

KEPATUHAN PEMBATAHAN ASUPAN CAIRAN TERHADAP LAMA MENJALANI HEMODIALISA

Diyah Candra Anita¹⁾, Dwi Novitasari²⁾

¹⁾²⁾ Prodi Ilmu Keperawatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

Email: diyah.candra@yahoo.com

ABSTRACT

One of the treatments to save the life of patients with chronic renal failure is hemodialysis therapy, accompanied by fluid intake restriction. The absence of this restriction will lead to accumulated fluid which can result in edema around the body. This condition may cause increased blood pressure and aggravated heart work. In addition, asphyxia can also occur due to the accumulated fluid. This research aimed to figure out the differences and the correlation between hemodialysis patients' obedience towards fluid intake restriction and the continuation of hemodialysis experience in PKU Muhammadiyah Yogyakarta. This research was a descriptive- quantitative study applying cross sectional method. Samples were chosen using accidental sampling technique, involving 60 respondents. The instruments used in this research were questionnaires and patients' medical records. Data were analyzed using Spearman Rank correlation formula and Kruskal Wallis test. The results of this research showed that there was a correlation with $p=0,033$, but the difference was not statistically significant ($p=0,088$) between the continuation of hemodialysis treatment and the patients' obedience towards fluid intake restriction. In conclusion, the longer time the patients experienced hemodialysis therapy, the less obedience they had in restricting the fluid intake.

Keywords: Obedience, fluid, chronic renal failure, hemodialysis

PENDAHULUAN

Gagal Ginjal Kronis (GGK) merupakan keadaan dimana terjadi penurunan fungsi ginjal yang cukup berat secara perlahan-lahan (menahun). Penyakit GGK disebabkan oleh berbagai penyakit ginjal. Penyakit ini bersifat progresif dan biasanya tidak bisa pulih kembali (*irreversible*) (Suwitra, 2006).

Prevalensi penyakit GGK meningkat setiap tahunnya. Berdasarkan Pusat Data & Informasi Perhimpunan Rumah Sakit (PDPERSI), jumlah penderita GGK diperkirakan 50 orang per satu juta penduduk (Suhardjono, 2008). Selama kurun waktu dari tahun 1999 hingga 2004, terdapat 16,8% dari populasi penduduk usia 20 tahun mengalami penyakit GGK. Presentase ini meningkat bila dibandingkan data enam tahun sebelumnya (Cecilia, 2011).

Penyakit GGK menjadi masalah besar di dunia karena sulit disembuhkan, serta membutuhkan biaya perawatan yang lama dan mahal. Hemodialisa merupakan salah satu terapi untuk mengatasi fungsi ginjal yang rusak (Supriyadi, Wagiyo, & Widowati, 2011). Terapi hemodialisa yang harus dilakukan pada pasien GGK biasanya berlangsung rutin sampai mendapatkan donor ginjal melalui operasi pencangkokan. Terapi hemodialisa dilakukan secara periodik guna mempertahankan kelangsungan hidup pasien dan mengendalikan uremia yang terjadi (Cecilia, 2011).

Menurut data dunia *World Health Organization* (WHO) dalam Ratnawati (2014), secara global lebih dari 500 juta orang mengalami penyakit GGK. Artinya, sekitar 1,5 juta orang harus menjalani hidup bergantung pada terapi pengganti ginjal atau hemodialisa (HD), dengan insidensi sebesar

8% dan terus bertambah setiap tahunnya. Terapi hemodialisa akan merubah ritme kehidupan seseorang, baik bagi pasien maupun keluarganya. Perubahan yang terjadi meliputi pola makan, pola minum, pola tidur, terapi obat-obatan, dan aktivitas kehidupannya yang terjadi di rumah serta di masyarakat (Sathvik *et al.*, 2011).

Salah satu intervensi yang diberikan kepada penderita hemodialisa adalah pembatasan asupan cairan. Tanpa adanya pembatasan asupan cairan, akan mengakibatkan cairan menumpuk 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. Secara tidak langsung berat badan pasien juga akan mengalami peningkatan berat badan yang cukup tajam, mencapai lebih dari berat badan normal (0,5 kg /24 jam) (Brunner & Suddart, 2002; Hudak & Gallo, 2006). Oleh karena itu, pasien GGK perlu mengontrol dan membatasi jumlah asupan cairan yang masuk dalam tubuh. Pembatasan asupan cairan penting agar pasien yang menderita GGK tetap merasa nyaman pada saat sebelum, selama dan sesudah terapi hemodialisa.

