

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN
KEPATUHAN PASIEN MENJALANI TERAPI
HEMODIALISA DAN PEMBATASAN
CAIRAN PADA PASIEN GAGAL
GINJAL KRONIK DI RSUD
DR. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI
TAHUN 2016

SKRIPSI

Diajukan Sebagai
Salah Satu syarat untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Keperawatan



OLEH :

DEWI FITRIA AFRI
NIM : 1214202145

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
FORT DE KOCK BUKITTINGGI
TAHUN 2016

FORT DE KOCK HEALTH SCIENCES COLLEGE BUKITTINGGI
NURSING SCIENCE PROGRAM
RESEARCH, APRIL 2016

DEWI FITRIA AFRI

THE RELATIONSHIP OF FAMILY SUPPORT WITH COMPLIANCE OF
PATIENTS UNDERGOING THERAPY HEMODIALISA AND THE
RESTRICTION OF FLUIDS ON PATIENTS CHRONIC RENAL
FAILURE AT RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR IN 2016

Vii + VII chapter + 76 page + 12 tables + 2 scheme + 10 Attachment

ABSTRACT

Compliance is one of the problems in patients with chronic renal failure (GGK) which underwent hemodialisa and restrictions on liquids. Based on the medical record of Hospitals Dr. Achmad Mochtar that each year decline therapy HD and liquid restrictions in people with cronic renal failure. This research aims to know the relationship of family support with compliance of patients undergoing therapy hemodialisa and the restriction of fluids on patients chronic renal failure at the Hospital Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 2016

Design research is descriptive analytic with cross sectional approach. Research conducted at the Hospital Dr. Achmad Mochtar in February 2016. The sample in this study amounted to 46 people. Samples taken in purposive sampling. The data obtained through questionnaires and interviews. Data analysis performed includes the univariate analysis and the analysis of the test using the bivariat Chi-square with a level of significance of $\alpha < 0.05$

Result of this research obtained by 58.7% of respondents have a less good family support, 54.3% of respondents do not obey the hemodialisa therapy and 67.4% of the respondents did not comply in undergoing therapy restrictions on liquids. The results of the analysis bivariat showed there was a relationship between family support with hemodialisa therapy (p value = 0.004; OR = 8) and there are family support relationship with fluid restriction therapy (p value = 0.006; OR = 7.9)

This research concluded family support compliance-related therapy hemodialisa and restriction liquid. It is recommended to families of patients who undergoing therapy hemodialisa in order to be always faithful to accompany and provide support to patients undergoing therapy so the more wayward against patients who are elderly and have long been undergoing therapy

Key words: Family Support, Therapeutic Hemodialisa, Fluid Intake Restrictions
Reference: 33 (2006-2012)

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN FORT DE KOCK BUKITINGGI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SKRIPSI, APRIL 2016

DEWI FITRIA AFRI

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEPATUHAN
PASIEEN MENJALANI TERAPI HEMODIALISA DAN PEMBATAAN
CAIRAN PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DI RSUD DR.
ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2016

Vii + VII BAB + 76 halaman + 12 tabel + 2 skema+ 10 Lampiran

ABSTRAK

Kepatuhan merupakan salah satu permasalahan pada pasien Gagal Ginjal Kronis (GGK) yang menjalani hemodialisa dan pembatasan cairan. Berdasarkan catatan MR RSUD Dr. Achmad Mochtar bahwa tiap tahun terjadi penurunan terapi HD dan pembatasan cairan pada penderita GGK. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa dan pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016

Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan cross sectional. Penelitian dilakukan di RSUD Dr. Achmad Mochtar pada bulan Februari 2016. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 46 orang. Sampel diambil secara purposive sampling. Data diperoleh melalui kuesioner dan wawancara langsung. Analisis data dilakukan meliputi analisis univariat dan analisis bivariat menggunakan uji Chi-square dengan tingkat signifikansi $\alpha < 0,05$

Dari hasil penelitian didapatkan 58,7% responden mempunyai dukungan keluarga yang kurang baik, 54,3% responden tidak patuh dalam menjalani terapi hemodialisa dan 67,4% responden tidak patuh dalam menjalani terapi pembatasan cairan. Hasil analisis bivariat menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan terapi hemodialisa (p value = 0,004 ; OR = 8) dan ada hubungan dukungan keluarga dengan terapi pembatasan cairan (p value = 0,006 ; OR = 7,9)

Penelitian ini menyimpulkan dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan terapi HD dan pembatasan cairan. Disarankan kepada keluarga pasien GGK yang menjalani hemodialisa agar selalu setia mendampingi dan memberikan dukungan kepada pasien dalam menjalani terapi sehingga semakin patuh terhadap pasien yang usia lanjut dan sudah lama menjalani terapi

Kata Kunci: Dukungan Keluarga, Terapi Hemodialisa, Pembatasan Asupan Cairan
Daftar bacaan: 33(2006-2016)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

JUDUL : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pasien
Menjalani Terapi Hemodialisa Dan Pembatasan Cairan Pada
Pasien Gagal Ginjal Kronik Di RSUD Dr. Achmad Mochtar
Bukittinggi Tahun 2016

NAMA : DEWI FITRIA AFRI

NIM : 1214202145

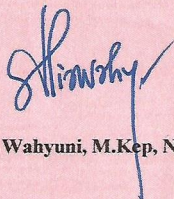
Skripsi ini telah disetujui oleh pembimbing untuk diseminarkan dihadapan
Tim Penguji Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Fort De Kock Bukittinggi
pada Tanggal 10 Mei 2016

Bukittinggi, 10 Mei 2016

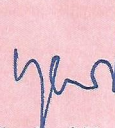
Komisi Pembimbing :

Pembimbing I

Pembimbing II



Aria Wahyuni, M.Kep, Ns. Sp. Kep MB



Ns. Wenny Lazdia, S.Kep, MAN

PENGESAHAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
FORT DE KOCK BUKITTINGGI
KETUA



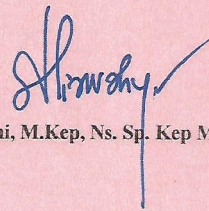
Dr. Hj. Evi Hasnita, S.Pd, Ns, M.Kes

**PANITIA UJIAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
FORT DE KOCK BUKITTINGGI**

Bukittinggi, 10 Mei 2016

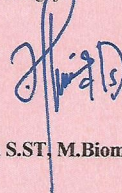
Komisi Penguji

Moderator



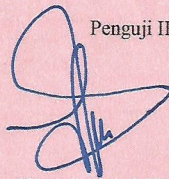
Aria Wahyuni, M.Kep, Ns. Sp. Kep MB

Penguji I



Zuraida S.ST, M.Biomed

Penguji II



Hj. Adriani, S.Kp, M.Kes

HALAMAN PERSEMBAHAN

Bacalah dengan menyebut nama Tuhanmu
Dia telah menciptakan manusia dari segumpal darah Bacalah, dan Tuhanmulah
yang maha mulia
Yang mengajar manusia dengan pena,
Dia mengajarkan manusia apa yang tidak diketahuinya (QS: Al-'Alaq 1-5)
Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan ? (QS: Ar-Rahman
13)

Niscaya Allah akan mengangkat (derajat) orang-orang yang beriman diantaramu
dan orang-orang yang diberi ilmu beberapa derajat
(QS : Al-Mujadilah 11)

Ya Allah,
Waktu yang sudah kujalani dengan jalan hidup yang sudah menjadi takdirku, sedih, bahagia, dan
bertemu orang-orang yang memberiku sejuta pengalaman bagiku, yang telah memberi warna-
warni kehidupanku. Kubersujud dihadapan Mu,
Engaku berikan aku kesempatan untuk bisa sampai
Di penghujung awal perjuanganku
Segala Puji bagi Mu ya Allah,

Alhamdulillah..Alhamdulillah..Alhamdulillahirobbil'alamin..

Sujud syukurku kusembahkan kepadamu Tuhan yang Maha Agung nan Maha Tinggi nan Maha
Adil nan Maha Penyayang, atas takdirmu telah kau jadikan aku manusia yang senantiasa
berpikir, berilmu, beriman dan bersabar dalam menjalani kehidupan ini. Semoga keberhasilan ini
menjadi satu langkah awal bagiku untuk meraih cita-cita besarku.

Lantunan Al-fatihah beriring Shalawat dalam silahku merintih, menadahkan doa dalam syukur
yang tiada terkira, terima kasihku untukmu. Kupersembahkan sebuah karya kecil ini untuk
Ayahanda dan Ibundaku tercinta, yang tiada pernah hentinya selama ini memberiku semangat,
doa, dorongan, nasehat dan kasih sayang serta pengorbanan yang tak tergantikan hingga aku
selalu kuat menjalani setiap rintangan yang ada didepanku.., Mama Papa...terimalah bukti kecil
ini sebagai kado keseriusanku untuk membalas semua pengorbananmu.. dalam hidupnya demi
hidupku beliau ikhlas mengorbankan segala perasaan tanpa kenal lelah, dalam lapar berjuang
separuh nyawa hingga segalanya.. Maafkan anakmu Mama Papa masih saja ananda
menyusahkanmu..

Dalam silah di lima waktu mulai fajar terbit hingga terbenam.. seraya tanganku menadah".. ya
Allah ya Rahman ya Rahim... Terimakasih telah kau tempatkan aku diantara kedua malaikatMu
yang setiap waktu ikhlas menjagaku,, mendidikku,, membimbingku dengan baik,, ya Allah
berikanlah balasan setimpal syurga firdaus untuk mereka dan jauhkanlah mereka nanti dari
panasnya sengat hawa api nerakamu..

Untukmu Mama (Afnidar), Papa (Marefri, S.Pd) Terimakasih....
we always loving you... (ttd.Anakmu)

Dalam setiap langkahku aku berusaha mewujudkan harapan-harapan yang Apa,ama impikan didiriku, meski belum semua itu kuraih' insyallah atas dukungan doa dan restu semua mimpi itu kan terjawab di masa penuh kehangatan nanti. Untuk itu kupersembahkan ungkapan terimakasihku kepada:

Kepada kakakku (Lusi Eka Afri, Lisa Dwi Afri, Rika Fitria Afri, Aidil Putra Afri, dan adikku Muhammad Fakhri Afri), dan My Best Friends (Yolanda Putri, Nova Meli Santri, Oktaviana, Desi Safitri, Susi Komala Sari, Suci Asiska, Putri Aina Lovianda, Musa, Indah Wulandari, Audina Suwandi, Sherly Safitriani, Mia Kurnia (alm)) dan teman-teman seperjuangan baik yang sekelas maupun tidak sekelas Makasih yaa buat segala dukungan dan doanya...

... i love you all" :* ...

"Hidupku terlalu berat untuk mengandalkan diri sendiri tanpa melibatkan bantuan Tuhan dan orang lain.

"Tak ada tempat terbaik untuk berkeluh kesah selain bersama sahabat-sahabat terbaik"..

"Tanpamu teman aku tak pernah berarti,,tanpamu teman aku bukan siapa-siapa yang takkan jadi apa-apa", buat saudara sekaligus sahabatku selama Berada di Bukittinggi tepatnya di Kos Resident Yola, Nova, Lita, Roza, Salmi, Ayu, Desi, Rise, Cindi, Mona, Pepy, Velia,"Jadi juo awak pakai toga tahun ko kawan'., mokasih lah nio jadi sobat sekaligus dunsanak nan selalu memotivasi awak buek skripsi ko, panek juo kironyo ndak'. Terimakasih atas segala bantuan dan motivasinya, kalian adalah obat pelipur lara hatiku yang selalu menghiburku dalam keadaan terjatuh, spesial doa untuk kalian semua...

Kalian semua bukan hanya menjadi teman dan adik yang baik,
kalian adalah saudara bagiku!!

Spesial buat seseorang !!

Buat seseorang yang masih menjadi rahasia illahi, yang pernah singgah (Hafiz Yusman) ataupun yang belum sempat berjumpa, terimakasih untuk semua-semuanya yang pernah tercurah untukku. Untuk seseorang di relung hati percayalah bahwa hanya ada satu namamu yang selalu kusebut-sebut dalam benih-benih doaku, semoga keyakinan dan takdir ini terwujud, insyallah jodohnya kita bertemu atas ridho dan izin Allah S.W.T

Untuk ribuan tujuan yang harus dicapai, untuk jutaan impian yang akan dikejar, untuk sebuah pengharapan, agar hidup jauh lebih bermakna, hidup tanpa mimpi ibarat arus sungai. Mengalir tanpa tujuan. Teruslah belajar, berusaha, dan berdoa untuk menggapainya.

Jatuh berdiri lagi. Kalah mencoba lagi. Gagal Bangkit lagi.

Never give up!

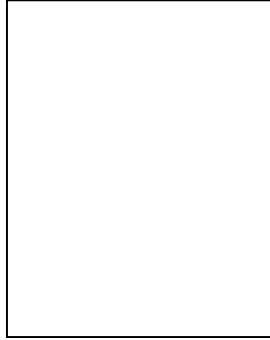
Sampai Allah SWT berkata "waktunya pulang"

Hanya sebuah karya kecil dan untaian kata-kata ini yang dapat kupersembahkan kepada kalian semua,, Terimakasih beribu terimakasih kuucapkan..

Atas segala kekhilafan salah dan kekuranganku,
kurendahkan hati serta diri menjabat tangan meminta beribu-ribu kata maaf tercurah.
Skripsi ini kupersembahkan.

Dewi Fitria Afri

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. IDENTITAS DIRI

NAMA : DEWI FITRIA AFRI
NIM : 1214202145
Tempat/ Tanggal Lahir : Padang Panjang / 25 Juli 1994
Agama : Islam
Anak Ke : 5 dari 6 Bersaudara
Alamat : Jalan Bagindo Aziz Chan No. 33 Desa
Baru Kelurahan Tanah Hitam Kecamatan
Padang Panjang Barat.

II. NAMA ORANG TUA

Ayah : MAREFRI
Ibu : AFNIDAR

III. RIWAYAT PENDIDIKAN

- a. Taman Kanak - Kanak Islam (TKI) Jihad Padang Panjang, Tamat Tahun 2000
- b. Sekolah Dasar Negeri (SDN) 13 Teladan Padang Panjang, Tamat Tahun 2000-2006
- c. Sekolah Menengah Pertama Negeri (SMPN) 5 Padang Panjang, Tamat Tahun 2006-2009
- d. Sekolah Menengah Atas Negeri (SMAN) 2 Padang Panjang, Tamat Tahun 2009-2012
- e. Sekolah Tinggi ilmu Kesehatan (STIKes) Fort De Kock Bukittinggi
Jurusan Ilmu Keperawatan Program Studi S1 Keperawatan, Tamat Tahun 2012-2016

KATA PENGANTAR



Puji syukur peneliti ucapkan kehadirat ALLAH SWT, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pasien Menjalani Terapi Hemodialisa Dan Pembatasan Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016”. Penulisan skripsi ini merupakan salah satu syarat yang harus dipenuhi dalam rangka untuk menyelesaikan pendidikan dan memperoleh gelar Sarjana Keperawatan di STIKes Fort De Kock Bukittinggi.

Dalam penyusunan skripsi ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, arahan, dan dukungan dari berbagai pihak. Terutama Ibu Aria Wahyuni, M.Kep, Ns. Sp. Kep MB selaku Pembimbing I, serta Ibu Ns. Wenny Lazdia, S.Kep. MAN selaku Pembimbing II yang penuh perhatian dan kesabaran, yang telah mengarahkan dan telah memberikan bimbingan, pemikiran, serta dorongan semangat kepada penulis. Pada kesempatan ini perkenankan penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Ibu Dr. Hj. Ns. Evi Hasnita, S.Pd, M.Kes selaku ketua STIKes Fort De Kock Bukittinggi
2. Ibu Hj. Adriani, S.Kp, M.Kes selaku ketua Program Studi Keperawatan STIKes Fort De Kock Bukittinggi.
3. Bapak/ Ibu staf dosen STIKes Fort De Kock Bukittinggi yang telah memberi pengetahuan, peran, serta nasehat dan semangat pada penulis.

4. Pimpinan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, Kepala Ruangan beserta Staf yang telah memberikan izin untuk pengambilan data awal dan memberikan izin penelitian.
5. Teristimewa dalam hidup penulis, Papa Mama dan Keluarga tercinta yang telah memberikan semua yang terbaik dalam hidupku, yang tak putus-putusnya memanjatkan doa untuk mengiringi setiap langkahku, serta orang terdekat dan tersayang yang telah memberikan dorongan dan semangat sehingga selesainya skripsi ini.
6. Serta semua sahabat dan rekan-rekan yang senasip dan seperjuangan yang tidak dapat penulis sebutkan namanya satu persatu yang telah memberikan dukungan, semangat dan saran dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, hal ini bukanlah suatu kesenjangan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis, untuk itu penulis harapkan kritikan dan saran yang sifatnya membangun dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini.

