

SKRIPSI
HUBUNGAN KEPATUHAN PEMBatasan CAIRAN
TERHADAP TERJADINYA *HIPERVOLEMIA* PADA
PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANG
HEMODIALISA RSUD Dr. HARJONO
PONOROGO



Oleh:

SIELA FEBRIANTI AINUR RAHMA

201302103

PRODI S1 KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN

2017

SKRIPSI
HUBUNGAN KEPATUHAN PEMBATASAN CAIRAN
TERHADAP TERJADINYA *HIPERVOLEMIA* PADA
PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANG
HEMODIALISA RSUD Dr. HARJONO
PONOROGO

Diajukan untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam
mencapai gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)



Oleh:

SIELA FEBRIANTI AINUR RAHMA

201302103

PRODI S1 KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN
2017

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Tugas Akhir Skripsi dan dinyatakan telah memenuhi sebagian syarat memperoleh gelar S.Kep

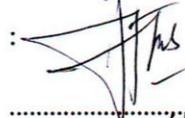
Pada tanggal

Dewan Penguji

1. Kuswanto, S.Kep.,Ns.,M.Kes



2. Istikomah, S.Kep.,Ns.,M.Kes



3. Eulis Liawati, S.Kep.,M.Kes



Mengesahkan

STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun

Ketua,



Zaenal Abidin, S.KM.,M.Kes (Epid)

NIS. 20160130

HALAMAN PERNYATAAN

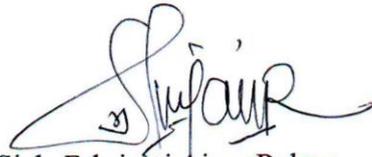
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Siela Febrianti Ainur Rahma

NIM : 201302103

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan dalam memperoleh gelar sarjana di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan baik yang sudah maupun belum/ tidak dipublikasikan, sumbernya dijelaskan dalam tulisan dan daftar pustaka.

Madiun, Agustus 2017



Siela Febrianti Ainur Rahma

NIM. 201302103

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Siela Febrianti Ainur Rahma

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat, Tanggal Lahir : Ponorogo, 24 Februari 1995

Agama : Islam

Alamat : Ds. Sraten Kec. Jenangan Kab. Ponorogo

Email : sielafebrianti08@gmail.com

Riwayat Pendidikan : SDN Sraten (2001-2006)

SMPN 1 Jenangan Ponorogo (2007-2009)

SMAN 1 Babadan Ponorogo (2010-2012)

Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar Pengesahan	ii
Lembar Pernyataan Keaslian Penelitian	iii
Daftar Riwayat Hidup	iv
Daftar Isi	v
Daftar Gambar	viii
Daftar Tabel	ix
Daftar Singkatan	x
Daftar Istilah	xi
Daftar Lampiran.	xii
Kata Pengantar.	xiii
Abstrak.	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.5 Keaslian Penelitian.	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Kepatuhan	7
2.1.1 Pengertian Kepatuhan	7
2.1.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan.	8
2.2 Konsep Gagal Ginjal Kronik	10
2.2.1 Pengertian Gagal Ginjal Kronik	10
2.2.2 Etiologi.	10
2.2.3 Manifestasi Klinis	11
2.2.4 Stadium Gagal Ginjal Kronik.	12

2.2.5	Patofisiologi	13
2.2.6	Penatalaksanaan.....	17
2.2.7	Pemeriksaan Penunjang	24
2.2.8	Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisis	25
2.3	Konsep Keseimbangan Cairan dan Elektrolit.....	26
2.3.1	Distribusi Cairan Tubuh.....	26
2.3.2	Pengaturan Cairan Tubuh.....	26
2.3.3	Gangguan Keseimbangan Cairan dan Elektrolit	27
2.4	Konsep Hipervolemia.....	28
2.4.1	Pengertian Hipervolemia.....	28
2.4.2	Etiologi.....	29
2.4.3	Patofisiologi	29
2.4.4	Manifestasi Klinis.....	30
2.5	Kerangka Teori	31
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN		
3.1	Kerangka Konseptual	32
3.2	Hipotesis	33
BAB 4 METODE PENELITIAN		
4.1	Rancangan Penelitian	34
4.2	Populasi, Sampel, dan Sampling.....	34
4.2.1	Populasi.....	34
4.2.2	Sampel.....	34
4.2.3	Sampling	36
4.3	Kerangka Kerja	36
4.4	Variabel Penelitian	38
4.4.1	Klasifikasi Variabel	38
4.4.2	Definisi Operasional Variabel.....	38
4.5	Pengumpulan Data	40
4.5.1	Proses Pengumpulan Data.....	40
4.5.2	Sumber Data Penelitian.....	41
4.5.3	Metode Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian.....	41

4.5.4 Uji Validitas	42
4.5.5 Uji Reliabilitas.....	43
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian	43
4.7 Cara Analisis Data	43
4.8 Etika Penelitian.....	48
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	
5.1 Gambaran Proses Pengambilan Data dan Lokasi Penelitian.....	51
5.2 Data Umum.....	52
5.3 Data Khusus.....	56
5.4 Pembahasan	59
5.4.1 Kepatuhan Pembatasan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik.....	59
5.4.2 Kejadian Hipervolemia pada Pasien Gagal Ginjal Kronik	68
5.4.3 Hubungan Kepatuhan Pembatasan Ciran Terhadap Terjadinya Hipervolemia	70
5.5 Keterbatasan Penelitian	73
BAB 6 PENUTUP	
6.1 Kesimpulan.....	74
6.2 Saran.....	75
Daftar Pustaka	
Lampiran	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.2 Pathway Gagal Ginjal Kronik	16
Gambar 2.5 Kerangka Teori.....	31
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual.....	32
Gambar 4.3 Kerangka Kerja Penelitian	37

DAFTAR TABEL

Tabel 2.2 Klasifikasi Penyakit Gagal Ginjal Kronik	12
Tabel 2.2 Penatalaksanaan Penyakit Gagal Ginjal Kronik	24
Tabel 2.3 Kisaran Hubungan Cairan Harian Orang Dewasa	27
Tabel 4.4 Definisi Operasional Variabel.....	39
Tabel 4.7 Daftar Nilai Keeratan Hubungan Antara Variabel.....	47
Tabel 5.1 Distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin	52
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi berdasarkan usia.....	53
Tabel 5.3 Distribusi frekuensi berdasarkan pendidikan terakhir	53
Tabel 5.4 Distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan.....	54
Tabel 5.5 Distribusi frekuensi berdasarkan lama HD	54
Tabel 5.6 Distribusi frekuensi berdasarkan pengetahuan pembatasan cairan	55
Tabel 5.7 Distribusi frekuensi berdasarkan dukungan keluarga	55
Tabel 5.8 Distribusi frekuensi kepatuhan pembatasan cairan	56
Tabel 5.9 Distribusi frekuensi kejadian hipervolemia	57
Tabel 5.10 Distribusi frekuensi hubungan kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya hipervolemia	58
Tabel 1. Kisi-Kisi Kuesioner Kepatuhan Pembatasan Cairan.....	83

DAFTAR SINGKATAN

GGK	:	Gagal Ginjal Kronik
Risikesdas	:	Riset Kesehatan Dasar
ESRD	:	End Stage Renal Disease
ARF	:	Acut Renal Failure
RSUD	:	Rumah Sakit Umum Daerah
IDWG	:	Interdialytic Weight Gain
CRF	:	Chronic Renal Failure
BUN	:	Blood Urea Nitrogen
HDL	:	High-Density Lipoprotein
CKD	:	Cronic Kidney Disease
IWL	:	Insensible Water Loss
HD	:	Hemodialisis
EPO	:	Erythropoietin
LFG	:	Laju Filtrasi Glomerulus
KUB	:	Kidney, Ureter, and Bladder
CT	:	Computerized Tomography
CES	:	Cairan Ekstrasel
CIS	:	Cairan Intrasel
FVD	:	Fluid Volume Deficit
FVE	:	Fluid Volume Excess
ECF	:	Extra Celular Fluid
GFR	:	Gromerular Filtration Rate
COP	:	Cryptogenic Organizing Pneumonia

DAFTAR ISTILAH

End Stage Renal Disease	:	Gagal ginjal tahap akhir
Interdialytic Weight Gain	:	Peningkatan volume cairan yang dimanifestasikan dengan peningkatan berat badan sebagai indikator untuk mengetahui jumlah cairan yang masuk selama periode interdialitik.
Hipervolemia	:	Kelebihan cairan didalam bagian-bagian ekstraseluler (CES).
Adherence	:	Kepatuhan
Predisposisi	:	Pendorong
Reinforcing	:	Penguat
Enabling	:	Pemungkin
Cronic Renal Failure	:	Gagal ginjal kronik
Uremic Frosts	:	Kristal deposit yang tampak pada pori-pori kulit
High-Density Lipoprotein	:	Kolesterol lipoprotein berkepadatan rendah.
Self Efficacy	:	Kepercayaan
Fluid volume deficit	:	Defisit volume cairan
Fluid volume excess	:	Kelebihan volume cairan
Informed Consent	:	Lembar persetujuan
Anonimity	:	Tanpa nama
Confidentiality	:	Kerahasiaan

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Ijin Penelitian.....	81
Lampiran 2 Permohonan Menjadi Responden	83
Lampiran 3 Persetujuan Menjadi Responden (<i>Inform Consent</i>)	84
Lampiran 4 Kisi-Kisi Kuesioner Penelitian	85
Lampiran 5 Kuesioner Kepatuhan Pembatasan Cairan	86
Lampiran 6 Panduan Perhitungan Berat Badan.....	89
Lampiran 7 Lembar Pengukuran Hipervolemia	89
Lampiran 8 Data Umum Responden	91
Lampiran 9 Nilai Kuesioner Kepatuhan Pembatasan Cairan.....	93
Lampiran 10 Data Kejadian Hipervolemia	95
Lampiran 11 Hasil Tabulasi Data.....	98

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan dengan segala kerendahan hati atas kehadiran Allah Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Hubungan Kepatuhan Pembatasan Cairan Terhadap Terjadinya *Hipervolemia* pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa RSUD Dr Harjono Ponorogo” dengan baik dan lancar.

Peneliti menyadari dengan sepenuh hati bahwa dalam rangka kegiatan penyusunan skripsi ini tidak akan terlaksana sebagaimana yang diharapkan tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak yang telah memberikan banyak bimbingan, arahan dan motivasi kepada peneliti. Untuk itu dalam kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Bapak Zaenal Abidin, SKM.,M.Kes (Epid) selaku Ketua Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun
2. Mega Arianti P, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku kaprodi S1 Keperawatan Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan penyusunan skripsi.
3. Istikomah, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing 1 yang telah meluangkan banyak waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan kerjasamanya selama penyusunan skripsi ini.
4. Eulis Liawati, S.Kep.,M.Kes selaku pembimbing 2 yang dengan kesabaran dan ketelitiannya dalam membimbing sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
5. Segenap Staf Pengajar Program Studi S-1 Keperawatan Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun yang telah memberikan ilmu pengetahuannya kepada peneliti selama duduk di bangku kuliah.
6. Segenap Jajaran Staf dan Karyawan Akademik dan Perpustakaan Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun yang telah banyak membantu dalam pengadaan referensi-referensi sebagai bahan rujukan skripsi.

7. Teruntuk kedua orang tuaku yang senantiasa selalu memberikan dukungan baik materiil maupun spiritual serta do'a yang selalu mengiringi di setiap langkahku sehingga peneliti dapat menyelesaikan pendidikan pada jenjang perguruan tinggi.
8. Kepada sahabat-sahabatku (Anisa, Eka, Ari, Zefri) yang telah memberikan semangat, dukungan, bantuan, serta tempat berkeluh kesah dalam menyelesaikan skripsi ini.
9. Teman-teman seperjuangan Program Studi S-1 Keperawatan yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu. Terimakasih atas dukungan, semangat, dan kebersamaan yang telah terjalin begitu indah dan tak terlupakan.
10. Semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu. Terimakasih atas segala bantuannya.

Peneliti menyadari bahwa dalam menyelesaikan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan sehingga diharapkan adanya kritik dan saran yang sifatnya membangun demi kesempurnaan penelitian ini. Peneliti berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat khususnya bagi peneliti dan umumnya bagi pembaca yang mempergunakannya terutama untuk proses kemajuan pendidikan selanjutnya.

Madiun, Agustus 2017

SIELA FEBRIANTI

ABSTRAK

Siela Febrianti Ainur Rahma

HUBUNGAN KEPATUHAN PEMBATASAN CAIRAN TERHADAP TERJADINYA *HIPERVOLEMIA* PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANG HEMODIALISA RSUD DR. HARJONO PONOROGO

Gagal ginjal kronik merupakan gangguan fungsi ginjal yang progresif dan irreversibel dimana ginjal tidak dapat berfungsi secara optimal dalam mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit. Kepatuhan terhadap pengontrol diet dan pembatasan cairan merupakan faktor yang sangat penting dalam menentukan tingkat kesehatan dan kesejahteraan pasien dengan gagal ginjal kronik. Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis hubungan kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya *hipervolemia* pada pasien gagal ginjal kronik di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo.

Metode penelitian menggunakan deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di RSUD Dr. Harjono Ponorogo. Jumlah sampel 57 responden dengan menggunakan tehnik *quota sampling*. Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner untuk kepatuhan pembatasan cairan, sedangkan untuk mengukur adanya kejadian hipervolemia menggunakan tehnik observasi dan pengukuran berat badan.

Hasil penelitian didapatkan kepatuhan pembatasan cairan kategori kurang patuh sebanyak 34 responden (59,6%), dan kejadian hipervolemia kategori hipervolemia ringan sebanyak 23 responden (40,4%). Kesimpulan dari penelitian ini ada hubungan yang signifikan antara kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya hipervolemia pada pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo dengan nilai p-value $0,000 < \alpha$ ($\alpha = 0,05$). Penelitian ini menggunakan uji analisis *Spearman Rank* untuk mengetahui korelasi atau hubungan antara dua variabel dengan data ordinal.

Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis perlu mendapatkan konseling kesehatan tentang pembatasan cairan. Perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan tentang pembatasan cairan menggunakan audio visual dengan demonstrasi sehingga pasien HD tidak hanya melihat dan mendengarkan tetapi juga dapat mempraktekkan sendiri. Selain itu perlu juga untuk melibatkan keluarga dalam manajemen pengobatan dan perawatan pasien sehingga keluarga dapat memberikan dukungan secara efektif pada pasien.

Kata kunci : kepatuhan pembatasan cairan, *hipervolemia*, gagal ginjal kronik

ABSTRACT

Siela Febrianti Ainur Rahma

CORRELATION OF FLUID RESTRICTION ADHERENCE TO THE OCCURRENCE OF HYPERVOLEMIA IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE IN THE HEMODIALYSIS ROOM DR. HARJONO PONOROGO.

Chronic renal failure is a progressive and irreversible kidney function disorder in which the kidneys can not function optimally in maintaining fluid and electrolyte balance. Adherence to diet control and fluid restriction is a very important factor in determining the health and wellbeing of patients with chronic renal failure. The purpose of this study was to analyze correlation of fluid restriction adherence to the occurrence of hypervolemia in patients with chronic renal failure in the Hemodialisa room Dr. Harjono Ponorogo.

The research method used descriptive correlation with cross sectional approach. The population in this study were patients with chronic renal failure who underwent hemodialysis therapy in Dr. Harjono Ponorogo. Number of sample 57 respondents by using quota sampling technique. The measuring instrument used is a questionnaire for fluid restriction compliance, while to measure the occurrence of hypervolemia using observation techniques and weight measurement.

The result of the research showed that the compliance of non-compliant fluid restriction category was 34 respondents (59,6%), and hypervolemic hypervolemia category was 23 respondents (40,4%). The conclusion of this study there is a significant correlation between fluid restriction adherence to the occurrence of hypervolemia in patients with chronic renal failure in hemodialysis room RSUD Dr. Harjono Ponorogo with p-value 0,000 \leq (0,05). This research applied analysis *Spearman Rank*.

Patients with chronic renal failure who undergo hemodialysis therapy need to obtain information and increase knowledge about fluid restriction and apply that knowledge to have a positive attitude towards the diet to maintain an optimal health status.

Keywords : fluid restriction compliance, *hypervolemia*, chronic renal failure

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal ginjal kronik (GGK) merupakan penyakit yang terjadi setelah berbagai macam penyakit yang merusak masa nefron ginjal sampai pada titik keduanya tidak mampu untuk menjalankan fungsi regulatorik dan eksteriknya untuk mempertahankan homeostatis. Gagal ginjal kronik secara progresif kehilangan fungsi ginjal nefronnya satu persatu yang secara bertahap menurunkan keseluruhan fungsi ginjal (Lukman, 2013).

Populasi penyakit gagal ginjal di Indonesia dari tahun ke tahun terus mengalami peningkatan. Berdasarkan data yang dirilis PT. Askes pada tahun 2013 jumlah penderita gagal ginjal kronik sekitar 300.000 orang dan yang menjalani terapi sebanyak 25.600 dan sisanya tidak tertangani (Nawawi, 2013). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan prevalensi gagal ginjal kronis 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%.

Persentase diagnosa penyakit utama pasien hemodialisis di Indonesia tahun 2014 menunjukkan pasien gagal ginjal terminal/ESRD merupakan pasien terbanyak dengan 84% diikuti dengan pasien gagal ginjal akut/ARF sebanyak 9%. Data pasien baru dan pasien aktif yang menjalani hemodialisis di Indonesia dari

tahun 2007-2014 jumlah pasien baru terus meningkat dari tahun ke tahun, tetapi pasien yang kemudian masih aktif pada akhir tahunnya tidak bertambah sejalan pertambahan pasien baru. Jumlah pasien baru terbanyak pada tahun 2012 sebanyak 19.621 pasien, tahun 2013 sebanyak 15.128 pasien, dan pada tahun 2014 meningkat 17.193 pasien (Perkumpulan Nefrologi Indonesia, 2014). Data yang diperoleh dari data Rekam Medis RSUD Dr. Harjono Ponorogo tahun 2016 terdapat 3.317 pasien gagal ginjal yang dirawat inap maupun rawat jalan. Data yang diperoleh dari data Administrasi ruang Hemodialisis RSUD Dr. Harjono Ponorogo pada tahun 2017 terhitung Januari sampai April terdapat sekitar 520 pasien hemodialisis yang melakukan hemodialisis seminggu 2x secara rutin.

Pada penyakit ginjal tahap akhir urine tidak dapat dikonsentrasikan atau diencerkan secara normal sehingga terjadi ketidakseimbangan cairan elektrolit. Dengan tertahannya natrium dan cairan bisa terjadi edema di sekitar tubuh seperti tangan, kaki, dan muka. Penumpukan cairan dapat terjadi di rongga perut disebut ascites, sehingga penting bagi pasien hemodialisis dalam mengontrol cairan guna mengurangi terjadinya kelebihan cairan. Selain itu natrium dan cairan yang tertahan akan meningkatkan resiko terjadinya gagal jantung kongestif. Pasien akan menjadi sesak akibat ketidakseimbangan asupan zat oksigen dengan kebutuhan tubuh (Hirmawaty, 2014).

Terapi yang diberikan pada pasien gagal ginjal kronik yaitu dengan terapi konservatif dan terapi pengganti. Terapi konservatif digunakan untuk pasien gagal ginjal kronik dengan tingkat clieren dan kreatin 25 ml/menit. Bila pasien gagal ginjal kronik sudah berada dalam tahap *end stage renal disease* maka terapi

pengganti ginjal menjadi satu-satunya jalan untuk mempertahankan fungsi tubuh. Saat ini hemodialisa adalah merupakan terapi pengganti ginjal yang paling banyak dilakukan dan jumlah penggunaannya terus meningkat dari tahun ke tahun. Kesuksesan hemodialisa tergantung pada kepatuhan pasien. Pada populasi pasien hemodialisa, prevalensi ketidakpatuhan cairan antara 10% sampai 60%, ketidakpatuhan diet 2% sampai 57%, waktu dialisis terhambat 19%, ketidakpatuhan obat 9%, pasien hemodialisa mengalami kesulitan lebih tinggi dalam pengelolaan kontrol pembatasan asupan cairan (Rustiawati, 2012).

Klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis yang mengalami kegagalan dalam diet, pengaturan cairan dan pengobatan akan memberikan dampak yang besar dalam morbiditas dan kelangsungan hidup klien. Kegagalan dalam mengikuti pengaturan pengobatan akan berakibat fatal. Dilaporkan lebih dari 50% pasien yang menjalani terapi hemodialisis tidak patuh dalam pembatasan asupan cairan. Jika penderita gangguan ginjal tidak tahu, dapat mengakibatkan kenaikan berat badan yang cepat (melebihi 5 %), edema, ronkhi basah dalam paru-paru, kelopak mata yang bengkak dan sesak nafas yang diakibatkan oleh volume cairan yang berlebihan dan gejala uremik yang dapat mengancam keselamatan jiwa, terutama bagi mereka yang telah berada pada tahap gagal ginjal kronik (Smeltzer & Bare, 2008).

Kepatuhan terhadap pengontrol diet dan pembatasan cairan merupakan faktor yang sangat penting dalam menentukan tingkat kesehatan dan kesejahteraan pasien dengan hemodialisis kronis. Diantara semua manajemen yang harus dipatuhi dalam terapi hemodialisis, pembatasan cairan yang paling sulit untuk

dilakukan dan paling membuat pasien stres dan depresi terutama jika mereka mengonsumsi obat-obatan yang membuat membran mukosa kering seperti diuretik, sehingga menyebabkan rasa haus dan pasien berusaha untuk minum. Banyak penelitian terhadap pasien-pasien hemodialisis yang menunjukkan bahwa konsumsi cairan yang berlebih merugikan kelangsungan hidup karena dapat menimbulkan penambahan berat badan interdialitik atau *Interdialytic Weight Gain* (IDWG) lebih besar dari 5,7% dari berat badan kering mereka, memiliki resiko 35% lebih tinggi terhadap kematian (Price&Wilson, 2006). Berdasarkan fenomena tersebut, maka peneliti ingin mengetahui apakah ada hubungan kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya *hipervolemia* pada pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RSUD Dr Harjono Ponorogo.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas dapat dirumuskan pertanyaan penelitian adalah “Adakah hubungan kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya *hipervolemia* pada pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RSUD Dr Harjono Ponorogo ?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya *hipervolemia* pada pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RSUD Dr Harjono Ponorogo.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi kepatuhan pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RSUD Dr Harjono Ponorogo
2. Mengidentifikasi terjadinya *hipervolemia* pada pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RSUD Dr Harjono Ponorogo.
3. Menganalisis hubungan kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya *hipervolemia* pada pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RSUD Dr Harjono Ponorogo.

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat terhadap :

1. Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan profesi keperawatan dan meningkatkan ilmu pengetahuan khususnya di bidang keperawatan medikal bedah tentang gagal ginjal kronik.

2. Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan dasar pertimbangan bagi pihak rumah sakit khususnya perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasiengagalginjal kronik.

3. Peneliti

Sebagai pengembangan ilmu pengetahuan dan pengalaman baru dalam melakukan penelitian serta dapat mengetahui hubungan kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya *hipervolemia* pada pasien gagal ginjal kronik.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian ini merujuk pada penelitian yang dilakukan oleh :

1. Melianna (2013) yang berjudul “Hubungan Kepatuhan Pembatasan Cairan Terhadap Terjadinya *Overload* Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Post Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati”. Desain penelitian menggunakan desain deskriptif korelasi, menggunakan sampel pasien GGK yang mengikuti hemodialisa di RS Fatmawati sebesar 84 responden. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara kepatuhan pembatasan cairan dengan overload. Semakin besar klien patuh pada pembatasan cairan maka akan semakin kecil terjadi overload.
2. Zafria (2016) yang berjudul “Hubungan Tingkat Kepatuhan Manajemen Masukan Cairan Terhadap Tekanan Darah pada Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah Unit II Kota Yogyakarta”. Penelitian ini menggunakan metode observasi korelasional dengan pendekatan crosssectional. Penelitian ini dilakukan dengan responden sebanyak 70 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara kepatuhan manajemen masukan cairan terhadap tekanan darah pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah unit II Kota Yogyakarta.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kepatuhan

2.2.1 Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan (*adherence*) adalah suatu bentuk perilaku yang timbul akibat adanya interaksi antara petugas kesehatan dan pasien sehingga pasien mengerti rencana dengan segala konsekuensinya dan menyetujui rencana tersebut serta melaksanakannya (Kemenkes RI, 2011).

Kepatuhan adalah perilaku individu (misalnya : minum obat, mematuhi diet, atau melakukan perubahan gaya hidup) sesuai anjuran terapi dan kesehatan. Tingkat kepatuhan dapat dimulai dari tindak mengindahkan setiap aspek anjuran hingga mematuhi rencana (Kozier, 2010).

Sedangkan Sarafino (dalam Yetti, 2011) mendefinisikan kepatuhan sebagai tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya. Dikatakan lebih lanjut, bahwa tingkat kepatuhan pada seluruh populasi medis yang kronis adalah sekitar 20% hingga 60%.

Pendapat lain dikemukakan oleh Sacket (2007) mendefinisikan kepatuhan sebagai 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.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku kepatuhan terhadap pengobatan adalah upaya dan perilaku individu menunjukkan

kesesuaian dengan peraturan atau anjuran yang diberikan oleh profesional kesehatan untuk menunjang kesembuhannya.

2.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Notoatmodjo (2007) faktor yang mempengaruhi kepatuhan terbagi menjadi :

1. Faktor *predisposisi* (faktor pendorong)

a. 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.

b. Faktor geografis

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

c. Individu

1) 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.

2) 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.

2. Faktor *reinforcing*(faktor penguat)

a. 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.

b. 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 keluarga untuk menunjang pengelolaan penyakitnya.

3. Faktor *enabling* (faktor pemungkin)

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

dan mudah terjangkau oleh penderita dapat lebih mendorong kepatuhan penderita.

2.2 Konsep Gagal Ginjal Kronik

2.2.1 Pengertian Gagal Ginjal Kronik

Gagal ginjal terjadi ketika ginjal tidak mampu mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya. Suatu bahan yang biasanya di eliminasi di urine menumpuk dalam cairan tubuh akibat gangguan ekskresi renal dan menyebabkan gangguan fungsi endokrin dan metabolik, cairan, elektrolit, serta asam basa (Suharyanto, 2009).

Gagal ginjal kronik (*chronic renal failure*, CRF) terjadi apabila kedua ginjal sudah tidak mampu mempertahankan lingkungan dalam yang cocok untuk kelangsungan hidup. Kerusakan pada gagal ginjal ini ireversibel. Eksaserbasi nefritis, obstruksi saluran kemih, kerusakan vaskular akibat diabetes mellitus, dan hipertensi yang berlangsung terus menerus dapat mengakibatkan pembentukan jaringan parut pembuluh darah dan hilangnya fungsi ginjal secara progresif (Baradero, 2008).

2.2.2 Etiologi

Menurut Suharyanto (2009), klasifikasi penyebab gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut :

1. Penyakit infeksi tubulointerstisial : pielonefritis kronik atau refluks nefropati.
Pielonefritis kronik adalah infeksi pada ginjal itu sendiri, dapat terjadi akibat infeksi berulang dan biasanya dijumpai pada penderita batu.

2. Penyakit peradangan : Glomerulonefritis

Glomerulonefritis akut adalah peradangan glomerulus secara mendadak. Peradangan akut glomerulus terjadi akibat peradangan kompleks antigen dan antibodi di kapiler-kapiler glomerulus. Glomerulonefritis kronik adalah peradangan yang lama dari sel-sel glomerulus. Kelainan ini dapat terjadi akibat glomerulonefritis akut yang tidak membaik atau timbul secara spontan.

3. Penyakit vaskuler hipertensif : nefrosklerosis benigna, nefrosklerosis maligna, sterosis arterina renalis

4. Gangguan jaringan ikat : Lupus eritematosus sistemik, poliarteritis nodosa, sklerosis sistemik progresif

Lupus eritematosus sistemik adalah penyakit radang atau inflamasi multisistem yang penyebabnya diduga karena adanya perubahan sistem imun.

5. Gangguan congenital dan herediter : penyakit ginjal polikistik asidosis tubulus ginjal

6. Penyakit metabolic : diabetes mellitus, gout, hiperparatiroidisme, amiloidosis

7. Nefropati toksik : penyalahgunaan analgesik, nefropati timah

2.2.3 Manifestasi Klinis

Pada gagal ginjal kronis, setiap sistem tubuh dipengaruhi oleh kondisi uremia, maka pasien akan memperlihatkan sejumlah tanda dan gejala. Keparahan tanda dan gejala bergantung pada bagian dan tingkat kerusakan ginjal, kondisi lain yang mendasari dan usia pasien. Pada gagal ginjal stadium 1, tidak tampak gejala-gejala klinis. Seiring dengan perburukan penyakit, penurunan pembentukan eritropoitin menyebabkan kelitan kronis dan muncul tanda-tanda awal hipoksia

jaringan dan gangguan kardiovaskuler. Dapat poliuria (peningkatan pengeluaran urine) karena ginjal tidak mampu memekatkan urine seiring dengan pemburukan penyakit. Pada ginjal stadium akhir, pengeluaran urine turun akibat GFR rendah (Smeltzer&Bare, 2002).

Menurut Baradero (2008), manifestasi klinis sistem tubuh pada gagal ginjal kronik antara lain :

1. Sistem hematopoietik : anemia, cepat lelah, trombositopenia, ekimosis, perdarahan.
2. Sistem kardiovaskular : hipervolemia, hipertensi, takikardi, disritmia, gagal jantung kongestif, perikarditis.
3. Sistem pernapasan : takipnea, pernapasan kusmaul, halitosis uremik atau fetor, sputum yang lengket, batuk disertai nyeri, suhu tubuh meningkat, hilar pneumonitis, edema paru.
4. Sistem gastrointestinal : anoreksia, mual dan muntah, perdarahan gastrointestinal, distensi abdomen, diare dan konstipasi.
5. Sistem neurologi : perubahan tingkat kesadaran, letargi, bingung, stupor dan koma, kejang, tidur terganggu, asteriksis.
6. Sistem skeletal : osteodistrofi ginjal, rickets ginjal, nyeri sendi, pertumbuhan lambat pada anak.
7. Kulit : pucat, pigmentasi, pruritus, ekimosis, lecet, *uremic frosts*.
8. Sistem perkemihan : haluaran urine berkurang, berat jenis urine menurun, proteinuria, fragmen dan sel dalam urine, natrium dalam urine berkurang.

9. Sistem reproduksi : infertilitas, libido menurun, disfungsi ereksi, amenorea, lambat pubertas.

2.2.4 Stadium Gagal Ginjal Kronik

Tabel 2.2 Klasifikasi Penyakit Gagal Ginjal Kronik Berdasarkan Derajat Penyakitnya

Derajat	Penjelasan	LFG (ml/mnt/1,73 m ²)
1	Kerusakan ginjal dengan LFG normal atau meningkat	>90
2	Kerusakan ginjal dengan LFG menurun ringan	60-89
3	Kerusakan ginjal dengan LFG menurun sedang	30-59
4	Kerusakan ginjal dengan LFG menurun berat	15-29
5	Gagal ginjal tahap akhir	<15 atau dialisis

Sumber : Suharyanto, T. 2009. Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Perkemihan. Jakarta : Trans Info Media

2.2.5 Patofisiologi

Menurut Baradero (2008) selama gagal ginjal kronik, beberapa nefron termasuk glomeruli dan tubula masih berfungsi, sedangkan nefron yang lain sudah rusak dan tidak berfungsi lagi. Nefron yang masih utuh dan berfungsi mengalami hipertrofi dan menghasilkan filtrat dalam jumlah banyak. Reabsorpsi tubula juga meningkat walaupun laju filtrasi glomerulus berkurang. Kompensasi nefron yang masih utuh dapat membuat ginjal mempertahankan fungsinya sampai tiga perempat nefron rusak. Solut dalam cairan menjadi lebih banyak dari yang dapat direabsorpsi dan mengakibatkan diuresis osmotik dengan poluria dan haus.

Akhirnya, nefron yang rusak bertambah dan terjadi oliguria akibat sisa metabolisme tidak diekskresikan.

Tanda dan gejala timbul akibat cairan dan elektrolit yang tidak seimbang, perubahan fungsi regulator tubuh, dan retensi solut. Anemia terjadi karena produksi eritrosit juga terganggu (sekresi eritropoietin ginjal berkurang). Pasien mengeluh cepat lelah, pusing, dan letargi.

Hiperurisemia sering ditemukan pada pasien dengan ESRD. Fosfat serum juga meningkat, tetapi kalsium mungkin normal atau dibawah normal. Hal ini disebabkan ekskresi ginjal terhadap fosfat menurun. Ada peningkatan produksi parathormon sehingga kalsium serum mungkin normal.

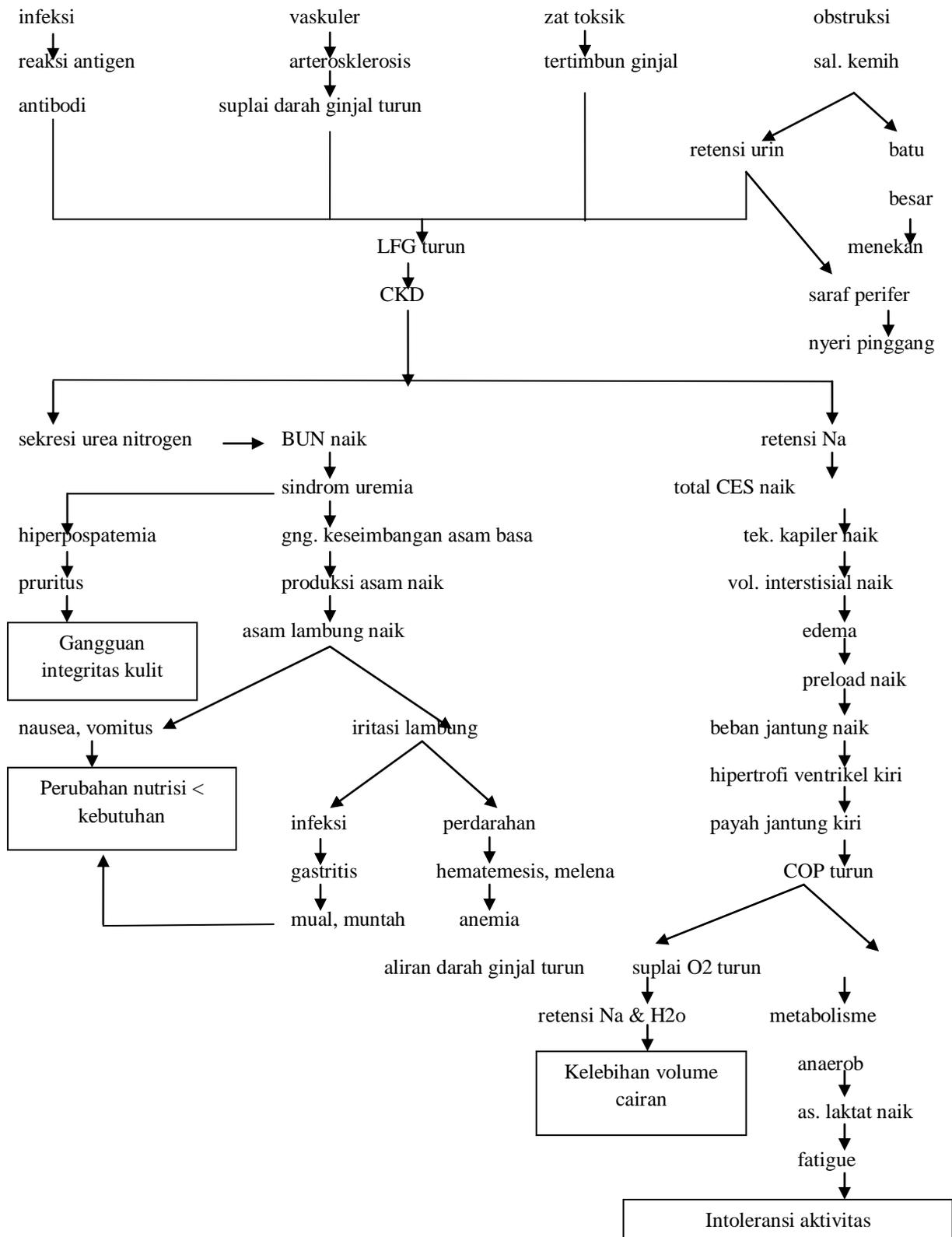
Tekanan darah meningkat karena adanya hipervolemia, ginjal mengeluarkan vasopresor (renin). Kulit pasien juga mengalami hiperpigmentasi serta kulit tampak kekuningan atau kecoklatan. *Uremic frosts* adalah kristal deposit yang tampak pada pori-pori kulit. Sisa metabolisme yang tidak dapat diekskresikan oleh ginjal diekskresikan melalui kapiler kulit yang halus sehingga tampak *uremic frosts*. Pasien dengan gagal ginjal yang berkembang dan menjadi berat (tanpa pengobatan yang efektif) dapat mengalami tremor otot, kesemutan betis dan kaki, perikarditis dan pleuritis. Tanda ini dapat hilang apabila kegagalan ginjal ditangani dengan modifikasi diet, medikasi dan atau dialisis.

Gejala uremia terjadi sangat perlahan sehingga pasien tidak dapat menyebutkan awitan uremianya. Gejala azotemia juga berkembang, termasuk letargi, sakit kepala, kelelahan fisik dan mental, berat badan menurun, cepat marah dan depresi. Gagal ginjal yang berat menunjukkan gejala anoreksia, mual,

dan muntah yang berlangsung terus, pernapasan pendek, edema pitting, serta pruritus.

Wanita dengan ESRD yang sudah berkembang mengalami perubahan siklus menstruasi. Kemungkinan terjadi perdarahan di antara menstruasi (ringan atau berat) atau menstruasi berhenti sama sekali. Perubahan pada menstruasi dapat mengakibatkan infertilitas. Pria dapat mengalami kesulitan ereksi. Apabila 80-90% fungsi ginjal sudah hilang, pasien akan menunjukkan kegagalan ginjal yang khas. Sekitar 30-70% dari pasien dengan CRF mengalami hipertrigliseridemia. Aterosklerosis mungkin terjadi sebagai akibat peningkatan rasio *high-density lipoprotein* (HDL).

Pathway Gagal Ginjal Kronik



Gambar 2.2 Pathway gagal ginjal kronik

Pada gambar 2.2 dapat dijelaskan penyakit gagal ginjal kronik pada awalnya tergantung penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi kurang lebih sama. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa sebagai upaya kompensasi. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Pada stadium dini penyakit ginjal kronik terjadi kehilangan daya cadang ginjal sehingga terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif yang ditandai dengan peningkatan kadar serum urea dan kreatinin serum. Pada LFG 60% pasien masih belum merasakan keluhan (asimtomatik), sampai LFG 30% mulai terjadi keluhan pada pasien seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan. Sampai pada LFG di bawah 30% pasien memperlihatkan gejala dan tanda uremia nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual, muntah. Pada LFG dibawah 15% akan terjadi gejala dan komplikasi lebih serius dan pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal.

2.2.6 Penatalaksanaan

Menurut Baradero (2008) penatalaksanaan pasien gagal ginjal kronik meliputi :

2.2.6.1 Pengendalian cairan

Perubahan kemampuan untuk mengatur air dan mengekskresi natrium merupakan tanda awal gagal ginjal. Biasanya, pasien CRF mengalami hipervolemia akibat ginjal yang tidak mampu mengekskresikan natrium dan air. Namun, ada juga beberapa pasien dengan CRF yang tidak mampu menahan natrium dan air sehingga mengalami hipovolemia. Tujuan pengendalian cairan adalah mempertahankan status normotensif (tekanan darah dalam batas normal) dan status normovolemik (volume cairan dalam batas normal).

Pembatasan asupan cairan pada pasien gagal ginjal kronik, sangat perlu dilakukan. Hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya edema dan komplikasi kardiovaskular. Air yang masuk ke dalam tubuh dibuat seimbang dengan air yang keluar, baik melalui urin maupun IWL. Dalam melakukan pembatasan asupan cairan, bergantung dengan haluaran urin dalam 24 jam dan ditambahkan dengan IWL, ini merupakan jumlah yang diperbolehkan untuk pasien dengan gagal ginjal kronik yang mendapat dialisis. Misalnya : jika jumlah urin yang dikeluarkan dalam waktu 24 jam adalah 400 ml, maka asupan cairan total dalam sehari adalah $400 + 500 \text{ ml} = 900 \text{ ml}$ (Smeltzer&Bare, 2008).