Pembatasan cairan sering kali sulit dilakukan oleh pasien, terutama jika mereka mengkonsumsi obat-obatan yang membuat membran mukosa kering seperti diuretik. Karena obat tersebut akan menyebabkan rasa haus yang berakibat adanya respon untuk minum (Potter & Perry, 2008).

Individu dengan hemodialisa jangka panjang sering merasa khawatir akan kondisi sakitnya yang tidak dapat diramalkan. Perubahan gaya hidup dan pembatasan asupan makanan dan cairan pada pasien GGK, sering menghilangkan semangat hidup pasien sehingga dapat mempengaruhi kepatuhan pasien dalam pembatasan asupan cairan (Brunner & Suddart, 2002).

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mengevaluasi perbedaan dan hubungan antara kepatuhan pembatasan asupan cairan berdasarkan lama menjalani

hemodialisa di unit hemodialisa PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif komparasi dan korelasi dengan rancangan *cross-sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien GGK yang melakukan hemodialisa di PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta. Karakteristik sampel yaitu berada pada rentang usia ≥ 20 tahun dan dapat berkomunikasi dengan baik. Metode pengambilan sampel dilakukan dengan *accidental sampling* selama pelaksanaan penelitian. Pengambilan data penelitian dilakukan selama 1 minggu. Alat yang digunakan dalam penelitian ini yaitu, rekam medik untuk mengetahui lamanya menjalani hemodialisa, dan kuesioner untuk mengukur kepatuhan pembatasan cairan. Kuesioner tersebut diisi oleh responden kemudian divalidasi oleh keluarga. Proses validasi dilakukan dalam kesempatan dan ruang yang berbeda. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan program statistik. Skala data yang digunakan adalah skala ordinal dengan uji korelasi menggunakan *spearman rank*. Adapun uji komparasinya menggunakan *kruskal walis test*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilaksanakan di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta selama 6 hari, mulai tanggal 7-12 September 2015. Sebelumnya, penelitian ini telah mendapat izin dari Komisi Etik LP2M Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Frekuensi	Persentase
1. Jenis Kelamin		
Laki-laki	39	65,00
Perempuan	21	35,00
2. Umur		
20-40 tahun	15	25,00
41-60 tahun	32	53,30
>60 tahun	13	21,70
3. Pendidikan		
SD	10	16,70
SMP	10	16,70
SMA	25	41,70
PT	15	25,00
4. Pekerjaan		
Tidak bekerja	16	26,70
IRT	12	20,00
PNS	8	13,00
Wiraswasta	6	10,00
Petani	2	3,30
Buruh	2	3,30
Pensiunan	10	16,70
Pedagang	4	6,70
Jumlah	60	100,00

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Lama Menjalani Hemodialisa

Lama hemodialisis	Jumlah	Persentase
Baru (<12 bulan)	16	26,70
Sedang (>12-24 bulan)	6	10,00
Lama (>24 bulan)	38	63,30
Total	60	100,00

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan Pasien Hemodialisa

Kepatuhan pembatasan asupan cairan	Jumlah	Persentase
Patuh	43	71,70
Kurang patuh	17	28,30
Tidak patuh	0	0,00
Total	60	100,00

Tabel 4. Interpretasi Rata-rata Hasil Jawaban Kuesioner Responden

No.	Topik pertanyaan tentang	Skor rata-rata	Interpretasi
1.	Saya dapat menahan/mengendalikan rasa haus	2	Kadang-kadang
2.	Saya makan makanan yang mengandung penyedap rasa	2	Sering
3.	Saya makan makanan yang kurang asin	2	Kadang-kadang
4.	Saya makan buah pisang	4	Tidak pernah
5.	Saya makan buah pepaya	2	Kadang-kadang
6.	Saya makan sayuran yang direbus	3	Kadang-kadang
7.	Saya minum poci/sweat	4	Tidak pernah
8.	Saya minum minuman yang beroda	4	Tidak pernah
9.	Saya minum kopi	4	Tidak pernah
10.	Saya minum susu	2	Sering
11.	Saya minum teh	1	Selalu
12.	Saya makan-makanan yang berkeuh	2	Sering
13.	Saya minum yogurt (yakult)	3	Kadang-kadang
14.	Saya minum air putih es/air dingin	3	Kadang-kadang
15.	Saya minum air putih hangat	2	Kadang-kadang
Total		40	Patuh