Bukittinggi, April 2016

Peneliti

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERSETUJUAN	
ABSTRACT	
ABSTRAK	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR SKEMA.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	vii
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Manfaat Penelitian.....	9
E. Ruang Lingkup Penelitian.....	10
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Ginjal.....	12
B. Gagal Ginjal Kronik.....	13
C. Dialisis.....	27
D. Pembatasan Cairan Pada Pasien GGK.....	36
E. Kepatuhan.....	40
F. Dukungan Keluarga.....	43
G. Kerangka Teori.....	47
 BAB III KERANGKA KONSEP	
A. Kerangka Konsep.....	48
B. Definisi Operasional.....	49
C. Hipotesis Penelitian.....	50
 BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	51
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	51
C. Populasi dan Sampel.....	51
D. Teknik Pengumpulan Data.....	53
E. Pengolahan Data.....	54
F. Etika Penelitian.....	55
G. Analisa Data.....	56

BAB V HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	57
B. Analisa Univariat	60
C. Analisa Bivariat.....	61

BAB VI PEMBAHASAN

A. Analisa Univariat	64
B. Analisa Bivariat.....	70

BAB VII PENUTUP

A. Kesimpulan	75
B. Saran.....	75

DAFTAR PUSTAKA LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel :

2.1 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik	15
2.2 Perbandingan Hemodialisis dengan Peritoneal Dialisis.....	35
3.1 Defenisi Operasional	49
5.1 Distribusi Frekuensi Usia Responden	58
5.2 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden	58
5.3 Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden.....	59
5.4 Distribusi Frekuensi Lama Menjalani HD	59
5.5 Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga Pasien GGK.....	60
5.6 Distribusi Frekuensi Kepatuhan Pasien Menjalani HD	60
5.7 Distribusi Frekuensi Kepatuhan Pasien Dalam Pembatasan Cairan.....	61
5.8 Hubungan Dukungan Keluarga dg Kepatuhan Pasien Menjalani HD.....	61
5.9 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pasien dalam Pembatasan Cairan.....	62

DAFTAR SKEMA

Skema	Halaman
2.1 Kerangka Teori	47
3.1 Kerangka Konsep.....	48

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran 1 : Permohonan Menjadi Responden
2. Lampiran 2 : Persetujuan Menjadi Responden
3. Lampiran 3 : Kisi – Kisi Kuesioner
4. Lampiran 4 : Lembaran Kuesioner
5. Lampiran 5 : Surat Izin Pengambilan Data
6. Lampiran 6 : Surat Balasan Penelitian
7. Lampiran 7 : Master Tabel
8. Lampiran 8 : Analisis Data
9. Lampiran 9 : Surat Keterangan Mandat
10. Lampiran 10 : Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Ginjal adalah salah satu organ utama sistem kemih dan uriner yang bertugas menyaring dan membuang cairan sampah metabolisme dari dalam tubuh. Sel-sel tubuh mengubah makanan menjadi energi, maka akan dihasilkan pula sampah sebagai sampingan dari proses metabolisme tersebut yang harus dibuang segera agar tidak meracuni tubuh, sebagian dibuang melalui usus sebagai tinja, sebagian lagi melalui ginjal bersama urin dan sisanya melalui kulit dibawa keringat. Sepasang ginjal berbentuk seperti kacang polong dengan ukuran panjang sekitar 11 cm, lebar 6 cm, dan berat sekitar 150 gram (Alam & Hadibroto 2008, p. 11-12).

Ginjal merupakan salah satu dari sistem detoksifikasi (pembersih atau penyaring racun) untuk banyak toksin (racun) yang telah dilarutkan dalam air oleh hati untuk dibuang melalui urin. Mengingat fungsi ginjal yang sangat penting maka keadaan yang dapat menimbulkan gangguan ginjal bisa menyebabkan kematian. Pola hidup yang kurang sehat dapat menimbulkan individu mengalami penurunan kesehatan maupun mengidap penyakit yang tidak diinginkan pada ginjal, salah satunya adalah Gagal Ginjal Kronik (GGK) (Alam & Hadibroto 2008, p. 11-12).

Gagal ginjal kronik adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Gagal ginjal adalah suatu

keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang irreversible, pada suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisis atau transplantasi ginjal. Uremia adalah suatu sindrom klinik laboratorik yang terjadi pada semua organ, akibat penurunan fungsi ginjal pada penyakit ginjal kronik (Sudoyo 2006, p.581).

Gagal ginjal kronik merupakan masalah kesehatan yang berkembang sangat cepat. Sekitar 11% dari penduduk U.S atau 19,2 juta orang menderita gagal ginjal kronik. Pusat Pencegahan dan Kontrol Penyakit di Atlanta telah membuat program gagal ginjal kronik untuk menambah pengawasan dan program pencegahan (Black & Hawks 2009, p.796).

Lebih dari 26 juta penduduk Amerika menderita gagal ginjal kronik dan 1 juta lebih dalam kondisi peningkatan resiko. Lebih dari setengah juta penduduk Amerika menjalani pengobatan (dialysis dan transplantasi) untuk gagal ginjal kronik. Semua kemajuan teknologi dan penyediaan pengobatan meskipun dengan dialysis, penderita gagal ginjal kronik memiliki rata-rata tingkat kematian yang tinggi karena pada perkembangan penyakit ginjal, rata-rata kematian meningkat yaitu mencapai 19% sampai 24% untuk orang gagal ginjal kronik level 5 dengan dialysis, kira-kira 90.000 meninggal setiap tahun (Lewis 2011, p.1171).

Di Amerika Serikat, data tahun 1995-1999 menyatakan insiden penyakit ginjal kronik diperkirakan 100 kasus per juta penduduk pertahun dan angka ini meningkat sekitar 8% setiap tahunnya. Di Malaysia dengan populasi 18 juta diperkirakan terdapat 1800 kasus baru gagal ginjal pertahunnya. Di

negara-negara berkembang lainnya, insiden ini diperkirakan sekitar 40-60 kasus perjuta penduduk pertahun (Setiati 2014, p.2159).

Indonesia termasuk negara dengan tingkat penderita gagal ginjal yang cukup tinggi. Menurut data dari Perneftri (Persatuan Nefrologi Indonesia), diperkirakan ada 70.000 penderita ginjal di Indonesia, namun yang terdeteksi menderita gagal ginjal kronis tahap terminal dari mereka yang menjalani cuci darah (hemodialisis) hanya sekitar 4000 sampai 5000 saja. Penderita gagal ginjal kronik banyak yang meninggal dunia akibat tidak mampu berobat dan cuci darah karena biayanya yang sangat mahal (Alam & Hadibroto 2008, p.9).

Prevalensi gagal ginjal kronik berdasarkan diagnosis 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 % (Riskesdas 2013).

Di Sumatera Barat data angka kejadian gagal ginjal kronik (hemodialisa), di RSUP M. Djamil Padang setiap tahunnya mengalami peningkatan. Pada tahun 2010 sebanyak 100 orang, 2011 naik menjadi 500 orang. Pada tahun 2012 sebanyak 800 orang (Profil Dinas Kesehatan Sumatera Barat).

Penatalaksanaan gagal ginjal kronik dapat dilakukan dengan berbagai cara diantaranya pengaturan diet, pembatasan asupan cairan, obat-obatan, terapi penggantian ginjal seperti transplantasi ginjal dan hemodialisa. Bagi

penderita gagal ginjal kronik, hemodialisa akan mencegah kematian, hemodialisa tidak menyembuhkan atau memulihkan penyakit ginjal dan tidak mampu mengimbangi hilangnya aktifitas metabolik atau endokrin yang dilaksanakan oleh ginjal dan dampak dari gagal ginjal serta terapi terhadap kualitas hidup pasien. Pasien harus menjalani dialisis sepanjang hidupnya atau sampai mendapatkan ginjal baru melalui operasi pencangkokan (Smeltzer & Bare 2010, p.1327).

Saat ini hemodialysis merupakan salah satu pengobatan pengganti ginjal yang paling banyak di pakai. Hemodialysis sudah berhasil memperpanjang umur pasien gagal ginjal kronik tahap terminal dan memberikan kualitas hidup yang baik. Dialysis saat ini masih tetap dikembangkan untuk mendapatkan cara yang lebih nyaman, lebih murah, dan efektif bagi pasien penyakit gagal ginjal kronik (Setiati 2014, p.2196).

Hemodialisis adalah suatu proses pemisahan atau penyaringan atau pembersihan darah melalui suatu membran yang semipermeabel dengan cara mengalir dari sisi cairan yang lebih pekat (konsentrasi solut lebih tinggi) ke cairan yang lebih encer (konsentrasi solut lebih rendah) yang dilakukan pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal (Sudoyo 2014, p.2192). Hemodialisa merupakan suatu teknologi tinggi sebagai terapi pengganti fungsi ginjal. Hemodialisa bertujuan untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hidrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membran semipermeabel sebagai pemisah darah dan cairan dialisa pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis, dan ultrafiltrasi (Rendy dan Margareth 2012, p.139).

Pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa sering mengalami kelebihan volume cairan dalam tubuh. Hal ini disebabkan penurunan fungsi ginjal dalam mengekskresikan cairan. Meskipun pasien gagal ginjal kronik pada awal menjalani hemodialisa sudah diberikan penyuluhan kesehatan untuk mengurangi asupan cairan selama sehari, akan tetapi pada terapi hemodialisa berikutnya masih sering terjadi pasien datang dengan keluhan sesak nafas akibat kelebihan volume cairan tubuh yaitu kenaikan melebihi dari 5% dari berat badan kering pasien (Kamaluddin 2009, p.20 : Kresnawan 2001).

Pembatasan asupan cairan pada pasien gagal ginjal kronik sangat perlu dilakukan, hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya edema dan komplikasi kardiovaskular. Air yang masuk kedalam tubuh dibuat seimbang dengan air yang keluar, baik melalui urin maupun Insensible Water Loss. Dengan berasumsi bahwa air yang keluar melalui insensible water loss antara 500-800 ml/hari (sesuai dengan luas permukaan tubuh), maka air yang masuk dianjurkan 500-800 ml ditambah jumlah urin (Sudoyo 2014, p.584).

Kepatuhan adalah ketaatan pasien dalam melaksanakan tindakan terapi. Kepatuhan pasien berarti bahwa pasien dan keluarga harus meluangkan waktu dalam menjalani pengobatan yang dibutuhkan. Kepatuhan terapi hemodialisa pada pasien gagal ginjal kronik merupakan hal yang penting untuk diperhatikan, karena jika pasien tidak patuh akan terjadi penumpukan zat-zat berbahaya dari tubuh hasil metabolisme dalam darah, sehingga penderita merasa sakit pada seluruh tubuh dan jika hal tersebut dibiarkan dapat menyebabkan kematian (Sunarni 2009, p.2 : Potter & Perry 2006).

Kepatuhan pasien dalam mengurangi asupan cairan dirasakan masih kurang oleh kebanyakan perawat ruangan hemodialisa. Kepatuhan pasien merupakan salah satu prioritas utama diagnosa keperawatan yang ditegaskan dalam memberikan pelayanan keperawatan. Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa rutin dirumah sakit Panti Rapih 64,29% penderita gagal ginjal kronik tidak patuh dalam mengurangi asupan cairan (Kamaluddin 2009, p.21 : Ikaristi 2003).

Menurut penelitian Sunarni (2009) bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah dukungan keluarga. Dukungan keluarga adalah upaya yang diberikan kepada orang lain baik moril maupun materil untuk memotivasi orang tersebut dalam melaksanakan pengobatan. Dukungan keluarga terdiri dari dukungan emosional (perhatian, kasih sayang, empati), dukungan penghargaan (menghargai, umpan balik), dukungan informasional (saran, nasehat, informasi) maupun dalam bentuk dukungan instrumental (bantuan tenaga, dana dan waktu) (Harnilawati 2013, p.26-27).

Rumah Sakit Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi merupakan rumah sakit utama dikota Bukittinggi menunjukkan bahwa jumlah pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa pada tahun 2013 sebanyak 180 orang. Pada tahun 2014 jumlah pasien hemodialisa mengalami penurunan 50% yaitu sebanyak 90 orang. Pada tahun 2015 pasien yang menjalani hemodialisa dari bulan Januari sampai dengan September juga mengalami penurunan sekitar 5% yaitu kurang lebih 85 orang (Catatan Medical Record RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi).

Dari survey awal yang peneliti lakukan melalui wawancara di Unit Hemodialisa pada tanggal 22 oktober 2015 terhadap 9 orang pasien yang sedang melakukan terapi hemodialisa, didapatkan data 5 orang pasien kurang teratur menjalani terapi hemodialisa, yang seharusnya pelaksanaan terapi dilakukan 8 kali/ bulan terkadang pasien hanya melaksanakan 5 kali/ bulan dikarenakan masalah biaya (transportasi) dan tidak ada keluarga yang menemani sehingga pasien malas untuk pergi melakukan terapi hemodialisa. Dari hasil wawancara tersebut pasien juga mengakui terkadang tidak mematuhi batasan cairan yang telah dianjurkan oleh petugas kesehatan karena sering merasa haus dan pasien mengeluh bengkak/ edema pada ekstremitas bawah jika minum terlalu banyak. Hasil wawancara peneliti bersama perawat ruang hemodialisa didapatkan juga data bahwa masih banyak pasien yang tidak mematuhi asupan cairannya, dibuktikan dari pasien datang dengan keluhan sesak nafas akibat kelebihan volume cairan tubuh yaitu kenaikan melebihi dari 5% seperti berat badan pasien post HD ke 1 (BB kering) adalah 54 kg dan berat badan pasien pre HD ke 2 (BB basah) adalah 58 kg, prosentase IDWG $(58-54) : 58 \times 100\% = 6,8\%$.

Berdasarkan fenomena diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pasien Menjalani Terapi Hemodialisa dan Pembatasan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah

1. Apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016?
2. Apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien dalam pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa dan pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui distribusi frekuensi dukungan keluarga pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016.
- b. Diketahui distribusi frekuensi kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016.
- c. Diketahui distribusi frekuensi kepatuhan pasien dalam pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016.

- d. Diketahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016.
- e. Diketahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien dalam pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi responden

Agar keluarga pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa dapat mengetahui, memahami serta mengaplikasikan arti penting dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang akan melakukan terapi.

2. Bagi rumah sakit

Sebagai bahan masukan serta sumbangan pemikiran bagi pimpinan ruangan hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang arti penting dukungan keluarga kepada keluarga pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.

3. Bagi petugas kesehatan

Agar dapat memberikan informasi kepada petugas kesehatan serta mengaplikasikan tentang arti penting dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa dan pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik.

4. Bagi institusi pendidikan

Sebagai tambahan referensi bacaan untuk perpustakaan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fort De Kock Bukittinggi, serta dapat menjadi bahan masukan untuk penambahan pembelajaran sistem yang terkait.

5. Bagi peneliti

Untuk mengembangkan ilmu pengetahuan, mengaplikasikan pengalaman, membuat pengamatan yang lebih cermat dan tajam, serta acuan bagi peneliti selanjutnya tentang riset keperawatan khususnya hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa dan pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik.

E. Ruang Lingkup

Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan menggunakan desain penelitian cross sectional study. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa dan pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016 yang telah dilakukan pada bulan Februari 2016. Variabel independen adalah dukungan keluarga sedangkan variabel dependen adalah kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa dan pembatasan cairan.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016 yang berjumlah $\pm$ 85 orang, sedangkan sampel diambil secara Purposive Sampling dengan jumlah 46 orang. Cara pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan

kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang diberikan kepada responden. Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan program komputerisasi dan dianalisa secara univariat dan bivariat.

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Ginjal

Ginjal adalah salah satu organ utama sistem kemih dan uriner yang bertugas menyaring dan membuang cairan sampah metabolisme dari dalam tubuh. Sel-sel tubuh mengubah makanan menjadi energi, maka akan dihasilkan pula sampah sebagai sampingan dari proses metabolisme tersebut yang harus dibuang segera agar tidak meracuni tubuh, sebagian dibuang melalui usus sebagai tinja, sebagian lagi melalui ginjal bersama urin dan sisanya melalui kulit dibawa keringat. Sepasang ginjal berbentuk seperti kacang polong dengan ukuran panjang sekitar 11 cm, lebar 6 cm, berat sekitar 150 gram dan terletak di retroperitoneal di depan tulang iga ke delapan dan ke duabelas, tepatnya disebelah kanan dan kiri tulang belakang (Alam & Hadibroto 2008, p. 11-12).

Ginjal merupakan salah satu dari sistem detoksifikasi (pembersih atau penyaring racun) untuk banyak toksin (racun) yang telah dilarutkan dalam air oleh hati, untuk dibuang melalui urin. Mengingat fungsi ginjal yang sangat penting maka keadaan yang dapat menimbulkan gangguan ginjal bisa menyebabkan kematian. Pola hidup yang kurang sehat dapat menimbulkan individu mengalami penurunan kesehatan maupun mengidap penyakit yang tidak diinginkan pada ginjal, salah satunya adalah Gagal Ginjal Kronik (GGK) (Alam & Hadibroto 2008, p. 11-12).

B. Gagal Ginjal Kronik

1. Definisi

Gagal ginjal kronis adalah kerusakan ginjal progresive yang berakibat fatal dan di tandai dengan uremia (urea dan limbah nitogen lainnya yang beredar dalam darah serta komplikasinya jika tidak dilakukan dialisa atau transplantasi ginjal) (Nursalam 2009, p.47).

Gagal ginjal kronik adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresive, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Gagal ginjal adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang irreversible, pada suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisis atau transplantasi ginjal. Uremia adalah suatu sindrom klinik laboratorik yang terjadi pada semua organ, akibat penurunan fungsi ginjal pada penyakit ginjal kronik (Sudoyo 2006, p.581).

