

## **Pengaruh *Discharge Planning* Terhadap Kepatuhan Diet Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis di Siloam Hospitals Manado**

**Agustien Elvie Alow<sup>1</sup>, Agust A. Laya<sup>2</sup>, Silvia Dewi Mayasari Riu<sup>3</sup>**

<sup>1,2,3</sup>STIKES Muhammadiyah Manado

Jl. Sasuit Tubun No. 9 (Istiqlal), Manado, Sulawesi Utara 95121, Indonesia

### ***Abstract***

*Chronic kidney failure is a disorder that occurs in kidney function which is progressive and irreversible. Limitation of fluid diet in patients with chronic kidney failure requires attention to prevent complications. The current problem at Siloam Hospitals Manado is that most chronic kidney failure patients undergoing hemodialysis experience complications due to non-adherence to a liquid diet. The purpose of this study was to identify The Effect of Discharge Planning on Compliance with Liquid Diet in Hemodialysis Patients at Siloam Hospitals Manado.*

*This study used a quantitative research method using the Experimental One Group Pre-Post Test (pre-post) design which aims to determine the compliance of patients undergoing hemodialysis after discharge planning on a liquid diet with a sample size of 16 respondents. Data collection was carried out by means of observation. Furthermore, the data that has been collected is processed using the SPSS version 21 computer to be analyzed using the Wilcoxon statistical test with a significance level ( ) of 0.05.*

*The results showed that from 16 respondents, it was found that 12 respondents (75%) adhered to a liquid diet. The effect of discharge planning on adherence to a liquid diet = 0.003 ( = 0.05) where the value of < .*

*The conclusion in this study is that there is an effect of discharge planning on adherence to a liquid diet in patients with chronic kidney failure who are undergoing hemodialysis at Siloam Hospitals Manado, and are in the compliance category.*

**Keywords:** *Discharge Planning, Compliance, Liquid Diet.*

### **Abstrak**

Gagal ginjal kronik adalah gangguan yang terjadi pada fungsi ginjal bersifat progresif dan bersifat irreversible. Pembatasan Diet cairan pada pasien dengan gagal ginjal kronis diperlukan perhatian untuk mencegah terjadinya komplikasi. Permasalahan yang banyak terjadi saat ini di Siloam Hospitals Manado yaitu sebagian besar pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis mengalami komplikasi akibat ketidak patuhan dalam diet cairan. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi Pengaruh *Discharge Planning* Terhadap Kepatuhan Diet Cairan Pada Pasien Hemodialisis di Siloam Hospitals Manado.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif yang menggunakan desain Experimental One Group Pre-Post Test subjek (pre-post) yang bertujuan mengetahui kepatuhan pasien yang menjalani Haemodialisa sesudah discharge planning diet cairan dengan jumlah sampel 16 Responden. Pengumpulan data dilakukan dengan

cara obsetvasi. Selanjutnya data yang telah terkumpul diolah dengan menggunakan bantuan komputer program SPSS versi 21 untuk dianalisa dengan uji statistik Wilcoxon dengan tingkat kemagnaan ( ) 0.05.

Hasil penelitian menunjukkan dari 16 Responden didapatkan bahwa 12 Responden (75%) patuh terhadap diet cairan. Pengaruh discharge planing terhadap kepatuhan diet cairan = 0,003 ( = 0,05) di mana nilai < .

Kesimpulan dalam penelitian ini terdapat ada Pengaruh discharge planing terhadap kepatuhan diet cairan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani Hemodialis di Siloam Hospitals Manado,dan memiliki kategori Patuh.

**Kata kunci:** Discharge Planing, Kepatuhan, Diet Cairan.

## PENDAHULUAN

Perkembangan teknologi dan industri telah banyak membawa perubahan pada perilaku dan gaya hidup masyarakat, serta situasi lingkungan misalnya perubahan pola konsumsi makanan dan berkurangnya aktifitas fisik. Perubahan tersebut tanpa disadari telah mempengaruhi terjadinya transisi epidemiologi dengan semakin meningkatnya kasus-kasus penyakit tidak menular (katastropik), antara lain: penyakit ginjal, penyakit jantung, penyakit syaraf, kanker, diabetes mellitus, dan haemofilia, Penyakit tidak menular ini, juga semakin hari semakin meningkat, karena semakin tingginya frekuensi kejadiannya pada masyarakat. Selain itu penyakit tidak menular (PTM) juga menjadi penyebab utama kematian secara global salah satunya adalah Penyakit Ginjal Kronik (Kementrian Kesehatan RI, 2016).

Penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialysis meningkat dari tahun ke tahun.Menurut data Indonesian Renal Registry ,penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisys pada tahun 2018 : pasien baru 30831 pasien,pasien aktif sebanyak 77892 pasien.Di siloam hospitals Manado data pasien gagal ginjal yang menjalani tindakan hemodialysis bulan Mei 2019 : 98 pasien,meningkat pada bulan Juni 2019 menjadi 108 pasien.

Di unit Hemodialisa Siloam Hospitals Manado Mengangkat Sasaran Mutu : 75 % Pasien dialysis tidak mengalami kenaikan berat badan intradialitik 1kg.Dan sejak bulan Januari 2019 sampai saat ini target 75% tersebut belum pernah tercapai akibat ketidakpatuhan pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisys dalam kepatuhan batasan asupan cairan yang di tentukan oleh petugas kesehatan.