Tabel 5. Tabulasi Silang Lama Menjalani Hemodialisis dengan Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan

Lama Hemodialisis	Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan				Total	
	Patuh		Kurang patuh		F	%
Baru (<12 bulan)	15	25,00	1	1,70	16	26,70
Sedang (>12-24 bulan)	4	6,70	2	3,30	6	10,00
Lama (>24 bulan)	24	40,00	14	23,30	38	63,30
Total	43	71,70	17	28,30	60	100,00

Tabel 6. Hasil Analisis Korelasi Spearman Rank

Variabel	p value	P	Keterangan
Lama hemodialisis dengan kepatuhan pembatasan asupan cairan	0,053	0,276	Ada hubungan tingkat keeratan hubungan lemah

Tabel 7. Hasil Analisis Komparatif Kruskal Wallis

Variabel lama HD vs kepatuhan pembatasan cairan	Mean Rank	P value	Keterangan
Baru	38,66	0,088	Beda tidak bermakna, pasien HD baru cenderung lebih patuh dibandingkan pasien HD lama
Sedang	28,92		
Lama	27,32		

Faktor risiko jenis kelamin pada pasien HD

Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin (tabel 1) menunjukkan bahwa responden dalam penelitian ini yaitu 65% adalah laki-laki dan 35% sisanya perempuan. Hal ini sesuai penelitian yang dilakukan oleh Septiwi (2011) yang menunjukkan bahwa pasien yang menjalani hemodialisis lebih banyak laki-laki yaitu (58,40%) dibandingkan dengan perempuan (41,60%).

Menurut Ganong dalam Ratnawati (2014) bahwa laki-laki beresiko terkena penyakit GGK dibandingkan perempuan. Hal ini disebabkan perempuan memiliki hormon estrogen lebih banyak. Hormon estrogen dapat mempengaruhi kadar kalsium dalam tubuh dengan menghambat pembentukan sitokin tertentu untuk menghambat *osteoklas* agar tidak berlebihan dalam menyerap tulang. Kalsium memiliki efek protektif dengan mencegah penyerapan oksalat yang bisa membentuk batu ginjal yang merupakan salah satu penyebab terjadinya GGK.

Secara teori empat faktor resiko utama dalam perkembangan penyakit GGK yaitu usia, ras, jenis kelamin, dan riwayat keluarga. Insiden GGK lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan, yaitu 3:2 (Price & Wilson, 2005)

Penelitian ini mendukung hasil penelitian yang dilakukan oleh Saryono & Handoyo (2006), yang menyebutkan bahwa mayoritas penderita GGK adalah laki-laki (67%). Hal ini dimungkinkan karena saluran kemih laki-laki lebih panjang sehingga memungkinkan tingginya hambatan pengeluaran urin dari kantong kemih. Hambatan ini dapat berupa penyempitan saluran (*stricture*) ataupun tersumbatnya saluran oleh batu.

Penelitian yang dilakukan oleh Weinstein dan Anderson (2010) mengemukakan bahwa hormone sex berkontribusi terhadap terjadinya GGK.

Progresifitas GGK pada perempuan lebih lambat dibandingkan pada laki-laki. Jenis kelamin dan usia mempengaruhi perubahan pada *Renin-Angiotensin system* (RAS), nitric oxide (NO), maupun aktivitas metalloprotease.

Pengaruh jenis kelamin terhadap RAS yaitu pada interaksi antara 17β -estradiol (E2) dan Angiotensin II. E2 yang menurun di tingkat jaringan, mampu menurunkan aktivitas Angiotensin II dan *Angiotensin Converting Enzyme* (ACE). Sebaliknya, testosterone akan meningkatkan aktivitas RAS. Dalam penelitian eksperimen, terapi estrogen digunakan sebagai perlindungan terhadap progressifitas GGK (Weinstein & Anderson, 2010).