Gagal ginjal kronik melibatkan progresif, hilangnya keseimbangan fungsi ginjal. The kidney disease outcomes quality initiative dari Dasar Ginjal National mendefenisikan gagal ginjal kronik sebagai adanya kerusakan ginjal/ penurunan laju filtrasi glomerular kurang dari 60 ml/min/1.73 m² selama lebih dari 3 bulan (Lewis 2011, p.1170-1171).

2. Patofisiologi

Karena penurunan fungsi ginjal, produk atau hasil akhir metabolisme protein (biasanya dikeluarkan melalui urin) menumpuk di dalam darah. Uremia meningkatkan dan mempengaruhi setiap sistem dalam tubuh.

Semakin banyak penumpukan limbah, semakin muncul gejala (Smeltzer & Bare 2010, p.1325).

Pada stadium paling dini penyakit ginjal kronik, terjadi kehilangan daya cadang ginjal (renal reserve), pada keadaan mana basal Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) masih normal atau malah meningkat yang secara perlahan tapi pasti akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Pada LFG sebesar 60%, pasien masih belum merasakan keluhan (asimtomatik), tapi sudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Pada LFG sebesar 30%, mulai terjadi keluhan pada pasien seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan. Pada LFG dibawah 30%, pasien memperlihatkan gejala dan tanda uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual dan muntah, pasien juga mudah terkena infeksi seperti infeksi saluran kemih, infeksi saluran nafas maupun infeksi saluran cerna, juga akan terjadi gangguan keseimbangan air seperti hipovolemia atau hypervolemia, gangguan keseimbangan elektrolit antara lain natrium dan kalium. Pada LFG di bawah 15% akan terjadi gejala dan komplikasi yang lebih serius, dan pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal antara lain dialysis atau transplantasi ginjal dan pada keadaan ini pasien dikatakan sampai pada stadium gagal ginjal (Setiati 2014, p.2160).

3. Klasifikasi

Tabel 2.1
Stages of Chronic Kidney Disease

Deskripsi	GFR (mL/min/1.73 m ²)	Rencana Kegiatan Klinis
Stage 1 Kerusakan ginjal dengan laju filtrasi glomerular normal	≥ 90	Terapi penyakit dasar, kondisi komorbid, evaluasi pemburukan (progression) fungsi ginjal, memperkecil resiko kardiovaskular.
Stage 2 Kerusakan ginjal dengan penurunan ringan dalam laju filtrasi glomerular	60-89	Menghambat pemburukan (progression) fungsi ginjal.
Stage 3 Penurunan laju filtrasi glomerular tingkat sedang	30-59	Evaluasi dan terapi komplikasi.
Stage 4 Penurunan parah/ berat laju filtrasi glomerular	15-29	Persiapan untuk terapi pengganti ginjal.
Stage 5 Gagal ginjal	< 15 (atau Dialysis)	Terapi pengganti ginjal.

(Sumber: Sudoyo 2006, p.581).

Gagal ginjal kronik muncul ketika laju filtrasi glomerular kurang dari 15 mL/min. Oleh karena itu, terapi penggantian ginjal (dialysis dan transplantasi) diperlukan (Lewis 2011, p.1171). Berikut rumus menentukan laju filtrasi glomerular (LFG):

Rumus Kockcroft-Gault:

$$LFG \text{ (ml/mnt/1,73 m}^2\text{)} = \frac{(\text{---}) \times (\text{---})}{(\text{---})} \text{ *)}$$

*) pada perempuan dikalikan 0,85 (Sudoyo 2006, p.581)

4. Etiologi

Gagal ginjal kronik merupakan keadaan klinis kerusakan ginjal yang progresive dan irreversible yang berasal dari berbagai penyebab. Angka perkembangan penyakit ginjal kronik ini sangat bervariasi. Penyebab dari gagal ginjal kronik yang tersering seperti :

- a. Penyakit infeksi : pielonefritis kronik atau refluks nefropati.
- b. Penyakit peradangan : glomerulo nefritis.
- c. Penyakit vaskular hipertensive : nefrosklerosis benigna, nefrosklerosis maligna, stenosis arteria renalis.
- d. Gangguan jaringan ikat : lupus, eritematosus sistemik, poliarteritis nodosa, sklerosis sistemik progresive.
- e. Gangguan kongenital dan hereditas : penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal.
- f. Penyakit metabolik : diabetes mellitus, gout hiperparatiroidisme, amiloidosis.
- g. Nefropati toksik : penyalahgunaan analgetik, nefropati timbal.

(Price & Wilson 2006, p.918).

5. Manifestasi klinis

- a. Gangguan kardiovaskular

Hipertensi, nyeri dada dan sesak nafas akibat perikarditis, effusi perikardiak dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema.

b. Gangguan pulmoner

Nafas dangkal, kusmaul, batuk dengan sputum kental dan riak, suara krekels.

c. Gangguan gastrointestinal

Anoreksia, nausea, dan vomitus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan pada saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan di mulut, nafas bau ammonia.

d. Gangguan muskuloskeletal

Resiles leg sidrom (pegal pada kakinya sehingga selalu digerakan), burning feet sydrom (rasa kesemutan dan terbakar, terutama di telapak kaki), tremor, miopati (kelemahan dan hipertropi otot-otot ekstremitas)

e. Gangguan integumen

Kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning-kuningan akibat penimbunan urokrom, gatal-gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh.

f. Gangguan endokrin

Gangguan seksual: libido fertilitas dan ereksi menurun, gangguan menstruasi dan aminore. Gangguan metabolik glukosa, gangguan metabolik lemak dan vitamin D.

g. Gangguan cairan elektrolit dan keseimbangan asam dan basa

Biasanya retensi garam dan air tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipomagnesemia, hipokalsemia.

h. Sistem hematologi

Anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritopoetin, sehingga ransangan eritopoesis pada sumsum tulang belakang berkurang, hemolisis akibat berkurangnya masa hidup eritrosit dalam suasana uremia toksik, dapat juga terjadi gangguan fungsi trombosis dan trombositopeni.

(Rendy & Margareth 2012, p.32-33).

6. Komplikasi

- a. Hiperkalemia disebabkan oleh penurunan eksresi, asidosis metabolik, katabolisme dan asupan yang terlalu banyak.
- b. Perikarditis, efusi perikardial, tamponade perikardial disebabkan penyimpanan sampah produksi uremik dan dialisis yang tidak memadai.
- c. Hipertensi disebabkan penyimpanan air dan sodium serta ketidakberfungsian ginjal-angiotensin-sistem aldosteron.
- d. Anemia disebabkan oleh penurunan produksi eritropoietin, penurunan umur sel darah merah, pendarahan pada sistem gastrointestinal dari iritasi racun dan pembentukan ulser, dan kehilangan darah selama hemodialisis.
- e. Penyakit tulang dan metastasis serta klasifikasi vaskular, disebabkan oleh penyimpanan fosfor, rendahnya tingkat serum kalsium, ketidaknormalan metabolisme vitamin D, dan tingginya tingkat aluminium.

(Smeltzer & Bare 2010, p.1326).

7. Penatalaksanaan

a. Terapi spesifik terhadap penyakit dasarnya

Waktu yang paling tepat untuk terapi penyakit dasarnya adalah sebelum terjadinya penurunan LFG, sehingga pemburukkan fungsi ginjal tidak terjadi. Pada ukuran ginjal yang masih normal secara ultrasonografi, biopsi, dan pemeriksaan histopatologi ginjal dapat menentukan indikasi yang tepat terhadap terapi spesifik. Sebaliknya, bila LFG sudah menurun sampai 20-30% dari normal, terapi terhadap penyakit dasar sudah tidak banyak bermanfaat.

b. Pencegahan dan terapi terhadap kondisi komorbid

Penting sekali untuk mengikuti dan mencatat kecepatan penurunan LFG pada pasien gagal ginjal kronik. Hal ini untuk mengetahui kondisi komorbid yang dapat memperburuk keadaan pasien. Faktor-faktor komorbid ini antara lain, gangguan keseimbangan cairan, hipertensi yang tidak terkontrol, infeksi, traktus urinarius, obstruksi traktus urinarius, obat-obat nefrotoksik, bahan radio krontas, atau peningkatan aktifitas penyakit dasarnya.

c. Menghambat perburukan fungsi ginjal

Faktor utama penyebab perburukan fungsi ginjal adalah terjadinya hiperfiltasi glomerulus. Dua cara penting untuk mengurangi hiperfiltrasi glomerulus ini adalah :

1) Pembatasan asupan protein

Pembatasan asupan protein mulai dilakukan pada $LFG \leq 60$ ml/menit yaitu 0,6-0,8/kg.bb/hari yang 0,35-0,50gr diantaranya

merupakan protein nilai biologi tinggi, sedangkan diatas nilai tersebut pembatasan asupan protein tidak selalu dianjurkan. Pemberian diet tinggi protein pada pasien penyakit ginjal kronik akan mengakibatkan penimbunan substansi nitrogen dan ion anorganik lain mengakibatkan gangguan klinis dan metabolik yang disebut uremia. Pembatasan asupan protein akan mengakibatkan berkurangnya sindrom uremik.

2) Terapi farmakologis

Terapi farmakologis untuk mengurangi hipertensi intraglomerulus, pemakaian obat antihipertensi disamping bermanfaat untuk memperkecil risiko kardiovaskular juga sangat penting untuk memperlambat perburukan kerusakan nefron dengan mengurangi hipertensi intraglomerulus dan hipertrofi glomerulus. Beberapa obat antihipertensi, terutama Penghambat Enzim Konverting Angiotensin melalui berbagai studi terbukti dapat memperlambat proses pemburukan fungsi ginjal.

d. Pencegahan dan terapi terhadap penyakit kardiovaskular

Sekitar 40-45 % kematian pada penyakit ginjal kronik disebabkan oleh penyakit kardiovaskular. Hal-hal yang termasuk dalam pencegahan dan terapi penyakit kardiovaskular adalah pengendalian diabetes, pengendalian hipertensi, pengendalian dyslipidemia, pengendalian anemia, pengendalian hiperfosfatemia dan terapi terhadap kelebihan cairan dan gangguan keseimbangan elektrolit.

e. Pencegahan dan terapi terhadap komplikasi

1) Anemia

Anemia terjadi pada 80-90% pasien penyakit ginjal kronik yang disebabkan oleh defisiensi eritropoietin. Hal-hal lain yang ikut berperan dalam terjadinya anemia adalah defisiensi besi, kehilangan darah (misalnya, perdarahan saluran cerna, hematuri), masa hidup eritrosit yang pendek akibat terjadinya hemolysis, defisiensi asam folat, penekanan sumsum tulang oleh substansi uremik, proses inflamasi akut maupun kronik. Pemberian Eritropoietin merupakan hal yang di anjurkan, sedangkan pemberian transfusi pada penyakit ginjal kronik harus dilakukan secara hati-hati agar tidak mengakibatkan kelebihan cairan tubuh, hiperkalemia dan pemburukan fungsi ginjal.

2) Osteodistrofi renal

Penatalaksanaan osteodistrofi renal dilaksanakan dengan cara mengatasi hiperfosfatemia dan pemberian hormon kalsitriol meliputi pembatasan asupan fosfat, pemberian pengikat fosfat dengan tujuan menghambat absorpsi fosfat disaluran cerna. Dialisis yang dilakukan pada pasien dengan gagal ginjal juga ikut berperan dalam mengatasi hiperfosfatemia.

3) Pemberian kalsitriol

Pemberian kalsitriol dapat meningkatkan absorpsi fosfat dan kalsium disaluran cerna sehingga dikhawatirkan mengakibatkan penumpukan garam, kalsium, karbonat di jaringan yang disebut klasifikasi

metastasis, disamping itu juga dapat mengakibatkan penekanan yang berlebihan terhadap kelenjar paratiroid. Oleh karena itu, penggunaannya dibatasi pada pasien dengan kadar fosfat darah normal dan kadar hormon paratiroid $>2,5$ kali normal.

4) Pembatasan cairan dan elektrolit

Pembatasan asupan cairan pada pasien gagal ginjal kronik sangat perlu dilakukan karena bertujuan untuk mencegah terjadinya edema dan komplikasi kardiovaskular. Air yang masuk ke dalam tubuh dibuat seimbang dengan air yang keluar, baik melalui urin maupun insensible water loss. Dengan berasumsi bahwa air yang keluar melalui insensible water loss antara 500-800 ml/hari (sesuai dengan luas permukaan tubuh), maka air yang masuk dianjurkan 500-800 ml ditambah jumlah urin.

Elektrolit yang harus diawasi asupannya adalah kalium dan natrium, pembatasan kalium karena hiperkalemia dapat mengakibatkan aritmia jantung yang fatal. Oleh karena itu, pemberian obat-obat yang mengandung kalium dan makanan yang tinggi kalium seperti buah dan sayuran harus dibatasi yaitu kadar kalium darah dianjurkan 3,5-5,5 mEq/L. Pembatasan natrium dimaksudkan untuk mengendalikan hipertensi dan edema, jumlah garam natrium yang diberikan disesuaikan dengan tingginya tekanan darah dan derajat edema yang terjadi.

5) Terapi pengganti ginjal (renal replacement therapy)

Terapi pengganti ginjal dilakukan pada penyakit ginjal kronik stadium 5 yaitu pada LFG kurang dari 15 ml/mnt. Terapi pengganti tersebut dapat berupa hemodialisis, peritoneal dialysis atau transplantasi ginjal.

(Sudoyo 2006, p.582-584).

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam melakukan penatalaksanaan pada klien gagal ginjal kronik adalah

a. Perawatan kulit yang baik

Perhatikan hygiene kulit pasien dengan baik melalui personal hygiene (mandi/seka) secara rutin. Gunakan sabun yang mengandung lemak dan lotion tanpa alkohol untuk mengurangi rasa gatal. Jangan gunakan gliserin/ sabun yang mengandung gliserin karena akan mengakibatkan kulit tambah kering.

b. Jaga kebersihan oral

Lakukan perawatan oral hygiene melalui sikat gigi dengan bulu sikat yang lembut/ spon. Kurangi konsumsi gula (bahan makanan manis) untuk mengurangi rasa tidak nyaman dimulut.

c. Beri dukungan nutrisi

Kolaborasi dengan nutrionist untuk menyediakan menu makanan favorit sesuai dengan anjuran diet. Beri dukungan intake tinggi kalori, rendah natrium dan kalium.

d. Latih klien nafas dalam dan batuk efektif untuk mencegah terjadinya kegagalan nafas akibat obstruksi.

e. Pantau adanya hiperkalemia

Hiperkalemia biasanya ditunjukkan dengan adanya kejang/ kram pada lengan dan abdomen, dan diare. Selain itu pemantauan hiperkalemia dengan hasil ECG. Hiperkalemia bisa diatasi dengan dialisis.

f. Atasi hiperfosfatemia dan hipokalsemia

Kondisi hiperfosfatemia dan hipokalsemia bisa diatasi dengan pemberian antasida (kandungan aluminium/ kalsium karbonat).

g. Kaji status hidrasi dengan hati-hati

Dilakukan dengan memeriksa ada / tidaknya distensi vena jugularis, ada / tidaknya crackles pada auskultasi paru. Selain itu, status hidrasi bisa dilihat dari keringat berlebih pada aksila, lidah yang kering, hipertensi, edema perifer. Cairan hidrasi yang diperbolehkan adalah 500-600 ml atau lebih dari haluaran urine 24 jam.

h. Kontrol tekanan darah

Tekanan diupayakan dalam kondisi normal. Hipertensi dicegah dengan mengontrol volume intravaskuler dan obat-obatan antihipertensi.

i. Pantau ada / tidaknya komplikasi pada tulang dan sendi.

j. Jaga kondisi septik dan aseptik setiap prosedur perawatan (pada perawatan luka operasi).

k. Observasi adanya tanda-tanda perdarahan

Pantau kadar hemoglobin dan hematokrit klien. Pemberian heparin selama klien menjalani dialysis harus disesuaikan dengan kebutuhan.

l. Laporan segera jika ditemui tanda-tanda perikarditis (friction rub dan nyeri dada).

m. Observasi adanya gejala neurologis

Laporkan segera jika dijumpai kedutan, sakit kepala, kesadaran delirium, dan kejang otot. Berikan diazepam / fenitoin jika dijumpai kejang.

n. Atasi komplikasi dari penyakit

Sebagai penyakit yang sangat mudah menimbulkan komplikasi, maka harus dipantau secara ketat. Gagal jantung kongestif dan edema pulmonal dapat diatasi dengan membatasi cairan, diet rendah natrium, diuretik, preparat inotropik (digitalis/ dobutamin) dan lakukan dialysis jika perlu. Kondisi asidosis metabolik bisa diatasi dengan pemberian natrium bikarbonat atau dialysis.

o. Tata laksana dialysis / transplantasi ginjal

Untuk membantu mengoptimalkan fungsi ginjal maka dilakukan dialysis. Jika memungkinkan koordinasikan untuk dilakukan transplantasi ginjal.

(Prabowo & Pranata 2014, p.201-203).