Makanan-makanan cair dalam suhu ruang (agar-agar, soup dan es krim) dianggap cairan yang masuk. Pasien GGK yang mendapatkan terapi hemodialisis harus mengatur asupan cairan, sehingga berat badan yang diperoleh tidak lebih

dari 1,5 kilogram diantara waktu dialisis. Mengontrol asupan cairan merupakan salah satu masalah bagi pasien yang mendapatkan terapi dialisis, karena dalam kondisi normal manusia tidak dapat bertahan lebih lama tanpa asupan cairan dibandingkan dengan makanan. Namun bagi penderita penyakit gagal ginjal kronik harus melakukan pembatasan asupan cairan untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Ginjal sehat melakukan tugasnya menyaring dan membuang limbah dan racun ditubuh kita dalam bentuk urin 24 jam, apabila fungsi ginjal terganggu maka terapi HD yang menggantikan tugas tersebut.

Mayoritas pasien yang mendapatkan terapi HD di Indonesia dilakukan dialisis dalam 2 kali perminggu, dan 4-5 jam perkali dialisis, itu artinya tubuh harus menanggung kelebihan cairan diantara dua waktu terapi. Apabila pasien tidak membatasi jumlah asupan cairan yang terdapat dalam minuman maupun makanan, maka cairan akan menumpuk di dalam tubuh dan akan menimbulkan edema di sekitar tubuh. Kondisi ini akan membuat tekanan darah meningkat dan memperberat kerja jantung. Penumpukan cairan juga akan masuk ke paru-paru sehingga membuat pasien mengalami sesak nafas, karena itu pasien perlu mengontrol dan membatasi jumlah asupan cairan yang masuk dalam tubuh. Pembatasan tersebut penting agar pasien tetap merasa nyaman pada saat sebelum, selama dan sesudah terapi hemodialisis (Smeltzer&Bare, 2002).

Penambahan berat badan antara dua waktu dialisis merupakan salah satu indikator kualitas bagi pasien HD yang perlu dikaji, sehingga dapat digunakan untuk meningkatkan perawatan berkelanjutan diantara dua waktu dialisis dan meningkatkan kepatuhan terhadap pembatasan cairan. Kelebihan cairan yang

terjadi dapat dilihat dari terjadinya penambahan berat badan secara cepat. Penambahan berat badan 2% dari berat badan normal merupakan kelebihan cairan ringan, penambahan berat badan 4% merupakan kelebihan cairan sedang, penambahan 6% merupakan kelebihan cairan berat (Price&Wilson, 2006).

Asupan cairan membutuhkan regulasi yang hati-hati dalam gagal ginjal lanjut, karena rasa haus pasien merupakan panduan yang tidak dapat diyakini mengenai keadaan hidrasi pasien. Berat badan harian merupakan parameter penting yang dipantau, selain catatan yang akurat mengenai asupan dan keluaran. Asupan yang terlalu bebas dapat menyebabkan kelebihan beban sirkulasi, edema, dan intoksikasi cairan. Asupan yang kurang dari optimal dapat menyebabkan dehidrasi, hipotensi, dan pemburukan fungsi ginjal. (Price&Wilson, 2006).

2.2.6.2 Pengendalian elektrolit

1. Hiperkalemia

Kadar kalium plasma pada hiperkalemia adalah lebih dari 5,5 mEq/L. Pada pasien dengan CRF, retensi kalium terjadi karena nefron kurang mampu melakukan ekskresi. Hiperkalemia dapat dikendalikan dengan mengurangi asupan makanan yang kaya dengan kalium (pisang, jeruk, kentang, kismis, dan sayuran berdaun hijau) atau hemodialisis dengan dialisat tanpa mengandung kalium plasma yang dapat segera mengambil kalium dalam tubulus pasien.

2. Asidosis metabolik

Asidosis metabolik terjadi karena nefron yang rusak tidak dapat mengekskresikan asam yang dihasilkan dari metabolisme tubuh. Apabila

laju filtrasi glomerulus menurun sampai 30-40%, asidosis metabolik mulai berkembang karena kemampuan tubulus distal untuk mereabsorpsi bikarbonat menurun. Walaupun terjadi retensi ion hidrogen dan hilangnya bikarbonat, pH plasma masih dapat dipertahankan karena tubuh mempunyai mekanisme pendaparan (*buffering*).

3. Hipokalsemia/hipofosfatemia

Pada gagal ginjal, kemampuan ginjal untuk mengekskresi fosfor berkurang. Siklus hipokalsemia/hiperfosfatemia mengakibatkan demineralisasi tulang. Kalsium dan fosfor dikeluarkan dalam darah. Berkurangnya laju filtrasi glomerulus mengakibatkan peningkatan fosfat plasma, sekaligus penurunan kalsium serum. Penurunan kadar kalsium serum akan menstimulasi sekresi hormon paratiroid dengan akibat kalsium di resorpsi dari tulang. Ginjal tidak mampu mengekskresikan sintesis vitamin D ke bentuk yang aktif, yaitu 1,25-dihidroksikolekalsiferol. Vitamin D yang aktif ini diperlukan untuk mengabsorpsi kalsium dari traktus gastrointestinal dan menyimpan kalsium dalam tulang. Gangguan ini mengakibatkan lambatnya pertumbuhan (pada anak-anak), nyeri tulang, dan osteodistrofi ginjal pada orang dewasa. Tujuan terapi adalah menurunkan fosfor serum ke batas normal. Obat yang diberikan antara lain AlrenalGel, Amfogel Alu-Cap (gel yang mengandung aluminum), kalsium karbonat, dan kalsium asetat. Pasien dapat juga diberi vitamin D aktif, seperti kalsitriol 0,5 setiap hari.

2.2.6.3 Penanganan anemia

Anemia menyertai CRF. Pengobatan dengan epoetin alfa (EPO), (bentuk rekombinan dari eritropoietin) berhasil meningkatkan hematokrit, mengurangi kebutuhan transfusi darah, dan menambah tenaga pasien. Peningkatan hematokrit ini dapat membuat pasien mampu melakukan aktivitas hidup sehari-hari. EPO diberikan subkutan 50U/kg berat badan 3 kali seminggu. EPO dapat diberikan sewaktu dialisis dilakukan zat besi merupakan komponen penting eritropoiesis karena pasien perlu tambahan zat besi. Zat besi mempunyai efek samping pada gastrointestinal misalnya mual dan konstipasi. Efek samping ini dapat diatasi dengan mengonsumsi zat besi setelah makan dan pasien diberi obat laksatif untuk membuat feses menjadi lunak.

2.2.6.4 Hemodialisis

Hemodialisis adalah pengalihan darah pasien dari tubuhnya melalui dialiser yang terjadi secara difusi dan ultrafiltrasi, kemudian darah kembali lagi ke dalam tubuh pasien. Hemodialisis memerlukan akses ke sirkulasi darah pasien, suatu mekanisme untuk membawa darah pasien ke dan dari dializer (tempat terjadinya pertukaran cairan, elektrolit, dan zat sisa tubuh), serta dialiser. Segera setelah dialisis, berat badan pasien ditimbang, tanda vital diperiksa, spesimen darah diambil untuk mengetahui kadar elektrolit serum dan zat sisa tubuh.

Indikasi hemodialisis dibedakan menjadi 2 yaitu : hemodialisis emergency atau hemodialisis segera dan hemodialisis kronik. Keadaan akut tindakan dialisis dilakukan pada kegawatan ginjal dengan keadaan klinis uremik berat, overhidrasi, oliguria, anuria, hiperkalemia, asidosis berat, uremia, ensefalopati uremik,

neuropati/miopati uremik, perikarditis uremik, disnatremia berat, hipertermia, keracunan akut yang bisa melewati membran dialisis.

Indikasi hemodialisis kronis adalah hemodialisis yang dilakukan berkelanjutan seumur hidup penderita dengan menggunakan mesin hemodialisis, dialisis dimulai jika GFR <15 ml/mnt, keadaan pasien yang mempunyai GFR <15 ml/mnt tidak selalu sama, sehingga dialisis dianggap baru perlu dimulai jika dijumpai salah satu dari : GFR <15 ml/mnt tergantung gejala klinis, gejala uremia, adanya malnutrisi atau hilangnya massa otot, hipertensi yang sulit dikontrol dan adanya kelebihan cairan, komplikasi metabolik yang refrakter.

2.2.6.5 Dialisis Peritoneal

Pada dialisis peritoneal, cairan pendialisis dimasukkan ke dalam rongga peritoneum dan peritoneum menjadi membran pendialisis. Hemodialisis berlangsung selama 2-4 jam, sedangkan dialisis peritoneal berlangsung selama 36 jam. Dialisis peritoneal dipakai untuk menangani gagal ginjal akut dan kronik. Dialisis peritoneal dapat dilakukan dirumah atau dirumah sakit.

Tabel 2.2 Penatalaksanaan Penyakit Gagal Ginjal Kronik Sesuai dengan

Derajatnya		
Derajat	LFG (ml/mnt/1,73 m ²)	Penatalaksanaan
1	>90	Terapi penyakit dasarnya, terapi kondisi komorbid, terapi fungsi ginjal, memperkecil resiko kardiovaskuler
2	60-89	Menghambat pemburukan fungsi ginjal
3	30-59	Evaluasi dan terapi komplikasi
4	15-29	Persiapan untuk terapi pengganti ginjal
5	<15 atau dialisis	Terapi pengganti ginjal meliputi dialisis (hemodialisis dan peritoneal dialisis) dan transplantasi ginjal

Sumber : Suharyanto, T. 2009. Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Perkemihan. Jakarta : Trans Info Media

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Karena CRF mempunyai efek multisitemik, banyak kelainan berat yang dapat diketahui dari hasil pemeriksaan laboratorium. Kadar kreatinin serum penting dalam mengevaluasi fungsi ginjal. Kreatinin serum meningkat apabila sudah banyak nefron yang rusak sehingga kreatinin tidak dapat diekskresikan oleh ginjal. Pemeriksaan uji klirens kreatinin urine 12 atau 24 jam dapat mengevaluasi fungsi ginjal dan menentukan beratnya disfungsi ginjal. Uji ini adalah indikator yang paling spesifik untuk mengetahui fungsi ginjal. Kecepatan klirens kreatinin sama dengan Grit. Klirens kreatinin yang kurang dari 10 ml per menit menunjukkan kerusakan ginjal yang berat.

Kadar kreatinin akan berubah sebagai respons hanya terhadap disfungsi

ginjal, sedangkan BUN akan berubah sebagai respons terhadap dehidrasi dan pemecahan protein.

Pemeriksaan radiografik tidak banyak bermanfaat untuk pasien dengan ESRD. Sinar X KUB hanya memperlihatkan bentuk, besar, dan posisi ginjal. Pasien dengan ESRD mempunyai ginjal yang atrofik. Ultrasonografi atau pemindaian CT hanya mengesampingkan adanya obstruksi. Tidak dianjurkan pemindaian CT dengan zat kontras karena nefrotoksik efek zat kontras (Baradero, 2008).

2.2.8 Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisis

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien hemodialisis menurut (Kamerrer, 2007 dalam Syamsiah, 2011) adalah :

1. Faktor Pasien

Faktor-faktor yang berhubungan dengan pasien meliputi sumber daya, pengetahuan, sikap, keyakinan, persepsi, dan harapan pasien. Pengetahuan pasien dan keyakinan tentang penyakit, motivasi untuk mengelolanya, kepercayaan (*self efficacy*) tentang kemampuan untuk terlibat dalam perilaku manajemen penyakit, dan harapan mengenai hasil pengobatan serta konsekuensinya dari ketidakpatuhan berinteraksi untuk mempengaruhi kepatuhan dengan cara yang sepenuhnya dipahami.

2. Sistem Pelayanan Kesehatan

Komunikasi dengan pasien adalah komponen penting dari perawatan, sehingga pemberi pelayanan kesehatan harus mempunyai waktu yang cukup untuk berbagi dengan pasien dalam diskusi tentang perilaku mereka dan motivasi

perawatan diri. Perilaku pada penelitian pendidikan menunjukkan kepatuhan terbaik mengenai pasien yang menerima perhatian individu.

3. Petugas Hemodialisis

Salah satu faktor penting yang mempengaruhi kepatuhan adalah hubungan yang dijalin oleh anggota staf hemodialisis dengan pasien. Waktu yang didedikasikan perawat untuk konseling pasien meningkatkan kepatuhan pasien. Selain itu, kehadiran diet terlatih (terintegrasi) tampaknya juga menurunkan kemungkinan kelebihan IDGW.

2.3 Konsep Keseimbangan Cairan dan Elektrolit

2.3.1 Distribusi Cairan Tubuh

Cairan tubuh didistribusikan dalam dua kompartemen yakni : cairan ekstrasel (CES) dan cairan intrasel (CIS). Cairan ekstrasel terdiri dari cairan interstisial dan cairan intravaskuler. Cairan interstisial mengisi ruangan yang berada diantara sebagian besar sel tubuh dan menyusun sejumlah besar lingkungan cairan tubuh. Sekitar 15% berat tubuh merupakan cairan interstisial. Cairan intravaskular terdiri dari plasma, bagian cairan limfe yang mengandung air dan tidak berwarna, dan mengandung suspensi leukosit, eritrosit dan trombosit. Plasma menyusun 5% berat tubuh. Cairan intrasel adalah cairan didalam membran sel yang berisi substansi terlarut atau solute yang penting untuk keseimbangan cairan dan elektrolit serta untuk metabolisme. Cairan intrasel membentuk 40% berat tubuh. Komposisi cairan tubuh diantaranya elektrolit, mineral, dan sel (Potter&Perry, 2006).

2.3.2 Pengaturan Cairan Tubuh

1. Asupan cairan

Asupan cairan terutama diatur melalui mekanisme rasa haus. Pusat pengendalian rasa haus berada di dalam hipotalamus di dalam otak. Stimulus fisiologis utama terhadap pusat rasa haus adalah peningkatan konsentrasi plasma dan penurunan volume darah. Asupan cairan melalui mulut (oral) dimungkinkan jika kondisi individu sadar. Bayi, klien yang mengalami kerusakan neurologis atau psikologis, beberapa lansia, tidak dapat merasakan atau merespon mekanisme rasa haus yang terjadi pada diri mereka. Akibatnya mereka beresiko mengalami dehidrasi (Potter&Perry, 2006).

Aturan yang dipakai untuk menentukan banyaknya asupan cairan adalah :

Jumlah urine yang dikeluarkan selama 24 jam terakhir + 500 ml (IWL)

2. Haluaran Cairan

Cairan terutama dikeluarkan melalui ginjal dan saluran gastrointestinal. Menurut Koziar (2010) rata-rata hilangnya cairan setiap hari pada orang dewasa dengan berat badan 70 kg terangkum dalam tabel berikut.

Tabel 2.3 Kisaran Hubungan Cairan Harian Orang Dewasa

ORGAN ATAU SISTEM	JUMLAH (ML)
Urine	1400-1500
Kehilangan yang tidak dirasakan (IWL)	
Paru	350-400
Kulit	350-400
Keringat	100
Feses	100-200
Jumlah total	2300-2600

Sumber : Koziar, 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Edisi 7*. Jakarta:EGC

Pada orang dewasa, ginjal setiap menit menerima sekitar 125 ml plasma untuk disaring dan memproduksi urine sekitar 60 ml dalam setiap jam atau totalnya sekitar 1,5 L dalam satu hari (Potter&Perry, 2006).

2.3.3 Gangguan Keseimbangan Cairan dan Elektrolit

Tipe dasar ketidakseimbangan cairan adalah isotonik dan osmolar. Kekurangan dan kelebihan isotonik terjadi jika air dan elektrolit diperoleh atau hilang dalam proporsi yang sama. Sebaliknya, ketidakseimbangan cairan osmolar adalah kehilangan atau kelebihan air saja sehingga konsentrasi (osmolalitas) serum dipengaruhi (Potter&Perry, 2006).

1. Hipovolemia

Hipovolemia adalah defisit volume cairan (*fluid volume deficit*, FVD) isotonik yang terjadi apabila tubuh kehilangan air dan elektrolit dari CES dalam jumlah yang sama. Pada FVD, cairan pada awalnya keluar dari kompartemen intravaskular. FVD pada umumnya terjadi akibat kehilangan abnormal melalui kulit, saluran pencernaan atau ginjal, penurunan asupan cairan, perdarahan atau pergerakan cairan keruang ketiga (Kozier, 2010).

2. Hipervolemia

Hipervolemia merupakan kelebihan volume cairan mengacu pada perluasan isotonik dari CES yang disebabkan oleh retensi air dan natrium yang abnormal dalam proporsi yang kurang lebih sama dimana mereka secara normal berasa dalam CES. Hal ini selalu terjadi sesudah ada peningkatan kandungan natrium tubuh total, yang pada akhirnya menyebabkan peningkatan air tubuh total (Smeltzer&Bare, 2002).

2.4 Konsep Hipervolemia

2.4.1 Pengertian

Hipervolemia adalah kelebihan volume cairan (*fluid volume excess*, FVE) yang terjadi saat tubuh menahan air dan natrium dengan proporsi yang sama dengan CES normal. Karena air dan natrium ditahan dalam tubuh, konsentrasi natrium serum pada intinya tetap normal. FVE selalu menjadi akibat sekunder dari peningkatan kandungan natrium tubuh total (Kozier, 2010).

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa hipervolemia terjadi apabila tubuh menyimpan cairan dan elektrolit dalam kompartemen ekstraseluler dalam proporsi yang seimbang. Karena adanya retensi cairan isotonik, konsentrasi natrium dalam serum masih normal. Kelebihan cairan tubuh hampir selalu disebabkan oleh peningkatan jumlah natrium dalam serum. Kelebihan cairan terjadi akibat overload cairan / adanya gangguan mekanisme homeostatis pada proses regulasi keseimbangan cairan.

2.4.2 Etiologi

Menurut Kozier (2010) penyebab spesifik hipervolemia antara lain :

1. Asupan natrium klorida yang berlebihan
2. Pemberian infus yang mengandung natrium dalam waktu terlalu cepat dan banyak, terutama pada klien dengan gangguan mekanisme regulasi.
3. Penyakit yang mengubah mekanisme regulasi, seperti gangguan jantung (gagal jantung kongestif), gagal ginjal, sirosis hati, sindrom cushing.

2.4.3 Patofisiologi

Kelebihan cairan ekstraseluler dapat terjadi bila natrium dan air keduanya tertahan dengan proporsi yang kira-kira sama. Dengan terkumpulnya cairan isotonik yang berlebihan pada ECF (hipervolumia) maka cairan akan berpindah ke kompartemen cairan interstisial sehingga menyebabkan edema. Edema adalah penumpukan cairan interstisial yang berlebihan. Edema dapat terlokalisir atau generalisata. Kelebihan cairan tubuh hampir selalu disebabkan oleh peningkatan jumlah natrium dalam serum. Kelebihan cairan terjadi akibat overload cairan / adanya gangguan mekanisme homeostatis pada proses regulasi keseimbangan cairan (Price&Wilson, 2006).