Gagal ginjal kronik adalah gangguan yang terjadi pada fungsi ginjal bersifat progresif dan bersifat tidak beraturan (irreversible), yaitu dimana kemampuan tubuh gagal mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia. Akibat ketidakmampuan ginjal tersebut untuk membuang produk sisa melalui eliminasi urine, maka diperlukan hemodialisis atau transplantasi ginjal. Hemodialisis adalah suatu proses pengeluaran sisa hasil metabolisme dalam tubuh yang bersifat toksin, yang terlarut dalam darah seperti ureum dan kreatinin ataupun zat-zat yang berfungsi seperti air dan serum darah (Black & Hawks, 2014)

Hemodialisis dikenal secara umum dengan sebutan “cuci darah”. Pasien menjalani terapi dialysis 2 – 3 kali dalam seminggu, dimana proses hemodialisis memerlukan waktu 4 sampai 5 jam. Terapi dialysis harus pasien jalani sepanjang hidupnya atau sampai mendapat ginjal baru melalui operasi pencangkokan ginjal. (Black & Hawks, 2014).

Kesuksesan hemodialisis tergantung pada kepatuhan atau kepatuhan pasien. 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, rongga perut yang disebut asites, pleura effusion sehingga berdampak timbulnya keluhan sesak nafas, nyeri dada, tubuh merasa lelah yang berlebihan, merasa lemas.

Adapun penyebab dari keluhan tersebut karna adanya komplikasi yang terjadi seperti: Hipertensi, hipotensi intradialisis, gagal jantung, bahkan sampai pada kematian . Penting bagi pasien hemodialisis dalam mengontrol cairan guna mengurangi terjadinya kelebihan cairan. Selain itu natrium dan cairan yang tertahan akan meningkatkan risiko terjadinya Gagal Jantung Kongestif. Pasien akan menjadi sesak akibat ketidakseimbangan asupan zat oksigen dengan kebutuhan tubuh. Management pengontrolan cairan sangat penting guna mengurangi risiko kelebihan volume cairan antara waktu dialisis (Wijayanti 2017).

Dalam pelayanan hemodialisa, perawat dan tenaga kesehatan lain dituntut untuk menyediakan pelayanan yang paripurna terutama yang berhubungan dengan kompetensi tenaga keperawatan yang ahli di bidang dialysis. Untuk memberikan pelayanan keperawatan yang terintegrasi dan berkesinambungan pada pasien gagal ginjal kronik, peran perawat adalah sebagai pendidik, peneliti, pengelola dan pelaksana pelayanan

keperawatan yang di implementasikan dalam discharge planning yang penerapannya dapat juga diberikan dengan cara memberikan ceramah atau penyuluhan, demonstrasi, dan lain-lain yang mencakup pengetahuan yang diperlukan selama proses perawatan dan pengetahuan yang diperlukan setelah pasien dipindahkan ke tempat perawatan lain atau dipulangkan. Penyuluhan yang efektif tentang batasan asupan cairan dalam suatu rumah sakit menggunakan format elektronik dan visual yang tersedia, dan cara cara lain, seperti poster, pemberian leaflet atau booklet kesehatan. Penyuluhan perlu dikoordinasikan pada kegiatan yang memfokuskan pada apa saja yang perlu dipelajari pasien yang sesuai standar akreditasi rumah sakit berdasarkan misi, layanan yang disediakan, serta populasi pasiennya. Penyuluhan direncanakan untuk memastikan bahwa setiap pasien mendapat pengetahuan tentang kesehatan yang dibutuhkannya, sehingga diharapkan mampu meminimalkan serta mencegah meluasnya dampak negatif yang ditimbulkan dari masalah keperawatan pasien gagal ginjal kronik. (Kementrian Kesehatan RI, 2016).

## **TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. Tinjauan Teori**

#### **1. Gagal Ginjal Kronik**

##### **a. Definisi**

Gagal ginjal merupakan kondisi kerusakan ginjal yang dimanifestasikan dengan berbagai macam tanda diantaranya adalah gangguan metabolisme cairan dan elektrolit, gangguan asam basa, urtikaria, penurunan kadar hormon eritropoetin, peningkatan kadar ureum dan kreatinin, serta penurunan glomerulus filtration rate kurang dari 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> sehingga memerlukan penanganan dialysis (Wein & Kavoussi, 2012).

Sumber lain menyebutkan gagal ginjal kronik merupakan penyakit ginjal kronis yang tidak dapat dikembalikan atau dipulihkan dan terjadi penurunan progresif fungsi ginjal, ketika massa ginjal yang tersisa tidak dapat lagi menjaga internal tubuh. Penyakit ini disebut juga penyakit ginjal stadium akhir (Black & Hawks, 2014).

b. Etiologi

Penyakit ginjal kronik dapat disebabkan oleh beberapa penyakit atau kondisi penyerta awal diantaranya adalah glomerulonefritis, obstruksi pada saluran urinarius, pielonefritis, penyakit kistik ginjal, penyakit diabetes mellitus, hipertensi, sindrom lupus eritomatosis, infeksi, poliarthritis, penyakit vakuler, gangguan jaringan penyambung, gangguan congenital dan hereditas, nefropati akibat toksik, nefropati akibat obstruksi dan intoksikasi obat, terpajan oleh logam berat seperti timah dan cadmium (Black & Hawks, 2014).

c. Sindrom Uremia

Sindrom Uremia adalah yaitu manifestasi klinis pada pasien penyakit ginjal kronis yang muncul ketika terjadi peningkatan produk sisa metabolisme ureum akibat gangguan ekskresi ginjal sehingga menyebabkan gangguan pada multi system ( Lewis et al., 2011).