Androgen pada lelaki mampu meningkatkan risiko terjadinya disfungsi renal melalui efek negative yang dimiliki oleh androgen. Androgen dapat meningkatkan fibrosis dan produksi matriks mesangial, menstimulasi RAS sehingga akan meningkatkan retensi sodium, yang berakibat pada peningkatan tekanan darah (hipertensi), sehingga memperburuk progresifitas GGK (Weinstein & Anderson, 2010; Iseki, 2008).

Faktor risiko usia pada pasien HD

Responden dalam penelitian ini menggunakan pasien yang berada dalam usia produktif. Tabel 1 menunjukkan bahwa responden berusia 20-40 tahun (25%), usia 41-60 tahun (53,3%), dan umur lebih dari 60 tahun (21,7%).

Gagal ginjal dapat terjadi pada semua rentang usia dan mempunyai penyebab yang berbeda-beda (Groer, 2001). Pada usia muda, gagal ginjal dapat terjadi akibat dehidrasi yang kronis maupun zat nefrotoksik. Konsumsi makanan atau minuman yang mengandung zat nefrotoksik akan mempercepat terjadinya pengrusakan sel-sel ginjal. Pada usia dewasa tua dan manula, secara anatomis kemampuan pertumbuhan sel-sel ginjal mulai menurun dan mulai terjadi pemunduran fungsi sel-sel ginjal (Saryono & Handoyo, 2006).

Sesuai dengan teori Smeltzer dan Bare (2002) bahwa sesudah usia 40 tahun akan

terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG) secara progresif hingga usia 70 tahun, kurang lebih 50%. Fungsi tubulus termasuk kemampuan reabsorpsi dan pemekatan juga berkurang. Hal tersebut menyebabkan terjadinya penyakit gagal ginjal. Itulah sebabnya banyak pasien terdeteksi menderita gagal ginjal setelah berusia lebih dari 40 tahun.

Menurut penelitian Weinstein dan Anderson (2010), penuaan akan menyebabkan penurunan nilai LFG dan *renal blood flow* (RBF) secara progresif. Penurunan LFG akan menyebabkan penurunan rata-rata aliran plasma dan koefisien pada kapiler glomerulus. Penurunan hambatan pada arteriolar afferent berhubungan dengan peningkatan tekanan *hydraulic* pada kapiler glomerulus. Perubahan hemodinamik tersebut terjadi akibat adanya perubahan struktur ginjal pada penuaan, seperti kehilangan massa renal, hyalinisasi pada arteriole afferent, peningkatan glomerular sclerotic dan fibrosis tubulointersital. Penuaan juga akan mengganggu aktivitas dan responsifitas terhadap stimulus vasoaktif, seperti penurunan respon tubuh untuk melakukan vasokonstriksi maupun vasodilatasi, serta penurunan aktivitas regulasi terhadap mekanisme renin-angiotensin dan nitric oxide.

Faktor risiko pendidikan dan pekerjaan pada pasien HD

Tabel 1 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan mayoritas responden pada penelitian ini adalah SMA (41,5%) dan pendidikan terendah adalah SD (16,5%). Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Tindakan didasari dengan pengetahuan akan lebih langgeng daripada tindakan yang tidak didasari oleh pengetahuan. Seseorang yang memiliki tingkat pendidikan tinggi seharusnya memiliki perilaku yang lebih baik dalam menjaga kesehatan, termasuk dalam mematuhi diet pembatasan cairan setelah menderita GGK.

Berdasarkan jenis pekerjaan dari tabel 1 didapatkan bahwa mayoritas responden sudah

tidak bekerja lagi (26,7%). Mayoritas responden tidak bekerja lagi karena sebagian mereka telah pensiun dan juga ketidakmampuannya untuk melakukan suatu pekerjaan. Beberapa responden harus berhenti bekerja mencari nafkah karena sakitnya. Komplikasi GGK mengakibatkan tubuh melemah sehingga pasien harus banyak istirahat dan diam di rumah.

Lama hemodialisa

Tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden (63,3%) dalam kategori lama menjalani hemodialisa (>24 bulan), kemudian diikuti kategori baru (<12 bulan) yaitu 26,7%, dan kategori sedang yaitu 10%. Hemodialisa rerata dilakukan 2-3 kali seminggu dengan durasi 4-5 jam, bergantung pada sistem hemodialisa yang digunakan dan keadaan pasien (Sudoyo *et al.*, 2006).

