisis dengan Indeks Massa Tubuh Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD Arifin Achamad Provinsi Riau*, ([http:// download.portalgaruda.org](http://download.portalgaruda.org), Diakses 17 April 2018).

Wijaya, Andra Saferi, 2013. *Keperawatan Medikal Bedah 1*, Yogyakarta: Nuha medikal

Wijayanti, *Perilaku Pasien Hemodialisis Dalam Mengontrol Cairan Tubuh di Ruang Hemodialisis RSUD Dr. Harjono Ponorogo*. IJHS. 2017; Volume 1 (1): Hal. 10-16.

Yulhaw, A. (2009). Hubungan karakteristik individu dengan kualitas hidup dimensi fisik pasien gagal ginjal kronik di RS Dr. Kariadi Semarang. Diperoleh tanggal 16 mei 2018 dari <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/106/jtupunimus-gdl-annyulhaw-5289-2bab2.pdf>.

Yuniarti, Enny. (2015). *Kepatuhan dalam Pembatasan Cairan pada Pasien Ggk di Ruang Rawat Inap Rs. Gatoel Mojokerto*, ([http:// ejournal.stikesppni.ac.id](http://ejournal.stikesppni.ac.id), Diakses 20 April 2018).

STIKES Santa Elisabeth Medan