Manifestasi dari sindroma uremik secara umum dapat diketahui dengan adanya *anorexia*, gastritis oleh karena peningkatan ureum, malnutrisi, *fatigue* yang berlebihan, sesak nafas, sakit kepala, disfungsi seksual misalnya penurunan kemampuan ereksi dan gatal-gatal pada ruam kulit (pruritus). Pada kondisi yang berat sindroma uremik juga dapat mengakibatkan penurunan kesadaran keadaan berat dapat terjadi penurunan kesadaran dan kejang (Nicola, 2012).

d. Patofisiologi Penyakit Ginjal Kronik

Pada stadium awal penyakit ginjal kronik akan terjadi kerusakan pada nefron ginjal sebesar 10 sampai 30%, namun hal tersebut belum dirasakan oleh penderita atau bersifat asimtomatik dan belum berdampak terhadap penurunan laju filtrasi ginjal, karena fungsi ginjal masih dapat dijalankan oleh sisa nefron yang belum mengalami kerusakan. Kerusakan laju nefron pada tahapan selanjutnya terjadi secara progressif sampai pada 70% sehingga manifestasi dari kerusakan ginjal mulai muncul, diantaranya adalah penurunan kemampuan ginjal dalam melakukan filtrasi. Glomerulus filtration rate (GFR) menurun hingga sebesar 30% dan menyebabkan meningkatnya kadar ureum dan kreatinin serum. Manifestasi lainnya yang dapat muncul

pada tahapan ini adalah nokturia, fatigue, penurunan nafsu makan, peningkatan kadar kalium, natrium, gangguan pada sistem respirasi seperti sesak nafas dan nafas berbau ammonia, gastritis uremik, dan penurunan berat badan (Black & Hawks, 2014).

Kerusakan nefron yang progressif pula menyebabkan penurunan pada GFR sampai kurang dari 15%. Kondisi ini disebut dengan tahapan terminalis atau gagal ginjal stadium akhir. Pada tahapan ini gejala yang berat sangat mengganggu penderita dan data pula menyebabkan komplikasi terhadap organ lainnya seperti gagal jantung kongestif, edema anasraka, penurunan tingkat keadaran akibat sindroma uremia, anemia berat, dan gagal nafas akibat asidosis metabolic, sehingga pada tahapan ini penderita memerlukan pengganti ginjal (*renal replacement therapy*) diantaranya adalah hemodialisis, peritonal dialisis dan transplantasi ginjal (Price & Wilson, 2010).

## 2. Hemodialisis

Gejala yang sering muncul pada pasien penyakit ginjal kronik adalah edema, unuria (produksi urin < 50ml perhari), peningkatan kadar ureum kreatinin dan sesak nafas karena gangguan *metabolic (asidosis metabolic)*. Kondisi tersebut dapat membahayakan pasien, sehingga memerlukan penanganan hemodialisis

### a. Definisi Hemodialisis (HD)

Hemodialisis adalah suatu proses pengeluaran sisa hasil metabolisme ke dalam tubuh yang bersifat toksin, diantaranya adalah zat-zat toksin yang terlarut dalam darah seperti ureum dan kreatinin ataupun zat-zat yang berfungsi sebagai pelarut seperti air dan serum darah. Proses ini berlangsung diluar tubuh dengan menggunakan ginjal buatan atau dialiser. Darah dikeluarkan dari dalam tubuh dan masuk kedalam mesin dialiser untuk dilakukan pembersihan dan koreksi keseimbangan cairan elektrolit. Darah kemudian masuk kembali kedalam tubuh melalui akses vaskuler yang sudah disiapkan oleh tim medis (Black & Hawks, 2014)

b. Akses Vaskuler HD

Akses vaskuler adalah jalur yang berfungsi sebagai tempat atau jalur keluar dan masuknya darah dari dalam tubuh ke mesin dialiser dan dari mesin dialiser kembali ke dalam aliran darah dalam tubuh. Akses ini harus disiapkan sebelum dilakukannya HD secara menetap. Pada GFR 15-30 ml/menit sebaiknya dilakukan tindakan inisiasi HD, yang salah satunya adalah discharge pembuatan akses vaskuler untuk pasien (Wein & Kavoussi, 2012).

Pembuatan akses vaskuler dilakukan oleh ahli bedah vaskuler melalui tindakan pembedahan, pada tubuh pasien akan dibuat jalan masuk ke aliran darah yaitu, pembuluh darah arteri dihubungkan dengan arteri blood line, yang berfungsi sebagai tempat keluarnya darah dari tubuh menuju ke mesin dialisis. Sedangkan pembuluh darah vena akan dihubungkan dengan *venous line*, yang membawa darah dari mesin dialisis masuk kembali ke tubuh (Black & Hawks, 2014).

c. Proses Hemodialisis (HD)

Dialiser atau ginjal buata memiliki dua kompartemen yang berisikan muatan darah dan dialisat. Dialisat adalah cairan yang digunakan untuk proses hemodialisis. Kedua kompartemen tersebut memiliki perbedaan tekanan yang disebut dengan *trans-membran pressure* (TMP) (Nicola, 2012).