2.4.4 Manifestasi Klinis

Menurut Kozier (2010) tanda dan gejala klinik yang didapatkan pada klien dengan hipervolemia antara lain :

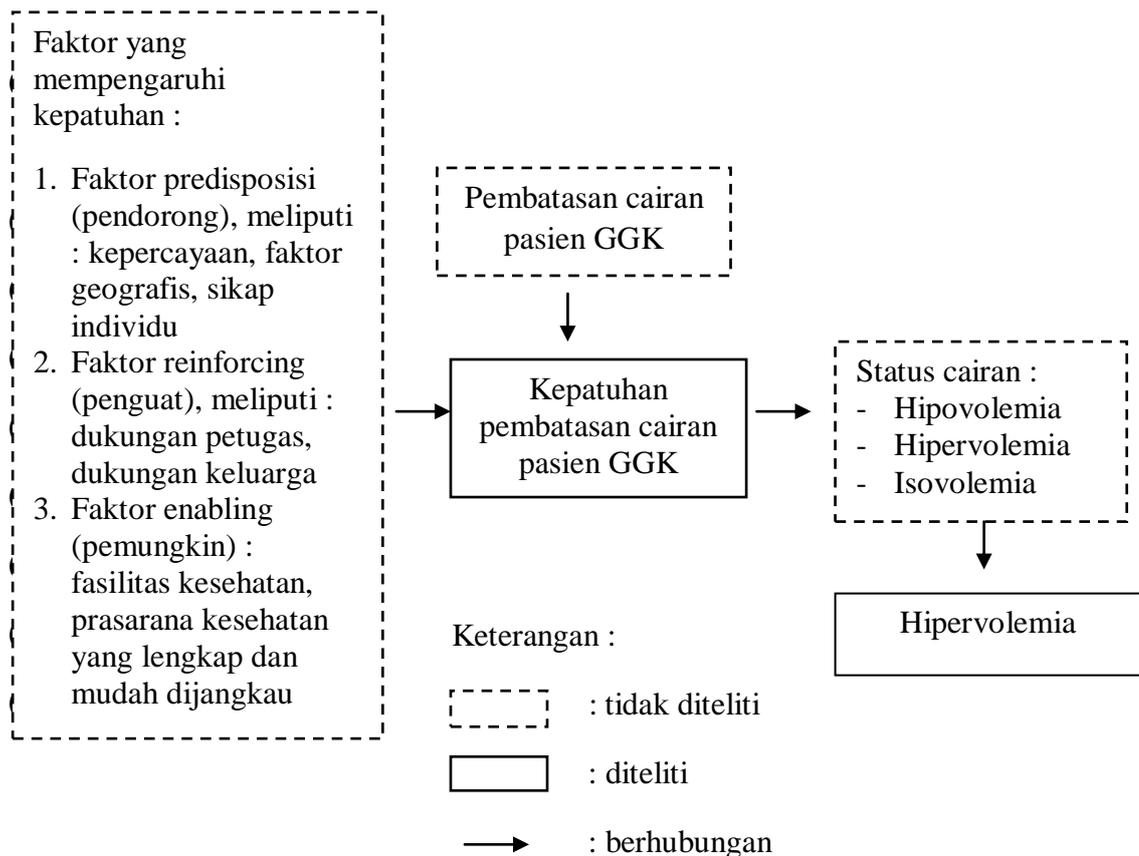
1. Pertambahan berat badan. Pertambahan 2% = hipervolemia ringan, pertambahan 5% = hipervolemia sedang, pertambahan 8% = hipervolemia berat.
2. Asupan cairan lebih besar dibandingkan haluaran.
3. Membran mukosa lembab
4. Denyut nadi penuh dan kuat, takikardia
5. Peningkatan tekanan darah dan tekanan vena sentral
6. Vena leher dan perifer terdistensi, pengosongan vena lambat.
7. Terdengar suara ronkhi basah di paru-paru, dispnea, nafas pendek
8. Kebingungan mental

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual

Tahap penting dalam suatu penelitian adalah menyusun kerangka konsep. Konsep adalah abstraksi dari suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variabel (baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti). Kerangka konsep akan membantu peneliti menghubungkan hasil penemuan dengan teori (Nursalam, 2016).



Gambar 3.1 Kerangka konseptual hubungan kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya *hipervolemia* pada pasien gagal ginjal kronik.

3.2 Hipotesis

Dalam penelitian hipotesis diartikan sebagai jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian. Rumusan masalah tersebut bisa berupa pernyataan tentang hubungan dua variabel atau lebih, perbandingan (komparasi), atau variabel mandiri (deskripsi) (Sugiyono, 2010). Hipotesis disusun sebelum penelitian dilaksanakan karena hipotesis bisa memberikan petunjuk pada tahap pengumpulan, analisis, dan interpretasi data (Nursalam, 2016).

Ha : ada hubungan kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya *hipervolemia* pada pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RSUD dr Harjono Ponorogo.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah diskriptif korelasi yang bertujuan untuk mengungkapkan hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Sedangkan metode pendekatan yang dilakukan menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen (kepatuhan pembatasan cairan) dan variabel dependen (kejadian *hipervolemia*) hanya satu kali pada satu saat. Dengan studi ini, akan diperoleh prevalensi atau efek suatu fenomena (variabel independen) dihubungkan dengan penyebab (variabel dependen) (Nursalam, 2016).

4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.2.1 Populasi

Menurut Nursalam (2016) populasi adalah subyek yang memenuhi kriteria yang ditetapkan dalam penelitian misalkan manusia, klien atau yang lainnya. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis 2x seminggu secara rutin di ruang hemodialisa RSUD dr Harjono Ponorogo sebanyak 130 orang.

4.2.2 Sampel

Menurut Sugiyono (2010) sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Jadi sampel adalah subyek yang dilibatkan langsung dalam penelitian yang sesungguhnya dapat menjadi wakil

keseluruhan populasi. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *quota sampling* dengan kriteria sebagai berikut :

Kriteria Inklusi :

- a. Dapat ditimbang berat badannya dengan berdiri
- b. Dapat berkomunikasi secara verbal
- c. Dapat membaca dan menulis
- d. Bersedia menjadi responden

Besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus Slovin sebagai berikut : (Nursalam, 2016)

$$n = \frac{N}{1+N(d)^2}$$

Keterangan :

n = besar sampel

N = besar populasi

d = tingkat signifikansi (0,1)

Dalam menentukan jumlah sampel yang akan dipilih peneliti menggunakan tingkat kesalahan sebesar 10%. Jumlah populasi yang digunakan adalah 130 orang, maka besarnya jumlah sampel (n) adalah sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

$$n = \frac{130}{1 + 130 (0,1)^2}$$

$$n = \frac{130}{1 + 130 (0,01)}$$

$$n = \frac{130}{2,3} = 56,5$$

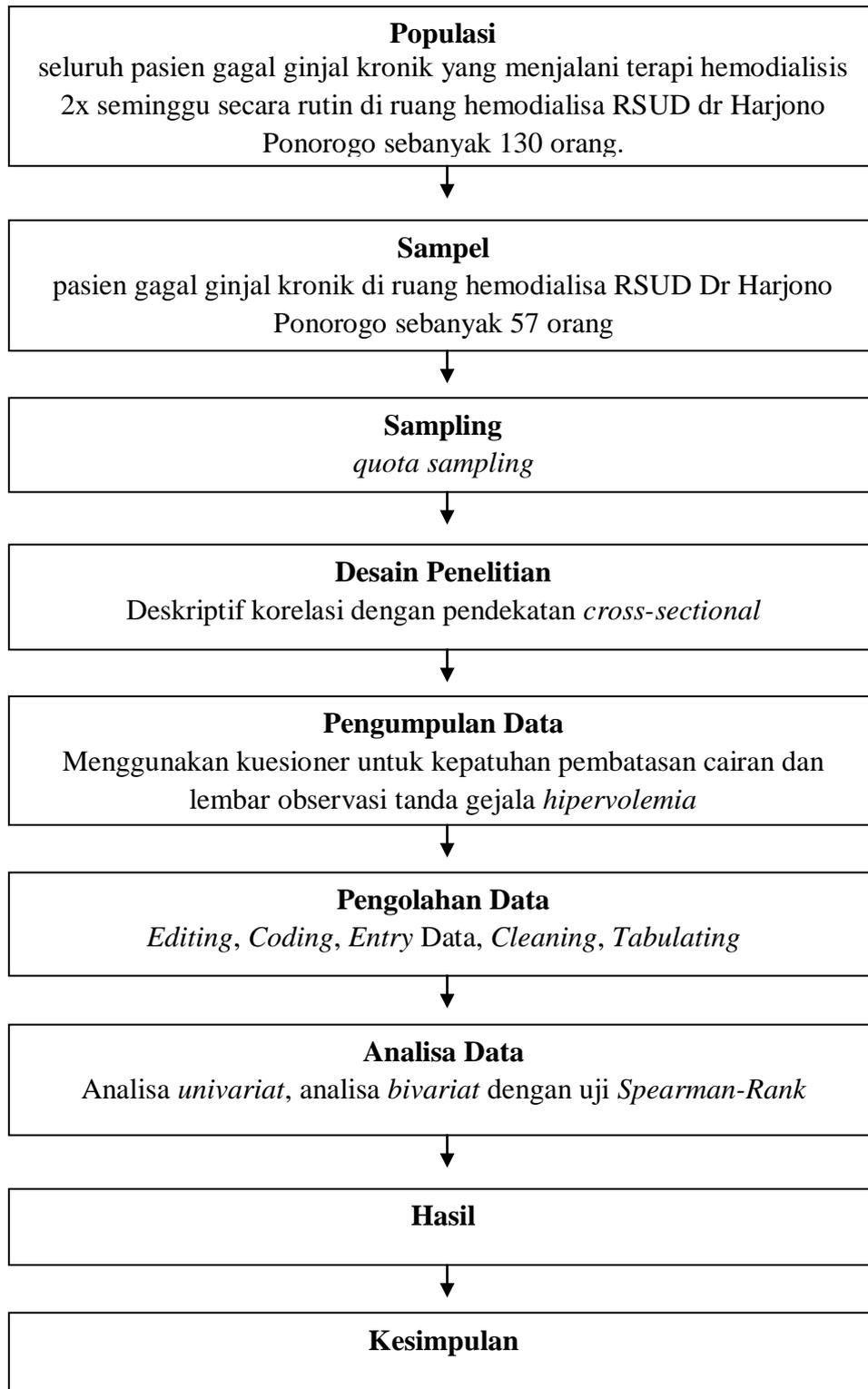
$$n = 57 \text{ orang}$$

4.2.3 Sampling

Menurut Nursalam (2016) sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik *quota sampling* yaitu teknik untuk menentukan sampel dari populasi yang mempunyai ciri-ciri tertentu sampai jumlah (kuota) yang diinginkan terpenuhi (Sugiyono, 2010).

4.3 Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan bagian kerja terhadap kegiatan penelitian yang akan dilakukan, meliputi siapa yang diteliti (subjek penelitian), variabel yang akan diteliti, dan variabel yang mempengaruhi dalam penelitian (Nursalam, 2013).



Gambar 4.3 Kerangka kerja penelitian

4.4 Variabel Penelitian

4.4.1 Klasifikasi Variabel

Adapun variabel-variabel dalam penelitian ini antara lain :

1. Variabel Independen (X) yaitu variabel yang mempengaruhi atau sebab perubahan timbulnya variabel terikat atau dependen. Variabel Independen (X) dalam penelitian ini adalah kepatuhan pembatasan cairan pasien gagal ginjal kronik.
2. Variabel Dependen (Y) yaitu variabel yang disebabkan atau dipengaruhi oleh adanya variabel bebas atau independen. Variabel Dependen (Y) dalam penelitian ini adalah kejadian *hipervolemia* pada gagal ginjal kronik.

4.4.2 Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional variabel adalah penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional, sehingga mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian (Nursalam, 2016).

Tabel 4.4 Definisi Operasional Variabel

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Kepatuhan pembatasan cairan pasien GGK	Seseorang/pasien dalam melaksanakan suatu aturan perilaku yang disarankan oleh perawat, dokter atau tenaga kesehatan terhadap pembatasan cairan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. umlah minum sesuai intake-output 2. engikuti anjuran untuk menghindari makan makanan berkuah, makanan instan, makanan yang mengandung pengawet, makanan yang dapat meningkatkan kadar natrium (kuning telur, kacang-kacangan, sayuran berdaun hijau, dll) 3. engikuti anjuran membatasi buah-buahan dengan kandungan tinggi air (semangka, melon, jeruk, pepaya, dll) 4. engikuti anjuran untuk menghindari minuman bersuplemen . 	Kuesioner	Ordinal	<p>Skor untuk jawaban pernyataan favorable :</p> <p>Tidak pernah = 0 Jarang = 1 Kadang-Kadang = 2 Sering = 3 Selalu = 4</p> <p>Skor untuk pernyataan unfavorable :</p> <p>Tidak pernah = 4 Jarang = 3 Kadang-Kadang = 2 Sering = 1 Selalu = 0</p> <p>Setelah ditetapkan kriteria seperti diatas maka responden mendapatkan skor :</p> <p>< 21 = tidak patuh 21-43 = kurang patuh >43 = patuh</p>
Hipervolemia	Hipervolemia merupakan kelebihan volume cairan mengacu pada perluasan isotonik dari CES yang disebabkan oleh retensi	<p>Kriteria hipervolemia :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ertambahan berat badan 2. dema 	Timbangan berat badan	Ordinal	<p>Penilaian BB :</p> <p>Tidak ada pertambahan berat badan = isovolemia Pertambahan BB < 5% = hipervolemia ringan</p>

	<p>air dan natrium yang abnormal dalam proporsi yang kurang lebih sama dimana mereka secara normal berada dalam CES.</p>			<p>Pertambahan BB 5% - 8% = hipervolemia sedang Pertambahan BB >8% = hipervolemia berat. Penilaian edema : Derajat I = kedalamannya 1-3 mm, waktu kembali 3 detik Derajat II = kedalamannya 3-5 mm, waktu kembali 5 detik Derajat III = kedalamannya 5-7 mm, waktu kembali 7 detik Derajat IV = kedalamannya 7 mm, waktu kembali 7 detik</p>
--	--	--	--	---

4.5 Pengumpulan Data

4.5.1 Proses Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan di ruang hemodialisa RSUD dr Harjono Ponorogo dengan proses sebagai berikut :

1. Setelah proposal penelitian mendapat persetujuan dari pembimbing akademik dilanjutkan dengan membuat surat permohonan dari prodi S-1 Keperawatan Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun yang ditujukan kepada Direktur Utama RSUD dr Harjono Ponorogo.
2. Setelah mendapat persetujuan, peneliti bekerja sama dengan perawat ruangan melakukan penseleksian calon responden.
3. Peneliti mengadakan pendekatan dan memberikan penjelasan kepada calon responden tentang penelitian dan bagi responden yang bersedia dipersilahkan untuk menandatangani lembar persetujuan untuk menjadi responden.
4. Peneliti memberikan penjelasan mengenai cara pengisian kuesioner.
5. Memberikan waktu kepada responden untuk mengisi kuesioner dan memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya jika ada pertanyaan yang kurang jelas.
6. Setelah seluruh pertanyaan dalam kuesioner dijawab, maka peneliti mengumpulkan dan memeriksa kembali kelengkapan data.
7. Peneliti mengucapkan terima kasih kepada responden atas partisipasinya

4.5.2 Sumber Data Penelitian

1. Data Primer

Data primer merupakan data yang diambil secara langsung oleh peneliti terhadap sasaran. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan tehnik wawancara langsung dan kuesioner yang ditujukan untuk hubungan pembatasan cairan terhadap terjadinya *hipervolemia* pada pasien gagal ginjal kronik.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang bukan diusahakan sendiri pengumpulannya oleh peneliti dan tidak diperoleh langsung dari sumbernya. Data dalam penelitian ini diperoleh dari buku, internet, dan data dari bagian Ruang Hemodialisa RSUD dr Harjono Ponorogo.

4.5.3 Metode Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian

Menurut Sugiyono (2015) instrumen penelitian adalah alat yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaan lebih mudah dan hasilnya lebih baik. Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini adalah :

1. Kuesioner

Dalam instrumen ini, peneliti mengumpulkan data secara formal dari subjek untuk menjawab pernyataan secara tertulis. Jenis kuesioner yang digunakan adalah kuesioner tertutup, yaitu yang sudah disediakan jawabannya sehingga responden hanya tinggal membutuhkan tanda check-list (✓) pada kolom yang tersedia. Kuesioner ini terdiri dari dua bagian yaitu kuesioner data umum (demografi) pasien gagal ginjal kronik, dan data khusus berupa kuesioner

pernyataan tentang kepatuhan pembatasan cairan dengan menggunakan skala Likert. Kuesioner pembatasan cairan berisi 16 pernyataan yang terdiri dari pernyataan favorable berjumlah 7 pernyataan dan pernyataan unfavorable berjumlah 9 pernyataan. Untuk menghitung pengukuran kepatuhan pembatasan cairan dimana pasien menjawab selalu diberi skor “4”, sering diberi skor “3”, kadang-kadang diberi skor “2”, jarang diberi skor “1”, dan tidak pernah diberi skor “0”. Menghitung rentang rentang minimum-maksimumnya adalah $16 \times 0 = 0$ sampai dengan $16 \times 4 = 64$. Dengan demikian satuan standart deviasinya bernilai $\sigma : 64/6 = 10,6$ dan mean teoritisnya adalah $64 + 0 = 64$, jadi $\mu : 64/2 = 32$. Kemudian ditentukan 3 kategori dengan ketentuan sebagai berikut :

$$x < (\mu - \sigma)$$

$$(\mu - \sigma) \leq x < (\mu + \sigma)$$

$$(\mu + \sigma) \leq x$$

Atau

$$x < (32 - 10,6) \quad : \text{tidak patuh}$$

$$(32 - 10,6) \leq x < (32 + 10,6) \quad : \text{cukup patuh}$$

$$(32 + 10,6) \leq x \quad : \text{patuh}$$

Keterangan :

μ : Mean teoritis

σ : Besar satuan standart deviasi untuk kategori

x : nilai scoring (Azwar, 2012)

setelah ditetapkan kriteria seperti diatas maka responden mendapatkan skor :

< 21 : tidak patuh

21-43 : kurang patuh

>43 : patuh

2. Metode Observasi dan Pengukuran

Observasi merupakan tehnik pengumpulan data dengan menggunakan panca indera, jadi tidak hanya dengan pengamatan menggunakan mata. Dalam mengukur adanya kejadian *hipervolemia* pada pasien gagal ginjal kronik peneliti menggunakan tehnik observasi, yaitu dengan mengobservasi pengukuran berat badan menggunakan alat ukur timbangan berat badan serta menggunakan data rekam medis pasien (dokumentasi) sebagai sumber data.

4.5.4 Uji Validitas

Suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrumen. Sebuah instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang kita inginkan, dan apabila dapat mengungkap data dari variabel yang diteliti secara tepat (Arikunto, 2010). Dalam hal ini peneliti menggunakan kuesioner yang disusun, untuk menyusun secara tepat maka perlu diuji. Untuk tingkat pervalidan ini, instrumen akan diuji cobakan terlebih dahulu pada penderita gagal ginjal kronik berjumlah 10 orang.

Untuk menghitung r atau koefisien korelasi dan tingkat signifikannya dapat digunakan program komputer. Menurut Arikunto (2010), rumus korelasi yang dapat digunakan adalah rumus yang digunakan oleh person yaitu yang

dikenal dengan korelasi *product moment person*. Adapun $\leq 0,05$ maka item pertanyaan dikatakan valid atau didasarkan pada nilai r dimana pertanyaan dinyatakan valid apabila r hitung $> r$ table pada taraf signifikan 5%, sehingga pertanyaan dapat digunakan untuk mengumpulkan data penelitian. Berdasarkan uji coba terhadap 10 pasien di RSUD Dr. Harjono Ponorogo yang dilaksanakan pada tanggal 30 Mei 2017 diperoleh nilai corrected item-total correlation paling besar sebesar 0,932 pada taraf kesalahan 5% dengan $n = 10$ diperoleh r tabel = 0,632.

4.5.5 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan. Alat dan cara mengukur atau mengamati sama-sama memegang peranan yang penting dalam waktu yang bersamaan (Nursalam, 2016). Instrumen yang sudah dipercaya, yang reliabel akan menghasilkan data yang dapat dipercaya juga. Apabila datanya benar sesuai dengan kenyataannya, maka berapa kalipun diambil tetap akan sama (Arikunto, 2010).

Setelah item pertanyaan tersebut valid maka proses selanjutnya masuk pada uji reliabilitas kuesioner tersebut dengan cara yang sama dengan komputerasi menggunakan *Alpha Cronbach*. Berdasarkan hasil uji coba 10 pasien di RSUD Dr. Harjono Ponorogo diperoleh nilai *Alpha Cronbach* sebesar 0,964 sehingga dapat disimpulkan bahwa kuesioner tersebut reliabel.

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan dengan pertimbangan yang sesuai dengan permasalahan dan tujuan penelitian yang telah dirumuskan diawal, maka obyek penelitian ini adalah RSUD Dr Harjono Ponorogodi Jl.Raya Ponorogo-Pacitan, Pakunden Ponorogo. Penelitian ini dilakukan selama bulan Mei 2017 di ruang Hemodialisa.