Harapan hidup pasien dengan penyakit GGK meningkat dengan adanya peningkatan teknik dialisis. Namun, dialisis tidak sepenuhnya mengembalikan kualitas hidup penderita seperti semula. Walaupun dialisis berkala mencegah kematian akibat uremia, rendahnya harapan hidup pasien masih menjadi suatu permasalahan. Saat terapi pengganti ginjal sudah dimulai, rentang harapan hidup pasien adalah sekitar 8 tahun untuk pasien dialisis berumur 40-44 tahun, dan sekitar 4,5 tahun untuk pasien yang berumur 60-64 tahun (Saraha *et al.*, 2013).

Kepatuhan pembatasan asupan cairan

Kepatuhan pembatasan asupan cairan pada tabel 3 menunjukkan 71,7% responden pada kategori patuh. Pasien GGK yang tidak mematuhi pembatasan asupan cairan akan mengalami penumpukan cairan sehingga menyebabkan edema paru dan hipertropi pada ventrikel kiri. Penumpukan cairan dalam tubuh menyebabkan fungsi kerja jantung dan paru-paru berat, sehingga mengakibatkan pasien cepat lelah dan sesak. Aktivitas fisik juga akan mengalami gangguan, baik pada saat beraktivitas ringan maupun sedang. Pembatasan asupan cairan akan mengubah gaya hidup dan dirasakan pasien sebagai gangguan, sehingga beberapa pasien sering

mengabaikan dietnya (Smeltzer dan Bare, 2002).

Pasien hemodialisa dianjurkan membatasi konsumsi cairan dalam sehari (Marantika & Devi, 2014). Pasien hemodialisa mengeluarkan urin tidak lebih dari 200-300 mL setiap hari. Karenanya, pasien disarankan mengkonsumsi cairan tidak lebih dari 500 mL atau setara 2 gelas perhari. Anjuran ini disertai anjuran untuk membatasi konsumsi garam. Konsumsi air dan garam berlebih akan menyebabkan pulmonary oedema yaitu kondisi dimana cairan memasuki paru-paru, hipertensi, sesak nafas, menggigil, kecemasan, panik, kejang otot dan bahkan kematian mendadak (Denhaerynck *et al.*, 2007).

Pasien hemodialisa juga dianjurkan untuk membatasi makanan yang mengandung kalium, air dan garam (Marantika & Devi, 2014). Buah-buahan dan sayur-sayuran biasanya mengandung kalium sehingga pasien disarankan untuk tidak mengkonsumsi hampir semua jenis buah serta makanan yang diolah dari buah. Membatasi konsumsi makanan yang mengandung garam dilakukan agar pasien tidak merasa haus. Rasa haus mendorong pasien untuk minum sehingga dapat menimbulkan kenaikan berat badan yang besar selama periode diantara dialysis (Rahardjo *et al.*, 2009).

Jumlah asupan cairan dibatasi sesuai dengan jumlah urin yang ada ditambah dengan *insensible water loss*, yaitu sekitar 200-250 cc/hari. Asupan natrium dibatasi 40-120 mEq/hari guna mengendalikan tekanan darah dan edema. Selain itu, apabila asupan natrium terlalu tinggi akan menimbulkan rasa haus yang memicu pasien untuk terus minum, sehingga dapat menyebabkan volume cairan menjadi overload yang mengarah pada retensi cairan. Asupan folat juga harus dibatasi 600-800 mg/hari (Pranoto, 2010).

Data pada tabel 4 menunjukkan bahwa kepatuhan responden sangat rendah pada konsumsi cairan berjenis teh. Padahal teh memiliki zat yang bersifat diuretic, dimana zat tersebut akan menyebabkan rasa haus. Pusat haus terletak pada hipotalamus, dekat dengan sel pansekresi vasopressin. Ada beberapa

stimulus yang dapat memicu rasa haus, salah satu yang paling penting adalah peningkatan osmolalitas cairan ekstraseluler yang menyebabkan rasa haus. Haus adalah sensasi subyektif yang meningkatkan keinginan terhadap intake air dan akan memicu tubuh untuk mengeluarkan urine sehingga dapat mengakibatkan dehidrasi (Sari, 2009).