Darah keluar dari tubuh akan masuk ke dalam kompartemen darah dan cairan dialisat yang telah disediakan akan masuk pada kompartemen dialisat. Pada proses hemodialisis akan terjadi proses difusi dan ultrafiltrasi. Proses difusi ini bertujuan untuk membuang sisa hasil metabolisme yang terlarut dalam seperti ureum, kreatinin, kalium, natrium, kalium dan *phospor*, sedangkan proses ultrafiltrasi bertujuan untuk mengeluarkan cairan dalam darah dengan cara mengeluarkan kelebihan cairan yang ada dalam tubuh. (Black & Hawks, 2014).

Proses difusi terjadi oleh karena adanya perbedaan tingkat konsentrasi zat yang terlarut dalam darah memiliki konsentrasi yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan konsentrasi zat yang ada dalam cairan dialisat, sehingga menyebabkan zat terlarut dalam darah masuk ke dalam cairan dialisat. Disaat yang sama muatan yang ada dalam cairan dialisat yang berisikan tentang

elektrolit yang dibutuhkan oleh tubuh akan masuk kedalam kompartemen darah. Proses pertukaran ini akan berjalan terus menerus sehingga kadar elektrolit dalam darah mencapai kadar yang normal. Untuk meningkatkan efektifitas dari proses ini diperlukan arah yang berlawanan antara darah yang akan masuk pada kompartemen dialisat. Pada proses ultrafiltrasi, terjadi perpindahan cairan karena adanya perbedaan tekanan antara kompartemen darah dan kompartemen dialisat. Tekanan hidrostatis akan mendorong cairan untuk keluar, sementara tekanan onkotik akan menahanya. Proses ultrafiltrasi ini akan berhenti ketika tekanan pada ruang kompartemen darah dan dialisat mencapai keseimbangan.

d. Adekuasi hemodialisis (HD)

Untuk mencapai kadar adekuasi dalam HD maka diperlukan kecepatan aliran darah ( $Q_b$ ), kecepatan aliran dialisat ( $Q_d$ ), durasi dialisis ( $t$ ), serta frekuensi pemberian HD pada tiap minggunya dengan tepat (Roesli, 2006).

Adekuasi HD tercapai dalam rentang  $Q_b$  200-300 ml/menit,  $Q_d$  yang biasa digunakan adalah 500 ml/menit, durasi selama 4 jam pada HD yang dilakukan sebanyak 3 kali dalam seminggu dan selama 5 jam pada HD yang dilakukan sebanyak 2 kali dalam seminggu (wein & Kavoussi, 2012; Black & Hawks, 2014).

Adekuasi sangat penting dievaluasi karena ketercapaian adekuasi tersebut akan berdampak terhadap kualitas hidup pasien gagal ginjal dan penurunan sindroma uremik yang sering muncul. Adekuasi normal jika nilai hitung dari  $Kt/v$  menunjukkan hasil lebih dari atau sama dengan 1,2-1,4 (Suwitra, 2006; Black & Hawks, 2010; Nicola, 2012). Cara lain yang bisa digunakan untuk mengukur adekuasi HD adalah dengan URR yang dihitung dengan mencari nilai perbandingan antara kadar ureum sebelum dialisis yang dikurangi kadar ureum setelah dialisis dengan kadar ureum total setelah dialisis. Nilai normal URR sehingga HD dikatakan adekuat adalah 65-70% (Swartzendruber et al., 2008).

- e. Aturan pengaturan cairan dan elektrolit pada pasien gagal ginjal yang menjalani HD.

Untuk menjaga agar ginjal tubuh terhindar dari manifestasi yang buruk akibat dari kerusakan ginjal, maka bagi pasien gagal ginjal memerlukan pengaturan diet. Hal penting lain yang perlu diperhatikan adalah pembatasan asupan cairan. Jumlah maksimal cairan yang boleh dikonsumsi adalah jumlah urine total yang dikeluarkan dalam satu hari ditambah dengan IWL (*insensible water losses*) yaitu sekitar 500 cc/hari. Asupan natrium juga perlu dibatasi untuk mencegah edema dan peningkatan tekanan darah, jumlah natrium yang perlu dikonsumsi adalah sekitar 40-120 meq/hari. Pentingnya membatasi konsumsi natrium selain untuk mencegah edema dan peningkatan tekanan darah, natrium yang dikonsumsi berlebihan dapat memicu rasa haus yang mendorong pasien untuk minum berlebihan melebihi batas yang telah ditentukan (Wein & Kavoussi, 2012).

- f. Komplikasi Hemodialisa (HD)

Komplikasi yang mungkin terjadi pada HD dapat disebabkan oleh karena penyakit yang mendasari terjadinya gagal ginjal atau dapat disebabkan karena proses yang berlangsung selama HD. Beberapa komplikasi yang terjadi pada HD diantaranya adalah:

- 1) Hipotensi

Hipotensi merupakan komplikasi yang sering terjadi pada saat HD. Angka kejadian hipotensi cukup tinggi yaitu sebesar 15-30%. Hal ini dapat disebabkan oleh karena penurunan volume plasma, vasodilatasi karena energi panas dan obat anti hipertensi.