8. Pendekatan diagnostik

a. Gambaran klinis

Gambaran klinis pasien penyakit ginjal kronik meliputi:

- 1) Sesuai dengan penyakit yang mendasari seperti diabetes mellitus, infeksi traktus urinarius, batu traktus urinarius, hipertensi, hiperurikemi, Lupus Eritomatosus Sistemik (LES).

- 2) Sindrom uremia yang terdiri dari lemah, letargi, anoreksia, mual muntah, nokturia, kelebihan volume cairan, neuropati perifer, pruritus, uremic frost, perikarditis, kejang-kejang sampai koma.
- 3) Gejala komplikasinya antara lain hipertensi, anemia, osteodistrofi renal, payah jantung, asidosis metabolik, gangguan keseimbangan elektrolit (sodium, kalium, klorida).

b. Gambaran laboratoris

Gambaran laboratoris penyakit ginjal kronik meliputi:

- 1) Sesuai dengan penyakit yang mendasarinya.
- 2) Penurunan fungsi ginjal berupa peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum, serta penurunan LFG yang dihitung menggunakan rumus Krockcroft-Gault. Kadar kreatinin serum saja tidak bisa dipergunakan untuk memperkirakan fungsi ginjal.
- 3) Kelainan biokimiawi darah meliputi penurunan kadar hemoglobin, peningkatan kadar asam urat, hiper/ hipokalemia, hiponatremia, hiper/ hipokloremia, hiperfosfatemia, hipokalsemia, asidosis metabolik.
- 4) Kelainan urinalisis meliputi proteinuria, hematuria, leukosuria, cast, isostenuria.

c. Gambaran radiologis

Pemeriksaan radiologis penyakit ginjal kronik meliputi:

- 1) Foto polos abdomen, bisa tampak batu radio-opak.
- 2) Pielografi intravena jarang dikerjakan, karena kontras sering tidak bisa melewati filter glomerulus, disamping kekhawatiran terjadinya

pengaruh toksis oleh kontras terhadap ginjal yang sudah mengalami kerusakan.

- 3) Pielografi antegrad atau retrograd dilakukan sesuai indikasi.
- 4) Ultrasonografi ginjal bisa memperlihatkan ukuran ginjal yang mengecil, korteks yang menipis, adanya hidronefrosis atau batu ginjal, kista, massa, kalsifikasi.
- 5) Pemeriksaan pemindaian ginjal atau renografi dikerjakan bila ada indikasi.

d. Biopsi dan pemeriksaan histopatologi ginjal

Biopsi dan pemeriksaan histopatologi ginjal dilakukan pada pasien dengan ukuran ginjal yang masih mendekati normal, dimana diagnosis secara noninvasif tidak bisa ditegakkan. Pemeriksaan histopatologi ini bertujuan untuk mengetahui etiologi, menetapkan terapi, prognosis dan mengevaluasi hasil terapi yang telah diberikan. Biopsi ginjal indikasi-kontra dilakukan pada keadaan dimana ukuran ginjal yang sudah mengecil, ginjal polikistik, hipertensi yang tidak terkontrol, infeksi perinefrik, gangguan pembekuan darah, gagal nafas dan obesitas.

(Setiati 2014, p.2161).

C. Dialisis

Dialysis adalah suatu proses difusi zat terlarut dan air secara pasif melalui suatu membran berpori dari satu kompartemen cair menuju kompartemen cair lainnya (Price & Wilson 2006, p.971). Dialisis untuk pasien gagal ginjal kronik ada dua macam yaitu Hemodialisis dan Peritoneal dialysis.

1. Hemodialisis

a. Definisi Hemodialisis

Hemodialisis adalah suatu proses pemisahan atau penyaringan atau pembersihan darah melalui suatu membran yang semipermeabel dengan cara mengalir dari sisi cairan yang lebih pekat (konsentrasi solut lebih tinggi) ke cairan yang lebih encer (konsentrasi solut lebih rendah) yang dilakukan pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal (Sudoyo 2014, p.2192). Hemodialisa adalah suatu teknologi tinggi sebagai terapi pengganti fungsi ginjal untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hydrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membran semipermeabel sebagai pemisah darah dan cairan dialisa pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis, dan ultra filtrasi (Rendy & Margareth 2012, p.139).

Darah dipompa keluar dari tubuh, masuk kedalam mesin dialiser untuk dibersihkan melalui proses difusi dan ultrafiltrasi dengan dialisa (cairan khusus untuk dialysis), kemudian dialirkan kembali kedalam tubuh. Proses cuci darah ini dilakukan 2-3 kali seminggu dirumah sakit, dan setiap kalinya memerlukan waktu sekitar 4-5 jam. Namun, selain diperlukan berulang (8-10 kali/ bulan) bagi mereka yang mengidap gangguan jantung, stroke, atau berusia lanjut, hemodialisis klinis dapat membebani kerja jantung sewaktu proses pemerasan cairan tubuh untuk dibersihkan selama 5 jam (Alam & Hadibroto 2008, p.56).

b. Prinsip hemodialisis

Difusi, Osmosis dan Ultrafiltrasi adalah prinsip dalam hemodialisis. Racun dan limbah dalam darah dikeluarkan dengan difusi yaitu dengan bergerak dari daerah yang berkonsentrasi tinggi di dalam darah ke daerah yang berkonsentrasi lebih rendah pada dialisat yang merupakan solusi yg terdiri dari semua elektrolit penting dalam konsentrasi ekstraseluler mereka yang ideal. Tingkat elektrolit dalam darah pasien dapat dikendalikan dengan benar sesuai dengan cairan dialisat. Membran semipermeabel menghambat difusi molekul yang besar seperti protein.

Kelebihan air dikeluarkan dari darah dengan osmosis, dimana air keluar atau pindah dari area yang rendah konsentrasinya (pada darah) ke area yang tinggi konsentrasinya (pada cairan dialisat). Pada ultrafiltrasi, air pindah dari tekanan tinggi ke area yang tekanan rendah. Karena pasien dengan penyakit ginjal biasanya tidak dapat kelebihan air, tindakan ini diperlukan untuk mengeluarkan cairan agar terjadi keseimbangan cairan (Smeltzer & Bare 2010, p.1333).

c. Indikasi Hemodialisis

Hemodialisa dilakukan apabila ada keadaan sebagai berikut:

- 1) Kelebihan (over load) cairan ekstraseluler yang sulit dikendalikan atau hipertensi.
- 2) Hiperkalemia yang refrakter terhadap restriksi diit dan terapi farmakologis.

- 3) Asidosis metabolik yang refrakter terhadap pemberian terapi bikarbonat.
 - 4) Hiperfosfatemia yang refrakter terhadap retraksi diit dan terapi pengikat fosfat.
 - 5) Anemia yang refrakter terhadap pemberian eritropoietin dan besi.
 - 6) Adanya penurunan kapasitas fungsional atau kualitas hidup tanpa penyebab yang jelas.
 - 7) Penurunan berat badan atau malnutrisi, terutama apabila disertai gejala mual, muntah atau adanya bukti lain gastroduodenitis.
 - 8) Adanya gangguan neurologis.
- (Setiati 2014, p.2193-2194).

d. Kontraindikasi Hemodialisis

Kontraindikasi absolut untuk dilakukan hemodialisis adalah apabila tidak didapatkannya akses vaskular. Kontraindikasi relatif adalah apabila ditemukan adanya kesulitan akses vaskular, fobia terhadap jarum, gagal jantung dan koagulopati (Setiati 2014, p.2194).

e. Komplikasi Hemodialisis

- 1) Sesak nafas sering terjadi ketika cairan menumpuk antara pengobatan dialisis.
 - 2) Hipotensi dapat terjadi selama pengobatan ketika cairan dikeluarkan.
- Mual dan muntah, diaphoresis, takikardi, dan pusing umumnya penanda dari hipotensi.

- 3) Kram otot yang menyakitkan dapat terjadi, biasanya pada akhir dialisis ketika cairan dan elektrolit secara cepat meninggalkan ruang ekstraseluler.
- 4) Eksanguinasi dapat terjadi jika aliran darah memisah atau jarum dialisis copot.
- 5) Disritmia mungkin hasil dari elektrolit dan pH berubah atau dari penghapusan obat antiaritmia selama dialisis.
- 6) Emboli udara jarang terjadi tetapi dapat terjadi jika udara masuk ke sistem vaskuler. Sebaiknya diobati dengan memposisikan kepala pasien disisi kiri bawah dengan menggunakan oksigen 100%.
- 7) Nyeri dada dapat terjadi pada pasien dengan anemia atau penyakit jantung arteriosclerotic.
- 8) Gatal selama atau sesudah hemodialisis merupakan gatal pada gagal ginjal kronik yang dieksaserbasi oleh pelepasan histamin akibat reaksi alergi ringan terhadap membran dialisis.
- 9) Hasil disequilibrium dialisis dari pergeseran cairan otak. Tanda dan gejala termasuk sakit kepala, mual dan muntah, gelisah, penurunan tingkat kesadaran dan kejang. Hal tersebut biasanya terjadi ketika tingkat nitrogen urea darah sangat tinggi.

(Smeltzer & Bare 2010, p.1336).

2. Peritoneal Dialisis

a. Definisi Peritoneal Dialisis

Peritoneal Dialisis adalah salah satu bentuk dialisis untuk membantu penanganan pasien gagal ginjal kronis, menggunakan

membran peritoneum yang bersifat semipermeabel melalui membran tersebut darah dapat difiltrasi (Sudoyo 2006, p.592). Peritoneal Dialisis bertujuan untuk menghilangkan limbah metabolisme dan zat beracun, serta untuk mengembalikan cairan normal dan keseimbangan elektrolit didalam tubuh (Smeltzer & Bare 2010, p.1339).

Untuk melakukan pencucian (dialysis) darah mandiri, perlu dibuat akses sebagai tempat keluar-masuknya cairan dialisat (cairan khusus untuk dialysis) dari dan kedalam rongga perut (peritoneum). Akses ini berupa kateter yang ditanam di dalam rongga perut melalui proses pembedahan dengan posisi sedikit dibawah pusar. Lokasi munculnya sebagian kateter tersebut dari dalam perut disebut exit site (Alam & Hadibroto 2008, p.59).

Proses dialysis diawali dengan memasukan cairan dialisat kedalam rongga perut, melalui selang kateter yang telah dipasang melalui pembedahan yang hanya memerlukan waktu sekitar 30 menit. Setelah itu, dibiarkan selama 4-6 jam, tergantung dari anjuran dokter. Ketika dialisat berada didalam rongga perut, zat-zat racun dari dalam darah dibersihkan, dan kelebihan cairan tubuh akan ditarik kedalam cairan dialisat. Zat-zat racun yang terlarut didalam darah akan berpindah (difusi) kedalam cairan dialisat melalui selaput rongga perut (membran peritoneum) yang berfungsi sebagai alat penyaring. Cairan dialisat yang mengandung dextrosa (gula) memiliki kemampuan untuk menarik kelebihan air melalui proses ultrafiltrasi (Alam & Hadibroto 2008, p.59-60).

Setelah itu, setiap 4-6 jam sekali cairan dialisis yang berfungsi sebagai pengganti ginjal, diganti dengan cairan baru. Proses pergantian ini pun tidak menimbulkan rasa sakit, hanya perlu waktu sekitar 30 menit. Langkah-langkah yang dilakukan adalah:

- 1) Mengeluarkan cairan dialisis yang sudah mengandung zat racun dan kelebihan air untuk diganti dengan cairan dialisis yang baru. Waktu yang diperlukan sekitar 20 menit.
- 2) Memasukkan cairan dialisis pengganti dengan mengalirkannya ke dalam rongga perut melalui kateter. Waktu yang diperlukan sekitar 10 menit.
- 3) Setelah itu cairan dialisis dibiarkan di dalam rongga perut selama 4-6 jam (Alam & Hadibroto 2008, p.60).

b. Indikasi Peritoneal Dialisis

Peritoneal Dialisis dapat digunakan pada pasien:

- 1) Gagal ginjal akut (dialisis peritoneal akut).
- 2) Gangguan keseimbangan cairan, elektrolit atau asam basa.
- 3) Intoksikasi obat atau bahan lain.
- 4) Gagal ginjal kronik (dialisis peritoneal kronik).
- 5) Keadaan klinis lain dimana peritoneal dialisis telah terbukti manfaatnya (Setiati 2014, p.2197-2198).

c. Kontraindikasi Peritoneal Dialisis

- 1) Kontraindikasi absolut: tidak ada.
- 2) Kontraindikasi relatif: keadaan-keadaan yang kemungkinan secara teknis akan mengalami kesulitan atau memudahkan terjadinya

komplikasi seperti gemuk berlebihan, perlengketan peritoneum, peritonitis lokal, operasi atau trauma abdomen yang baru saja terjadi, kelainan intraabdomen yang belum diketahui sebabnya, luka bakar dinding abdomen yang cukup luas terutama bila disertai infeksi atau perawatan yang tidak adekuat.

(Sudoyo 2006, p.592).

d. Komplikasi Peritoneal Dialisis

1) Komplikasi mekanis

- a) Perforasi organ abdomen (usus, aorta, kandung kencing, hati).
- b) Perdarahan yang kadang-kadang dapat menyumbat kateter.
- c) Gangguan drainase (aliran cairan dialisis).
- d) Bocornya cairan dialisis.
- e) Perasaan tidak enak dan sakit dalam perut.

2) Komplikasi metabolik

- a) Gangguan keseimbangan cairan, elektrolit dan asam basa.
- b) Gangguan metabolisme karbohidrat perlu diperhatikan terutama pada penyandang diabetes mellitus berupa hiperglikemia tak terkontrol dan hipoglikemia post dialisis.
- c) Kehilangan protein yang terbuang lewat cairan dialisis.
- d) Sindrom disequilibrium yang terdiri atas kumpulan gejala-gejala berupa sakit kepala, muntah, kejang, disorientasi, hipertensi, kenaikan tekanan cairan serebrospinal, koma dan dapat menyebabkan kematian pasien. Komplikasi ini dapat terjadi pada pasien dengan kadar ureum tinggi.

3) Komplikasi radang

- a) Infeksi alat pernafasan biasanya berupa pneumonia atau bronkitis purulenta.
- b) Sepsis lebih sering terjadi pada pasien dengan infeksi lokal diluar peritoneum seperti pneumonia atau pielonefritis.
- c) Peritonitis.

(Setiati 2014, p.2198).

3. Perbandingan Hemodialisis dengan Peritoneal Dialisis

Tabel 2.2
Perbandingan Hemodialisis dengan Dialisis Mandiri

	HEMODIALISIS (HD)	PERITONEAL DIALISIS (PD)
Segi kepraktisan	Harus dilakukan dirumah sakit, lama proses 4-5 jam.	Dapat dilakukan dirumah atau tempat kerja, lamanya proses 30 menit.
Biaya	Sekali cuci darah Rp 500 ribu-1 juta, seminggu bisa 2-3 kali, total biaya perbulannya akan mencapai Rp 4-5 juta.	Satu kantong dialisat (cairan pencuci darah) Rp 40ribu, dengan empat kali sehari penggantian dialisat. Biaya perbulan mencapai Rp 5,5 juta.
Pantangan	Pantang beragam makanan, terutama yang tinggi protein	Tidak perlu diet ketat
Risiko komplikasi	Fungsi ginjal dan jantung bisa menurun karena dipaksa bekerja lebih keras selama proses pencucian darah. Dengan pengeluaran darah, darah tidak cukup aman dari risiko kontaminasi. Butuh terapi hormon eritropoietin untuk mengimbangi penurunan kadar Hb.	Fungsi ginjal, jantung dan darah relatif aman karena tidak diganggu. Kadar Hb relatif lebih tinggi dibandingkan dengan hemodialisis, sehingga dibutuhkan lebih sedikit eritropoietin. Namun, PD rawan infeksi sehingga pasien perlu dilatih untuk menjaga kebersihan badannya.

(Sumber: Alam & Hadibroto 2008, p.61).

D. Pembatasan Cairan Pada Pasien GJK

Kebutuhan cairan dan elektrolit (Tarwoto & Wartonah 2006, p.44-50):

1. Kebutuhan cairan dan elektrolit adalah suatu proses dinamik karena metabolisme tubuh membutuhkan perubahan yang tetap dalam berespon terhadap stresor fisiologi dan lingkungan.
2. Volume cairan tubuh, total jumlah volume cairan tubuh (total body water) kira-kira 60% dari berat badan pria dan 50% dari berat badan wanita. Distribusi cairan dalam tubuh diantara dua komponen yaitu pada intraseluler dan ekstraseluler. Cairan intraseluler kira-kira $\frac{2}{3}$ atau 40% dari BB, sedangkan cairan ekstraseluler 20% dari BB, cairan ini terdiri atas plasma (cairan intravaskuler) 5%, cairan interstisial (cairan disekitar tubuh limfe) 10-15%, dan transeluler (misalnya cairan serebrospinalis, sinovia, cairan dalam peritoneum, cairan dalam rongga mata, dan lain-lain) 1-3%.
3. Fungsi cairan antara lain mempertahankan panas tubuh dan pengaturan temperatur tubuh, transport hasil sisa metabolisme, transpor hormon, pelumas antar organ, mempertahankan tekanan hidrostatik dalam sistem kardiovaskular.
4. Keseimbangan cairan ditentukan oleh masukan cairan dan pengeluaran cairan. Pemasukan cairan berasal dari minuman dan makanan. Kebutuhan cairan setiap hari antara 1800 – 2500 ml/hari. Sekitar 1200 ml berasal dari minuman dan 1000 ml dari makanan. Sedangkan pengeluaran cairan melalui ginjal dalam bentuk urine 1200–1500 ml/hari, feses 100 ml, paru-paru 300 – 500 ml, dan kulit 600-800 ml.