4.7 Cara Analisis Data

1. Pengolahan Data

Adapun langkah-langkah pengolahan data meliputi :

a. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Pada tahap ini peneliti melakukan koreksi data untuk melihat kebenaran pengisian dan kelengkapan jawaban kuesioner dari responden. Hal ini dilakukan di tempat pengumpulan data sehingga bila ada kekurangan segera dapat dilengkapi. Selama proses penelitian ada beberapa data yang tidak terisi sehingga peneliti meminta responden untuk melengkapinya sehingga didapatkan data yang lengkap.

b. *Coding*

Coding merupakan kegiatan mengubah data dengan pemberian kode angka atau bilangan. Dalam penelitian ini peneliti melakukan klarifikasi jawaban responden yang memenuhi ketentuan jawaban yaitu sebagai berikut :

1. Data demografi :

Usia :

1 = 16-25 tahun

2 = 26-35 tahun

3 = 36-45 tahun

4 = 46-55 tahun

5 = 56-65 tahun

6 = > 65 tahun

Pendidikan :

1 = Sekolah Dasar (SD, MIN)

2 = Sekolah Menengah Pertama (SMP,Mts)

3 = Sekolah Menengah Atas (SMA,SMK,MA)

4 = Perguruan tinggi (Diploma/S1)

5 = Tidak sekolah

Pekerjaan :

1 = PNS

2 = Swasta

3 = Wiraswasta

4 = Petani/Pekebun

6 = IRT (Ibu Rumah Tangga)

2. Kepatuhan pembatasan cairan :

1 = Tidak patuh

2 = Kurang Patuh

3 = Patuh

3. Kejadian hipervolemia :

1 = isovolemia

2 = hipervolemia ringan

3 = hipervolemia sedang

4 = hipervolemia berat

4 *Entry Data*

Data entri adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan kedalam master tabel atau database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana.

5 *Cleaning*

Cleaning adalah memastikan bahwa seluruh data yang dimasukkan kedalam mesin pengolah data sudah sesuai dengan sebenarnya atau proses pembersihan data. Dalam proses ini peneliti melakukan pengecekan ulang untuk memastikan bahwa semua data yang dimasukkan dalam program komputer telah sesuai dengan data asli yang didapat di lapangan.

6 *Tabulating*

Setelah entri data kemudian data tersebut dikelompokkan dan ditabulasikan sehingga diperoleh frekuensi dari masing-masing variabel.

2. Analisa Data

Analisa data dilakukan untuk menjawab hipotesis penelitian. Data yang diperoleh dianalisa dengan menggunakan tehnik statistik kuantitatif dengan menggunakan analisa univariat dan bivariat. Pada penelitian ini menggunakan sistem komputer dalam penghitungan data. Adapun analisa yang digunakan sebagai berikut :

a. Analisa Univariat

Analisa univariat merupakan suatu analisa yang digunakan untuk menganalisis tiap-tiap variabel dari hasil penelitian yang menghasilkan suatu distribusi frekuensi dan prosentase dari masing-masing variabel (Nursalam, 2014).

Analisa univariat dalam penelitian ini adalah menganalisis tiap variabel yaitu variabel bebas (kepatuhan pembatasan cairan) dan variabel terikat (kejadian *hipervolemia*) dalam bentuk distribusi dan persentase dari tiap variabel.

b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk menguji hubungan antara variabel independen terhadap variabel dependen dengan menggunakan uji korelasi *Spearman Rank*. Dalam uji korelasi *Spearman Rank* sumber data untuk kedua variabel yang akan dikonversikan dapat berasal dari sumber yang tidak sama, jenis data yang dikorelasikan adalah data ordinal, serta data dari kedua variabel tidak harus membentuk distribusi normal. Jadi korelasi

Spearman Rank bekerja dengan data ordinal atau berjenjang atau ranking, dan bebas distribusi (Sugiyono, 2010).

Untuk kepentingan analisa dalam pemecahan masalah yang akan diteliti, maka peneliti menggunakan alat bantu statistik SPSS 16 dengan menggunakan *descriptive analysis crosstabulation*. Tabel *crosstabulation* akan menunjukkan hubungan antara dua variabel. Dari uji statistik ini akan diperoleh kemungkinan hasil uji yaitu signifikansi atau bermakna dengan $\alpha = 0,05$. Jika nilai *p value* $\leq 0,05$ maka terdapat korelasi yang bermakna antara variabel yang diuji. Hipotesa diterima nilai *p value* $\leq 0,05$ (Nursalam, 2008).

Apabila hasil perhitungan koefisien korelasi *Spearman Rank* r_s hitung $> r_s$ tabel maka hipotesis alternatif (H_a) diterima dan hipotesis nol (H_0) ditolak, adanya hubungan antara kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya *hipervolemia* pada pasien gagal ginjal kronik. Tetapi bila sebaliknya r_s hitung $< r_s$ tabel maka hipotesis nol (H_0) diterima dan hipotesis alternatif (H_a) ditolak, yaitu tidak ada hubungan antara kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya *hipervolemia* pada pasien gagal ginjal kronik.

Dari hasil perhitungan untuk memberikan interpretasi koefisien korelasi sebagai berikut :

Tabel 4.7 Daftar nilai keeratan hubungan antara variabel

No	Nilai	Kategori
1	0,00 – 0,199	Sangat rendah
2	0,20 – 0,399	Rendah
3	0,40 – 0,669	Sedang
4	0,60 – 0,799	Kuat
5	0,8 – 1,000	Sangat kuat

Sumber : Sugiyono, 2010. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung : Penerbit Alfabeta

4.8 Etika Penelitian

Menurut Hidayat (2007) etika penelitian keperawatan sangat penting karena penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, sehingga perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

Informed consent merupakan lembar persetujuan yang diberikan kepada responden yang akan diteliti agar subyek mengerti maksud dan tujuan dari penelitian. Bila responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak-hak responden.

2. *Anonimity* (Tanpa Nama)

Untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan kepada pihak yang terkait dengan peneliti.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian yang meliputi pengumpulan data, analisa data dan pembahasan hasil penelitian. Hasil penelitian ini akan disajikan dalam bentuk tabel. Penelitian dilaksanakan pada tanggal 5 Juni sampai 20 Juni 2017 di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo melalui wawancara menggunakan kuesioner dan observasi tentang hubungan kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya hipervolemia pada pasien gagal ginjal kronik.

Pengumpulan data dilakukan selama ± 2 minggu yaitu pada tanggal 5 Juni sampai 20 Juni 2017 dengan jumlah responden sebanyak 57 orang, sedangkan penyajian data dibagi menjadi dua yaitu data umum dan data khusus.

5.1 Gambaran Proses Pengambilan Data dan Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Harjono Ponorogo berada di Kabupaten Ponorogo, Jl. Raya Ponorogo-Pacitan, Pakunden Kecamatan Ponorogo Kabupaten Ponorogo. Penelitian ini berada di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo. Di RSUD Dr. Harjono Ponorogo terdapat 20 mesin hemodialisis, 18 mesin hemodialisis untuk umum, 1 mesin hemodialisis untuk positif hepatitis dan 1 mesin hemodialisis untuk *emergency call*. Perawat di ruang Hemodialisa berjumlah 9 orang terdiri dari 1 orang kepala ruang dan 8 orang perawat yang sudah terlatih dan mempunyai sertifikat ahli ginjal. Jadwal pasien cuci darah

dibagi menjadi 2 shift yaitu shift pagi dengan 5 perawat (06.45-14.00) dan siang dengan 4 perawat (10.00-17.00).

Gambaran proses pengambilan data pada penelitian ini dimulai dengan pengambilan jumlah sampel berdasarkan *quota sampling*. Peneliti bekerja sama dengan kepala ruang dalam melakukan seleksi calon responden. Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu melakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner pada 10 responden di ruang hemodialisa. Setelah kuesioner dinyatakan valid dan reliabel, peneliti mengadakan pendekatan dan memberikan penjelasan kepada calon responden tentang penelitian yang dilakukan.

5.2 Data Umum

Data umum ini menjelaskan distribusi frekuensi yang meliputi karakteristik responden (jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan), lama menjalani HD, pengetahuan pasien tentang pembatasan cairan, dukungan keluarga dengan uraian berikut ini :

5.2.1 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi jumlah jenis kelamin klien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo tanggal 5 Juni – 20 Juni 2017

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-Laki	41	71,9
Perempuan	16	28,1
Jumlah	57	100

Sumber : Data umum responden penelitian di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo

Berdasarkan tabel 5.1 dapat diketahui bahwa sebagian besar yaitu sebanyak 41 responden (71,9 %) berjenis kelamin laki-laki dan sebagian kecil yaitu 16 responden (28,1%) berjenis kelamin perempuan.

5.2.2 Karakteristik responden berdasarkan usia

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi jumlah usia klien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo tanggal 5 Juni – 20 Juni 2017

Usia	Frekuensi	Persentase (%)
26-35 tahun	2	3,5
36-45 tahun	15	26,3
46-55 tahun	29	50,9
56-65 tahun	11	19,3
Jumlah	57	100

Sumber : Data umum responden penelitian di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui bahwa sebagian besar yaitu sebanyak 29 responden (50,9%) berusia 46-55 tahun dan sebagian kecil yaitu 11 responden (19,3%) berusia 56-65 tahun dan 2 responden (3,5%) berusia 26-35 tahun.

5.2.3 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi jumlah pendidikan terakhir klien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo tanggal 5 Juni – 20 Juni 2017

Pendidikan Terakhir	Frekuensi	Persentase (%)
SD	15	26,3
SMP	21	36,8
SMA	16	28,1
Perguruan Tinggi	2	3,5
Tidak Sekolah	3	5,3
Jumlah	57	100

Sumber : Data umum responden penelitian di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui bahwa sebagian besar yaitu sebanyak 21 responden (36,8%) pendidikan terakhir SMP dan sebagian kecil yaitu 2 responden (3,5%) pendidikan terakhir Perguruan Tinggi.

5.2.4 Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi jumlah pekerjaan klien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo tanggal 5 Juni – 20 Juni 2017

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
PNS	2	3,5
Swasta	13	22,8
Wiraswasta	10	17,5
Petani	25	43,9
IRT	7	12,3
Jumlah	57	100

Sumber : Data umum responden penelitian di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui bahwa sebagian besar yaitu sebanyak 25 responden (43,9%) pekerjaan sebagai petani dan sebagian kecil yaitu 2 responden (3,5%) pekerjaan sebagai PNS.

5.2.5 Karakteristik responden berdasarkan lamanya menjalani hemodialisis

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi jumlah lama menjalani hemodialisis klien gagal ginjal kronik di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo tanggal 5 Juni – 20 Juni 2017

Lama HD	Frekuensi	Persentase (%)
<1 tahun	10	17,5
2 - 5 tahun	19	33,3
>5 tahun	28	49,1
Jumlah	57	100

Sumber : Data umum responden penelitian di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui bahwa sebagian besar yaitu sebanyak 28 responden (49,1%) menjalani HD selama >5 tahun dan sebagian kecil yaitu 19 responden (33,3%) menjalani HD 2-5 tahun dan 10 responden (17,5%) menjalani HD selama <1 tahun.

5.2.6 Karakteristik responden berdasarkan pengetahuan pembatasan cairan

Tabel 5.6 Distribusi frekuensi jumlah pengetahuan pembatasan cairan pada klien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo tanggal 5 Juni- 20 Juni 2017

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Mengerti	36	63,2
Tidak Mengerti	21	36,8
Jumlah	57	100

Sumber : Data umum responden penelitian di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo

Berdasarkan tabel 5.6 dapat diketahui bahwa sebagian besar yaitu sebanyak 36 responden (63,2%) mengetahui resiko bila tidak membatasi asupan cairan dan sebagian kecil yaitu 21 responden (36,8%) tidak mengetahui resiko bila tidak membatasi asupan cairan.

5.2.7 Karakteristik responden berdasarkan dukungan keluarga dalam pembatasan cairan

Tabel 5.7 Distribusi frekuensi jumlah dukungan keluarga dalam pembatasan cairan pada klien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo tanggal 5 Juni- 20 Juni 2017

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Ada Dukungan	38	66,7
Tidak Ada Dukungan	19	33,3
Jumlah	57	100

Sumber : Data umum responden penelitian di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo

Berdasarkan tabel 5.7 dapat diketahui bahwa sebagian besar yaitu sebanyak 38 responden (66,7%) keluarga memperhatikan atau mengingatkan selama pasien melakukan pembatasan cairan dan sebagian

kecil yaitu 19 responden (33,3%) keluarga tidak memperhatikan atau mengingatkan selama pasien melakukan pembatasan cairan.

5.3 Data Khusus

5.3.1 Kepatuhan Pembatasan Cairan

Hasil analisis kepatuhan pembatasan cairan pada klien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.8 Kepatuhan pembatasan cairan pada klien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo tanggal 5 Juni – 20 Juni 2017

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Patuh	5	8,8
Kurang Patuh	34	59,6
Tidak Patuh	18	31,6
Jumlah	57	100

Sumber : Data primer penelitian tahun 2017

Berdasarkan tabel 5.8 diketahui bahwa kepatuhan pembatasan cairan pada klien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo dari 57 responden sebagian besar yaitu 34 responden (59,6%) termasuk kategori kurang patuh. Dan sebagian kecil yaitu 5 responden (8,8%) termasuk kategori patuh.

5.3.2 Kejadian Hipervolemia

Hasil analisis kejadian hipervolemia pada klien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.9 Kejadian hipervolemia pada klien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo tanggal 5 Juni – 20 Juni 2017

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Isovolemia	5	8,8
Hipervolemia Ringan	23	40,4
Hipervolemia Sedang	11	19,3
Hipervolemia Berat	18	31,6
Jumlah	57	100

Sumber : Data dari hasil pengolahan data observasi kejadian hipervolemia pada klien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo

Berdasarkan tabel 5.9 dapat diketahui bahwa hampir setengah dari responden mengalami hipervolemia ringan yaitu sebanyak 23 responden (40,4%) di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo.

5.3.3 Hubungan Kepatuhan Pembatasan Cairan Terhadap Terjadinya Hipervolemia Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa RSUD Dr.Harjo Ponorogo Tahun 2017.

Hasil analisis hubungan kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya hipervolemia pada pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RSUD Dr Harjono Ponorogo dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.10 Distribusi frekuensi hubungan kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya hipervolemia pada pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RSUD Dr Harjono Ponorogo pada tanggal 5 Juni – 20 Juni 2017

	Kejadian Hipervolemia								Total	
	Isovolemia		Hipervolemia Ringan		Hipervolemia Sedang		Hipervolemia Berat			
Kepatuhan Pembatasan Cairan	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tidak Patuh	0	0	0	0	0	0	18	31,6	18	31,6
Kurang Patuh	0	0	23	40,4	11	19,3	0	0	34	59,6
Patuh	5	8,8	0	0	0	0	0	0	5	8,8
Total	5	8,8	23	40,4	11	19,3	18	31,6	57	100
$\alpha = 0,05$ $r = -0,919$ $p \text{ value} = 0,000$										

Berdasarkan tabel 5.10 dapat terlihat bahwa kepatuhan pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik yang paling banyak mengalami kejadian hipervolemia termasuk ke dalam kategori kurang patuh dan hipervolemia ringan yaitu 23 responden (40,4%) serta kategori tidak patuh dan hipervolemia berat yaitu 18 responden (31,6%).

Berdasarkan hasil analisa dengan menggunakan uji statistik *Spearman Rank* dengan Program SPSS versi 16 di dapatkan *p value* 0,000 $\leq \alpha = 0,05$ artinya H_a diterima, sehingga ada hubungan kepatuhan

pembatasan cairan terhadap terjadinya hipervolemia pada pasien gagal ginjal kronik di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo. Hasil uji *Spearman rank* bahwa r hitung = - 0,919 yaitu negatif, maka semakin tinggi tingkat kepatuhan pembatasan cairan maka semakin menurun kejadian hipervolemia dan begitu juga sebaliknya. Keeratan hubungan dapat dilihat dari nilai $r = - 0,919$ yang dikategorikan sangat kuat (0,8-1,000) yang artinya keeratan hubungan kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya hipervolemia pada pasien gagal ginjal kronik di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo adalah sangat kuat.

5.4 Pembahasan

5.4.1 Kepatuhan Pembatasan Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa RSUD Dr.Harjono Ponorogo

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa kepatuhan pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik sebagian besar adalah kurang patuh yaitu 34 responden (59,6%), dan sebagian kecil adalah patuh yaitu 5 responden (8,8%). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Heniyati (2012) bahwa mayoritas responden kurang patuh dalam melakukan pembatasan cairan tetapi persentasinya lebih kecil dibandingkan penelitian ini yaitu sebesar 52,3% dengan indikator responden mengalami peningkatan berat badan pada saat sebelum dilakukan hemodialisa. Persamaan ini terjadi diasumsikan karena karakteristik respondennya hampir sama, data kriteria inklusi yaitu mampu berkomunikasi

secara verbal, dapat membaca dan menulis, dapat ditimbang berat badannya dengan berdiri serta bersedia menjadi responden.

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).

Kepatuhan dalam menjalani HD dan pembatasan cairan penting agar pasien merasa nyaman pada saat sebelum, selama dan sesudah terapi HD (Imelda, 2012). Kepatuhan pembatasan cairan bagi pasien HD merupakan hal penting untuk dilakukan, jika pasien tidak patuh akan terjadi penumpukan zat-zat berbahaya dalam tubuh hasil metabolisme dalam darah. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien CKD dalam pembatasan asupan cairan adalah faktor pendidikan, konsep diri, pengetahuan pasien, keterlibatan tenaga kesehatan dan keterlibatan keluarga (Kamaluddin & Rahayu, 2009).

Kepatuhan pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Harjono Ponorogo dinyatakan tidak patuh sebanyak 18 responden (31,6%), hal ini dikarenakan pasien belum dapat mematuhi diet atau melakukan perubahan gaya hidup termasuk dalam menjalani pembatasan asupan cairan seperti mencari informasi tentang jenis makanan yang dikonsumsi, dan belum maksimal dalam mengikuti anjuran untuk membatasi asupan cairan. Selain itu pelaksanaan penelitian dilakukan pada saat bulan puasa Ramadhan sehingga banyak responden yang tidak patuh dalam melakukan pembatasan cairan dikarenakan responden yang berpuasa pada saat sahur dan berbuka mengkonsumsi air dalam jumlah

banyak sehingga pada saat akan melakukan terapi hemodialisis responden mengalami edema, sesak nafas, penambahan berat badan lebih dari 8%. Sebagian besar responden kesulitan dalam melakukan pembatasan cairan seperti menghitung jumlah air yang diminum sehari-hari, mengukur jumlah urine dalam sehari, dan mengonsumsi makanan berkuah.

Beberapa faktor lain yang dimungkinkan mempengaruhi kepatuhan pembatasan cairan pada hasil penelitian ini antara lain :

1. Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo dapat diketahui bahwa dari 57 responden sebagian besar yaitu sebanyak 41 responden (71,9 %) berjenis kelamin laki-laki dan sebagian kecil yaitu 16 responden (28,1%) berjenis kelamin perempuan. Jumlah pasien laki-laki lebih banyak dari perempuan dapat disebabkan karena beberapa hal.

Perbesaran prostat pada laki-laki dapat menyebabkan terjadinya obstruksi dan infeksi yang dapat berkembang menjadi gagal ginjal. Selain itu, pembentukan batu renal lebih banyak diderita oleh laki-laki karena saluran kemih pada laki-laki lebih panjang sehingga pengendapan zat pembentuk batu lebih banyak pada laki-laki daripada perempuan. Laki-laki juga lebih banyak mempunyai kebiasaan yang dapat mempengaruhi kesehatan seperti merokok, minum kopi, alkohol, dan minuman suplemen yang dapat memicu terjadinya penyakit sistemik yang dapat menyebabkan penurunan fungsi ginjal (Black & Hawks, 2009).

Dalam pernyataan The ESRD Insidense Study Group (2008) menyebutkan bahwa terdapat peningkatan angka kejadian gagal ginjal kronik yang terjadi pada

laki-laki. Hal ini dikaitkan dengan gaya hidup yang kurang baik pada pasien laki-laki seperti merokok, alkohol, begadang, kurang minum air, kurang olahraga dan banyak makan makanan cepat saji. Pada dasarnya dijelaskan di beberapa literatur bahwa pasien CKD tidak dipengaruhi oleh jenis kelamin, antara laki-laki dan perempuan memiliki resiko yang sama untuk menderita CKD. Namun menurut peneliti pada penelitian ini responden lebih banyak berjenis kelamin laki-laki yang kemungkinan disebabkan oleh gaya hidup responden laki-laki seperti merokok, alkohol, dan minum minuman penambah energi. Sedangkan pada responden perempuan terdapat perbedaan sosio-emosional dimana perempuan memiliki regulasi diri yang lebih baik dalam berperilaku sehingga lebih patuh dalam melakukan aturan pembatasan cairan.