- 2) Kram otot

Komplikasi ini juga merupakan komplikasi yang sering terjadi. Hal ini dapat dimungkinkan oleh karena peningkatan volume ekstraseluler, meskipun penyebab utamanya masih belum diketahui. Jumlah insidensi dari kram otot yang terjadi pada pasien gagal ginjal adalah sebesar 30%.

3) *Dialysis Disequilibrium Syndrome (DDS)*

Meskipun jarang terjadi, namun komplikasi ini perlu mendapatkan perhatian khusus dari perawat dan tim dialisis lainnya. Komplikasi ini disebabkan karena perubahan konsentrasi elektrolit dan keseimbangan PH pada syaraf pusat. Manifestasi dari komplikasi ini adalah mual muntah yang disertai dengan sakit kepala, nyeri dada dan punggung. Insidensi dari komplikasi ini adalah sebesar <5%.

4) *Aritmia*

Komplikasi ini disebabkan oleh adanya perubahan konsentrasi pada kadar potassium dalam tubuh, sehingga terjadi gangguan pada mekanisme kelistrikan pada jantung yang menyebabkan terganggunya frekuensi denyut pada otot jantung. Aritmia yang terjadi dapat disertai dengan angina atau nyeri pada dada, yang dimungkinkan oleh karena hipotensi.

5) *Hipertensi*

Merupakan komplikasi yang sering terjadi pada penderita gagal ginjal. Hipertensi dapat disebabkan oleh karena kelebihan cairan akibat peningkatan kadar natrium dalam tubuh, stress dan cemas yang berlebihan, dan aktivasi sistem renin angiotensin dan aldosterone yang meningkat oleh karena kerusakan pada nefron ginjal.

## **METODE PENELITIAN**

### **A. Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif yang menggunakan desain *Experimental One Group Pre-Post Test* subjek (pre-post) yang bertujuan mengetahui kepatuhan pasien yang menjalani Haemodialisa sesudah discharge planning diet cairan (Susilo, 2013).

### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

#### **1. Tempat**

Penelitian ini telah dilaksanakan di Unit Hemodialisa RS Siloam Hospitals sebagai tempat utama dilakukan penelitian.

2. Waktu Penelitian

Penelitian telah dilaksanakan pada bulan juli 2019 sampai dengan bulan Agustus tahun 2019

**C. Populasi dan Sampel**

1. Populasi

Menurut Hastono, (2014) Populasi adalah jumlah keseluruhan dari unit yang akan dilakukan penelitian. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien gagal ginjal kronik yang menjalani HD di unit Hemodialysis Rumah Sakit Siloam Hospitals Manado sebanyak 108 pasien.

2. Sampel

Sampel adalah obyek yang akan diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi menggunakan cara atau teknik – teknik tertentu sehingga sampel tersebut dapat mewakili populasinya (Notoatmojo 2015). Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah semua pasien yang sedang menjalani terapi HD di RS Siloam Hospitals. Sampel yang diambil dari kelompok pasien yang mempunyai jadwal HD . Jumlah responden ditentukan dengan tabel Krejcie sesuai dengan keinginan peneliti dan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi :

a. Kriteria inklusi:

- 1) Pasien rutin menjalani hemodialisis 2 kali seminggu.
- 2) Pasien yang menjalani hemodialisis 4 bulan
- 3) Pasien dalam keadaan sadar penuh.
- 4) Pasien bersedia menjadi responden bisa membaca dan menulis
- 5) Pasien HD yang tidak mengalami gangguan pendengaran.
- 6) Pasien tidak sedang dalam kondisi sesak nafas atau nyeri.

b. Kriteria eksklusi:

- 1) Pasien yang menjalani hemodialisis yang tidak menetap.
- 2) Pasien yang menjalani hemodialysis >4 bulan
- 3) Pasien yang mengalami gangguan kesadaran akibat uremia syndrome.
- 4) Pasien yang dalam keadaan sakit berat.
- 5) Pasien HD yang mengalami gangguan pendengaran.
- 6) Pasien yang tidak bersedia menjadi responden.

Rumus *Arikunto* (dalam Riduwan, 2005:65)

$n$  = Besar Sampel;

$N$  = Besar Populasi;

$D$  = 15% tingkat kesalahan

Penyelesaian  $n = 15\% \times N$

$n = 15\% \times 108$

$n = 16,2$  dibulatkan 16

jadi, yang responden diambil ada 16 responden

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### A. Hasil Penelitian

#### 1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Satu rumah sakit swasta di Indonesia Tengah ini merupakan satu-satunya rumah sakit tipe B yang ada di kota tersebut dengan luas bangunan 22.192 m<sup>2</sup>. Adapun visi dari rumah sakit ini adalah “Berkualitas Internasional, Mudah Dijangkau, Skala Biaya Ekonomis, Berbelas Kasih Ilahi” serta misinya yaitu menjadi pilihan terpercaya secara menyeluruh untuk pelayanan kesehatan berkelas dunia, pendidikan kesehatan dan penelitian. Rumah sakit ini terletak di pusat bisnis yang mulai beroperasi sejak bulan April 2012 dan mulai melayani pasien-pasien BPJS sejak tahun 2014. Pada tahun 2014, 2015 dan 2016 rumah sakit ini menerima penghargaan MarkPlus WOW Service Excellence award. MarkPlus merupakan perusahaan Marketing Research & Consulting terkemuka di Asia Tenggara. Pada tahun 2017, rumah sakit ini lulus akreditasi dengan peringkat paripurna yang dilakukan oleh Komisi akreditasi rumah sakit (KARS).