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi keseimbangan cairan dan elektrolit adalah usia, temperatur lingkungan, diet, stress, sakit.
6. Pergerakan cairan tubuh, mekanisme pergerakan cairan tubuh melalui tiga proses yaitu:
 - a. Difusi yaitu proses dimana partikel yang terdapat dalam cairan bergerak dari konsentrasi tinggi ke konsentrasi rendah sampai terjadi keseimbangan.
 - b. Osmosis yaitu Bergeraknya pelarut bersih seperti air, melalui membran semipermeable dari larutan yang berkonsentrasi rendah ke konsentrasi yang lebih tinggi yang sifatnya menarik.
 - c. Transport aktif yaitu partikel bergerak dari konsentrasi rendah ke tinggi karena adanya daya aktif dari tubuh seperti pompa jantung.
7. Masalah keseimbangan cairan.
 - a. Hipovolemik

Hipovolemik adalah suatu kondisi akibat kekurangan volume Cairan Ekstraseluler (CES) yang dapat terjadi karena kehilangan melalui kulit, ginjal, gastrointestinal, pendarahan sehingga menimbulkan syok hipovolemik. Hipovolemik yang berlangsung lama dapat menimbulkan gagal ginjal akut dengan gejala: pusing, lemah, letih, anoreksia, mual muntah, rasa haus, gangguan mental, konstipasi dan oliguri, penurunan tekanan darah, HR meningkat, suhu meningkat, turgor kulit menurun, lidah kering dan kasar, mukosa mulut kering, tanda-tanda penurunan berat badan akut, mata cekung, pengosongan vena jugularis, pada bayi dan anak-anak adanya

penurunan jumlah air mata, dan pada pasien syok tampak pucat, HR cepat dan halus, hipotensi dan oliguri.

b. Hipervolemi

Hipervolemi adalah penambahan/ kelebihan volume CES. Gejala hipervolemi adalah sesak nafas, peningkatan dan penurunan tekanan darah, nadi kuat, asites, edema, adanya ronchi, kulit lembab, distensi vena leher, dan irama gallop.

Agar sehat, ginjal perlu cukup minum, tidak boleh kurang, tidak perlu pula berlebihan. Dalam sehari ginjal bertugas menyaring tak kurang dari 170 liter darah dan memproduksi 1-2 liter urin dan jika asupan kurang, maka ginjal tak lancar melaksanakan tugasnya itu. Banyak ampas sisa metabolisme tubuh yang harus dibuang bersama urin gagal dikeluarkan, selain ada sejumlah zat yang diperlukan tubuh gagal diserap kembali. Dengan demikian, selain bocor zat yang diperlukan tubuh, gagal pula membuang yang sudah bersifat racun bagi tubuh sehingga kondisi ini yang mengharuskan cuci darah (Nadesul Handrawan 2014, p.214).

Pembatasan asupan cairan pada pasien penyakit ginjal kronik sangat perlu dilakukan karena bertujuan untuk mencegah terjadinya edema dan komplikasi kardiovaskular. Air yang masuk kedalam tubuh dibuat seimbang dengan air yang keluar, baik melalui urin maupun insensible water loss, dengan berasumsi bahwa air yang keluar melalui insensible water loss antara 500-800 ml/hari (sesuai dengan luas permukaan tubuh), maka air yang masuk dianjurkan 500-800 ml ditambah jumlah urin. Interdialytic Weight Gain (IDWG) merupakan indikator untuk mengetahui jumlah cairan yang masuk

selama periode interdialitik dan kepatuhan pasien terhadap pengaturan cairan pada pasien yang mendapat terapi hemodialisa (Sudoyo 2006, p.584).

Apabila pasien tidak membatasi jumlah asupan cairan maka cairan akan menumpuk di dalam tubuh sehingga berat badan meningkat yang dapat menyebabkan terjadinya tekanan darah tinggi, edema (bengkak) pada paru serta kaki, pasien juga akan merasa tidak nyaman karena sesak nafas, lelah dan lemas. Pemasukan air dalam tubuh terdiri dari air minum dan air yang terkandung dalam makanan yang mengandung tinggi air yang harus diperhatikan oleh penderita gagal ginjal kronik seperti sup ayam, susu, semangka, nanas, pepaya, melon, dan lainnya. Jadi asupan cairan harus diatur sedemikian rupa untuk mencapai keseimbangan cairan (Price & Wilson 2006, p.967).

Cara membantu klien membatasi asupan cairan yaitu:

1. Jelaskan alasan pembatasan cairan, jumlah serta jenis cairan yang diperbolehkan peroral.
2. Bantu klien memutuskan bagaimana mengalokasikan jumlah cairan total yang diperbolehkan: berapa banyak cairan yang dapat diminum setiap makan, antara waktu makan, sebelum tidur, dan saat minum obat.
3. Identifikasi cairan yang disukai klien dan pastikan cairan tersebut tersedia, kecuali dikontraindikasikan. Sebagai contoh, klien yang hanya diperbolehkan minum 200ml cairan untuk sarapan, harus mendapatkan jenis cairan yang disukainya.

4. Tetapkan tujuan jangka pendek yang membuat pembatasan cairan lebih dapat ditoleransi oleh klien. Sebagai contoh, jadwalkan pemberian cairan dalam jumlah tertentu dalam interval 1 atau 2 jam diantara waktu makan.
5. Usahakan lebih banyak mengkonsumsi minuman yang dingin dibandingkan dengan minum yang panas dan berikan cairan kepada klien dalam wadah kecil sehingga wadah tampak berisi lebih banyak cairan.
6. Berikan keping es kepada klien secara periodik sebagai alternatif air. Keping es memiliki volume dua kali lipat volume air dalam jumlah yang sama.
7. Bantu klien membersihkan mulutnya dengan air jika klien dapat melakukannya tanpa meminum air tersebut.
8. Pastikan perawatan oral dilakukan dengan cermat.
9. Anjurkan klien untuk menghindari mengunyah makanan manis (permen karet atau permen yang keras) atau asin karena makanan ini cenderung membuat haus. Permen karet bebas gula dapat menjadi alternatif bagi beberapa klien.
10. Dorong klien berpartisipasi dalam mempertahankan catatan asupan cairan, bila mungkin.

(Berman & Snyder 2010, p.143).

E. Kepatuhan

1. Pengertian

Kepatuhan adalah tingkat perilaku pasien yang tertuju terhadap instruksi atau petunjuk yang diberikan dalam bentuk terapi apapun yang ditentukan, baik diet, latihan, pengobatan, atau menepati janji pertemuan

dengan dokter (Stanley 2007, p.6). Kepatuhan merupakan suatu perubahan perilaku dari perilaku yang tidak mentaati peraturan ke perilaku yang mentaati peraturan (Notoatmodjo 2007, p.6).

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

a. Faktor predisposisi (faktor pendorong)

1) Kepercayaan atau agama yang dianut

Kepercayaan atau agama merupakan dimensi spiritual yang dapat menjalani kehidupan. Penderita yang berpegang teguh terhadap agamanya akan memiliki jiwa yang tabah dan tidak mudah putus asa serta dapat menerima keadaannya, demikian juga cara akan lebih baik. Kemauan untuk melakukan kontrol penyakitnya dapat dipengaruhi oleh kepercayaan penderita dimana penderita yang memiliki kepercayaan yang kuat akan lebih patuh terhadap anjuran dan larangan kalau tahu akibatnya.

2) Faktor geografis

Lingkungan yang jauh atau jarak yang jauh dari pelayanan kesehatan memberikan kontribusi rendahnya kepatuhan.

3) Individu

a) Sikap individu yang ingin sembuh

Sikap merupakan hal yang paling kuat dalam diri individu sendiri. Keinginan untuk tetap mempertahankan kesehatannya sangat berpengaruh terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku penderita dalam kontrol penyakitnya.

b) Pengetahuan

Penderita dengan kepatuhan rendah adalah mereka yang tidak teridentifikasi mempunyai gejala sakit. Mereka berfikir bahwa dirinya sembuh dan sehat sehingga tidak perlu melakukan kontrol terhadap kesehatannya.

b. Faktor reinforcing (faktor penguat)

1) Dukungan petugas

Dukungan dari petugas sangatlah besar artinya bagi penderita sebab petugas adalah pengelola penderita yang paling sering berinteraksi sehingga pemahaman terhadap kondisi fisik maupun psikis lebih baik, dengan sering berinteraksi, sangatlah mempengaruhi rasa percaya dan selalu menerima kehadiran petugas kesehatan termasuk anjuran-anjuran yang diberikan.

2) Dukungan keluarga

Keluarga merupakan bagian dari penderita yang paling dekat dan tidak dapat dipisahkan. Penderita akan merasa senang dan tentram apabila mendapat perhatian dan dukungan dari keluarganya, karena dengan dukungan tersebut akan menimbulkan kepercayaan dirinya untuk menghadapi atau mengelola penyakitnya dengan baik, serta penderita mau menuruti saran-saran yang diberikan oleh keluarga untuk penunjang pengelolaan penyakitnya.

c. Faktor enabling (faktor pemungkin)

Fasilitas kesehatan merupakan saran penting dalam memberikan penyuluhan terhadap penderita yang diharapkan dengan prasarana

kesehatan yang lengkap dan mudah terjangkau oleh penderita dapat lebih mendorong kepatuhan penderita.

(Notoatmodjo 2007, p.7-9).

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan menggunakan Model Perilaku Green dan Model Kepatuhan Kamerrer:

a. Faktor pasien (Predisposing factors)

Faktor pasien meliputi karakteristik pasien (usia, jenis kelamin, ras, status perkawinan, pendidikan), lamannya sakit, tingkat pengetahuan, status bekerja, sikap, keyakinan, nilai-nilai, persepsi, motivasi, harapan pasien, kebiasaan merokok.

b. Faktor Sistem Pelayanan Kesehatan (Enabling factors)

Faktor pelayanan kesehatan meliputi fasilitas unit hemodialisa, kemudahan mencapai pelayanan kesehatan termasuk didalamnya biaya, jarak, pelayanan kesehatan yang baik, ketersediaan transportasi, waktu pelayanan, dan keterampilan petugas.

c. Faktor Petugas/ Provider (Reinforcing factors)

Faktor provider meliputi keberadaan tenaga perawat terlatih, ahli diet, kualitas komunikasi, dukungan keluarga.

(Notoatmodjo 2007, p.10).

F. Dukungan Keluarga

Dukungan sosial adalah suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya, sehingga seseorang akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya. Dukungan sosial keluarga adalah sebagai suatu proses

hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosial. Dalam semua tahap, dukungan sosial keluarga menjadikan keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal, sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi mereka dalam kehidupan (Harnilawati 2013, p.26).

Studi-studi tentang dukungan keluarga telah mengkonseptualisasi dukungan sosial sebagai koping keluarga, baik dukungan-dukkungan yang bersifat eksternal maupun internal terbukti sangat bermanfaat. Dukungan sosial keluarga eksternal antara lain sahabat, pekerjaan, tetangga, sekolah, keluarga besar, kelompok sosial, kelompok rekreasi, tempat ibadah dan praktisi kesehatan. Dukungan sosial keluarga internal antara lain dukungan dari suami atau istri, dari saudara kandung atau dukungan dari anak (Harnilawati 2013, p.26-27).

1. Dukungan Keluarga: Emosional

Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan atau bantuan yang diberikan keluarga kepada pasien gagal ginjal kronis yang berupa perhatian, kasih sayang dan simpati. Dukungan yang diberikan keluarga berarti keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi.

Setiap orang membutuhkan bantuan afeksi dari orang lain, dukungan ini berupa dukungan simpatik dan empati, cinta dan kepercayaan serta penghargaan. Dengan demikian, seseorang yang menghadapi persoalan merasa dirinya tidak menanggung beban sendiri tetapi masih ada orang lain yang memperhatikan, mau mendengar segala keluhan, bersimpati dan

empati terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapi (Harnilawati 2013, p.27-28).

2. Dukungan Keluarga: Penghargaan

Dukungan penghargaan merupakan suatu dukungan atau bantuan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah serta penghargaan kepada pasien gagal ginjal kronis dengan menunjukan respons positif, yaitu dorongan atau persetujuan terhadap gagasan/ idea atau perasaan seseorang.

Bantuan penghargaan atau penilaian yaitu suatu bentuk penghargaan yang diberikan seseorang kepada pihak lain berdasarkan kondisi sebenarnya dari penderita. Penilaian ini biasanya positif dan negatif yang mana pengaruhnya sangat berarti bagi seseorang. Berkaitan dengan dukungan sosial keluarga maka penilaian yang sangat membantu adalah penilaian yang positif (Harnilawati 2013, p.27-28).

3. Dukungan Keluarga: Informasional

Dukungan informasional merupakan suatu dukungan atau bantuan yang diberikan keluarga berupa saran atau masukan, nasehat atau arahan, dan memberikan informasi-informasi penting yang dibutuhkan pasien gagal ginjal kronis dalam upaya meningkatkan status kesehatannya. Pada dukungan informasi, keluarga juga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebar informasi).

Dukungan informasional yaitu bantuan informasi yang disediakan agar dapat digunakan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan-persoalan yang dihadapi, meliputi pemberian nasehat, penghargaan, ide-

ide atau informasi lainnya yang dibutuhkan dan informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin menghadapi persoalan yang sama atau hampir sama (Harnilawati 2013, p.27-28).

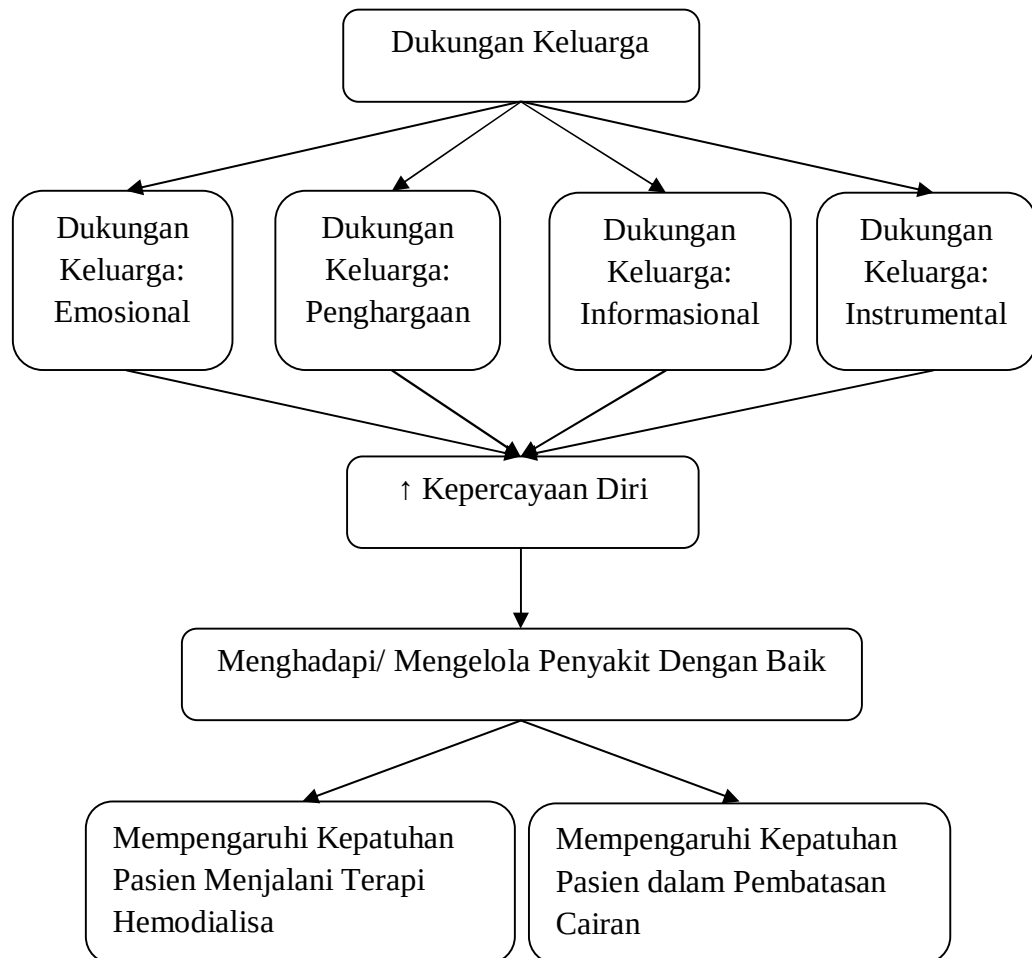
4. Dukungan Keluarga: Instrumental

Dukungan instrumental merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun menyediakan waktu untuk melayani dan mendengarkan pasien gagal ginjal kronis dalam menyampaikan perasaan.

Bantuan instrumental bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktivitasnya berkaitan dengan persoalan-persoalan yang dihadapinya, misalnya dengan menyediakan peralatan lengkap dan memadai bagi pasien, menyediakan obat-obat yang dibutuhkan dan lain-lain (Harnilawati 2013, p.27-28).