2. Usia

Karakteristik responden berdasarkan usia dapat diketahui bahwa sebanyak 29 responden (50,9%) berusia 46-55 tahun dan 11 responden (19,3%) berusia 56-65 tahun. Gambaran usia demikian menunjukkan bahwa mayoritas pasien berada pada kelompok usia tua. Usia dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya penyakit tertentu, dimana sel maupun organ tubuh akan mengalami penurunan fungsi seiring dengan pertambahan umur seseorang. Menurut beberapa literatur usia merupakan salah satu faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi dari CKD dan menurut para peneliti di Amerika telah menemukan bahwa usia tua merupakan salah satu dari delapan faktor resiko terjadinya CKD (Sahabat Ginjal, 2009).

Seiring dengan bertambahnya usia, fungsi ginjal juga dapat menurun. Yayasan Ginjal Diatrans Indonesia (YDGI, 2006) menyatakan bahwa penderita CKD yang menjalani HD 49% berusia antara 35-55 tahun. Kasus CKD cenderung meningkat pada usia dewasa karena proses perjalanan penyakitnya yang bersifat progresif dan kronis (Smeltzer, 2008). Usia dewasa pada umumnya merupakan seseorang yang aktif dengan memiliki fungsi peran yang banyak, mulai perannya sebagai individu sendiri, keluarga, di tempat kerja, maupun di kelompok sosial. Ketika seorang dewasa mengalami sakit kronik maka akan terdapat konflik dalam dirinya sehingga dapat mempengaruhi kepatuhan individu.

Pada penelitian Dharma (2015) menunjukkan bahwa penyakit gagal ginjal kronik semakin banyak menyerang pada usia dewasa. Hal ini dikarenakan pola hidup yang tidak sehat seperti banyaknya mengkonsumsi makanan cepat saji, kesibukan yang membuat stress, duduk seharian dikantor, sering minum kopi, minuman berenergi, jarang mengkonsumsi air putih. Kebiasaan kurang baik tersebut menjadi faktor resiko kerusakan pada ginjal.

3. Pendidikan

Karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir dapat diketahui bahwa sebagian besar berpendidikan dasar yaitu sebanyak 21 responden (36,8%) pendidikan terakhir SMP, 15 responden (26,3%) pendidikan terakhir SD, dan sebagian kecil yaitu 2 responden (3,5%) pendidikan terakhir Perguruan Tinggi. Tingkat pendidikan merupakan indikator bahwa seseorang telah menempuh jenjang pendidikan formal di bidang tertentu, namun bukan indikator bahwa seseorang telah menguasai beberapa bidang ilmu.

Seseorang dengan pendidikan yang baik, lebih matang terhadap proses perubahan pada dirinya, sehingga lebih mudah menerima pengaruh luar yang positif, objektif, dan terbuka terhadap berbagai informasi tentang kesehatan (Notoadmodjo, 2007). Menurut Azwar (2010) semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka ia akan cenderung berperilaku positif karena pendidikan yang diperoleh dapat meletakkan dasar-dasar pengertian dalam diri seseorang.

Pendidikan dan kesehatan merupakan dua hal yang sangat berkaitan erat. Pendidikan merupakan sarana yang digunakan oleh seorang individu agar nantinya mendapat pemahaman terkait kesadaran kesehatan. Kebanyakan orang menilai apabila seseorang itu mendapat proses kesehatan yang baik dan mendapat pengetahuan kesehatan yang cukup maka ia juga akan mempunyai tingkat kesadaran kesehatan yang baik pula. Dengan begitu maka diharapkan pada nantinya orang tersebut akan menerapkan pola hidup sehat dalam hidupnya dan bisa menularkannya ke orang-orang disekitarnya.

Pada penelitian ini responden sebagian besar berpendidikan terakhir SMP yang termasuk pendidikan rendah yang dapat mempengaruhi kurangnya pemahaman serta kesadaran terhadap kesehatan terutama dalam membatasi asupan cairan yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan pasien gagal ginjal. Pendidikan merupakan faktor yang penting pada pasien untuk dapat memahami dan mengatur dirinya sendiri dalam makan maupun minum. Beberapa bukti menunjukkan bahwa tingkat pendidikan pasien berperan dalam kepatuhan, tetapi memahami instruksi pengobatan dan pentingnya perawatan mungkin lebih penting daripada tingkat pendidikan pasien. Penelitian telah menunjukkan bahwa

peningkatan pengetahuan tidak berarti meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pembatasan asupan cairan. Yang paling penting, seorang pasien harus memiliki sumber daya dan motivasi untuk mematuhi instruksi pengobatan.

4. Pekerjaan

Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan dapat diketahui bahwa sebagian besar yaitu sebanyak 25 responden (43,9%) pekerjaan sebagai petani dan sebagian kecil yaitu 2 responden (3,5%) pekerjaan sebagai PNS. Individu yang harus menjalani terapi hemodialisis sering merasa khawatir akan kondisi sakitnya yang tidak dapat diramalkan dan gangguan dalam kehidupannya dan ini biasanya pasien dapat mengalami masalah finansial dan kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan (Smeltzer&Bare, 2008). Penelitian yang dilakukan Asri dkk (2011) mengatakan bahwa dua per tiga dari pasien yang mendapat terapi dialisis tidak pernah kembali pada aktivitas atau pekerjaan seperti sedia kala sehingga banyak pasien kehilangan pekerjaannya.

Hasil observasi peneliti menunjukkan bahwa sebagian besar pekerjaan responden sebagai petani. Pekerjaan sebagai petani merupakan pekerjaan yang banyak mengurus tenaga, selain itu pekerjaan ini juga lebih sering terpapar langsung oleh sinar matahari sehingga akan mempengaruhi timbulnya rasa haus. Pada suhu yang panas, kehilangan cairan melalui keringat akan meningkat 1,5 sampai 2 liter/jam, sehingga dapat menyebabkan berkurangnya cairan tubuh dengan cepat dan memicu untuk mengkonsumsi air minum sebanyak-banyaknya. Hal ini terkait dengan tingginya tingkat kesulitan untuk mengikuti rekomendasi pengobatan, pedoman membatasi asupan cairan dan diet.

Pada penelitian ini responden yang masih aktif bekerja adalah Pegawai Negeri Sipil sedangkan responden yang bekerja di sektor swasta kebanyakan mengundurkan diri dari pekerjaannya setelah didiagnosa gagal ginjal dan harus rutin terapi hemodialisis. Responden yang bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil cenderung berperilaku patuh terhadap pembatasan asupan cairan dikarenakan pekerjaan mereka sebagian besar berada diruangan yang tidak bersuhu panas sehingga proses kehilangan cairan melalui keringat dan rasa haus dapat diminimalisir. Sedangkan responden yang bekerja di sektor swasta yang sudah mengundurkan diri cenderung berperilaku patuh terhadap pembatasan asupan cairan dikarenakan mereka banyak menghabiskan kegiatan sehari-hari dirumah dan tidak banyak melakukan aktivitas yang berat.

5. Lama Menjalani Hemodialisis

Hemodialisis merupakan terapi pengganti ginjal yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan pasien dengan penyakit ginjal stadium terminal. Seseorang yang telah divonis menderita penyakit ginjal dan telah mencapai stage V harus menjalani terapi pengganti ginjal seumur hidup, dan salah satu pilihannya adalah hemodialisis. Hasil penelitian ini dapat dilihat bahwa sebanyak 28 responden (49,1%) menjalani HD selama > 5 tahun dan sebagian kecil yaitu 19 responden (33,3%) menjalani HD 2-5 tahun dan 10 responden (17,5%) menjalani HD selama < 1 tahun.

Semakin lama pasien menjalani hemodialisis maka pasien semakin patuh untuk menjalani HD karena biasanya responden telah mencapai tahap menerima ditambah mereka juga kemungkinan banyak mendapatkan pendidikan kesehatan

dari perawat dan juga dokter tentang penyakit dan pentingnya melaksanakan HD secara teratur bagi mereka (Sapri, 2014).

Namun pada penelitian ini responden yang sebagian besar sudah menjalani HD selama > 5 tahun cenderung kurang mematuhi aturan pembatasan cairan. Hal ini dikarenakan pengobatan dalam jangka panjang yang memaksa untuk merubah kebiasaan-kebiasaan seperti mengurangi kalori makanan atau komponen tertentu dalam sehari-hari memberikan kesan atau sikap negatif bagi penderita dan membuat mereka merasa bosan dalam melakukan aturan diet sesuai yang dianjurkan petugas kesehatan.

6. Pengetahuan Pasien tentang Pembatasan Cairan

Karakteristik responden berdasarkan pengetahuan pasien tentang pembatasan cairan dapat diketahui bahwa sebagian besar yaitu sebanyak 36 responden (63,2%) mengetahui resiko bila tidak membatasi asupan cairan dan sebagian kecil yaitu 21 responden (36,8%) tidak mengetahui resiko bila tidak membatasi asupan cairan. Menurut Notoatmodjo (2007) faktor pengetahuan adalah faktor yang menentukan perilaku seseorang terhadap masalah yang dialaminya. Seseorang yang memiliki pengetahuan baik akan mudah untuk mengaplikasikan pengetahuannya menjadi perilaku yang positif dan memungkinkan pasien dapat mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang dihadapi, mempunyai rasa percaya diri yang tinggi, berpengalaman, dan mempunyai perkiraan yang tepat bagaimana mengatasi kejadian serta mudah mengerti tentang apa yang dianjurkan oleh petugas kesehatan, akan dapat mengurangi kecemasan sehingga dapat membantu individu tersebut dalam

membuat keputusan. Pada penelitian yang dilakukan Kamaludin dan Rahayu (2009) menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan pasien tentang pembatasan cairan dengan kepatuhan pembatasan asupan cairan pada pasien gagal ginjal kronik.

Menurut peneliti pengetahuan pasien tentang pembatasan asupan cairan menjadi salah satu faktor kepatuhan pasien dalam membatasi asupan cairan karena pengetahuan serta informasi yang didapat pasien sudah banyak dari berbagai media maupun penyuluhan kesehatan. Seseorang yang memiliki pendidikan rendah tetapi mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media hal itu akan meningkatkan pengetahuannya. Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang memperoleh pengetahuan yang baru.

7. Dukungan Keluarga

Berdasarkan karakteristik responden pada dukungan keluarga dapat diketahui bahwa sebagian besar yaitu sebanyak 38 responden (66,7%) keluarga memperhatikan atau mengingatkan selama pasien melakukan pembatasan cairan dan sebagian kecil yaitu 19 responden (33,3%) keluarga tidak memperhatikan atau mengingatkan selama pasien melakukan pembatasan cairan. Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dan menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu dan dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang diterima.

Berdasarkan penelitian Fitriani (2008) keluarga dapat memotivasi agar pasien mematuhi program perawatan dan kepatuhan diit cairan, dukungan

emosional jauh lebih dibutuhkan oleh pasien hemodialisa. Dukungan melalui pemberian rasa nyaman, keyakinan, kepedulian, dan kecintaan akan mengakibatkan pasien lebih nyaman, merasa hidupnya lebih berarti, meningkatkan kualitas hidup dan akan lebih patuh terhadap diit cairan yang dijalani.

5.4.2 Kejadian Hipervolemia Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo

Pada penelitian ini didapatkan hampir setengah dari responden mengalami hipervolemia ringan yaitu sebanyak 23 responden (40,4%), sedangkan responden yang mengalami hipervolemia berat sebanyak 18 responden (31,6 %). Hal ini dikarenakan pada tubuh responden terjadi peningkatan jumlah natrium dalam serum. Kelebihan cairan terjadi akibat overload cairan atau adanya gangguan mekanisme homeostatis pada proses regulasi keseimbangan cairan. Mekanisme kompensasi tubuh pada kondisi hipervolemia adalah berupa pelepasan Peptida Natriuretik Atrium (PNA), menimbulkan peningkatan filtrasi dan ekskresi natrium dan air oleh ginjal dan penurunan pelepasan aldosteron dan ADH. Hipervolemia dapat menimbulkan gagal jantung dan edema pulmoner khususnya pada pasien dengan disfungsi kardiovaskuler. Penelitian yang dilakukan Farida (2010) menyatakan bahwa responden mengalami gangguan pola nafas berupa sesak nafas disebabkan oleh kelebihan asupan cairan dan asites. Dari kedua penelitian ini didapatkan persamaan dimana pasien mengalami hipervolemia.

Hipervolemia merupakan keadaan dimana seorang individu mengalami atau beresiko mengalami kelebihan cairan intrasel dan interstisial yang disebabkan oleh retensi air dan natrium yang abnormal dalam proporsi yang kurang lebih sama dimana mereka secara normal berada dalam CES. Hal ini selalu terjadi sesudah ada peningkatan kandungan natrium tubuh total yang pada akhirnya menyebabkan peningkatan tubuh total (Brunner & Suddarth, 2002).

Kondisi yang memperparah kejadian hipervolemia pada sebagian besar responden dikarenakan kesulitan dalam pengontrolan asupan cairan, terutama jika mereka mengkonsumsi obat-obatan yang membuat membran mukosa kering seperti diuretik, sehingga menyebabkan rasa haus dan pasien berusaha untuk minum. Hal tersebut menimbulkan terjadinya penambahan berat badan dan pasien mengeluh sesak nafas karena kelebihan cairan. Selain itu dengan tertahannya natrium dan cairan banyak pasien mengalami edema di sekitar tubuh seperti tangan, kaki, dan muka. Hal ini akan berdampak terhadap penambahan berat badan diantara dua waktu dialisis.

5.4.3 Hubungan Kepatuhan Pembatasan Cairan Terhadap Terjadinya Hipervolemia Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo.

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan antara kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya hipervolemia pada pasien gagal ginjal kronik di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo. Data penelitian distribusi frekuensi hubungan kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya

hipervolemia pada pasien gagal ginjal kronik menunjukkan bahwa penderita gagal ginjal kronik yang patuh terhadap pembatasan cairan sejumlah 5 orang (8,8%) diantaranya mengalami isovolemia sebanyak 5 orang (8,8%). Pada penderita gagal ginjal kronik yang kurang patuh terhadap pembatasan cairan sejumlah 34 orang (59,6%) diantaranya mengalami hipervolemia ringan sebanyak 23 orang (40,4%) dan hipervolemia sedang sebanyak 11 orang (19,3%). Sedangkan penderita gagal ginjal kronik yang tidak patuh terhadap pembatasan cairan sejumlah 18 orang (31,6%) diantaranya mengalami hipervolemia berat sebanyak 18 orang (31,6%).

Hasil uji statistik dengan menggunakan *Spearman Rank* didapatkan nilai *p value* = 0,000. Apabila *p value* $0,000 \leq \alpha = 0,05$ artinya H_a diterima, sehingga ada hubungan kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya hipervolemia pada pasien gagal ginjal kronik di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo. Hasil uji Spearman rank bahwa *r* hitung = - 0,919 yaitu negatif, maka semakin tinggi tingkat kepatuhan pembatasan cairan maka semakin menurun kejadian hipervolemia dan begitu juga sebaliknya. Keeratan hubungan dapat dilihat dari nilai *r* = - 0,919 yang dikategorikan sangat kuat (0,8-1,000) yang artinya keeratan hubungan kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya hipervolemia pada pasien gagal ginjal kronik di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo adalah sangat kuat.

Kepatuhan pembatasan cairan yang baik dapat mencegah terjadinya hipervolemia yang berlebihan. Potter & Perry (2006) merekomendasikan tentang masukan cairan yang ideal yang dikonsumsi pasien setiap harinya adalah 500 mL

+ urine output + ekstrarenal waterlosses, dimana 500 mL merupakan cairan yang hilang setiap harinya. Sedangkan extrarenal waterlosses meliputi diare, muntah dan sekresi nasogastrik. Maka berdasarkan teori tersebut dapat dikatakan bahwa rata-rata masukan cairan harian responden mempunyai kecenderungan melebihi masukan cairan yang telah direkomendasikan. Terdapat beberapa alasan pasien untuk minum, yaitu karena haus dan karena keinginan bukan karena haus misalnya karena hubungan sosial. Hubungan sosial secara informal berperan penting dalam merubah perilaku seseorang terutama perilaku dalam kesehatannya. Beberapa responden mengaku dapat mematuhi aturan pembatasan cairan karena akibatnya sangat fatal yaitu sesak dan edema. Tetapi sebagian besar responden mengatakan tidak bisa menahan rasa haus sehingga tidak mempedulikan aturan pembatasan cairan.

Cairan yang diminum penderita gagal ginjal harus diawasi dengan seksama karena rasa haus bukan lagi petunjuk yang dapat dipakai untuk mengetahui hidrasi pasien. Asupan yang terlalu bebas dapat mengakibatkan beban sirkulasi menjadi berlebihan, edema, dan intoksikasi air. Sedangkan asupan yang terlalu sedikit akan mengakibatkan dehidrasi, hipotensi dan memperberat gangguan fungsi ginjal. Parameter yang tepat untuk diamati selain data asupan cairan dan pengeluaran cairan yang dicatat dengan tepat adalah pengukuran berat badan harian. Pasien harus mematuhi pembatasan cairan agar mendapatkan berat badan kering.

Bagi responden yang menjalani terapi hemodialisis harus lebih meningkatkan pengetahuan tentang pembatasan asupan cairan dan

mengaplikasikan pengetahuan tersebut agar memiliki sikap positif terhadap diet yang dijalani demi mempertahankan status kesehatan yang optimal dan tidak terjadi kenaikan berat badan yang berlebih. Selain itu dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis, pelayanan kesehatan dituntut untuk dapat memfasilitasi pasien agar mendapatkan kondisi kesehatan yang optimal. Perawat sebagai bagian yang integral dari tim pelayanan kesehatan sangat berperan dalam mengupayakan terwujudnya kondisi kesehatan yang optimal bagi pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis dengan cara memberikan asuhan keperawatan yang bersifat komprehensif dan holistik yang meliputi bio-psiko-sosio dan spiritual.

Perawat dapat melakukan intervensi dengan cara memberdayakan orang-orang terdekat pasien dalam hal ini keluarga untuk menjadi support system yang efektif agar dapat senantiasa memberikan dukungan dan bantuan yang dibutuhkan pasien sehingga dapat meningkatkan kondisinya. Ketika pasien masih berada di tatanan rumah sakit dapat dilakukan konseling kesehatan mengenai pembatasan cairan misalnya dengan menganjurkan pasien untuk minum sehari maksimal 2-3 gelas belimbing dan menghindari makanan berkuah dan membatasi buah-buahan dengan kandungan tinggi air. Perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan tentang pembatasan cairan menggunakan audio visual dengan demonstrasi sehingga pasien HD tidak hanya melihat dan mendengarkan tetapi juga dapat mempraktekkan sendiri. Selain itu perlu juga untuk melibatkan keluarga dalam manajemen pengobatan dan perawatan pasien sehingga keluarga dapat memberikan dukungan secara efektif pada pasien.

5.5 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian. Kelemahan atau hambatan hubungan kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya hipervolemia pada pasien gagal ginjal kronik di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo adalah sebagai berikut :

1. Dalam melakukan penelitian peneliti hanya mampu memberikan kuesioner maksimal 10 responden dalam sehari dikarenakan kuesioner tidak langsung disebar ke beberapa responden tetapi harus ditunggu satu per satu setiap satu responden dan membutuhkan waktu \pm 15 menit dalam mengisi kuesioner.
2. Pada pelaksanaan pengumpulan data melalui pengisian kuesioner kepatuhan pembatasan cairan dimana rencana penelitian ditetapkan pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan pada saat intra HD, tetapi pada pelaksanaannya pada responden dengan keadaan darurat pengisian kuesioner dilakukan setelah terapi hemodialisis selesai dilakukan. Hal ini kemungkinan dapat mempengaruhi hasil pengolahan data tentang kepatuhan pembatasan cairan responden.