Sebagai rumah sakit tipe B yang terletak sangat strategis di tengah kota, rumah sakit ini memiliki pelayanan spesialisasi seperti Otak & Saraf (Neurosains), Gawat Darurat, Wanita (Kebidanan & Kandungan), Perut & Sistem Pencernaan (Gastroenterologi), Paru-paru (Pulmonologi/Saluran Pernapasan), Ginjal (Nefrologi), Penyakit Dalam, Bedah Umum, Mata (Ophthalmologi), Telinga, Hidung, & Tenggorokan (Otorhinolaringologi),

Anak (Pediatrik), Kardiologi, Bedah Torax Jantung, Nutrisi Klinis, Dokter Gigi, Dermatologi, Layanan Geriatri, Ortopedik & Traumatologi, Patologi, Bedah Plastik & Rekonstruksi, Psikiatri, Radiologi, Layanan Rehabilitasi, Kedokteran Olahraga, Urologi, dan Bedah Vaskuler.

Pelayanan radiologi yang ditawarkan seperti 1.5 Tesla MRI, Cath Lab, 128 Slice Computed Tomography (CT) Scan, Digital X-Ray, Teleradiology, Mammografi (Pencitraan Payudara), Scan Ultrasonografi. Layanan diagnostik seperti Ekokardiografi, Elektrokardiogram (EKG) dan Elektromiografi (EMG) serta layanan laboratorium seperti Bank Darah, Histopatologi Klinis, dan Mikrobiologi Klinis adalah merupakan ragam pelayanan yang ditawarkan pada rumah sakit ini.

Untuk pelayanan rawat inap, rumah sakit ini memiliki total 224 tempat tidur (tt) yang terdiri dari President suite 1 tt, Super VIP 5 tt, VIP 28 tt, kelas I 57 tt, kelas II 68 tt dan kelas III 65 tt. Pelayanan gawat darurat buka 24 jam dan 7 hari dalam seminggu. Rumah sakit ini pun menyeleggarakan PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif). Pelayanan PONEK dilakukan 24 jam dan merupakan bagian dari sistem rujukan dalam pelayanan kedaruratan dalam maternal dan neonatal yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak atau bayi baru lahir.

## 2. Karakteristik Responden

### a. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin

Tabel .1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin Di Rumah Sakit Siloam Manado 2019  
(n = 16)

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentase
1.	Laki-laki	8	50
2.	Perempuan	8	50
	Total	16	100

Sumber Data : Data Primer 2019

Berdasarkan tabel .1 menunjukkan presentase antara jenis kelamin laki – laki dan perempuan yaitu sama - sama 50 %

b. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Usia

Tabel .2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Umur Di Di Rumah Sakit Siloam Manado 2019  
(n = 16)

No	Usia	Frekuensi	Presentase
1	17 – 25 Tahun	1	6.25
2.	26 - 35 Tahun	4	25
3.	36 - 45 Tahun	3	18.75
4.	46 – 55 Tahun	3	18.75
5.	56 – 65 Tahun	4	25
6.	> 65 Tahun	1	6.25
	Total	16	100

Sumber Data : *DEPKES 2009 dan Data Primer 2019*

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan presentase tertinggi berusia 26 – 35 tahun dan 56 – 65 Tahun yaitu masing -masing 4 responden (25%) dan yang terendah usia 17 – 25 tahun dan >65 tahun yaitu masing-masing 1 responden (6.25%).

c. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Jenis Pendidikan

Tabel .3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Pendidikan di Rumah Sakit Siloam Manado 2019  
(n = 16)

No	Pendidikan	Frekuensi	Presentase
1.	Tidak sekolah	0	0
2.	SD	1	6.25
3.	SMP	2	12.5
4.	SMA	7	43.75
5.	Perguruan Tinggi	6	37.5
	Total	16	100

Sumber Data : *Data Primer 2019*

Tabel .3 diatas menunjukkan presentase pendidikan tertinggi yaitu SMA sebanyak 7 reponden (43.75%), sedangkan yang terendah yaitu SD 7 responden (6.25%).

d. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Pekerjaan

Tabel .4 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Pekerjaan di Rumah Sakit Siloam Manado 2019

(n = 16)

No	Pekerjaan	Frekuensi	Presentase
1.	Bekerja	9	56.25
2.	Tidak Bekerja	7	43.75
	Total	16	100

*Sumber Data : Data Primer 2019*

Tabel .4 diatas menunjukkan presentase pekerjaan tertinggi yaitu tidak bekerja sebanyak 9 responden (56.25%), sedangkan yang terendah yaitu bekerja yaitu 7 responden (43.75%).