Perbedaan dan hubungan lama hemodialisa dengan kepatuhan pembatasan asupan cairan

Tabel 6 menunjukkan bahwa kepatuhan pembatasan asupan cairan dapat dipengaruhi oleh lamanya menjalani hemodialisa. Berdasarkan uji statistik dengan teknik *Spearman Rank* didapatkan nilai signifikansi 0,033 ($p < 0,05$). Hasil tersebut bermakna bahwa terdapat hubungan yang positif antara lama hemodialisa dengan kepatuhan pembatasan asupan cairan.

Hasil penelitian ini didukung oleh peneliti sebelumnya yang dilakukan oleh Sapri (2004) dan Ratnawati (2014) yang menunjukkan bahwa adanya hubungan antara lama menjalani hemodialisa dengan kepatuhan pembatasan asupan cairan. Penelitian ini juga mendukung hasil penelitian yang dilakukan oleh Manguma, Kapantaw, dan Joseph (2014) yang menyebutkan bahwa ada hubungan antara lamanya hemodialisa dengan kepatuhan pasien dalam menjalani program terapi hemodialisa.

Hasil uji korelasi *spearman rank* menunjukkan bahwa tingkat keeratan hubungan lemah. Hal ini disebabkan bahwa variabel kepatuhan pembatasan cairan dipengaruhi oleh banyak faktor, yaitu: jenis kelamin, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, lama menjalani hemodialisa, keterlibatan tenaga kesehatan, dukungan keluarga, dan *Intradialytic Weight Gain* (Ramelan, Ismonah, & Hendrajaya, 2013).

Penelitian Ratnawati (2014), menyebutkan bahwa setiap pasien memerlukan waktu yang berbeda-beda dalam meningkatkan pengetahuan dan sikapnya. Semakin lama pasien menjalani terapi hemodialisa maka akan semakin banyak pengetahuan yang diperoleh. Hal tersebut

berpengaruh terhadap kepatuhan pembatasan asupan cairan sehingga pasien dapat mengendalikan asupan cairan dengan benar.

Hasil penelitian ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lisnowati (2015), yang menyebutkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kepatuhan pembatasan cairan dengan frekuensi menjalani hemodialisa dan pendidikan responden. Namun kepatuhan pembatasan cairan tidak berhubungan dengan usia, jenis kelamin, pekerjaan, penghasilan, serta lama menjalani hemodialisa. Penelitian ini juga bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sejati (2012), yang menyebutkan bahwa apabila pasien telah menderita penyakit kronis lebih dari 6 tahun, akan menyebabkan risiko ketidakpatuhan terhadap pengobatan semakin tinggi.

Tabel 7 menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna mengenai kepatuhan pembatasan cairan antara pasien yang baru dengan pasien yang telah lama menjalani hemodialisa. Meskipun demikian hasil dari rerata nilai kepatuhan menunjukkan bahwa pasien yang baru melakukan hemodialisa memiliki kepatuhan pembatasan cairan yang jauh lebih tinggi dibandingkan pasien yang sudah lama melakukan hemodialisa.

Hasil penelitian meskipun menunjukkan adanya hubungan antara lama menjalani hemodialisa dengan kepatuhan pembatasan cairan, namun tidak menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna. Hal ini disebabkan sebagian besar pasien yang memiliki tingkat kepatuhan yang baik adalah pasien yang baru saja menjalani hemodialisa (15 orang dari 16 responden atau setara 93,75%), sedangkan pasien yang sudah lama menjalani hemodialisa dan memiliki tingkat kepatuhan yang baik hanya 24 orang dari 38 responden (63,16%). Hal ini juga sesuai dengan nilai ranking rata-rata kepatuhan yang sudah diuji dengan menggunakan uji statistik *kruskal wallis*, yang menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan pembatasan cairan pada pasien yang baru lebih tinggi (38,66) dibanding pasien yang sudah lama menjalani hemodialisa (27,32).