G. Kerangka Teori

Skema 2.1
Kerangka Teori Penelitian



Sumber: (Notoatmodjo 2007 : Harnilawati 2013).

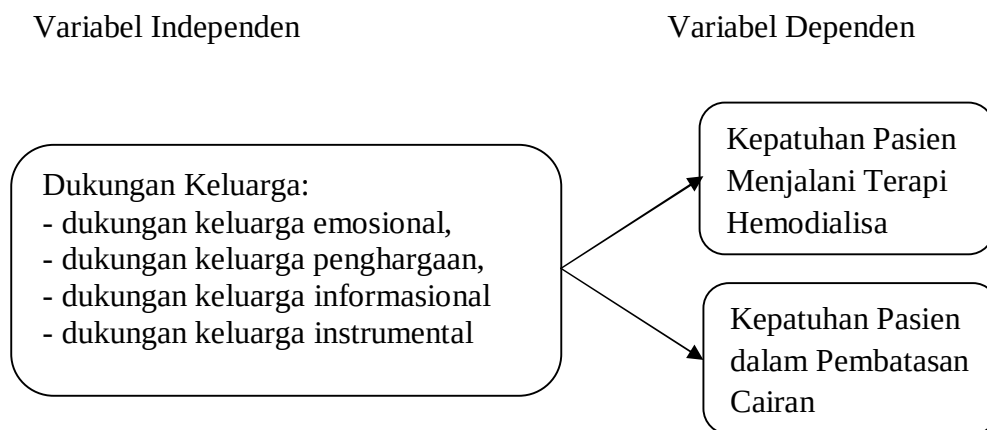
BAB III

KERANGKA KONSEP

A. KerangkaKonsep

Kerangka konsep pada penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa dan pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016. Untuk lebih jelasnya peneliti mengembangkan kerangka konsep sebagai berikut:

Skema 3.1
Kerangka Konsep Penelitian



B. Definisi Operasional

Tabel 3.2
Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel independen: Dukungan Keluarga	Dukungan dari anggota keluarga yang terdiri dari dukungan keluarga emosional, penghargaan, informasional dan instrumental	Angket	Kuesioner	Dukungan kurang baik < Mean (54,28) Dukungan baik $\geq$ Mean (54,28)	Ordinal
Variabel dependen : Kepatuhan melaksanakan terapi hemodialisa	Kepatuhan adalah keteraturan pasien gagal ginjal kronis untuk melaksanakan terapi hemodialisa.	Angket	Kuesioner	Tidak patuh hemodialisa < Mean (5,8) Patuh hemodialisa $\geq$ Mean (5,8)	Ordinal
Kepatuhan melaksanakan pembatasan cairan	Kepatuhan adalah keteraturan pasien gagal ginjal kronis untuk melakukan pembatasan cairan sesuai instruksi dokter.	Angket	Kuesioner	Tidak patuh pembatasan cairan < Mean (5,15) Patuh pembatasan cairan $\geq$ Mean (5,15)	Ordinal

C. Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016.
2. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien dalam pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016.

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini bersifat deskriptif analitik dengan menggunakan desain cross sectional study dimana variabel independent dan dependen dikumpulkan secara bersama (Notoatmodjo 2010, p.38). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa dan pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016. Variabel independen adalah dukungan keluarga, sedangkan variabel dependen adalah kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa dan pembatasan cairan.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di ruangan hemodialisa RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada bulan Februari tahun 2016.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian atau subjek yang diteliti (Notoatmodjo 2010, p.115). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di ruangan hemodialisa RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada bulan Januari sampai dengan September tahun 2015. Jumlah populasi sebanyak ± 85 orang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo 2010, p.115). Perhitungan besar sampel diperoleh dengan perhitungan rumus menurut Setiyadi (2007) yaitu sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2} \quad n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2} \quad n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2} \quad n = 45,94$$

Keterangan :

n : besar sampel

N : besar populasi

d : tingkat kepercayaan / ketepatan yang diinginkan

Berdasarkan rumus diatas jumlah sampel pada penelitian ini adalah ± 46 orang. Pengambilan sampel dilakukan secara Purposive Sampling yaitu didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri dan sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo 2010, p.124). Berdasarkan lama waktu penelitian selama 1 bulan yaitu pada bulan Februari tahun 2016 dengan kriteria sampel :

a. Kriteria inklusi:

- 1) Pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa > 3 bulan.
- 2) Pasien yang bersedia menjadi responden.
- 3) Pasien yang mampu berkomunikasi dengan baik.

b. Kriteria inklusi:

- 1) Pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa ≤ 3 bulan.
- 2) Pasien yang tidak bersedia menjadi responden.
- 3) Pasien yang tidak mampu berkomunikasi dengan baik.

D. Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh atau yang dikumpulkan langsung pada sumbernya yaitu ruangan hemodialisa RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dengan menggunakan kuesioner. Data yang diperoleh dengan mengisi kuesioner meliputi : dukungan keluarga dan kepatuhan menjalani terapi hemodialisa dan pembatasan cairan. Responden hanya tinggal memilih jawaban sesuai dengan apa yang diketahui oleh pasien dengan memberikan tanda centang ($\checkmark$).

2. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari laporan tahunan rumah sakit mengenai jumlah pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

3. Alat Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dengan cara menggunakan kuesioner dengan teknik wawancara dan observasi. Setiap responden diminta agar mau mengisi kuesioner yang diberikan.

E. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Pemeriksaan Data (Editing)

Dalam proses editing dilakukan pengecekan terhadap kuesioner dukungan keluarga serta kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa dan pembatasan cairan, apakah jawaban sudah lengkap, jelas dan relevan dengan pertanyaan.

2. Pengkodean Data (Coding)

Apabila proses editing telah selesai dilakukan, maka hasil jawaban kuesioner diberi kode secara angka atau kode tertentu sehingga lebih mudah dan sederhana. Misalnya jenis kelamin: 1 = laki-laki dan 2 = perempuan, kepatuhan pasien: 1 = patuh dan 0 = tidak patuh.

3. Pemasukkan Data (Entry)

Setelah semua jawaban responden dikode, jawaban dimasukkan ke dalam master tabel. Pemrosesan data dilakukan dengan cara mengentri data dari lembar pencatatan dan kuesioner kedalam paket program komputer.

4. Pembersihan Data (Cleaning)

Merupakan pengecekan kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan, atau lain sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi. Setelah dipastikan tidak ada kesalahan, maka data dapat di analisis.

F. Etika Penelitian

Setelah mendapat izin penelitian dari RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi untuk mendapatkan etihical clearance, dengan mempertimbangkan prinsip etika dan informed concent. Prinsip etik yang harus dipertimbangkan adalah self determination privasi dan anonymity, binefficence, justice.

Informed concent merupakan persetujuan yang diberikan oleh responden untuk memperoleh dilakukannya suatu tindakan atau perlakuan, apabila responden bersedia diikutsertakan dalam penelitian maka responden diminta untuk menandatangani lembar persetujuan tersebut.

1. Informed Concent

Lembar persetujuan ini diberikan pada responden yang akan diteliti memenuhi kriteria sebagai responden, bila responden menolak maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

2. Anonymity

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak mencantumkan nama responden tetapi lembaran tersebut diberi kode. Informasi responden tidak hanya dirahasiakan tetapi harus dihilangkan.

3. Confidentiality

Kerahasiaan informasi responden dijamin dan hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan sebagai hasil penelitian.

G. Analisa Data

Data dianalisa dengan menggunakan software komputer melalui :

1. Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi dari masing-masing variabel penelitian, baik variabel independen yang terdiri dari dukungan keluarga maupun variabel dependen yaitu kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa dan pembatasan cairan. Variabel dukungan keluarga diukur menggunakan skala likert yang dijabarkan menjadi komponen yang dapat diukur. Jawaban setiap item menjadi alternatif.

2. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara dua variabel, yaitu variabel independen yang terdiri dari dukungan keluarga, dan variabel dependen yang terdiri dari kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa dan pembatasan cairan dengan menggunakan uji statistik Chi Square dengan bantuan program SPSS. Dalam pengolahan data dari hasil penelitian ini peneliti menggunakan perangkat lunak komputer yang sesuai. Hasil analisis diambil berdasarkan p value, bila $p \text{ value} \leq 0,05$ maka hasil statistik dinilai bermakna artinya ada hubungan antara dua variabel. Jika $p \text{ value} > 0,05$ maka hasil perhitungan statistik tidak bermakna artinya tidak ada hubungan antara dua variabel.

BAB V HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi adalah Rumah Sakit kelas B pendidikan yang terletak di kotamadya Bukittinggi yang berudara sejuk dengan ketinggian dari permukaan laut $\pm$ 927 M dan terletak di antara (10021 BT – 10025 BT), (00.76 LS – 00.19LS). Batas-batas dari wilayah Kota Bukittinggi yaitu :

1. Sebelah Utara berbatasan dengan Negeri Gadut dan Kapau Kec. Tilatang Kamang
2. Sebelah Selatan berbatasan dengan Negeri Banuhampu Sungai Puar
3. Sebelah Barat berbatasan dengan Ngarai Sianok, Guguk dan Koto Gadang Kec. IV Koto
4. Sebelah Timur berbatasan dengan Negeri IV Angkat Candung

Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari 2016 dan dilakukan peneliti terhadap 46 pasien diruangan hemodialisa RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang meneliti tentang hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa dan pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik. Hasil penelitian didapatkan dari data observasi di RSUD Dr. Achmad Mochtar jalan Dr. A. Rivai Bukittinggi tahun 2016. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk analisis univariat dan bivariat.

1. Karakteristik Responden

a. Umur Responden

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Umur Responden

Usia	Jumlah	Persentase (%)
25-35 tahun	24	52,2
36-45 tahun	22	47,8
Total	46	100

Berdasarkan tabel 5.1 dapat diketahui bahwa sebagian pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016 berusia 25-35 tahun yaitu sebanyak 24 responden (52,2%).

b. Jenis Kelamin

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase (%)
Laki-laki	27	58,7
Perempuan	19	41,3
Total	152	100

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui bahwa sebagian pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016 yaitu laki-laki sebanyak 27 responden (58,7%).

c. Pendidikan

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden

Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
SD	9	19,6
SMP	12	26,1
SMA	20	43,5
PT	5	10,9
Total	46	100

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui bahwa sebagian pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016 yaitu SMA (43,5%).

d. Lama Menjalani HD

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Lama Menjalani HD

Lama	Jumlah	Persentase (%)
6-11 bulan	15	32,6
12-24 bulan	21	45,7
>24 bulan	10	21,7
Total	46	100

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui bahwa lama menjalani HD pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016 yaitu 12-24 bulan (45,7%).

B. Hasil Analisa Univariat

1. Dukungan Keluarga

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik
Di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016

No	Dukungan Keluarga	Jumlah	Persentase (%)
1	Kurang Baik	27	58,7
2	Baik	19	41,3
Total		46	100

Dari tabel 5.5 diatas dapat diketahui dari 46 responden lebih dari separoh sebanyak 27 responden (58,7%) yang mempunyai dukungan keluarga kurang baik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

2. Kepatuhan Pasien Menjalani Terapi Hemodialisa

Tabel 5.6
Distribusi Frekuensi Kepatuhan Pasien Menjalani Terapi Hemodialisa Pada
Pasien Gagal Ginjal Kronik Di RSUD Dr. Achmad Mochtar
Bukittinggi Tahun 2016

No	Kepatuhan Terapi Hemodialisa	Jumlah	Persentase (%)
1	Tidak Patuh	25	54,3
2	Patuh	21	45,7
Total		46	100

Dari tabel 5.2 diatas dapat diketahui dari 46 responden lebih dari separoh sebanyak 25 responden (54,3%) tidak patuh dalam menjalani terapi hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

3. Kepatuhan Pasien Dalam Pembatasan Cairan

Tabel 5.7
Distribusi Frekuensi Responden Kepatuhan Pasien Dalam Pembatasan Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016

No	Kepatuhan Pembatasan Cairan	Jumlah	Persentase (%)
1	Tidak Patuh	31	67,4
2	Patuh	15	32,6
Total		46	100

Dari tabel 5.3 diatas dapat diketahui dari 46 responden lebih dari separoh sebanyak 31 responden (67,4%) tidak patuh dalam pembatasan cairan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

C. Analisa Bivariat

1. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pasien Menjalani Terapi Hemodialisa

Tabel 5.8
Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pasien Menjalani Terapi Hemodialisa Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016

Dukungan Keluarga	Kepatuhan Terapi Hemodialisa				Total		P Value	OR 95% CI
	Tidak Patuh		Patuh					
	n	%	N	%	N	%		
Kurang Baik	20	74,1	7	25,9	27	100	0,004	8 (2,1– 30,4)
Baik	5	26,3	14	73,7	19	100		
Total	25	54,3	21	45,7	46	100		

Dari tabel 5.8 diatas diketahui hasil analisis hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi hemodialisa diperoleh dari 27 responden yang

mempunyai dukungan keluarga yang kurang baik terdapat 20 (74,1%) pasien yang tidak patuh dalam menjalani terapi hemodialisa, sedangkan diantara responden yang mempunyai dukungan keluarga yang baik terdapat 14 (73,7%) yang patuh menjalani terapi hemodialisa. Hasil uji statistic diperoleh nilai $p = 0,004$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 8$ artinya responden yang mempunyai dukungan keluarga yang kurang baik mempunyai peluang 8 kali tidak patuh menjalani terapi hemodialisa dibandingkan dengan responden yang mempunyai dukungan keluarga yang baik.

2. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pasien dalam Pembatasan Cairan

Tabel 5.9
Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pasien Dalam Pembatasan Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016

Dukungan Keluarga	Kepatuhan Pembatasan Cairan				Total		P Value	OR 95% CI
	Tidak Patuh		Patuh					
	n	%	N	%	n	%		
Kurang Baik	23	85,2	4	14,8	27	100	0,006	7,9 (1,95–32,02)
Baik	8	42,1	11	57,9	19	100		
Total	31	67,4	15	32,6	46	100		

Dari tabel 5.8 diatas diketahui hasil analisis hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan cairan diperoleh dari 27 responden yang

mempunyai dukungan keluarga yang kurang baik terdapat 23 (85,2%) pasien yang tidak patuh dalam menjalani terapi pembatasan cairan, sedangkan diantara responden yang mempunyai dukungan keluarga yang baik terdapat 11 (57,9%) yang patuh menjalani terapi pembatasan cairan. Hasil uji statistic diperoleh nilai $p = 0,006$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien menjalani terapi pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 7,9$ artinya responden yang mempunyai dukungan keluarga yang kurang baik mempunyai peluang 7,9 kali tidak patuh menjalani terapi pembatasan cairan dibandingkan dengan responden yang mempunyai dukungan keluarga yang baik.

BAB VI PEMBAHASAN

A. Analisis Univariat

1. Dukungan Keluarga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016 secara keseluruhan didapatkan kurang baik sebanyak 27 orang (58,7%) dan kategori baik sebanyak 19 orang (41,3%).

Dukungan keluarga adalah suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya, sehingga seseorang akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya. Dukungan keluarga adalah upaya yang diberikan kepada orang lain baik moril maupun materil untuk memotivasi orang tersebut dalam melaksanakan pengobatan. Dukungan keluarga terdiri dari dukungan emosional (perhatian, kasih sayang, empati), dukungan penghargaan (menghargai, umpan balik), dukungan informasional (saran, nasehat, informasi) maupun dalam bentuk dukungan instrumental (bantuan tenaga, dana dan waktu) (Harnilawati 2013, p.26-27).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Desitasari (2014) dengan judul Hubungan Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Dukungan Keluarga terhadap Kepatuhan Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa yaitu terdapat 23 (63,9%) responden dengan

dukungan keluarga yang baik dan 13 (36,1%) responden dengan dukungan keluarga yang kurang.

Hal ini berbeda dengan penelitian Nekada (2012) yang berjudul Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dalam Menjalani Hemodialisa Di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten yaitu hasil penelien didapatkan bahwa 86,0% yang termasuk kategori dukungan keluarga baik dan 14,0% yang termasuk kategori dukungan keluarga kurang baik.

Demikian juga yang diungkapkan oleh Sumigar (2015) yang berjudul Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Irina C2 dan C4 RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan baik (84,6%) dan dukungan kurang (15,4%).

Menurut asumsi peneliti, responden yang mendapatkan dukungan keluarga yang kurang baik disebabkan keluarga responden belum memperhatikan dan peduli pada kondisi anggota keluarganya yang menjalani hemodialisis sedangkan responden yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik menunjukkan bahwa keluarga menyadari pasien sangat membutuhkan kehadiran keluarga. Keluarga sebagai orang terdekat pasien yang selalu siap memberikan dukungan moril maupun materi yang dapat berupa informasi, perhatian, bantuan nyata dan pujian bagi klien sehingga responden merasa berkurang bebannya dalam menjalani perawatan.

2. Kepatuhan Terapi Hemodialisa

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 46 responden lebih dari separoh sebanyak 25 responden (54,3%) tidak patuh dalam menjalani terapi hemodialisa di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016.