3. Analisa Univariat

a. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Kepatuhan Sebelum Discharge Planing

Tabel .5 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Kepatuhan Sebelum *Discharge Planing* di Rumah Sakit

Siloam Manado 2019 (n = 16)

No	Tingkat Kepatuhan	Frekuensi	Presentase
1.	Patuh	3	18.75
2.	Tidak Patuh	13	81.25
	Total	16	100

*Sumber Data : Data Primer 2019*

Tabel .5 diatas menunjukkan presentase Kepatuhan Sebelum Discharge Planing tertinggi yaitu sebanyak 13 responden (81.25%), sedangkan yang terendah yaitu 3 responden (18.75%).

b. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Kepatuhan Sesudah Discharge Planing

Tabel .6 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Kepatuhan Sesudah *Discharge Planing* di Rumah Sakit Siloam Manado 2019 (n = 16)

No	Tingkat Kepatuhan	Frekuensi	Presentase
1.	Patuh	12	75
2.	Tidak Patuh	4	25
	Total	16	100

Sumber Data : Data Primer 2019

Tabel .6 diatas menunjukkan presentase Kepatuhan Sesudah Discharge Planing tertinggi yaitu sebanyak 12 responden (75%), sedangkan yang terendah yaitu 4 responden (25%)

4. Analisa Bivariat

Tabel .7 Gambaran Hasil BB Post HD Hari Pertama dan BB Pre HD Hari Kedua

Distribusi Frekuensi Responden Menurut Kepatuhan Sesudah *Discharge Planing* di Rumah Sakit Siloam Manado 2019 (n = 16)

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
BB Pre HD	16	60.13	7.684	50	78
BB Post HD	16	61.34	7.989	52	80

Sumber Data : Data Primer 2019

Hasil penelitian ini menggambarkan berat badan Pre nilai rata – rata 60.13 kg, nilai maximum 78 kg, dan nilai minimum 50 kg. Gambaran nilai berat badan Post nilai rata – rata HD 61.34 kg, nilai Maximum 80 kg, dan nilai minimum 52.

Tabel .8 Pengaruh Discharge Planing Terhadap Kepatuhan Batasan Asupan Cairan

Variabel	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
BB Post Negative Ranks	1 <sup>a</sup>	12.50	12.50		
HD - BB Pre HD Positive Ranks	15 <sup>b</sup>	8.23	123.00		
Ties	0 <sup>c</sup>			-	.003
Total	16			2.929 <sup>b</sup>	

a. BB Post HD < BB Pre HD

b. BB Post HD > BB Pre HD

c. BB Post HD = BB Pre HD

Hasil uji statistik yang menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* pengaruh discharge planing terhadap kepatuhan batasan asupan cairan di dapatkan hasil *p value* 0.003 ( $p < 0,05$ ), maka  $H_a$  diterima artinya ada pengaruh pemberian Discahrge Planing mengenai diet cairan pada pasien hemodialisa di Rumah Sakit Siloam Manado.

## B. Pembahasan

### 1. Tingkat Kepatuhan

Berdasarkan tabel .5 hasil penelitian ini terhadap 16 responden pre pemberian edukasi *Discharge Planing* didapatkan gambaran bahwa responden yang patuh lebih banyak 18.75% dan responden yang tidak patuh 81.25% dan pada tabel 5.6 hasil penelitian ini terhadap 16 responden. Post pemberian edukasi *Discharge Planing* didapatkan gambaran bahwa yang patuh lebih banyak 75% dan responden yang tidak patuh 25%.

Ini diperjelas juga dengan hasil dari tabel univariat yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki latar belakang pendidikan yang baik yaitu 75% berpendidikan SMA. Hal ini sesuai teori dari Morgan dan Samsiah (2012) di mana semakin tinggi pendidikan semakin tinggi pula pengetahuan yang di dapat, walaupun ada beberapa pasien sudah tau apa yang di anjurkan tapi tetap di langgar, sehingga tingkat pendidikan responden ternyata mempengaruhi kepatuhan responden juga.

Tingkat kepatuhan juga di pengaruhi oleh usia. Menurut Mubarak, Chayatin dan Santoso (2012), dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan fisiologis (mental). Pertumbuhan pada fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan yaitu ; perubahan ukuran, proporsi, hilangnya ciri ciri lama dan timbulnya ciri ciri baru. Dari hasil penelitian, table 5.2 di dapat yang terbanyak pada usia 26-35 tahun 25% dan usia 56-65 tahun 25%. Terbanyak di usia dewasa awal di mana terjadi penyesuaian diri terhadap pola – pola kehidupan yang baru.

Tingkat kepatuhan juga di dukung oleh pekerjaan di mana 56,25% bekerja. Menurut Thomas (2000) yang di kutip oleh Nursalam (2001), pekerjaan adalah kesibukan yang harus di lakukan untuk menunjang kehidupan. bekerja umumnya menyita waktu sehingga dapat mempengaruhi hal hal lain termasuk juga dalam mengetahui sesuatu di luar pekerjaannya misalnya masalah kesehatan keluarga.

Dari hasil penelitian bahwa responden patuh karena sudah sangat memahami tentang batasan cairan karena responden banyak mendapat informasi batasan cairan dari berbagai media seperti televisi, radio dan penyuluhan yang dilakukan oleh petugas kesehatan.

## **2. Pengaruh *Discharge Planning* Terhadap Kepatuhan Diet Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis**

Hasil uji statistik yang menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* pengaruh discharge planing terhadap kepatuhan batasan asupan cairan di dapatkan hasil *p value* 0.003 ( $p < 0,05$ ), maka  $H_0$  diterima artinya ada pengaruh pemberian Discharge Planing mengenai diet cairan pada pasien hemodialisa di Rumah Sakit Siloam Manado.