BAB 6

PENUTUP

Pada bab ini akan diuraikan kesimpulan dan rekomendasi berupa saran dan hasil penelitian yang diperoleh. Kesimpulan pada bab ini akan menjelaskan mengenai hasil penelitian yang mengacu pada tujuan khusus penelitian. Saran yang diberikan peneliti untuk kemajuan di bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian keperawatan.

6.1 Kesimpulan

1. Tingkat kepatuhan pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik didapatkan hasil bahwa dari 57 responden sebagian besar yaitu 34 responden (59,6%) termasuk kategori kurang patuh.
2. Kejadian hipervolemia pada pasien gagal ginjal kronik didapatkan hasil hampir setengah dari responden mengalami hipervolemia ringan yaitu sebanyak 23 responden (40,4%).
3. Dari analisis antara kedua variabel diketahui bahwa ada hubungan yang bermakna antara kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya hipervolemia pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Harjono Ponorogo dengan $p \text{ value} = 0,000$ (nilai $p \text{ } 0,000 < 0,05$). Nilai r hitung = -0,919 yaitu arah hubungan negatif, maka semakin tinggi tingkat kepatuhan pembatasan cairan maka semakin menurun kejadian hipervolemia dan begitu juga sebaliknya. Keeratan hubungan dapat dilihat dari nilai $r = - 0,919$ yang dikategorikan sangat kuat (0,8-1,000) yang

artinya keeratan hubungan kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya hipervolemia pada pasien gagal ginjal kronik di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Harjono Ponorogo adalah sangat kuat.

6.2 Saran

Beberapa manfaat penelitian yang sudah dipaparkan sebelumnya, maka peneliti memberikan beberapa saran kepada :

1. Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan dapat menambah buku pustaka atau referensi tentang penyakit gagal ginjal kronik untuk menambah sumber dalam penelitian yang dilakukan mahasiswa.

2. Institusi Rumah Sakit

Bagi RSUD Dr. Harjono Ponorogo khususnya perawat diruangan hemodialisa diharapkan lebih aktif lagi dalam memberikan bimbingan ataupun penyuluhan kesehatan tentang asupan diet dan cairan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa agar hasil yang diharapkan lebih maksimal.

3. Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini dapat dikembangkan oleh peneliti lain dengan mengubah metode penelitian, misalnya pengambilan data dilakukan saat pasien sedang tidak melakukan hemodialisa atau lebih baik berkunjung ke rumah pasien sehingga kuesioner dapat diisi lebih maksimal lagi. Selain itu dapat juga melakukan penelitian tentang kepatuhan pembatasan cairan menggunakan audio visual dan pendidikan kesehatan dengan demonstrasi

sehingga pasien HD tidak hanya melihat dan mendengarkan tetapi juga dapat mempraktekkan sendiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta
- Asri, P., Marthon, Marjono, Purwanto. 2011. *Hubungan Dukungan Sosial dengan Tingkat Depresi Pasien yang Menjalani Terapi Hemodialisis*. Universitas Gajah Mada Yogyakarta
- Azwar. 2010. *Sikap Manusia : Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- 2012. *Penyusunan Skala Psikologi Edisi 2*. Yogyakarta : Daftar Pustaka
- Baradero, M. 2008. *Klien Gangguan Ginjal Seri Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Black, J.M & Hawks, J.H. 2009. *Medical Surgical Nursing : Clinical management for positive outcome.8th Edition*. St. Louis Missouri : Elsevier Saunders
- Dharma. 2015. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronis dengan Hemodialisis di RSU Dr. Soetomo Surabaya*. Universitas Airlangga Surabaya
- Farida. 2010. *Hubungan Pengetahuan tentang Asupan dan Pengendalian Cairan Terhadap Penambahan Berat Badan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa*. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau
- Fitriani. 2008. *Hubungan Pendidikan, Pengetahuan dan Motivasi dengan Kepatuhan Diet pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar*. Stikes Hasanuddin Makassar
- Heniyati, A. 2012. *Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan dalam Pembatasan Asupan Nutrisi dan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisa*. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau. Diakses pada tanggal 22 Juli 2017
- Hidayat, A. 2007. *Riset Keperawatan dan Tehnik Penulisan Ilmiah Edisi 2*. Jakarta : Salemba Medika

- Hirmawaty, T. 2014. *Pengaruh Metode Pendidikan Kesehatan Terhadap Kepatuhan dalam Pembatasan Asupan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronis di RSUD Tarakan*. Jakarta : Universitas Esa Unggul. Diakses tanggal 7 Februari 2017.
- Imelda, M. 2012. *Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan pada Klien dengan Chronic Kidney Disease yang Menjalani Hemodialisis*. Stikes Telogorejo Semarang
- Kamalludin, R & Rahayu, E. 2009. *Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pembatasan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisis di RSUD prof. Dr Margono Soekarjo Purwokerto*. The Soedirman Journal of Nursing. 4 (1), 20-31
- Kamerrer, J. 2007. *Adherence in Patients on Dialysis : Strategies for Succes*. Nephrologi Nursing Journal. Vol. 34
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Kepatuhan Dalam Pengobatan*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Diakses pada tanggal 20 Februari 2017 dari www.depkes.go.id
- Kozier, B. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan volume 2 edisi 7*. Jakarta : EGC
- Lukman, 2013. *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta : Salemba Medika
- Melianna, R. 2013. *Hubungan Kepatuhan Pembatasan Cairan Terhadap Terjadinya Overload Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Post Hemodialisa Di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati*. FIK Universitas Indonesia. Diakses pada tanggal 6 Februari 2017
- Nawawi, 2013. *Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pembatasan Cairan Pada Klien dengan CKD yang Menjalani Hemodialisis*. Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Vol. 1, No. 4
- Nursalam. 2016. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Ilmiah*. Jakarta : Salemba Medika
- 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika

- Notoatmodjo, 2007. *Promosi Kesehatan Ilmu Prilaku*. Jakarta : Sagung Sento
- Perkumpulan Nefrologi Indonesia. 2014. *Report of Indonesian Renal Registry*. Diakses pada tanggal 7 Februari 2017 dari www.pernefri.org
- Potter, P. 2006. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan volume 2 Edisi 4*. Jakarta : EGC
- Price, S dan Wilson. 2006. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta : EGC
- Rekam Medis RSUD Dr Harjono. 2017. *Jumlah Penderita Gagal Ginjal Kronik*. Ponorogo : RSUD Dr. Harjono Ponorogo. Tidak dipublikasikan
- Riset Kesehatan Dasar Riskesdas. 2013. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI*.
- Rustiawati, E. 2012. *Dietary Intake Monitoring Application (DIMA) untuk Evaluasi Asupan Cairan dan Diet Bagi Pasien Hemodialisa*
- Sacket, N. 2007. *Psikologi Kesehatan Pengantar Untuk Perawat dan Profesional Kesehatan Lain*. Jakarta : EGC
- Sahabat Ginjal. 2009. *Delapan faktor resiko mendeteksi penyakit ginjal kronik*. Diakses pada tanggal 29 Juli 2017
- Sapri, A. 2014. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan dalam Mengurangi Asupan Cairan pada Penderita Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUP Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung*. Diakses pada tanggal 29 Juli 2017
- Smeltzer & Bare. 2008. *Keperawatan Medical Bedah volume 2*. Jakarta: EGC
- Stanley, et al. 2007. *Medication Adherence : many condition, a common problem*. Diakses pada tanggal 27 Juli 2017
- Sugiyono. 2010. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung : Alfabeta
- Suharyanto, T. 2009. *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta : Trans Info Media
- Syamsiah, N. 2011. *Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Pasien CKD yang Menjalani Hemodialisa di RSPAU Dr Esnawan Antariksa Halim Perdanakusuma Jakarta*.

- Yetti, L. 2011. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dalam Pembatasan Asupan Cairan Pada Klien GGK yang Menjalani Terapi Hemodialisis di Ruang Hemodialisis RSUP Fatmawati Jakarta*. Jakarta : UIN Syarif Hidayatullah
- Zafria. 2016. *Hubungan Tingkat Kepatuhan Manajemen Masukan Cairan Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah Unit II Kota Yogyakarta*.STIKES 'Aisyiah Yogyakarta. Diakses tanggal 6 Februari 2017.

Lampiran 1

Surat Ijin Penelitian

	PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
	BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK Jl. Aloon-aloon Utara Nomor 6 Telepon (0352) 483852 PONOROGO
	Kode Pos 63413
REKOMENDASI	
Nomor : 072/dg / 405.30 / 2017	
Berdasarkan surat Ketua STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun, tanggal 22 Mei 2017, Nomor : 085/STIKES/BHM/U/V/2017, perihal Ijin Penelitian	
Dengan ini Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Ponorogo memberikan Rekomendasi kepada :	
Nama Peneliti	: <u>SIELA FEBRIANTI AINUR RAHMA.</u> Mhs. STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun
Alamat	: Dukuh Gading RT. 03 RW. 02 Desa Sraten Kec. Jenangan Kab. Ponorogo
Thema / Acara Survey / Research /PKL/ Pengumpulan data/Magang	: " Hubungan Kepatuhan Pembatasan Cairan Terhadap Terjadinya Hipervolemia Pada Pasien Gagal Ginjal "
Daerah/ Tempat dilakukan PKN/ Survey/ Pengumpulan Data	: RSUD Dr. Harjono Ponorogo
Tujuan Penelitian	: Skripsi
Tanggal dan atau Lamanya Penelitian	: 1 (Satu) Bulan Sejak Tgl. Surat dikeluarkan
Bidang Penelitian	: Kesehatan
Status Penelitian	: Baru
Nama Penanggungjawab / Koordinator Penelitian	: <u>ZAENAL ABIDIN, SKM.,M.Kes (Epid)</u> Ketua STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun.
Anggota Peneliti	: -
Nama Lembaga	: STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun
Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dalam jangka waktu 1 X 24 jam setelah tiba ditempat yang dituju diwajibkan melaporkan kedatangannya kepada Camat setempat ; 2. Mentaati ketentuan- ketentuan yang berlaku dalam Daerah Hukum Pemerintah setempat ; 3. Menjaga tata tertib, keamanan, kesopanan dan kesucilaan serta menghindari pernyataan baik dengan lisan ataupun tulisan / lukisan yang dapat melukai / menyinggung perasaan atau menghina Agama, Bangsa dan Negara dari suatu golongan penduduk ; 4. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan-kegiatan diluar ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan seperti tersebut diatas ; 5. Setelah berakhirnya dilakukan Survey/ Research/ PKL diwajibkan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Pemerintah setempat mengenai selesainya pelaksanaan Survey / Research / PKL, sebelum meninggalkan daerah tempat Survey / Research / PKL ; 6. Dalam jangka waktu 1 (satu) bulan setelah selesai dilakukan Survey / Research / PKL diwajibkan memberikan laporan tentang pelaksanaan dan hasil-hasilnya kepada : - Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Ponorogo. 7. Surat Keterangan ini akan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata bahwa pemegang Surat Keterangan ini tidak memenuhi ketentuan-ketentuan sebagaimana tersebut diatas. 	
Demikian untuk menjadikan perhatian dan guna seperlunya.	
Ponorogo, 24 Mei 2017	
a.n. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK KABUPATEN PONOROGO Kabid. Kesbang	
 <u>Drs. HERI BASUKI,</u> Penata Tingkat I NIP. 19620524 199203 1 005	
Tembusan :	
Yth. 1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Ponorogo	
2. Ketua STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun	



PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.HARJONO
Jl Raya Ponorogo – Pacitan Telp.(0352) 489262, Hunting 489136 FAX (0352) 485051
PONOROGO Kode Pos 63416

Tanggal, 30 Mei 2017

Nomor : 070/ 487/405.10.35/2017
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Jawaban Ijin Penelitian

Kepada
Yth. Ketua STIKES Bhakti Husada Mulia
Madiun
di

MADIUN

Menindaklanjuti surat dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Ponorogo Nomor : 072/487/405.30/2017 Tanggal 24 Mei 2017 perihal ijin pengambilan data. Sehubungan dengan hal tersebut, kami dapat memberikan ijin penelitian kepada :

Nama : **SIELA FEBRIANTI AINUR RAHMA**
Mahasiswa STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun
Alamat : Dukuh Gading RT. 03 RW. 02 Desa Sraten Kecamatan Jenangan Kabupaten Ponorogo.
Lama Penelitian : 1(satu) bulan sejak tanggal surat dikeluarkan
Judul Penelitian : **HUBUNGAN KEPATUHAN PEMBatasan CAIRAN TERHADAP TERJADINYA HIPERVOLEMIA PADA PASIEN GAGAL GINJAL.**

Dengan catatan tidak mengganggu pelayanan RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo dan perlu diinformasikan bahwa sebelum melaksanakan pengambilan data, kami mohon menyelesaikan administrasi sesuai dengan ketentuan RSUD Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo.

Demikian untuk menjadikan periksa dan atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih

DIREKTUR RSUD Dr. HARJONO S
KABUPATEN PONOROGO

Dr. MADE JEREN, Sp. THT
Pembina Utama Madya
NIP. 19620323 198803 1 011

Tembusan disampaikan kepada :

1. Ka. Bid.Pelayanan Medik RSUD Dr.Harjono S Kab. Ponorogo
2. Ka. Bid.Pelayanan Keperawatan RSUD Dr. Harjono S Kab. Ponorogo
3. Ka. Bag.Perencanaan Program RSUD Dr. Harjono S Kab. Ponorogo
4. Ka. Sub.Bag. Rekam Medis & Infokes RSUD Dr. Harjono S Kab Ponorogo
5. Ka. Ints. Hemodialisa RSUD Dr. Harjono S Kab. Ponorogo
6. Poli Dalam RSUD Dr. Harjono S Kab. Ponorogo
7. Arsip

Lampiran 2

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,

Bapak/Ibu

Di tempat

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama : Siela Febrianti Ainur Rahma
NIM : 201302103
Status : Mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Husada Mulia Madiun

Bermaksud untuk mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan Kepatuhan Pembatasan Cairan Terhadap Terjadinya *Hipervolemia* pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa RSUD Dr Harjono Ponorogo”. Untuk maksud tersebut saya akan mengumpulkan data dari Bapak/Ibu dan dengan kerendahan hati, saya meminta kesediaannya untuk menjadi responden serta mengisi kuesioner yang akan saya bagikan.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan, kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Bapak/Ibu tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada paksaan bagi Bapak/Ibu, namun jika bersedia, mohon bapak menandatangani pernyataan kesediaan menjadi responden.

Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Ponorogo, Mei 2017

Siela Febrianti Ainur Rahma

Lampiran 3**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN*****(Informed Consent)***

Setelah mendapatkan penjelasan serta mengetahui manfaat penelitian dengan judul “Hubungan Kepatuhan Pembatasan Cairan Terhadap Terjadinya *Hipervolemia* pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa RSUD Dr Harjono Ponorogo” saya menyatakan * (setuju/tidak setuju) diikutsertakan dalam penelitian ini dengan catatan apabila sewaktu-waktu dirugikan dalam bentuk apapun berhak membatalkan persetujuan.

Nb : *(coret yang tidak perlu)

Ponorogo, Mei 2017

Peneliti

Responden


SIELA FEBRIANTI
201302103

Lampiran 4

KISI-KISI KUESIONER PENELITIAN

Tabel 1. Kisi-Kisi Kuesioner Kepatuhan Pembatasan Cairan

Variabel	Indikator	Nomor Pertanyaan	Favorable	Unfavorable	Jumlah
Kepatuhan Pembatasan Cairan	Jumlah minum sesuai intake-output	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	1, 3, 4, 5, 6, 8	2, 7	8
	Mengikuti anjuran untuk menghindari makan makanan berkuah, makanan instan, makanan yang mengandung pengawet, makanan yang dapat meningkatkan kadar natrium (kuning telur, kacang-kacangan, sayuran berdaun hijau, dll)	9, 10, 11, 12, 13	-	9, 10, 11, 12, 13	5
	Mengikuti anjuran membatasi buah-buahan dengan kandungan tinggi air (semangka, melon, jeruk, pepaya, dll)	14, 15	1	1	2
	Mengikuti anjuran untuk menghindari minuman bersuplemen/penambah energi.	16	-	1	1

Lampiran 5

KUESIONER HUBUNGAN KEPATUHAN PEMBATAHAN CAIRAN TERHADAP TERJADINYA *HIPERVOLEMIA* PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK

Petunjuk pengisian kuesioner :

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap item pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner ini.
2. Pilihlah jawaban yang sesuai menurut Anda dengan cara memberi tanda ceklist (✓) pada kotak pilihan atau kolom yang tersedia.
3. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang benar.

Kode Responden

(diisi oleh peneliti)

A. DATA UMUM

1. Umur :tahun
2. Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan
3. Pendidikan : SD SMP Tidak Sekolah
 SMA Perguruan tinggi (Diploma/S1)
4. Pekerjaan Ibu/bapak : PNS Petani/Pekebun
 Swasta Wiraswasta
 IRT (Ibu Rumah Tangga)
5. Kapan anda didiagnosa Gagal Ginjal ?
6. Sejak kapan anda menjalani terapi HD (hemodialisis) ?.....
7. Apakah anda memahami resiko jika tidak membatasi asupan cairan ?
 Ya Tidak
8. Apakah anggota keluarga memperhatikan/mengingatkan selama anda melakukan pembatasan cairan ?
 Ya Tidak

A. KEPATUHAN PEMBatasan CAIRAN

Tanggapilah pernyataan-pernyataan pada lembar berikut ini, dengan cara memberi tanda (√) pada kolom jawaban disebelah kanan sesuai dengan keadaan anda. Terdapat pilihan jawaban yang disediakan untuk setiap pernyataan yaitu : Selalu ; Sering ; Kadang-Kadang ; Jarang ; Tidak Pernah

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-Kadang	Jarang	Tidak Pernah
1	Saya mengkonsumsi asupan cairan sesuai yang dianjurkan petugas kesehatan.					
2	Saya mengkonsumsi air dalam jumlah banyak.					
3	Saya mengkonsumsi asupan cairan tidak lebih dari 1000 cc dalam sehari					
4	Saya menghitung jumlah air yang diminum sehari-hari					
5	Saya mengukur jumlah air kencing (urin) dalam sehari					
6	Saya mengkonsumsi asupan air sebanyak jumlah air kencing (urin) dalam sehari ditambah dengan ± 500 cc (2-3 gelas belimbing)					
7	Sebelum cuci darah/hemodialisa, berat badan saya bertambah dari berat badan sebelumnya					
8	Pada saat kebutuhan cairan sudah mencapai batas, untuk menghilangkan haus biasanya saya mengulum es batu atau sikat gigi dan berkumur					
9	Saya mengkonsumsi makanan instan (contoh : ikan kaleng, buah kaleng, cornet, jamur kaleng, jus kalengan, mie kuah, dll)					

10	Selain asupan cairan yang dianjurkan, saya mengkonsumsi makanan berkuah (sop, gule kambing, soto, mie kuah, sayur lodeh, dll)					
11	Saya mengkonsumsi bayam, daun pepaya, daun singkong, dan sayuran yang lain					
12	Saya mengkonsumsi lebih dari 1 butir telur dalam sehari					
13	Saya mengkonsumsi lebih dari 4 potong tempe/tahu dalam sehari					
14	Pada saat ada jamuan pesta/acara yang menyuguhkan minuman segar (es buah, es jeruk, teh) saya akan meminumnya					
15	Saya mengikuti anjuran untuk membatasi buah-buahan dengan kandungan tinggi air (seperti : semangka, melon, pepaya, pir, jeruk, dll)					
16	Saat tubuh terasa lelah saya minum minuman penambah energi.					