Kepatuhan adalah ketaatan pasien dalam melaksanakan tindakan terapi. Kepatuhan pasien berarti bahwa pasien dan keluarga harus meluangkan waktu dalam menjalani pengobatan yang dibutuhkan. Kepatuhan terapi hemodialisa pada pasien gagal ginjal kronik merupakan hal yang penting untuk diperhatikan, karena jika pasien tidak patuh akan terjadi penumpukan zat-zat berbahaya dari tubuh hasil metabolisme dalam darah, sehingga penderita merasa sakit pada seluruh tubuh dan jika hal tersebut dibiarkan dapat menyebabkan kematian (Sunarni 2009, p.2 : Potter & Perry 2006).

Hemodialisis adalah suatu proses pemisahan atau penyaringan atau pembersihan darah melalui suatu membran yang semipermeabel dengan cara mengalir dari sisi cairan yang lebih pekat (konsentrasi solut lebih tinggi) ke cairan yang lebih encer (konsentrasi solut lebih rendah) yang dilakukan pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal (Sudoyo 2014, p.2192). Hemodialisa adalah suatu teknologi tinggi sebagai terapi pengganti fungsi ginjal untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hydrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membran semipermeabel sebagai pemisah darah dan cairan dialisat pada ginjal

buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis, dan ultra filtrasi (Rendy & Margareth 2012, p.139).

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Sunarni (2009) tentang Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Menjalani Hemodialisa pada Penderita Gagal Ginjal Kronik Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta didapatkan dari 95 pasien gagal ginjal kronik tidak patuh dalam menjalani terapi hemodialisis sebanyak 65 pasien (68,4%).

Hal ini berbeda dengan penelitian Suparno (2008) yang menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan seseorang dalam menjalankan pengobatan berada dalam kategori patuh (55,0%) karena responden selalu diingatkan dan diantar oleh keluarganya setiap jadwal berobat.

Demikian juga yang diungkapkan oleh Syamsiah (2011) yang berjudul Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Pasien CKD yang Menjalani Hemodialisa Di RSPAU Dr. Esnawan Antariksa Halim Perdana Kusuma Jakarta, yaitu responden yang patuh lebih banyak daripada yang tidak patuh. Responden yang patuh didapatkan sebanyak 71,3 % (112 orang) sedangkan responden yang tidak patuh didapatkan sebanyak 28,7 % (45 orang).

Menurut asumsi peneliti, sebagian besar responden yang tidak patuh dalam menjalani terapi hemodialisis dilakukan pada responden yang lama menjalani HD (12-24 bulan) karena mereka memiliki tingkat cemas lebih rendah dalam menjalani HD. Hal ini disebabkan karena dengan lamanya seseorang menjalani hemodialisis, maka seseorang akan lebih

adaptif dengan tindakan dialisis. Pasien yang sudah lama menjalani terapi hemodialisis kemungkinan sudah dalam fase penerimaan.

Responden yang patuh disebabkan lama menjalani HD yang kurang dari 12 bulan yang mempunyai tingkat cemas yang lebih tinggi karena seseorang yang telah divonis menderita gagal ginjal harus menjalani terapi pengganti ginjal seumur hidup, dan salah satu pilihannya adalah hemodialisis. Pertama kali pasien gagal ginjal kronik didiagnosa harus menjalani dialisis jangka panjang.

3. Kepatuhan Terapi Pembatasan Cairan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan tidak patuh dalam melaksanakan terapi pembatasan cairan sebanyak 31 responden (67,4%) pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016.

Pada pasien gagal ginjal kronik yang tidak mematuhi pembatasan cairan (kategori tinggi) akan mengalami penumpukan cairan sehingga menyebabkan edema paru dan hipertropi pada ventrikel kiri (Sudoyo 2006, p.584). Penumpukan cairan dalam tubuh menyebabkan fungsi kerja jantung dan paru-paru berat, yang berakibat pada respon fisik pasien cepat lelah dan sesak, aktivitas fisik juga mengalami gangguan baik pada saat beraktivitas ringan maupun sedang. Pembatasan asupan cairan akan mengubah gaya hidup dan dirasakan pasien sebagai gangguan, serta diet yang

dianjurkan tersebut tidak disukai oleh kebanyakan penderita sehingga sering mengabaikan dietnya (Riyanto, 2011).

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Hadi (2015) tentang Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis dengan Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di RS PKU Muhammadiyah Unit II Yogyakarta didapatkan dari 54 responden didapatkan kepatuhan pembatasan cairan responden menunjukkan bahwa kepatuhan pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik dengan kategori sebanyak 18 orang (33,3%), kategori sedang sebanyak 25 orang (46,3%) dan kategori tinggi sebanyak 11 orang (20,4%).

Hal ini juga didukung oleh penelitian Sumigar (2015) yang berjudul Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Irian C2 dan C4 RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado hasil penelitian menunjukkan bahwa 62,5% penderita tidak patuh dan 37,5% penderita patuh.

Hal ini berbeda dengan hasil penelitian Kamaluddin (2009) tentang Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Asupan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisis Di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto dari 51 responden peneliti mendapatkan hasil 67,3% penderita patuh dan 32,7% penderita yang tidak patuh dalam mengurangi asupan cairan.

Menurut asumsi peneliti, responden yang patuh dalam menjalani terapi pembatasan cairan disebabkan lebih banyak responden berpendidikan SMA karena pendidikan merupakan faktor yang penting pada pasien CKD untuk dapat memahami dan mengatur dirinya sendiri dalam membatasi makan dan minum. Disamping itu adanya sikap yang positif terhadap ketaatan yang dijalannya dapat dinilai dari waktu kedatangan, tingkat keparahan penyakit, komplikasi penyerta, gagal ginjal yang makin memburuk. Responden yang tidak patuh dapat disebabkan kurangnya informasi yang didapat pasien tentang pembatasan cairan dan kurangnya dukungan keluarga dalam membantu pelaksanaan terapi pembatasan cairan bagi pasien GGK.

B. Analisis Bivariat

1. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pasien Menjalani Terapi Hemodialisa

Hasil analisis statistik di peroleh p value = 0,004 sehingga dapat dijelaskan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien menjalani terapi hemodialisa pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR= 8 artinya responden yang mempunyai dukungan keluarga yang kurang baik mempunyai peluang 8 kali tidak patuh menjalani terapi hemodialisa dibandingkan dengan responden yang mempunyai dukungan keluarga yang baik.

Baekeland dan Luddwall dalam Niven (2009) mengatakan bahwa keluarga merupakan faktor yang berpengaruh dalam menentukan program pengobatan pasien, derajat dimana seseorang terisolasi dari pendampingan orang lain, isolasi sosial secara negatif berhubungan dengan kepatuhan. Rini (2013) menyatakan bahwa dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan. Keluarga dapat membantu menghilangkan godaan pada ketidakpatuhan dan keluarga seringkali dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Umayah (2016) tentang Hubungan Tingkat Pendidikan, Pengetahuan, dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan dalam Pembatasan Asupan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) yang Menjalani Hemodialisa (HD) Rawat Jalan Di RSUD Kabupaten Sukoharjo didapatkan hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi hemodialisa dibuktikan dengan nilai p value = 0,047.

Hal ini juga didukung oleh penelitian Cornelia (2012) yang berjudul Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dalam Menjalani Hemodialisis Di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten didapatkan hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi hemodialisa dibuktikan dengan nilai p value = 0,001.

Demikian juga yang diungkapkan oleh Crish (2014) yang berjudul Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Pasien GGK yang Menjalani Hemodialisa Di BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado didapatkan hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi hemodialisa dibuktikan dengan nilai $p \text{ value} = 0,009$.

Menurut asumsi peneliti adanya responden yang mempunyai dukungan keluarga yang kurang baik tapi patuh dalam menjalani terapi Hemodialisa disebabkan faktor motivasi yang tinggi dari pasien GGK yang mempunyai keinginan untuk hidup lebih lama karena pasien GGK sangat bergantung dengan terapi hemodialisa serta adanya pemahaman dan pengetahuan yang baik mengenai komplikasi penyakit GGK.

Pasien yang mempunyai dukungan keluarga yang baik tapi tidak patuh dalam menjalani terapi HD disebabkan responden masih baru menderita penyakit gagal ginjal kronik dan belum menerima keadaan terapi Hemodialisa karena 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 terapi Hemodialisa.

2. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pembatasan Cairan

Hasil uji statistic diperoleh nilai $p = 0,006$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan Kepatuhan pasien menjalani pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 7,9$ artinya responden yang mempunyai dukungan keluarga yang kurang baik mempunyai peluang 7,9 kali tidak patuh menjalani terapi pembatasan cairan dibandingkan dengan responden yang mempunyai dukungan keluarga yang baik.

Kepatuhan adalah ketaatan pasien dalam melaksanakan tindakan terapi. Kepatuhan pasien berarti bahwa pasien dan keluarga harus meluangkan waktu dalam menjalani pengobatan yang dibutuhkan (Potter & Perry, 2006). Menurut Niven (2002) menyatakan bahwa dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan. Keluarga dapat membantu menghilangkan godaan pada ketidakpatuhan dan keluarga sering kali menjadi kelompok pendukung untuk kepatuhan. Kepatuhan terapi pada penderita hemodialisa merupakan hal yang penting untuk diperhatikan, karena jika pasien tidak patuh akan terjadi penumpukan zat-zat berbahaya dari tubuh hasil metabolisme dalam darah sehingga penderita merasa sakit pada seluruh tubuh dan jika hal tersebut dibiarkan dapat menyebabkan kematian. Pada dasarnya penderita gagal ginjal baik akut maupun kronik sangat tergantung pada terapi hemodialisa

yang fungsinya menggantikan sebagian fungsi ginjal (Sunarni 2009, p.2 : Potter & Perry 2006).

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Geledis (2015) tentang Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Irina C2 dan C4 RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado didapatkan hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan cairan dibuktikan dengan nilai $p\text{ value} = 0,001$ yang berarti bahwa nilai $p\text{ value} < 0,05$.

Hal ini juga didukung oleh penelitian Yuliana (2015) tentang Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pembatasan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Terapi Hemodialisis Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta didapatkan hubungan yang signifikan dibuktikan dari nilai $p\text{ value}$ sebesar 0,039 ($p < 0,05$).

Begitu juga yang diungkapkan oleh penelitian Eti (2016) yang berjudul Hubungan Tingkat Pendidikan, Pengetahuan, dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan dalam Pembatasan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa Rawat Jalan Di RSUD Kabupaten Sukoharjo didapatkan hubungan yang signifikan dibuktikan dari nilai $p\text{ value}$ sebesar 0,047 ($p < 0,05$).

Menurut asumsi peneliti, beberapa responden yang mempunyai dukungan keluarga yang baik tapi mempunyai ketidakpatuhan dalam menjalani terapi pembatasan cairan disebabkan faktor genetik dan gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok dan mengkonsumsi makanan yang dapat meningkatkan asupan cairan disamping itu faktor pendidikan responden yang rendah dan sikap

yang apatis serta belum adanya penerimaan diri dalam pelaksanaan terapi pembatasan cairan.

Responden yang memiliki peran keluarga yang baik tapi patuh menjalani terapi pembatasan cairan disebabkan adanya sikap dan perilaku kesehatan yang baik dalam menjaga kesehatan dan termotivasi untuk menerapkan hidup sehat dengan merubah gaya hidup yang tidak sehat seperti mengurangi makanan yang memicu komplikasi gagal ginjal kronik. Motivasi dan penghargaan baik dalam diri seseorang ataupun dari praktisi kesehatan sehingga dapat meningkatkan perilaku kesehatan khususnya perilaku kepatuhan dalam pembatasan asupan cairan.

BAB VII PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 46 responden pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Achmad Moechtar Bukittinggi tahun 2016, dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Lebih dari sebagian responden memiliki dukungan keluarga kurang baik (58,7%)
2. Lebih dari sebagian responden tidak patuh dalam menjalani terapi hemodialisa (54,3%)
3. Lebih dari sebagian responden tidak patuh dalam pembatasan cairan (67,4%)
4. Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi hemodialisa pada pasien gagal ginjal kronik (p value = 0,004 ; OR = 8).
5. Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik (p value = 0,006 ; OR = 7,9).

B. Saran

1. Bagi Responden

Diharapkan untuk dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap positif dalam menjalankan terapi hemodialisa dan pembatasan cairan untuk meningkatkan dan memelihara status kesehatan dan anggota keluarga,

agar dapat berperan aktif memotivasi penderita gagal ginjal kronik menjalankan terapi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi acuan bagi kepastakaan dan sebagai kerangka acuan bagi penelitian berikutnya dimasa yang akan datang khususnya tentang kepatuhan dalam menjalankan terapi hemodialisa dan pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik dalam memberikan tambahan pengetahuan dibidang ilmu yang diteliti, terutama bagi organisasi profesi tenaga keperawatan.

3. Bagi Tempat Penelitian

Diharapkan kepada petugas kesehatan untuk menerapkan program terapi hemodialisa dan pembatasan cairan pada kliennya juga diharapkan untuk memberikan penyuluhan kesehatan betapa penting dan bermanfaatnya program terapi terapi hemodialisa dan pembatasan cairan untuk meningkatkan dan memelihara status kesehatan penderita gagal ginjal kronik

DAFTAR PUSTAKA

- Alam & Hadibroto, 2008, *Gagal Ginjal*, PT.Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Almatsier, S, 2008, *Penuntun Diet*, Edisi baru. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013, Hasil Riskesdas 2013 [online], Kementerian Kesehatan RI, Jakarta, dari : www.depkes.go.id. [20 Oktober 2015]
- Beck, E. M, 2011, *Ilmu Gizi dan Diet: Hubungannya dengan Penyakit-Penyakit untuk Perawat dan Dokter*, Yayasan Essentia Medica, Yogyakarta.
- Berman, A. J, Snyder, S, 2006, *Fundamental Keperawatan: Konsep Proses & Praktik*, Buku Kedokteran EGC, Ed 7, Jakarta.
- Black & Hawks, 2009, *Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes*, Eight Ed. Elsevier, US of America.
- Budiyo, 2015, *Konsep Dasar Keperawatan*, Jakarta : Bumi Medika
- Chang, E, Daly, J & Elliott, D, 2010, *Patofisiologi: Aplikasi pada Praktik Keperawatan*, Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Desita Sari, 2014, “Hubungan Tingkat Pengetahuan, Sikap, dan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa”, [Skripsi. Studi Ilmu Keperawatan Yuniversitas Riau]
- Harnilawati, 2013, *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga* [online]. As Salam, Sulawesi Selatan, dari : <http://www.books.google.co.id> [20 Oktober 2015].
- Hartono, A, 2008, *Rawat Ginjal Cegah Cuci Darah*, Kanisius, Yogyakarta.
- Husna, A, 2014, *Perbedaan Tingkat Kepatuhan Pasien Hemodialisa Berdasarkan Jenis Kelamin dalam Mematuhi Diet di RSUD Dr. Prigadi kota Medan* [online], Student Paper, USU, Medan, dari : repository.usu.ac.id [20 Oktober 2015].
- Kamaluddin, R, Rahayu, E, 2009, ‘Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Asupan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisa di RSUP Prof. Dr. Margono Soekarno Purwokerto’, *Jurnal Keperawatan Soedirman*, Vol 4, No. 1, Maret, pp 20-31.
- Lewis, S. L. et al, 2011, *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*, International edition, Elsevier, US of America.

- Nadesul, H., 2014, Mencegah Serangan Jantung Stroke dan Gagal Ginjal, Kompas Media Nusantara, Jakarta.
- Noto atmodjo, S, 2012, Metodologi Penelitian Kesehatan, Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S, 2010, Metodologi Penelitian Kesehatan, Edisi revisi cetakan pertama, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam, 2009, Perawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan, Salemba Medika, Jakarta.
- O'Callaghan, 2006, At a Glance Sistem Ginjal, Edisi kedua, Erlangga, Jakarta.
- Pagunsan, 2006, Ginjal Si Penyaring Ajaib, Indonesia Publishing House, Bandung.
- Panjaitan, Magdalena, 2014, "Gambaran Kepatuhan Diet dan Dukungan Keluarga Pada Penderita Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Rawat Jalan Di RSUD H. Medan", [Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatra Utara]
- Prabowo & Pranata, 2014, Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Price & Wilson, 2006, Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit, Buku Kedokteran EGC, Edisi 6, Jakarta.
- Rendy & Margareth, 2012, Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam, Nuha Medika, Yogyakarta.
- RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, 2015, Catatan Medical Record RSUD Dr. Achmad Mochtar, Bukittinggi.
- Setiati, et al, 2014, Ilmu Penyakit Dalam, Interna Publishing, Jakarta.
- Smeltzer, S. C. Et al, 2010, Medical-Surgical Nursing. Twelfth Edition, Wolters Kluwer, London.
- Sudoyo, A. W. et al, 2006, Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Edisi IV- Jilid 1, Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Sumigar, G, Rompas, S, Pondaag, L, 2015, 'Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di Irina C2 dan C4 RSUP Prof. Dr. R. D. Kadou Manado', Jurnal Keperawatan, Vol 3, No. 1, Februari, pp 1-7.

Sunarni, 2009, 'Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Menjalani Hemodialisa pada Penderita Gagal Ginjal Kronik di RSUD Dr.Moewardi Surakarta', [Skripsi]. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Tarwoto & Wartonah, 2006, Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan, Edisi 3. Salemba Medika, Jakarta.