Pengobatan jangka panjang yang memaksa untuk merubah kebiasaan-kebiasaan seperti mengurangi kalori makanan atau komponen tertentu dalam sehari-hari dapat memberikan kesan atau sikap negatif bagi penderita. Ditambah lagi ketika terjadi komplikasi akut (komplikasi yang terjadi selama hemodialisa berlangsung) diantaranya hipotensi, kram otot, mual dan muntah, sakit kepala, sakit dada, sakit punggung, gatal, demam, dan menggigil (Anees *et al.*, 2011). Pasien dengan kondisi seperti ini memungkinkan terjadinya ketidakpatuhan dalam menjalani rutinitas hemodialisa.

Kepatuhan pasien yang tinggi juga dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yang dapat mendukung untuk tercapainya status kesehatan yang optimal bagi pasien. Seperti faktor motivasi yang terdapat didalam diri pasien untuk melakukan pembatasan asupan cairan. Sari (2009) menyebutkan diperlukan motivasi dan penghargaan baik dalam diri seseorang maupun dari praktisi kesehatan, sehingga dapat meningkatkan perilaku kesehatan khususnya perilaku kepatuhan pembatasan asupan cairan.

Sikap juga dapat menggambarkan kepatuhan pasien dalam menjalani apa yang menjadi pedoman baginya. Kepatuhan dalam pembatasan asupan cairan pada pasien GGK yang menjalani hemodialisa merupakan hal yang penting untuk diperhatikan. Hal ini dikarenakan apabila pasien tidak patuh, maka dapat mengakibatkan adanya edema tungkai, wajah, sesak napas yang disebabkan oleh volume cairan yang berlebihan dan sindrom uremik (Brunner & Suddarth, 2002).

Faktor lain yang dimungkinkan adalah faktor lingkungan berupa iklim dan cuaca yang sulit untuk dikendalikan. Iklim tropis dan cuaca yang cukup panas dapat menyebabkan tubuh berusaha mengatur suhu dengan mengeluarkan keringat dan dapat menimbulkan sensasi haus. Kondisi tersebut memungkinkan kepatuhan pasien GGK yang menjalani hemodialisa cenderung untuk tidak patuh dalam pembatasan asupan cairan. Lingkungan memiliki andil yang paling besar terhadap status kesehatan seseorang (Sari, 2009).

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara lama hemodialisa dengan kepatuhan pembatasan asupan cairan pada pasien hemodialisa di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta, namun tidak ditemukan perbedaan bermakna mengenai kepatuhan pembatasan asupan cairan pada pasien yang menjalani hemodialisa baik lama, sedang, maupun baru.

Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan masukan bagi keluarga pasien dan petugas kesehatan di RS PKU untuk lebih memberikan dukungan dan motivasi bagi pasien hemodialisa dalam meningkatkan kepatuhan untuk pembatasan asupan cairan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anees, Muhammad; Farooq Hameed; Asim Mumtaz; Muhammad Ibrahim; Nasir Saeed Khan. (2011). *Dialysis Related Factors Affecting Quality of Life in Patient on Hemodialysis. Iranian Journal of Kidney Diseases*. <http://www.ijkd.org/index/php/ijkd/view/355/246>. Diakses tanggal 20 November 2014.
- Brunner dan Suddarth. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah* edisi 8 Vol. 3. Jakarta: EGC.
- Cecilia. 2011. *Hubungan Tingkat Stress Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUP dr. M. Djamil Padang. Skripsi*. Tidak dipublikasikan.
- Denhaerynck, Kris., Manhaeve, Dominique., Bobbels, Fabienne., Garzoni, Daniela., Nolte, Christa., Geest, De, Sabina. (2007). *Prevalence and Consequence of Nonadherence to Hemodialysis Regimen*. [on-line] *American Journal of Critical Care*; 16,3; ProQues p.222. <http://m.ajcc.aacnjournals.org/cgi/reprint/16/3/222/>
- Groer, M.W. (2001). *Advanced Pathophysiology, Application to*