Penelitian pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan diet cairan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialysis di Siloam Hospitals Manado pada di kategorikan baik oleh karena dari 16 responden ( 75% ) patuh terhadap batasan asupan cairan. Hasil penelitian ini berbeda hasil dengan penelitian yang sama di lakukan oleh Endang Sri P Ningsih, Agus Rachmadi, Hammad (2012), Judul penelitian Tingkat Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik dalam Pembatasan Cairan pada Terapi Hemodialisa. Tujuan umum penelitian ini untuk mengetahui factor - faktor yang memengaruhi tingkat kepatuhan dalam

pembatasan cairan pada pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Ratu Zaleha Martapura. Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif korelatif yang bertujuan untuk mendeskripsikan faktor-faktor yang memengaruhi tingkat kepatuhan dalam pembatasan cairan pada pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Ratu Zaleha Martapura tahun 2011. Hasil analisis korelasi hubungan antara frekuensi menjalani terapi hemodialisa dengan tingkat kepatuhan pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa didapatkan nilai  $p = 0,774$  dengan nilai  $\alpha = 0,05$ , dari hasil tersebut dapat disimpulkan tidak ada pengaruh yang signifikan antara frekuensi terapi dengan tingkat kepatuhan pasien GGK dalam pembatasan asupan cairan.

Asumsi peneliti adanya pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan batasan asupan cairan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di Siloam Hospitals Manado adalah interaksi yang profesional antara petugas kesehatan dengan pasien dan tingginya tingkat kepatuhan tersebut disebabkan oleh tingginya keyakinan terhadap keberhasilan terapi pembatasan cairan dalam mengatasi masalahnya.

## **PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan tujuan penelitian dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

- a. Sebelum pemberian *Discharge planning* pada pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis di Siloam Hospitals Manado sebagian besar dalam kategori kurang patuh
- b. Sesudah pemberian *Discharge planning* pada pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis di Siloam Hospitals Manado sebagian besar dalam kategori patuh.
- c. Ada pengaruh pemberian *Discharge Planning* pada pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis di Siloam Hospitals Manado.

### **B. Saran**

- a. Untuk karya ilmiah dapat jadikan sumbangan pemikiran dan bahan bacaan bagi masyarakat dan peneliti selanjutnya tentang pengaruh pemberian *Discharge Planning* mengenai diet cairan pada pasien hemodialisa khususnya untuk bidang PERNEFRI

- b. Bagi Institusi Pendidikan penelitian ini diharapkan dapat dijadikan salah satu sumber ilmu pengetahuan bagi fakultas keperawatan menambah referensi studi mengenai pengaruh pemberian Discharge Planing mengenai diet cairan pada pasien hemodialisa dan menjadi landasan untuk mengembangkan penelitian ini lebih lanjut.
- c. Bagi peneliti untuk menambah wawasan peengetahuan peneliti tetang pengaruh pemberian Discharge Planing mengenai diet cairan pada pasien hemodialisa dan selanjutnya dapat mengembangkan penelitian ini.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Arova, F. N. (2013). Gambaran *Self Care* management pasien Gagal Ginjal dengan Hemodialisis, [http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/12345789/25554/FAULYA\\_NURMALA\\_AROVA - fkik.pdf](http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/12345789/25554/FAULYA_NURMALA_AROVA_-_fkik.pdf)
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes*. 8th edition ed., buku II Singapore: Saunders Elsevier.
- Badeni. (2014). *Kepemimpinan Dan Perilaku Organisasi*. Bandung: CV Alfabeta
- Foundation, N. K. (2017). *Fluid Overload in a Dialysis Patient*. <https://www.kidney.org/atoz/content/fluid-overload-dialysis-patient-diunduh-tanggal-20/05/2019>
- Freadman, Marilyn M. (2010). *Metodologi penelitian keperawatan. Ed. Revisi. Jaktim: CV. Trn Info Media*
- Kurniadi, S (2017). Konseling Analisis Transaksional Keluarga Terhadap Kepatuhan Manajemen Cairan Pasien Gagal Ginjal Kronik. (2017). *CHMK NURSING SCIENTIFIC JOURNAL*, 20-26.
- Loho, I., Rambert, G. I., & Wowor, M. F. (2016). Gambaran kadar Ureum pada pasien Penyakit Ginjal Kronik stadium 5. [http:// download. Portal garuda .org/article. diunduh19/05/2019](http://download.portalgaruda.org/article/download/19/05/2019)
- Ningsih, E. S., Rachmadi, A., & Hammad. (2017). Tingkat Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik Dalam Batasan airan Pada Terapi Hemodialisa. 24-30. <http://ejournal.unair.ac.id/index.php/JNERS/article/viewFile/3995/270>
- Notoatmodjo, P. D. (2014). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT RINEKA CIPTA.
- Masiakha, L., & Santy, W. H. (2015). Analisa Pemahaman Discharge Planning dengan Tingkat Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) Dalam Menjalani Terapi Hemodialisa Di RS Islam Jemursari Surabaya. *Journal of health Sciences*, 49-57.
- Polit D.F & Beck C.T (2006). *Nursing Research Methods, Appraisal, and Utilizational (6<sup>th</sup>Ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Susilo, W.H (2013). *Prinsip – prinsip Bio Statistika Dan Aplikasi SPSS Pada Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Wijayanti, w., Isroin, L., & Purwanti, L. E. (2017). Analisis Perilaku Pasien Hemodialysis dalam pengontrolan cairan Tubuh. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 10-16.