Lampiran 6

Panduan Perhitungan Berat Badan

1. Hitung berat badan pasien sebelum dilakukan hemodialisis saat sekarang
2. Hitung berat badan post hemodialisis sebelumnya
3. Hitung selisih penambahan berat badan antara berat post hemodialisis pada periode sebelumnya dengan berat badan sebelum hemodialisis saat sekarang
4. Hitung penambahan berat badan dengan rumus berat badan post hemodialisis pada periode HD sebelumnya dikurangi berat badan pasien sebelum HD saat sekarang dibagi berat badan sebelum HD saat sekarang dikali 100%

Misalnya :

- a. Berat badan sebelum HD sekarang : 59,60 Kg
- b. Berat badan setelah HD sebelumnya : 56,40 Kg

Penambahan berat badannya adalah : $59,60 - 56,40 = 3,20$ Kg

Maka nilai penambahan berat badan : $\frac{3,20}{59,60} \times 100\% = 5,4\%$

DATA UMUM RESPONDEN

Kode responden	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Lama HD	Pengetahuan pembatasan cairan	Dukungan keluarga
1	55	L	SMP	Tani	2 th	Ya	Ya
2	56	L	SD	Tani	2 th	Ya	Ya
3	64	L	SMA	Wiraswasta	4 th	Tidak	Tidak
4	44	L	SMA	Wiraswasta	2 th	Tidak	Tidak
5	57	L	SMA	Wiraswasta	1 th	Tidak	Tidak
6	44	L	TS	Tani	5 th	Tidak	Tidak
7	42	L	TS	Tani	1 th	Tidak	Tidak
8	41	L	SD	Tani	4 th	Tidak	Tidak
9	59	L	SMP	Wiraswasta	6 th	Tidak	Tidak
10	54	L	SD	Tani	4 th	Ya	Ya
11	52	L	SMP	Swasta	3 th	Ya	Ya
12	54	L	SD	Tani	4 th	Ya	Ya
13	51	L	SMP	Tani	3 th	Ya	Ya
14	55	L	SD	Tani	2 th	Ya	Ya
15	55	L	SMA	Wiraswasta	3 th	Ya	Ya
16	52	L	SMP	Swasta	2 th	Ya	Ya
17	50	L	SD	Tani	4 th	Ya	Ya
18	50	L	SD	Tani	2 th	Ya	Ya
19	63	L	SD	Tani	4 th	Tidak	Tidak
20	54	L	SMP	Wiraswasta	4 th	Ya	Ya
21	38	L	SMP	Swasta	4 th	Tidak	Tidak
22	52	L	SMA	Tani	4 th	Tidak	Tidak
23	42	L	SMP	Tani	7 th	Ya	Tidak
24	61	L	SD	Tani	6 th	Ya	Ya
25	55	L	S1	PNS	1 th	Ya	Ya
26	42	L	SMP	Tani	6 th	Tidak	Tidak
27	51	L	SMP	Tani	6 th	Ya	Ya
28	48	L	SMA	Swasta	1 th	Ya	Ya
29	51	L	SMP	Tani	7 th	Ya	Ya

30	50	L	SMA	Wiraswasta	6 th	Ya	Ya
31	37	L	S1	PNS	6 th	Ya	Ya
32	42	L	SMP	Swasta	6 th	Ya	Ya
33	45	L	SMA	Swasta	6 th	Ya	Ya
34	50	L	SMP	Tani	1 th	Tidak	Ya
35	51	L	SMP	Swasta	6 th	Ya	Ya
36	60	L	SD	Tani	8 th	Tidak	Ya
37	48	L	SMP	Swasta	1 th	Ya	Ya
38	54	P	SMP	IRT	6 th	Tidak	Ya
39	53	P	SD	Tani	7 th	Ya	Ya
40	56	P	SMP	Swasta	1 th	Ya	Tidak
41	38	P	SMA	Wiraswasta	6 th	Tidak	Tidak
42	41	P	SMA	Wiraswasta	1 th	Ya	Ya
43	57	P	SD	IRT	6 th	Ya	Ya
44	50	P	SMP	IRT	6 th	Ya	Ya
45	48	P	SMA	Swasta	6 th	Ya	Ya
46	52	L	SD	Tani	1 th	Ya	Ya
47	49	L	SD	Tani	1 th	Ya	Ya
48	58	L	SD	Tani	7 th	Ya	Tidak
49	56	P	SMA	Swasta	7 th	Tidak	Tidak
50	51	P	SMA	Swasta	6 th	Ya	Tidak
51	43	P	SMP	IRT	6 th	Tidak	Tidak
52	35	P	TS	Tani	6 th	Tidak	Tidak
53	38	P	SMA	Swasta	7 th	Ya	Ya
54	35	P	SMP	IRT	7 th	Tidak	Ya
55	41	P	SMA	IRT	6 th	Tidak	Ya
56	54	P	SMP	IRT	6 th	Tidak	Ya
57	49	L	SMA	Wiraswasta	6 th	Ya	Ya

NILAI KUESIONER KEPATUHAN PEMBATAAN CAIRAN

Kode Responden	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	Skor total	Kategori
1	1	2	1	1	0	1	0	1	2	2	1	1	0	1	1	2	17	TP
2	2	2	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	2	2	1	4	18	TP
3	1	2	1	0	0	1	2	0	1	2	4	2	0	1	2	3	22	KP
4	1	2	2	0	1	1	0	0	1	0	2	0	1	2	0	3	16	TP
5	0	1	1	1	0	0	1	2	2	2	0	0	0	1	0	2	14	TP
6	4	1	2	0	0	1	2	1	3	3	2	3	3	3	2	4	34	KP
7	2	2	0	0	0	0	2	0	2	1	1	2	1	0	2	4	19	TP
8	4	1	2	0	0	2	3	0	4	1	2	3	3	4	0	3	32	KP
9	3	2	0	0	0	0	2	0	2	1	2	3	3	3	0	4	25	KP
10	1	3	2	0	0	0	1	1	1	1	2	2	0	1	2	4	21	KP
11	1	2	1	0	0	1	2	0	1	2	4	2	0	1	2	3	22	KP
12	1	1	2	0	0	0	2	0	2	1	1	2	1	0	2	4	19	TP
13	1	1	2	0	0	0	1	0	2	2	1	2	1	0	2	4	19	TP
14	2	3	2	2	0	0	1	1	4	3	3	3	0	2	3	4	33	KP
15	3	3	3	3	1	2	0	2	4	4	4	2	0	1	4	4	40	KP
16	3	2	1	0	1	1	2	2	1	1	1	0	1	0	3	1	20	TP
17	3	3	1	1	0	0	3	1	1	1	2	1	1	1	4	0	23	KP
18	2	1	2	1	1	1	4	1	0	0	1	0	0	1	3	1	19	TP
19	2	2	2	1	1	2	3	2	2	1	1	0	0	0	2	2	23	KP
20	2	3	1	2	3	1	4	3	0	0	3	0	1	1	1	1	26	KP
21	2	0	3	1	0	0	3	1	2	2	1	3	3	2	3	0	26	KP
22	3	1	2	2	1	1	1	2	1	1	0	1	1	1	2	0	20	TP
23	3	2	1	0	0	1	2	3	1	2	2	2	1	2	1	2	25	KP
24	2	1	3	2	1	1	3	0	1	1	0	1	0	0	3	0	19	TP
25	4	4	4	0	0	3	4	2	4	4	2	4	4	4	4	4	51	P
26	3	1	2	1	0	0	3	2	3	3	2	2	3	4	2	4	35	KP
27	3	1	2	0	0	1	2	1	2	1	2	3	3	4	2	4	31	KP
28	3	3	4	3	2	3	3	3	4	4	3	3	4	4	3	4	53	P
29	4	1	2	2	1	1	1	0	2	2	2	2	2	2	4	4	32	KP

30	2	3	3	2	3	0	1	0	3	2	3	3	4	4	2	1	36	KP
31	4	3	4	2	2	3	3	3	4	3	4	4	3	3	2	4	51	P
32	2	3	1	2	2	1	3	2	1	0	1	1	1	1	2	0	23	KP
33	4	3	4	3	3	4	3	4	3	3	4	4	4	3	3	4	52	P
34	4	1	2	0	0	1	2	1	2	2	2	1	2	1	0	4	25	KP
35	4	1	2	0	0	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	4	25	KP
36	3	1	2	2	1	1	1	2	1	1	0	1	1	1	2	0	20	TP
37	3	1	2	0	0	1	2	2	3	2	3	3	2	3	2	4	33	KP
38	2	2	2	0	0	1	2	0	1	2	2	3	2	1	3	1	24	KP
39	1	3	1	1	0	0	2	0	1	2	2	3	2	1	2	3	24	KP
40	4	1	1	0	1	0	4	0	3	2	2	3	4	3	0	4	32	KP
41	4	1	3	2	0	0	4	1	4	2	2	3	2	3	0	3	34	KP
42	2	2	3	1	1	0	1	2	2	2	2	1	1	1	2	4	27	KP
43	1	2	0	0	0	1	1	0	3	2	3	1	1	0	3	4	22	KP
44	3	2	2	1	0	0	2	1	1	0	2	3	2	2	3	4	28	KP
45	4	4	4	3	1	2	3	4	4	3	4	3	3	3	4	4	53	P
46	4	2	1	0	0	3	2	1	3	2	2	3	3	2	0	4	32	KP
47	0	2	1	1	0	0	0	1	2	2	1	1	0	0	1	3	15	TP
48	0	3	2	1	0	0	1	1	0	0	1	3	0	1	1	4	18	TP
49	1	2	0	0	0	0	2	2	1	1	0	0	2	2	0	4	17	TP
50	1	3	0	1	1	1	0	2	1	0	0	1	1	0	1	2	15	TP
51	2	2	0	1	0	0	1	1	3	1	2	0	1	1	0	4	19	TP
52	3	1	2	0	0	1	0	1	1	1	2	2	1	0	1	2	18	TP
53	1	2	1	0	0	1	2	0	1	2	4	2	0	1	2	3	22	KP
54	3	2	2	1	0	0	2	1	1	0	2	3	2	2	3	4	28	KP
55	1	2	1	0	0	1	2	0	1	2	4	2	0	1	2	3	22	KP
56	4	1	2	0	0	1	2	1	2	2	2	1	2	1	0	4	25	KP
57	1	2	1	0	0	1	2	0	1	2	4	2	0	1	2	3	22	KP

DATA KEJADIAN HIPERVOLEMIA

Kode Responden	Berat badan		Selisih berat badan	Penambahan BB (%)	Edema		Ket.
	Post HD Sebelumnya (HD I)	Pre HD Saat Sekarang (HD II)			Post HD Sebelumnya (HD I)	Pre HD Saat Sekarang (HD II)	
1	60	67	7	10,4	-	√	H. Berat
2	46	51	5	9,8	-	√	H. Berat
3	60	63	3	4,7	-	√	H. Ringan
4	52	58	6	10,3	-	√	H. Berat
5	41	45	4	8,8	-	√	H. Berat
6	73	76	3	3,9	-	√	H. Ringan
7	36	40	4	10	-	√	H. Berat
8	50	54	4	7,4	-	√	H. Sedang
9	68	71	3	4,2	-	√	H. Ringan
10	56	59	3	5,08	-	√	H. Sedang
11	71	72	1	1,3	-	√	H. Ringan
12	48	53	5	9,4	-	√	H. Berat
13	50	55	5	9	-	√	H. Berat
14	40	41	1	2,4	-	√	H. Ringan
15	57	61	4	6,5	-	√	H. Sedang
16	75	83	8	9,6	-	√	H. Berat
17	48	49	1	2,04	-	√	H. Ringan
18	55	61	6	9,8	-	√	H. Berat

19	56	60	4	6,6	-	√	H. Sedang
20	50	52	2	3,8	-	√	H. Ringan
21	78	83	5	6,02	-	√	H. Sedang
22	54	59	5	8,4	-	√	H. Berat
23	44	46	2	4,3	-	√	H. Ringan
24	61	67	6	8,9	-	√	H. Berat
25	51	51	0	0	-	-	Isovolemia
26	32	34	2	5,8	-	√	H. Sedang
27	65	67	2	2,9	-	√	H. Ringan
28	65	65	0	0	-	-	Isovolemia
29	43	46	3	6,5	-	√	H. Sedang
30	70	73	3	4,1	-	√	H. Ringan
31	48	48	0	0	-	-	Isovolemia
32	65	69	4	5,7	-	√	H. Sedang
33	42	42	0	0	-	-	Isovolemia
34	72	74	2	2,7	-	√	H. Ringan
35	47	50	3	6	-	√	H. Sedang
36	68	74	6	8,1	-	√	H. Berat
37	40	41	1	2,4	-	√	H. Ringan
38	44	46	2	4,3	-	√	H. Ringan
39	62	67	5	7,4	-	√	H. Sedang
40	59	61	2	3,2	-	√	H. Ringan
41	53	56	3	5,3	-	√	H. Sedang
42	48	50	2	4	-	√	H. Ringan
43	60	62	2	3,2	-	√	H. Ringan
44	63	65	2	3,07	-	√	H. Ringan

45	58	58	0	0	-	-	Isovolemia
46	40	41	1	2,4	-	√	H. Ringan
47	51	56	5	8,9	-	√	H. Berat
48	47	52	5	9,6	-	√	H. Berat
49	48	53	5	9,4	-	√	H. Berat
50	41	45	4	8,8	-	√	H. Berat
51	75	83	8	9,6	-	√	H. Berat
52	61	67	6	8,9	-	√	H. Berat
53	70	73	3	4,1	-	√	H. Ringan
54	60	63	3	4,7	-	√	H. Ringan
55	50	52	2	3,8	-	√	H. Ringan
56	71	72	1	1,3	-	√	H. Ringan
57	68	71	3	4,2	-	√	H. Ringan

Lampiran 11

Hasil Tabulasi Data

Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Kepatuhan Pembatasan Cairan

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.964	16

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item_1	30.80	313.511	.747	.962
item_2	30.50	314.944	.640	.964
item_3	30.70	310.678	.816	.961
item_4	31.80	312.622	.715	.962
item_5	32.10	304.767	.810	.961
item_6	31.90	301.211	.749	.962
item_7	31.00	307.778	.699	.963
item_8	31.10	304.544	.772	.962
item_9	31.40	297.378	.932	.959
item_10	31.10	308.989	.820	.961
item_11	31.20	300.622	.915	.959
item_12	30.90	311.656	.693	.963
item_13	31.20	301.289	.852	.960
item_14	31.10	310.544	.734	.962
item_15	31.60	298.711	.800	.961
item_16	31.10	315.878	.781	.962

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

jenis_kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki_laki	41	71.9	71.9	71.9
	perempuan	16	28.1	28.1	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	26-35 TAHUN	2	3.5	3.5	3.5
	36-45 TAHUN	15	26.3	26.3	29.8
	46-55 TAHUN	29	50.9	50.9	80.7
	56-65 TAHUN	11	19.3	19.3	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

3. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	15	26.3	26.3	26.3
	SMP	21	36.8	36.8	63.2
	SMA	16	28.1	28.1	91.2
	PERGURUAN_TINGGI	2	3.5	3.5	94.7
	TIDAK_SEKOLAH	3	5.3	5.3	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

4. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

		Pekerjaan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	2	3.5	3.5	3.5
	SWASTA	13	22.8	22.8	26.3
	WIRASWASTA	10	17.5	17.5	43.9
	PETANI	25	43.9	43.9	87.7
	IRT	7	12.3	12.3	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

5. Karakteristik Responden Berdasarkan Lama HD

		LAMA_MENJALANI_HD			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 TAHUN	10	17.5	17.5	17.5
	2-5 TAHUN	19	33.3	33.3	50.9
	> 5 TAHUN	28	49.1	49.1	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

6. Karakteristik Responden Berdasarkan Pengetahuan Pembatasan Cairan

		pemahaman_resiko_pembatasan_cairan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	21	36.8	36.8	36.8
	ya	36	63.2	63.2	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

7. Karakteristik Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga

dukungan_keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mendukung	38	66.7	66.7	66.7
	tidak mendukung	19	33.3	33.3	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

8. Hasil Analisis Kepatuhan Pembatasan Cairan

KEPATUHAN_PEMBATASAN_CAIRAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK PATUH	18	31.6	31.6	31.6
	KURANG PATUH	34	59.6	59.6	91.2
	PATUH	5	8.8	8.8	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

9. Hasil Analisis Kejadian Hipervolemia

KEJADIAN_HIPERVOLEMIA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ISOVOLEMIA	5	8.8	8.8	8.8
	HIPERVOLEMIA_RINGAN	23	40.4	40.4	49.1
	HIPERVOLEMIA_SEDANG	11	19.3	19.3	68.4
	HIPERVOLEMIA_BERAT	18	31.6	31.6	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

Hasil Analisis Hubungan Kepatuhan Pembatasan Cairan Terhadap Terjadinya Hipervolemia Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik

			KEPATUHAN_P EMBATASAN_C AIRAN	KEJADIAN_HIPE RVOLEMIA
Spearman's rho	KEPATUHAN_PEMBATASA N_CAIRAN	Correlation Coefficient	1.000	-.919**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	57	57
	KEJADIAN_HIPERVOLEMIA	Correlation Coefficient	-.919**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	57	57

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Siela Febrianti Amir Rahma
 NIM : 201302103
 Judul :
 Pembimbing 1 : Istikomah, S.Kep., Ns., M.Kes
 Pembimbing 2 : Eulis Lisnawati, S.Kep., M.Kes

PEMBIMBING 1				
NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	Ttd
1.	23-01-2017	konsep awal episode refrensi, danis masalah		
2.	26-01-2017	Inglesri data.	awal sea	
3.	30-01-2017	BAB I → pathofisiologi & etiologi BAB II → perbandingan referensi up date referensi	sea job.	
4.	10-2-2017	Istilah overload diperjelas, angka data px GSK yg tidak patuh kemudian mengalami overload. post ttd ?		
5.	28-2-2017	Upaya untuk mencegah overload / hipervolemia		
6.	03-3-2017	BAB I acc BAB II perbandingan referensi, urutan konsep BAB III kerangka konsep diperbaiki	BAB I acc	
7.	11-3-2017	BAB II ⊙ tanda & gejala GSK secara umum - pengbitiran asupan cairan (cari referensi yg sama) ⊙ pemeriksaan penunjang GSK		

KARTU BIMBINGAN TUGAS AKHIR

PRODI S1 KEPERAWATAN

PEMBIMBING 2				
NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	Ttd
1.	28-01-2017	Variabel penelitian dipela jau kembali		
2.	4-2-2017	Introduction ↓ Justifikasi - Data diupdate min 2013		
	4-3-2017	Lanjut kerangka konsep BAB III		
		Lanjut BAB IV		
	1-4-2017	BAB IV - Jumlah sampel ? - Definisi operasional - alat ukur		
	22-4-2017	Indikator hipervolemia. Acc		

Nama Mahasiswa : Siela Febrianti Ainur Rahma
 NIM : 201302103
 Judul : Hubungan Kepatuhan Pembatasan Cairan Terhadap Terjadinya Hipervolemia Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik
 Pembimbing 1 : Istikomah, S.Kep.,Ns., M.Kes.
 Pembimbing 2 : Eulis Liawati, S.Kep., M.Kes.

PEMBIMBING 1				
NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	Ttd
1.	8/7 2017	BAB 5 : - waktu penelitian & uji instrumen - proses pengumpulan data. - pembahasan sesuai tujuan - keterbatasan penelitian.		
2.	18/7 2017	BAB 5 & BAB 6 : - pembahasan pada bab kepatuhan - kepatuhan hipervolemia diperbaiki - saran pada institusi pendidikan		
3.	25/7 2017	BAB 5 & 6 : - Faktor yg mempengaruhi kepatuhan → JK, usia - saran pd institusi pendidikan : dapat menambahkan referensi		
4.	28/7 2017	lengkap dokumen	BAB 5 & 6 acc	
5.	30/7 2017	acc sidang		

KARTU BIMBINGAN TUGAS AKHIR

PRODI S1 KEPERAWATAN

PEMBIMBING 2				
NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	Ttd
1.	17/7 2017	Pembahasan → pbaiku sesuai saran		
2.	20/7 2017	BAB 5 & 6 purup Ace Layar Abstrak		
3.	28/7 2017	Ace diyikan		

NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	Ttd
8.	16-3-2017	BAB II : stadium GKK, cek pengetahuan BAB III : kerangka teori BAB IV : populasi, sampel, sampling, parameter SPSS tak perlu rumus.		
9.	22-3-2017	BAB 2: terapan sesuai stadium BAB III: kerangka teori BAB		
10.	1-4-2017	BAB IV : populasi, sampel, DO, metode pengumpulan data (instrumen), lembar observasi, Fisi = kuisioner	BAB II & III ACC	
11.	6-4-2017	BAB IV : parameter & instrumen		
12.		BAB IV : sampling, DO, instrumen, analisa cek lagi		
13.		lengkapi data		
14.	13-4-2017	see sidng		
15.	8-7-2017	BAB 5 : - Waktu penelitian & y instrumen - proses putu - Pembahasan sesuai tujuan - Keterbatasan penelitian		

Kaprodi Keperawatan

()