- Clinical Practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Hudak & Gallo . (2006). *Keperawatan kritis : pendekatan holistik*. Jakarta : EGC.
- Iseki, K. (2008). Gender Differences in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 74: 415-417.
- Kallenbach *et al.* (2005). *Review Of Hemodialysis For Nursing And Dialysis Personel Seventh Edition*. Elsevier Saunders. St Louis Missouri.
- Lisnowati, F. (2015). *Hubungan Lama dan Frekuensi Hemodialisa Dengan Kepatuhan Pasien Dalam Membatasi Asupan Cairan*. Skripsi tidak dipublikasikan. Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta.
- Manguma, C., Kapantaw, G.H.M., dan Joseph, W.B.S. (2014). *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Pasien GGK Yang Menjalani Hemodialisa Di BLU RSUP Prof. Dr. R.D Kandau Manado*. Universitas Sam Ratulangi Manado. Naskah publikasi.
- Marantika, Devi, P. N. (2014). *Gambaran Kepatuhan Terhadap Anjuran Medis Pada Pasien Gagal Ginjal Terminal Yang Menjalani Terapi Hemodialisa di Kota Medan*. Skripsi tidak dipublikasikan. Universitas Sumatera Utara
- Notoatmodjo. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Potter & Perry. (2008). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Edisi 4 Volume 2*, Jakarta : EGC.
- Pranoto, I. (2010). *Hubungan Antara Hemodialisa Dengan Terjadinya Perdarahan Intra Serebral*. Skripsi tidak dipublikasikan. Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Price & Wilson. (2005). *Pathophysiologi : clinical concepts of disease procces*. Michigan University : Mosby.
- Rahardjo, J. P., Susalit, E., & Suhardjono. (2009). *Hemodialisa*. Dalam Sudoyo, Aru W., Setiyohadi, B., Alwi, I., K, Simardibrata M., & Setiadi, S (Eds.). (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II Edisi V*. Jakarta: Interna Publishing.
- Ramelan, M.I., Ismonah, Hendrajaya. (2013). *Analisis Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Asupan Pembatasan Cairan Pada Klien Dengan Chronic Kidney Disease Yang Menjalani Hemodialisa*. *Naskah publikasi skripsi*. STIKES Telogorejo Semarang.
- Ratnawati. (2014). Efektifitas Dialiser Proses Ulang (DPU) Pada Penderita Gagal Ginjal Kronik (Hemodialisa). *Jurnal Ilmiah WIDYA Volume 2 Nomor 1*. Diakses tanggal 24 November 2014.
- Saraha, M.S., Kanine, Esrom., Wowiling, Ferdinand. (2013). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Depresi Pada Pesien Penyakit Gagal Ginjal Kronik Diruang Hemodialisa BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kondou Manado*. *Ejournal keperawatan (e-Kp)* Volume 1. Nomer 1. Dapat diakses di <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/>
- Sapri, A. (2004). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Dalam Pembatasan Asupan Cairan Pada Penderita Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung*. <http://wairorosatu.blogspot.com/2008/11/asuhan-pasien-gagal-ginjal>
- Terapi Hemodialisa di Ruang Hemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta*. Skripsi tidak di publikasikan. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.

- Saryono., Handoyo. (2006). *Kadar Ureum dan Kreatinin Darah Pada Pasien Yang Menjalani Terapi Hemodialisa Di Rumah Sakit Umum Margono Soekarjo Purwokerto*. Naskah publikasi.
- Sathvik, B.S., Parthasarathi, G., Narahari, M.G., Gurudev, K.C. 2011. An assessment of the quality of life in hemodialysis patients using the WHOQOL-BREF questionnaire. *Indian J Nephrol*. 18(4): 141– 9.
- Septiwi, C. (2010). Hubungan Antara Asekuasi Hemodialisa dengan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa di Unit Hemodialisa RS Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. *Skripsi tidak dipublikasikan*. Universitas Indonesia.
- Smeltzer dan Bare. (2002). *Buku Ajar Penyakit Dalam edisi 2 Vol. 1. Buku Kedokteran EGC*: Jakarta.
- Sudoyo, A.W. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi IV. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Suhardjono. (2008). The Development Of A Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Program In Indonesia. *Perit Dial Int*. 3:S59-62.
- Supriyadi, Wagiyono, & Widowati, S.R. 2011. Tingkat kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik terapi hemodialisa. *Kemas*. 6(2):107-112.
- Suwitra, Ketut. (2006). *Penyakit Ginjal Kronik*. Jakarta: FK UI.
- Weinstein, J.R., Anderson, S. (2010). The Aging Kidney: Physiological Changes. *Adv Chronic Kidney Dis*. 17(4): 302-307.