Yulia Sari, 2015, "Pemberian Diet Modifikasi Komersial Beserta Pengaruhnya Terhadap Asupan Makanan dan Status Gizi Pasien Penyakit Gagal Ginjal Kronik Prehemodialisis Di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi", [Tesis. Studi S2 Ilmu Gizi Institut Pertanian Bogor]

Zurmeli, 201, "Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisis Di RSUD Arifin Ahmad Pekanbaru", Skripsi. Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau]

Lampiran 1

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : DEWI FITRIA AFRI

NIM : 1214202145

Adalah mahasiswa S1 Keperawatan dari STIKes Fort De Kock yang bermaksud mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pasien Menjalani Terapi Hemodialisa dan Pembatasan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016”. Dengan ini meminta kesediaan saudara/i menjadi responden pada penelitian ini. Penelitian ini semata-mata bertujuan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan tidak menimbulkan kerugian bagi responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Apabila Saudara/i menyetujui, maka dengan ini saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas perhatian dan kesediaan Saudara/i saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Peneliti

Lampiran 2

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama/ Inisial :.....

Umur :.....

Menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh saudari Dewi Fitria Afri mahasiswa STIKes Fort De Kock Bukittinggi yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pasien Menjalani Terapi Hemodialisa Dan Pembatasan Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016”. Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan memberikan dampak yang merugikan terhadap saya, dan jawaban atau informasi yang saya berikan adalah yang sebenarnya tanpa ada tekanan dari pihak manapun.

Demikian surat pernyataan ini saya tandatangani atas dasar sukarela dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Bukittinggi, Desember 2015

Peneliti

Responden

Dewi Fitria Afri

()

Lampiran 3

KISI-KISI KUESIONER

“Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pasien Menjalani
Terapi Hemodialisa dan Pembatasan Cairan pada Pasien Gagal
Ginjal Kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar
Bukittinggi Tahun 2016”

Variabel	Indikator	No item pernyataan
A. Dukungan Keluarga	Dukungan Emosional	1-5
	Dukungan Penghargaan	6-10
	Dukungan Informasi	11-15
	Dukungan Instrumental	16-20
B. Kepatuhan	Kepatuhan Hemodialisa	21-30
	Kepatuhan Pembatasan Cairan	31-40

Lampiran 4

LEMBARAN KUESIONER

NO.RESPONDEN

“Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pasien Menjalani
Terapi Hemodialisa dan Pembatasan Cairan pada Pasien
Gagal Ginjal Kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar
Bukittinggi Tahun 2016”

Petunjuk pengisian kuesioner:

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap item pernyataan dalam kuesioner ini.
2. Isilah titik-titik yang tersedia pada bagian identitas responden dengan benar.
3. Isilah kuesioner dengan memberi tanda cek list (√) pada kolom yang sudah disediakan sesuai dengan keadaan anda:
Selalu(S), Sering (SR), Jarang (J), Tidak pernah (TP)

Identitas Responden

1. Nama Responden/ Inisial :
2. Umur : Tahun
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan :
5. Lama menjalani HD :

A. DUKUNGAN KELUARGA

NO	PERNYATAAN	S	SR	J	TP
Dukungan Emosional					
1	Keluarga memberikan semangat kepada saya untuk tetap mengikuti terapi dan pengobatan secara teratur				
2	Keluarga menanyakan keluhan-keluhan yang bapak/ ibu rasakan saat menjalani terapi				
3	Keluarga memberikan kekuatan kepada saya untuk mengatasi rasa takut saat mengikuti terapi hemodialisa				
4	Saya merasa kurang diperhatikan oleh keluarga selama saya sakit				
5	Keluarga bersikap emosional dalam merawat saya				
Dukungan Penghargaan					
6	Keluarga memberikan pujian terhadap kemajuan yang saya alami setelah menjalani terapi				
7	Keluarga memberikan nasehat untuk mengatasi efek samping yang timbul akibat hemodialisa				
8	Keluarga berusaha memberikan semangat bagi saya untuk mempertahankan pengobatan hemodialisa				

9	Keluarga marah bila ada sikap negatif yang muncul dari saya				
10	Keluarga tidak meminta pendapat saya terkait pengobatan yang akan saya jalani				
Dukungan Informasi					
11	Keluarga menjelaskan kepada saya tentang pentingnya menjaga kesehatan				
12	Keluarga mengingatkan saya tentang jadwal cuci darah				
13	Keluarga mengingatkan saya tentang diet cairan yang dianjurkan oleh petugas kesehatan				
14	Keluarga tidak mengingatkan saya mengenai bahayanya pola makan yang berlebihan terhadap saya				
15	Keluarga tidak memberi penjelasan terkait hal-hal yang dapat mempercepat penyembuhan saya				
Dukungan Instrumental					
16	Keluarga membantu saya dalam mengatasi masalah perekonomian dengan memberikan bantuan dana				
17	Keluarga membantu saya dalam pengobatan di rumah seperti dalam hal diet cairan				
18	Keluarga mempersiapkan semua kebutuhan yang saya butuhkan untuk berobat				
19	Saya menjalani terapi sendiri tanpa ditemani oleh keluarga				
20	Saya melakukan kegiatan sehari-hari sendiri tanpa dibantu oleh keluarga				

(Evelina 2009).

B. KEPATUHAN HEMODIALISA

NO	PERNYATAAN	Ya	Tidak
21	Saya mengikuti terapi hemodialisa dua kali seminggu atau sesuai aturan protap yang berlaku di ruangan hemodialisa		
22	Saya selalu bersemangat mengikuti terapi hemodialisa		
23	Saya tidak pernah absen dalam mengikuti terapi hemodialisa		
24	Saya hadir ketempat terapi sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan petugas		
25	Saya merasa rugi jika tidak mengikuti terapi hemodialisa sesuai jadwal		
26	Saya kurang teratur dalam menjalani terapi hemodialisa yang disebabkan oleh beberapa hal		
27	Saya berkeinginan untuk berhenti melaksanakan terapi hemodialisa		

28	Terkadang saya hanya datang kerumah sakit untuk melakukan terapi hemodialisa ketika merasa tidak enak badan		
29	Saya tidak pergi melakukan terapi hemodialisa karena tidak ada keluarga yang menemani		
30	Saya merasa bosan melakukan terapi hemodialisa		

(Supriyanto 2013).

C. KEPATUHAN PEMBATAAN CAIRAN

NO	PERNYATAAN	Ya	Tidak
31	Saya mengkonsumsi asupan cairan sebanyak jumlah air kencing (urine) dalam sehari ditambah dengan ± 500 cc (2-3 gelas belimbing) atau sesuai aturan		
32	Saya mengikuti anjuran untuk membatasi buah-buahan dengan kandungan tinggi air (seperti semangka, melon, pepaya, pir, jeruk, dll)		
33	Saya mengukur konsumsi minum sehari-hari dengan akurat		
34	Saya mengukur jumlah air kencing (urine) dalam sehari		
35	Ketika kebutuhan cairan saya sudah mencapai batas, tetapi saya haus, maka untuk menghilangkan haus biasanya yang saya lakukan mengulum es batu atau sikat gigi dan berkumur		
36	Saya mengkonsumsi asupan cairan lebih dari 1000cc dalam sehari		
37	Saya mengkonsumsi air dalam porsi besar dan selalu habis		
38	Setiap cuci darah / hemodialisa, berat badan saya bertambah dari berat badan sebelumnya		
39	Saya kesulitan untuk membatasi asupan cairan seperti yang di anjurkan		
40	Kadang-kadang saya mengkonsumsi makanan kesukaan dengan kandungan tinggi air tanpa dibatasi		

(Hirmawaty 2014).



BIDANG SUMBER DAYA MANUSIA
RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
Jl. Dr. A. Rivai - Bukittinggi



No : 099/242 /RSAM-SDM/X/2015
Lamp : -
Hal : Pengambilan Data & Izin Penelitian

Bukittinggi, 21 Oktober 2015,

Kepada Yth:

1. Ka Bidang Pelayanan & Rekam Medik
2. Kabid Keperawatan
3. Karu
4. Ka. Poli.....

RSUD Dr. Achmad Mochtar
di- Bukittinggi

Dengan hormat,

Bersama ini kami sampaikan bahwa yang tersebut dibawah ini :

Nama : Dewi Fitria Afri
NIP : 1214202145
Instansi : S1 Keperawatan STIKes Ford De Kock Bukittinggi

Akan melakukan Pengambilan Data Awal / Penelitian dengan judul " Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Pasien Yang Menjalani Terapi Hemodialisa Dan Pembatasan Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015".

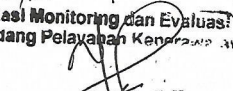
Demikian disampaikan atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terimakasih.

Kabid SDM,

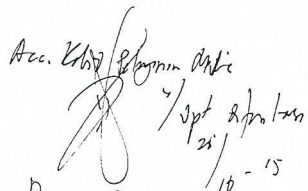

Drg. Sesmarly
Nip. 19650925 199903 2

Rece/21/10/15

Kasi Monitoring dan Evaluasi
Bidang Pelayanan Keperawatan


Ns. YOSEFINA, S. Ke
Nip. 19751028 198803 2 00

4/ Kasi HP, tly di gantikan

Acc. Kabid Pelayanan Medik

4/ Spt 21/10/15
Dr. DENDI M



PEMERINTAH PROPINSI SUMATERA BARAT
RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

JALAN DR. A. RIVAI - BUKITTINGGI
Telp. Hunting (0752) 21720 - 21492 - 21831 - 21322
Fax. (0752) 21321 Telp. Dir. (0752) 33825



No : 073/ 1812 /RSAM-SDM/II /2016
Lamp : -
Hal : Pengembalian Mahasiswa

Bukittinggi, 18 Februari 2016

Kepada Yth.
Sdr. Ka.Prodi STIKes For De Kock

di -
BUKITTINGGI

Dengan hormat,

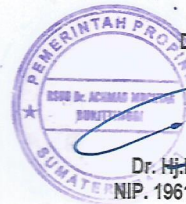
Sehubungan dengan telah selesainya pengambilan data dan penelitian Mahasiswa STIKes Fort De Kock Bukittinggi, maka bersama ini kami kembalikan ke Institusi Pendidikan atas nama :

N a m a : Dewi Fitria Afri
NIM : 1214202145
Institusi : S1 Keperawatan STIKes Fort De Kock Bukittinggi.

Dengan judul Penelitian " Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan pasien Menjalani Terapi Hemodialisa dan Pembatasan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016 "

Untuk keperluan pengembangan Bidang SDM (Seksi Diklit) RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi diharapkan kepada Saudara untuk dapat memberikan hasil Penelitian Mahasiswa tersebut diatas kepada kami sebelum Ijazah yang bersangkutan diberikan.

Demikianlah disampaikan atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terimakasih.



Direktur ,

Dr. H. ERMAWATI.M.Kes
NIP. 19610423 198710 2 001

[illegible][illegible]

Lampiran 8

Hasil Pengolahan Data

Frequency Table

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	25-35 thn	24	52,2	52,2	52,2
	36-45 thn	22	47,8	47,8	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	19	41,3	41,3	41,3
	Perempuan	27	58,7	58,7	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	9	19,6	19,6	19,6
	SMP	12	26,1	26,1	45,7
	SMA	20	43,5	43,5	89,1
	Diploma/Sarjana	5	10,9	10,9	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Lama menjalani Hemodialisa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6-11 bulan	15	32,6	32,6	32,6
	12-24 bulan	21	45,7	45,7	78,3
	>24 bulan	10	21,7	21,7	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Dukungan Keluarga	46	40	71	54,28	6,937
Kepatuhan Terapi Hemodialisa	46	1	10	5,80	2,587
Kepatuhan Pembatasan Cairan	46	2	9	5,15	2,118
Valid N (listwise)	46				

Frequency Table

Dukungan Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Baik	27	58,7	58,7	58,7
Baik	19	41,3	41,3	100,0
Total	46	100,0	100,0	

Kepatuhan Terapi Hemodialisa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Patuh	25	54,3	54,3	54,3
Patuh	21	45,7	45,7	100,0
Total	46	100,0	100,0	

Kepatuhan Pembatasan Cairan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Patuh	31	67,4	67,4	67,4
Patuh	15	32,6	32,6	100,0
Total	46	100,0	100,0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Keluarga * Kepatuhan Terapi Hemodialisa	46	100,0%	0	,0%	46	100,0%

Dukungan Keluarga * Kepatuhan Terapi Hemodialisa Crosstabulation

			Kepatuhan Terapi Hemodialisa		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
Dukungan Keluarga	Kurang Baik	Count	20	7	27
		Expected Count	14,7	12,3	27,0
		% within Dukungan Keluarga	74,1%	25,9%	100,0 %
	Baik	Count	5	14	19
		Expected Count	10,3	8,7	19,0
		% within Dukungan Keluarga	26,3%	73,7%	100,0 %
Total		Count	25	21	46
		Expected Count	25,0	21,0	46,0
		% within Dukungan Keluarga	54,3%	45,7%	100,0 %

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	10,252 ^a	1	,001	,002	,002
Continuity Correction ^b	8,418	1	,004		
Likelihood Ratio	10,617	1	,001		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	10,029	1	,002		
N of Valid Cases	46				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,67.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Dukungan Keluarga (Kurang Baik / Baik)	8,000	2,104	30,415
For cohort Kepatuhan Terapi Hemodialisa = Tidak Patuh	2,815	1,284	6,170
For cohort Kepatuhan Terapi Hemodialisa = Patuh	,352	,176	,703
N of Valid Cases	46		

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Keluarga * Kepatuhan Pembatasan Cairan	46	100,0%	0	,0%	46	100,0%

Dukungan Keluarga * Kepatuhan Pembatasan Cairan Crosstabulation

			Kepatuhan Pembatasan Cairan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
Dukungan Keluarga	Kurang Baik	Count	23	4	27
		Expected Count	18,2	8,8	27,0
		% within Dukungan Keluarga	85,2%	14,8%	100,0 %
	Baik	Count	8	11	19
		Expected Count	12,8	6,2	19,0
		% within Dukungan Keluarga	42,1%	57,9%	100,0 %
Total		Count	31	15	46
		Expected Count	31,0	15,0	46,0
		% within Dukungan Keluarga	67,4%	32,6%	100,0 %

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,418 ^a	1	,002	,004	,003
Continuity Correction ^b	7,560	1	,006		
Likelihood Ratio	9,570	1	,002		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	9,214	1	,002		
N of Valid Cases	46				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,20.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Dukungan Keluarga (Kurang Baik / Baik)	7,906	1,952	32,025
For cohort Kepatuhan Pembatasan Cairan = Tidak Patuh	2,023	1,167	3,507
For cohort Kepatuhan Pembatasan Cairan = Patuh	,256	,096	,683
N of Valid Cases	46		

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Efriza, SKM, MKM

Jabatan : Ketua Research Center STIKes Fort De Kock Bukittinggi

Menerangkan bahwa nama yang tersebut dibawah ini telah melakukan analisis data

sesuai dengan prosedur pengolahan dan analisis data

Nama : DEWI FITRIA AFRI

NIM : 1214202145

Judul : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pasien
Menjalani Terapi Hemodialisa Dan Pembatasan Cairan Pada
Pasien Gagal Ginjal Kronik Di RSUD Dr. Achmad Mochtar
Bukittinggi Tahun 2016

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bukittinggi, 11 februari 2016

Mahasiswi



(Dewi Fitria Afri)

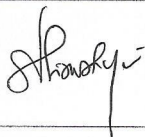
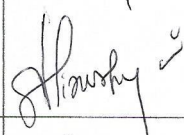
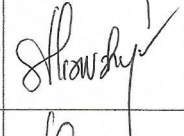
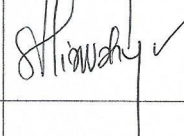
Yang menerangkan



(Efriza, SKM, MKM)

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
LEMBAR KONSULTASI/BIMBINGAN SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Dewi Fitria Afri
 NIM : 1214202145
 Prodi : Keperawatan
 Pembimbing I : Aria Wahyuni, M.Kep, Ns, Sp.Kep, MB
 Judul Proposal : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pasien
 Menjalani Terapi Hemodialisa dan Pembatasan Cairan pada
 Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar
 Bukittinggi Tahun 2016

No	Hari/tanggal	Materi bimbingan	Tanda tangan
1	27/2/16	- Bab V Perbaikan Interpretasi data - Perhatikan kembali kode	
2	16/04/16	Jurnal minimal 3 buah per minggu	
3	30/04/16	Buat pengelompokan	
4	23/04/16	Acc usian skripsi	
5			

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
LEMBAR KONSULTASI/BIMBINGAN SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Dewi Fitria Afri

NIM : 1214202145

Pembimbing 2 : Ns. Wenny Lazdia, S.Kep, MAN

Judul : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pasien Menjalani Terapi Hemodialisa dan Pembatasan Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016

No	Tanggal / Hari	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1	27/4/2016	- abstrak - spasi - Pembahasan	yes
2	28/4/2016	- Abstrak English - minimal kata dalam Pembuatan Abstrak - Hasil penelitian	yes
3	29/04/2016	- Pembacaan tabel - Pembahasan	yes
4		teori penelitian kerangka Assumsi Kritik	
5	30/04/2016	Ace njan	yes